



DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO DE LA ASOCIACIÓN SALUD AL DERECHO

MARTHA JANNETH BEJARANO HERNÁNDEZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA SOCIAL
BOGOTÁ D.C.
2008



DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO DE LA ASOCIACIÓN SALUD AL DERECHO

MARTHA JANNETH BEJARANO HERNÁNDEZ

PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECILISTA EN
GERENCIA SOCIAL

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA SOCIAL
BOGOTA D.C.
2008

RESUMEN EJECUTIVO

AUTORA	MARTHA JANNETH BEJARANO HERNANDEZ
TÍTULO	Diagnóstico estratégico de la Asociación Salud al Derecho
CIUDAD	Bogotá D.C.
AÑO DE ELABORACION	2008
NUMERO DE PÁGINAS	64
MATERIAL ANEXO	Plegable institucional, kit de cartillas pedagógicas
FACULTAD	Ciencias Empresariales
PROGRAMA	Especialización en Gerencia Social
TITULO OBTENIDO	Especialista en Gerencia Social
DESCRIPTORES	Responsabilidad social empresarial, planeación estratégica, participación social, organizaciones no gubernamentales, derechos humanos, el derecho a la salud.

RESUMEN DEL CONTENIDO

Descripción de la Entidad

La Asociación Salud al Derecho es una entidad sin ánimo de lucro, de profesionales voluntarios como abogados, médicos, pediatras, fisioterapeutas, antropólogos, investigadores, etc., y de hombres y mujeres de la comunidad interesados en trabajar por la defensa del Derecho Fundamental a Salud.

Fue constituida en el año 2004, durante este tiempo ha crecido y ha fortalecido sus áreas de trabajo, actualmente tiene siete comisiones que son jurídica, médica, capacitación, apoyo comunitario, investigación, comunicación y cambio de sistema.

Objetivo del proyecto

Elaborar un diagnóstico estratégico de la Asociación Salud al Derecho que le permita trazar su plan estratégico a mediano plazo y consolidarse como una organización social líder en la defensa del derecho fundamental a la salud.

Metodología:

La metodología utilizada por la autora es la descriptiva y además participativa. Mediante los estudios observacionales y participativos en los talleres desarrollados por la Junta directiva se hace la recolección de datos, el registro, sistematización y análisis de las actividades. Se usan herramientas pedagógicas como el metaplan, la ponderación de resultados y otros. Se utilizan fuentes primarias y secundarias.

Resultados:

Con la metodología implementada se logró un trabajo conjunto de construcción muy interesante donde se parte de identificar un análisis del entorno, hacer un análisis de las fortalezas y debilidades, la identificación de oportunidades, estrategias y amenazas, también se avanza en la construcción de la misión y la visión de la asociación.

Con el ejercicio de la matriz DOFA se hizo una radiografía de la institución, esto permitió pensar en las estrategias a seguir y como mediante el planteamiento y gestión de proyectos las podemos desarrollar.

En el proceso de diagnóstico estratégico se evalúa el trabajo adelantado por Salud al Derecho a lo largo de sus cuatro años de acción y la forma como se pueden concentrar todos sus esfuerzos institucionales para que la exigibilidad del derecho a la salud tome rumbos hacia la construcción un modelo equitativo en salud.

Con el desarrollo de este trabajo se diagnosticaron y propusieron las estrategias de fortalecimiento económico, toma de decisiones, formación interna y formación a las comunidades, la actitud comunicacional y por último la participación social.
Descripción de las estrategias definidas

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

ESPECIALIZACIÓN GERENCIA SOCIAL EVALUACIÓN ENSAYO FINAL

Estudiante: MARTHA JANETH BEJARANO HERNANDEZ

Título del Ensayo: PROYECCION ESTRATÉGICA DE LA ASOCIACION SALUD AL DERECHO 2008 - 2012

Fecha de presentación: Julio 24, 2008

Aspectos a evaluar	1-2	2-3	3-4	4-5	TOTAL
Pertinencia del tema para la GS				5.0	
Coherencia interna del documento				4.8	
Claridad en las ideas				4.5	
Capacidad de argumentación, análisis				4.8	
Forma y bibliografía				4.5	
Total				23.6	23.3

VALORACIONES:

23.00 a 25.00 puntos	= Aprobado excelente
20.00 a 22.90 puntos	= Aprobado bien
17.50 a 19.90 puntos	= Aprobado Satisfactorio
15.00 a 17.40 puntos	= Aprobado con observaciones
Menos de 15.00 puntos	= Rechazado

Evaluación realizada por:

JOSÉ JOAQUIN BARÓN ENRIQUEZ

Profesor de Cátedra de la Especialización en G.S.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1. ANTEPROYECTO	9
1.1. TEMA ELEGIDO	9
1.2. EL PROBLEMA A RESOLVER	9
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL TEMA	9
1.4. OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO	10
1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.6. IDEAS CLAVES DEL MARCO CONCEPTUAL	10
1.7. METODOLOGÍA	11
1.8. CRONOGRAMA	12
1.9. BIBLIOGRAFÍA	13
2. MARCOS DE REFERENCIA	14
2.1. MARCO HISTÓRICO	14
2.2. MARCO TEÓRICO	22
2.3. MARCO NORMATIVO	27
2.4. MARCO CONCEPTUAL	32
3. PROYECCIÓN ESTRATÉGICA DE SALUD AL DERECHO	36
3.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ASOCIACIÓN SALUD AL DERECHO	36
3.2. ANTECEDENTES DEL PROCESO DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD AL DERECHO	37
3.3. DESARROLLO DEL PROCESO DE DIAGNOSTICO	38
3.4. PLANTEAMIENTO DE LA ESTRATEGIA	42
3.5. PRIMEROS AVANCES EN LAS ESTRATEGIAS	45
4. CONCLUSIONES	60
5. BIBLIOGRAFIA	62

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es el resultado del proceso de utilización de una herramienta administrativa de Planeación estratégica, en la Asociación Salud al Derecho. La importancia de este aprendizaje para la gerencia social es aportar una experiencia de aplicación de estas propuestas que han sido implementadas a nivel mundial con diversos tipos de empresas con características diferentes como tamaño, objeto social, tipo de actividad económica, etc. Ahora también aplicadas a entidades sin ánimo de lucro, de carácter social como se muestra en el desarrollo del proyecto.

La labor desarrollada constituye un documento de especial importancia para la Asociación Salud al Derecho, ya que presenta un diagnóstico de esta entidad a nivel interno y externo, potencia sus cualidades y avances, pero también cuestiona sus retrocesos y dificultades para funcionar. La implementación de esta herramienta ha sido significativa para los miembros administrativos y que cobra relevancia en el cumplimiento de los objetivos y metas planteadas con la población objeto principales beneficiarios de la labor que desarrolla Salud al Derecho. Representa también una iniciativa de mejoramiento continuo y construcción colectiva de un país más justo.

El planteamiento de esta propuesta potencia las capacidades de la autora en la dirección y apoyo a esta entidad. Además de brindarle un diagnóstico organizado, que ha sido reconocido y evaluado en cada sesión que se realizó, muestra como eficientemente se puede lograr que una entidad sin ánimo de lucro y con fines puramente sociales como Salud al Derecho se mantenga en el tiempo y logre garantizar y hacer efectivo el derecho humano fundamental a la salud.

La autora es fundadora de esta entidad que inicia como un proyecto y que a lo largo de cuatro años, se ha consolidado legalmente, ha fortalecido y desarrollado eficientemente la propuesta inicial, implementando nuevas estrategias administrativas, sociales y políticas.

Como el ánimo de los directivos y fundadores de Salud al Derecho es que esta asociación de mantenga hasta lograr completamente su misión y visión, el alcance de este trabajo es aportar elementos para una definición estratégica de Salud al Derecho ofreciendo el manual estratégico de procesos correspondiéndole a la entidad el planteamiento de los proyectos estratégicos.

La principal limitación encontrada en el proceso desarrollado, fue la dificultad de reunir a todos los asociados de Salud al Derecho. Sin embargo se contó con un equipo humano muy capaz de representar a todo el grupo base.

Se agradece en especial la participación de todos los miembros de la Junta Directiva quienes con su entrega, seriedad y dedicación hicieron de este proceso nuevo para la entidad una forma interesante, oportuna e integral de definir los Planes de la organización.

1. ANTEPROYECTO

1.1. Tema elegido:

ELABORACION DE UN DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO PARA LA ASOCIACIÓN SALUD AL DERECHO.

1.2. El problema a resolver:

La asociación Salud al Derecho no tiene un diagnóstico estratégico que le permita precisar su horizonte y priorizar sus esfuerzos institucionales con el propósito de lograr su consolidación organizacional y social.

1.3. Justificación e importancia del tema

Teniendo en cuenta que la Planeación Estratégica es una poderosa herramienta *de diagnóstico*, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus servicios. La asociación Salud al Derecho en la última asamblea anual de asociados ha planteado la necesidad de elaborar un plan estratégico para cinco años, cuya primera labor será elaborar un diagnóstico estratégico de la entidad.

Se debe hacer Planeación porque la practica en las organizaciones ha demostrado que si no se planea, no se sabe que hacer, ni como hacerlo. Una organización sin estrategias es como un barco a la deriva que no tiene rumbo ni dirección definida, en otras palabras, una organización que no planea estratégicamente no sabe para donde va. Caso contrario si existe una planeación estratégica la organización tendrá cubiertas posibles fallas, en caso de un imprevisto el daño será mucho menor y los directivos podrán tomar mejores decisiones.

Hacer un plan estratégico permite prever el rumbo de la Asociación Salud al Derecho, es decir que lo que hagamos hoy tendrá repercusiones en el futuro y desde la planeación podemos proyectar el futuro al cual queremos llegar y las metas que se pretenden alcanzar con los programas y proyectos desarrollados.

1.4. Objetivo general del proyecto

Elaborar un diagnóstico estratégico de la Asociación Salud al Derecho que le permita trazar su plan estratégico a mediano plazo y consolidarse como una organización social líder en la defensa del derecho fundamental a la salud.

1.5. Objetivos específicos

Hacer un reconocimiento de la asociación Salud al Derecho.

Concientizar sobre la importancia de hacer planeación en la entidad.

Realizar un análisis del entorno social, económico y político de la Asociación Salud al Derecho.

Identificar las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la asociación.

Valorar los perfiles de competencias internas y externas de la asociación.

Plantear estrategias de trabajo.

1.6. Ideas claves del marco conceptual

Las METAS: dentro de este concepto se reconocen tres términos claves que son el propósito, la misión y objetivos de la organización. El propósito de la organización y su papel principal en la sociedad, la misión se enuncia de una manera única, distingue a la organización del resto, la misión de la organización se traduce en varios objetivos que se deben cumplir para alcanzar sus metas.

Cada ESTRATEGIA crea la dirección para la organización en base a sus diversos objetivos y orienta la movilización de recursos, empleados para mover a la organización hacia estos objetivos. (Stoner y Wankel- 1994). La Estrategia es “el patrón de objetivos, propósitos, o metas y políticas y planes principales para alcanzar estas metas, enunciados de tal manera que definan el rumbo de la entidad.

La FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS: Una estrategia está conformada por la totalidad del conjunto de actividades necesarias para cumplir un objetivo. Todas las actividades principales y secundarias de una estrategia deberán estar claramente definidas, esto es a lo que le llama formulación.

La PLANEACIÓN ESTRATÉGICA (PE) es el proceso de seleccionar las metas de la organización, determinando las políticas y programas requeridos para alcanzar los objetivos específicos que conducirán hacia las metas, y estableciendo los métodos necesarios para garantizar que las políticas y programas estratégicos se ejecuten. Es también un proceso formal de la planeación a largo plazo (supervivencia y crecimiento), usada para definir y alcanzar las metas de la organización.

1.7. Metodología

La metodología utilizada por la autora es la descriptiva y además participativa. Mediante los estudios observacionales y participativos en los talleres desarrollados por la Junta directiva se hace la recolección de datos, el registro, sistematización y análisis de las actividades. Se usan herramientas pedagógicas como el metaplan, la ponderación de resultados y otros. Se utilizan fuentes primarias y secundarias para el desarrollo de las siguientes actividades:

ANÁLISIS DEL ENTORNO

¿Qué está allí, que necesita hacerse? Utilizando las características de la asociación como punto de partida

ANÁLISIS DE RECURSOS FORTALEZAS Y DEBILIDADES

¿Qué podemos hacer?

IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES, ESTRATEGIAS Y AMENAZAS

¿Qué necesita hacerse que podamos hacer?

PROPUESTA DE LA MISION Y LA VISIÓN

Así queremos estar dentro de cinco años.

FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS

Que vamos a hacer.

1.8. Cronograma.

Actividades	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10
Preparación del ante proyecto	XXXXX	XXXX								
Presentación del anteproyecto			XXXX							
Recolección de información de fuente primaria: taller DOFA			XXXX	XXXX						
Análisis de la información				XXXX	XXXX	XXXX				
Diseño de objetivos estratégicos					XXXX	XXXX				
Diseño del mapa estratégico						XXXX	XXXX			
Diseño de políticas y programas						XXXX	XXXX			
Diseño de proyectos							XXXX	XXXX	XXXX	
Preparación del Informe									XXXX	
Presentación del informe										XXXX

1.9. Bibliografía.

Garzón Castrillón, Manuel. Planeación Estratégica. Universidad Abierta y a Distancia, Bogotá, 2000.

Serna Gómez Humberto. Gerencia Estratégica: Teoría – metodología, alineamiento, implementación y mapas estratégicos, índices de gestión. Global Ediciones, Bogotá, 2006

Serna Gómez Humberto. Gerencia Estratégica: Planeación y gestión, teoría y metodología. Editores Ltda., Bogotá, 2000

Ogliastri Enrique. Manual de planeación estratégica. Ed. Tercer Mundo. Colombia, 1992.

Salud al Derecho. Kit de cartillas pedagógicas. 2007

2. MARCOS DE REFERENCIA

2.1. MARCO HISTORICO

PLANEACION ESTRÉGICA

Desde tiempos remotos conocer el futuro ha atemorizado e intrigado a la humanidad y aunque hoy en día resulta imposible despejar esta incógnita, la construcción de probables escenarios futuros a partir del uso de tecnologías y herramientas que se han ido incorporado a las metodologías de planificación estratégica nos permite predecir rutas alternativas y elegir la que a nuestro criterio resulte la más probable.

Evolución Histórica de la Planificación estratégica:

Raíces etimológicas: Estrategia Griego *strategos* = “Un general” = > “ejercito”, acaudillar. Verbo griego *strategos* = “planificar la destrucción de los enemigos en razón eficaz de los recursos”.

Sócrates en la Grecia antigua comparó las actividades de un empresario con las de un general al señalar que en toda tarea quienes la ejecutan debidamente tienen que hacer planes y mover recursos para alcanzar los objetivos.

Los primeros estudiosos modernos que ligaron el concepto de estrategia a los negocios fueron Von Neuman y Morgenstern en su obra <la teoría del juego>; “una serie de actos que ejecuta una empresa, los cuales son seleccionados de acuerdo con una situación concreta”

1954 Peter Drucker: “la estrategia requiere que los gerentes analicen su situación presente y que la cambien en caso necesario, saber que recursos tiene la empresa y cuáles debería tener”

1962 Alfred Chandler: “el elemento que determina las metas básicas de la empresa, a largo plazo, así como la adopción de cursos de acción y asignación de recursos para alcanzar las metas” (1ra definición moderna de estrategia >strategy andstructure>)

Henry Mintzberg : “el patrón de una serie de acciones que ocurren en el tiempo” en su opinión, los objetivos, planes y base de recursos de la empresa, en un momento dado, no son más importantes que todo lo que la empresa ha hecho y

en la realidad está haciendo. Esta concepción enfatiza la acción; las empresas tienen una estrategia, aún cuando hicieran planes.

Década de los 60': Se comenzó a usar el término; "Planeación a largo plazo" Subsecuentemente se han creado los términos: Planeación corporativa completa, Planeación directiva completa, Planeación general total, Planeación formal, Planeación integrada completa, Planeación corporativa, y Planeación Estratégica.

Más reciente aun Gerencia Estratégica. Su definición más completa debe describirse desde varios puntos de vista: El porvenir de las decisiones actuales; La PE. Observa las posibles alternativas de los cursos de acción en el futuro, y al escoger unas alternativas, estas se convierten en la base para tomar decisiones presentes. Procesos; se inicia con el establecimiento de metas organizacionales, define estrategias y políticas para lograr estas metas y desarrollar planes detallados para asegurar la implantación exitosa de las estrategias. Es continuo, tomando en cuenta los cambios en el ambiente. Filosofía; Es una actitud, una forma de vida; requiere dedicación para actuar con base en la observación del futuro y una determinación para planear constante y sistemáticamente como parte integral de la dirección. Estructura; Une tres tipos de planes; estratégicos, programas a mediano plazo, presupuestos a corto plazo y planes operativos.

Durante los últimos treinta años, en los países industrializados, la planeación corporativa ha tenido que ver con hechos determinantes del cambio. Como resultado desde su generalizada Introducción en la década del 60, el estilo de la P.E. ha pasado por varias fases.

Década del 60' Planeación para un período- de estabilidad y crecimiento	Década 70' Planeación para empresas en situación de ataque.	Principios 80' Planeación para recortes y racionalización	Década de los 90' Planeación para: 1. Crecimiento rentable 2. Desnormatización y privatización 3. Mercados mundiales
<i>Principales diferencias</i>	<i>de los estilos de planificación</i>	<i>estratégica por cada</i>	<i>década</i>
Proyecciones LP Presupuestos 5 años P.Operativos detallados Estrategias para el crecimiento y la diversificación	Estrategias explícitas Divisiones en unidades empresariales estratégicas Proyección	La alta Gerencia está a cargo de la estrategia. Enfoque total del negocio; elaboración y puesta en marcha de la Estrategia Liderazgo visible	Alta importancia a los factores del entorno Uso de tecnologías informáticas Incremento del cálculo de riesgos Altas velocidades en la

	explorativa Planeación para el cambio sociopolítico Simulación de estrategias alternativas	ejercido por la alta Gerencia. Compromiso de los funcionarios a todos los niveles Inversiones masivas en nuevas Tecnologías	renovación del conocimiento Altas velocidades en adquirir y perder ventajas competitivas
Principales técnicas por	década		
Proyección tecnológica Planeación de fuerza laboral Presupuestación del programa Análisis de vacíos Matriz de producto mercado	Planeación de escenarios Apreciación del riesgo político Proyección social Evaluación de impacto ambiental Análisis de portafolio de negocios Curvas de experiencia Análisis de sensibilidad y riesgo Presupuestación base cero	Creación de escaños competitivos Filosofías y objetivos empresariales explícitos Portafolios de tecnologías y recursos Empleados propietarios de acc. Entrenamiento interno de mercadeo y servicios Programas de mejoramiento a la calidad Bases de datos internas y externas	Formación de Liderazgo Benchmarking Holistica gerencial Inteligencia emocional Mejoras continuas Cuadro de indicadores

1. Salvador Vanegas Guido. Revista virtual Planeación Estratégica. Febrero 7 de 2001

EL DERECHO A LA SALUD

En los últimos dos siglos, los avances científicos y técnicos de la humanidad han supuesto una revolución en la medicina y la salud en el mundo, que ha cambiado sustancialmente la calidad y esperanza de vida del ser humano.

Paralelamente, el desarrollo de la democracia y de la naturaleza de los propios Estados ha llevado a reconocer el derecho a la salud como un derecho humano básico, internacionalizado en la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948. Un avance importante lo constituye la creación de la Organización Mundial de la Salud el 7 de abril de 1948, fecha que cada año se conmemora mediante el Día Mundial de la Salud.

A partir de entonces, han proliferado las cumbres y pactos internacionales, el desarrollo teórico y jurídico del derecho humano a la salud, e incluso se ha especificado y especializado ese derecho con enfoque diferencial de género, como ocurre, por ejemplo, con la especificación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El derecho a la salud ha quedado constituido como un derecho fundamental, como una necesidad básica humana que supone “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad”¹. El derecho a la salud es un derecho habilitante de otros derechos: en ningún otro derecho como en la salud se observa la interdependencia entre los derechos tan claramente como en éste. Las condiciones de salud de una persona varían según el grado de libertad en que viva, o de la vivienda que habita, del acceso a alimentación adecuada, vestido y trabajo.

El Estado Social de Derecho pretende garantizar los denominados derechos sociales mediante su reconocimiento en la legislación y mediante políticas activas de protección social, de protección a la infancia, a la vejez, frente a la enfermedad y al desempleo, de integración de las clases sociales menos favorecidas. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, en 1993, concluyó que estos derechos tienen la misma categoría, importancia, origen, titular y destinatario que los demás; pertenecen a todos los miembros de la familia humana (universales) y son reclamables al Estado, obligado a su promoción y protección.

En América Latina, el derecho a la salud se concibe como el “*disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”² y está expresamente consagrado en el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Este Protocolo sobre los derechos económicos, sociales y culturales es conocido también como el Protocolo de San Salvador (1988).

Sin embargo, a pesar de los destacables avances técnicos y legales, el derecho a la salud sigue teniendo grandes desigualdades, en materia de calidad y acceso, entre países ricos y países en desarrollo, y especialmente entre clases sociales, grupos étnicos y entre diferentes regiones, siempre en perjuicio de aquellos grupos más deprimidos por la pobreza.

¹ Véase el texto Natalia Paredes Hernández (1999). “A cinco años de la reforma del sistema colombiano.

² Texto el Derecho a la Salud Defensoría del Pueblo.

La dicotomía entre economía y justicia, dominada actualmente por la primera, hace que la salud sea en la práctica más un servicio accesible según el estatus económico que un verdadero derecho humano básico.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral” restringió el accionar estatal en la garantía de los derechos a la salud y a la pensión delegando su obligación al sector privado. Como fruto de esta ley, el Estado ya no presta directamente el servicio de salud sino que limita su función a vigilar y controlar la prestación del servicio de salud.

En este contexto la salud, otrora el derecho fundamental, se ha convertido en una mercancía que se ofrece y se vende a quien la pueda adquirir. Como consecuencia de esta ley la red de hospitales públicos está desapareciendo³ lo cual afecta a la población en general y de paso también ha vulnerado el derecho al trabajo de los profesionales, técnicos y personal de asistencia en salud. La privatización y mercantilización se traduce en la negación constante del derecho a la salud de la ciudadanía en: Exclusión en el régimen contributivo y subsidiado, menor disponibilidad de centros de asistencia por el cierre de hospitales públicos, limitación en el acceso a medicamentos, exámenes, tratamientos, cirugías, aparatos entre otros por disminución en los estándares del Plan Obligatorio de Salud.⁴

De las tutelas que resuelve la Corte Constitucional, la mayoría se refieren al derecho a la salud⁵, dado que es por esta vía por la que las ciudadanas y los ciudadanos han buscado la efectiva protección de este derecho. Las entidades prestadoras de los servicios de salud, han incluido en sus presupuestos un rubro para cumplir las sentencias de las acciones de tutela, en vez de abogar por modificaciones en las condiciones de prestación del servicio. Esto hace que el ejercicio de este derecho dependa de que los ciudadanos y ciudadanas interpongan las acciones jurídicas de protección de su derecho, como las que el proyecto SALUD^{AL}DERECHO viene ejerciendo (derechos de petición y acciones de tutela).

Las condiciones de empobrecimiento de la población y de desconocimiento sobre los derechos dificultan el ejercicio de estas acciones, por lo cual el proyecto atiende una necesidad estratégica de la población.

³ Por ejemplo, el Hospital San Juan de Dios en Bogotá, y otros centros hospitalarios del nivel nacional.

⁴ Listado de medicamentos, tratamientos, exámenes y aparatos que las entidades que prestan el servicio de salud tiene la obligación de proporcionar.

⁵ Investigación “LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD CAUSAS DE LAS TUTELAS EN SALUD” realizada por el Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo.

La Asociación Salud al Derecho, es una organización sin ánimo de lucro de profesionales voluntarios y personas de la comunidad interesadas en proteger y exigir el derecho humano fundamental a la salud. Utiliza el mecanismo de tutela para el exigir el derecho a la salud, que hoy es el único elemento de protección con que cuentan los usuarios de los servicios médico asistenciales. Fue constituida en enero de 2004. En el contexto de su misión social, cabe recordar que una de las mayores fuentes de vulneración de los derechos económicos, sociales y culturales -que incluyen el derecho a la salud - surge de los actos de omisión del Estado, entre los cuales cabe destacar “la falta de vigilancia de su efectividad”. (Directrices de Maastricht sobre violación de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1997, Documento organización Provea – Todos los Derecho para Todos).

En el estudio al sistema de salud colombiano⁶ muestra cómo a partir de la Ley 100 ocurrieron cambios drásticos en la atención al paciente. De los índices en salud pública se pasó a pensar en número de asegurados. “Toda la ecuación es alrededor de la transacción económica y no en lo que necesitan las personas en la atención de salud”. Si bien el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud - SNS, estipularon unos indicadores en la calidad y prestación del servicio de salud, como la accesibilidad y oportunidad, la atención al usuario por parte de las E.P.S está dirigida a contener gastos e incrementar el número de afiliados. “Si me están pagando un monto fijo por atender 100 mil familias, en vez de mil médicos contrato solo 500. Así ahorro dinero”. En la ecuación, los parámetros de calidad y atención se han transformado. Datos de la SNS registraron cómo durante el primer trimestre del año las E.P.S recibieron 19.573 quejas, que fueron monitoreadas y reducidas.

Uno de los principales puntos que analiza el grupo de investigación es que, las E.P.S funcionan como prestadoras del servicio en relación a rentabilidad- entradas y gastos. “Las E.P.S son empresas administradoras que les llega un monto específico de recursos por persona, que es la unidad de pago por capitación que supuestamente le debe cubrir todos los riesgos al usuario”. El problema es que la póliza de salud nunca cubrirá todos los riesgos en salud y cuando las personas necesitan servicios diferentes a los contemplados en el plan se enfrentan a la negación.

⁶. Artículo “ESTUDIO AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO” basado en la entrevista al profesor César Abadía – Investigador de la Asociación SALUD AL DERECHO publicado el 14 de octubre de 2007 en El Periódico y página web de UNIMEDIOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.

Así, la negativa a la prestación de los servicios ha aumentado. Según estadísticas de la ONG Salud al Derecho y del grupo de investigación, este año se han presentado 140 casos en los que al pedir el servicio o la atención requerida el argumento es que el POS no lo cubre, y 60 están marcados como copagos/cotización, que incluyen los casos de negación de la atención con el argumento de que la persona debe pagar copagos o cuotas moderadoras, porque no han cumplido con la cotización mensual. “¿Qué le toca hacer a la persona? Interponer una tutela o una acción legal y decirle al juez, mire, necesito esto para mi salud y mi vida, en aras de que lo atiendan y le cubran esa parte que se niegan muchas veces a cubrir”.⁷

Uno de los factores que más resalta el estudio es cuando los tratamientos y cirugías necesarias no son atendidas a tiempo o generan graves consecuencias, como le sucedió al esposo de Rosalía, otro de los casos asesorados por Salud al Derecho y el grupo de Antropología Médica.

Los primeros fracasos de Rosalía en su lucha con el nuevo sistema de salud se remontan a unos meses después de que su esposo, Alberto, perdiera el trabajo y se vieran obligados a reciclar basuras con una máquina prestada. En un accidente, Alberto se cercenó los dedos de las dos manos y al llegar al hospital “no aparecía en el sistema”, a pesar de tener régimen subsidiado. Se le exigió la firma de una letra como respaldo al pago de la cirugía reconstructiva de las manos, para evitar la pérdida de los dedos.

Luego de pedir un descuento en la cuenta y de conseguir prestado el 10% que le tocaba pagar, Rosalía sacó a Alberto del hospital. Sin embargo, para que la cirugía fuera “exitosa”, los médicos exigieron terapias de rehabilitación, que le fueron negadas en varias oportunidades por la E.P.S-Subsidiada, una vez lo había vuelto a incluir entre sus afiliados. El resultado es que Alberto está discapacitado.

La necesidad de atender una urgencia y darle el debido proceso ha hecho que el cúmulo de tutelas aumente.

En el estudio realizado por Salud al Derecho en un listado de 300 casos reportados, un total de 32 entidades han sido demandas por negar acciones incluidas o no en el POS, incluyendo E.P.S del Régimen Contributivo, del Régimen Subsidiado y la Secretaría Distrital de Salud. Un total de 41 denuncias se presentaron contra Humana Vivir E.P.S del régimen subsidiado, mientras que hubo 35 contra el Seguro Social y, en el caso de las E.P.S del régimen

⁷ Ibid

contributivo, Compensar registró 12. “Las E.P.S tienen el problema de que ven la salud como un negocio y al paciente como un cliente de servicios rentables”.

Otros de los problemas detectados son los recobros que las E.P.S hacen al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por acciones no POS y exigidas por fallos de tutela: en los primeros ocho meses del año ya superan en 37,6 por ciento a los de igual periodo del 2006, al pasar de 315.041 a 433.446.

“Sin embargo, la E.P.S allí tiene una triple ganancia. Un ente privado, que está negociando con el Estado, le puede decir: usted no me puede obligar a que incurra en gastos para los que no hemos hecho un compromiso contractual. Si usted quiere que yo le atienda una actividad no POS, entonces págume por esta actividad. Así, la E.P.S recobra al Fosyga y se lucra por triple vía: el Estado le paga la UPC que no usa, el usuario debe hacer el copago o la cuota moderadora y el procedimiento es pagado por el Fosyga, y la E.P.S se asegura de que la actividad también tenga un margen de ganancia”.

Entre las dificultades más comunes que los usuarios de E.P.S padecen, según el estudio, se encuentra la formulación y entrega de medicamentos y la orden de exámenes de laboratorio, tanto cubiertos o no por el POS, indispensables a la hora de tratar una enfermedad. Una de las razones es que los profesionales de la salud deben cumplir al día con un número de usuarios atendidos y no pueden salirse del listado de medicamentos recetados para el POS. “Por ejemplo, el médico puede dar cierto tipo de medicamentos, pero no de los más costosos. No puede pasarse de un número determinado de exámenes, porque es castigado por gastar recursos o premiado por ahorrarlos”. Por lo tanto, la orden de medicamentos y exámenes es limitada. Y otra de las razones que el estudio detectó para negar servicios es cuando la entidad determina que el paciente no los necesita, así el médico los haya ordenado. El número de casos registrados entre enero del 2006 y marzo del 2007 fue de 135.

En el caso de las mujeres embarazadas, las situaciones anómalas previas a la gestación se complican. El POS no responde a las necesidades de la población cuando faltan en él los medicamentos de elección en anticoncepción de emergencia y gran cantidad de métodos de planificación (la frase es confusa). Faltan medicamentos básicos para el control de la hipertensión en las totémicas, mujeres que sufren de presión alta, por ejemplo, la nifedipina por 10 mg, y prácticamente es inexistente el servicio más importante de todos: la salud mental, que es insuficiente con el solo mes que da el contributivo y ausente en el

subsidiado. Esta situación empeora cuando el hospital más cercano a su residencia está en crisis o cerrado.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1 Planeación estratégica

La planeación estratégica es realizar un "mapa" de las probables decisiones futuras de una organización (Empresa privada, Ong o Institución pública) o diseñar una ruta de acción para el futuro. Esto enfrenta a la incertidumbre de qué pasará en el futuro y cómo actuar de manera conveniente para cumplir los propósitos fundamentales.

Un buen plan es aquel que logra elaborar un excelente análisis de situación y en consecuencia permite que la ruta elegida sea lo suficientemente precisa para evitar serios desvíos -a los cuales nos enfrenta la realidad en la práctica-, por lo que el diseño de planes de contingencia, sistemas de monitoreo y estructura organizacional descentralizadas y flexibles complementan un exitoso proceso de planeación estratégica.

Concluido el proceso de elaboración del plan estratégico queda por delante la importante tarea de gestionar la implementación del plan, aspecto que requiere el compromiso explícito de la alta gerencia y habilidades de liderazgo para movilizar a las personas y los recursos de la organización en función de los propósitos definidos. Siendo así, el proceso de planeación estratégica es continuo, la planeación estratégica precede y preside las funciones de dirección de la empresa.

2.2.2. Colombia en el estado social de derecho

Al adoptar Colombia la fórmula del Estado social de derecho en la Constitución de 1991, asumió el compromiso ineludible de hacer efectivos los derechos fundamentales de las personas, no sólo los civiles y políticos sino también los denominados derechos económicos, sociales y culturales, pues una efectiva protección de la dignidad de la persona así lo exige, tal como lo señalan, entre otros, el Pacto Internacional de Naciones Unidas sobre la materia y el Protocolo de San Salvador, ratificados por nuestro país en 1968 y en 1996 respectivamente.

En efecto, el artículo 12 del mencionado Pacto y los artículos 44, 48 y 49 de nuestra Constitución, reconocen el derecho de todas las personas a gozar del máximo nivel de salud física y mental. Este derecho tiene contenidos que han sido desarrollados por la doctrina y la jurisprudencia, tanto nacional como internacional, que implican para el Estado las obligaciones de garantizar, respetar, proteger y realizar dicho derecho, diseñando para tales efectos políticas públicas que contengan los elementos mínimos que establecen dichas normas.

Ahora bien, en desarrollo de estos mandatos constitucionales, el Congreso adoptó, hace quince años, un modelo de salud, por medio de la Ley 100 de 1993, la cual introdujo profundas reformas al sistema que había regido en Colombia, argumentando que el nuevo sustituiría estructuras inequitativas, caducas e insostenibles por parte del Estado, por otras, regidas por la ley de la oferta y la demanda, democratizando el acceso al servicio, ampliando las coberturas, y mejorando progresivamente la calidad, para lo cual se contaría con estrictos y eficientes sistemas de inspección, vigilancia y control.

Siguiendo orientaciones de política social semejantes a las de otros países de la región en esos años, Colombia adoptó un sistema de salud que introdujo mecanismos de mercado y formas de aseguramiento de la población, lo que implicó la sustitución progresiva de los subsidios a la oferta, orientándolos a la demanda. Sus promotores calificaron este nuevo sistema de salud como **una** forma de “pluralismo estructurado”, para diferenciarlo de los modelos de prestación puramente pública o puramente privada de acceso a los servicios médicos, mientras que otros analistas lo han calificado como un modelo de “mercado regulado”.

Surgieron entonces nuevas instituciones y mecanismos reguladores del sistema de salud y los colombianos se nos acostumbramos a manejar siglas que anteriormente no existían: empezamos a hablar de las EPS (empresas promotoras de salud), las IPS y las ARP, y a aproximarnos, aunque no lo suficiente, a las diferencias entre los regímenes contributivo, subsidiado y especiales⁸, sus fuentes de financiamiento y sus modelos de atención; supimos de la existencia del POS (Plan Obligatorio de Salud), pero también del POS-S, que es el plan de beneficios para la población más pobre, denominado régimen subsidiado, el menos completo y el más restringido. Llegamos incluso a comprender que, paradójicamente, las normas definen como “vinculados” precisamente a quienes no están ni vinculados ni protegidos por ninguna forma de aseguramiento.

⁸ Artículo 279 de la ley 100 de 1993: Fuerzas Militares, Policía y Magisterio.

La pregunta obvia, desde una perspectiva de derechos humanos es entonces la siguiente: cómo podemos evaluar este sistema de salud, de “pluralismo estructurado” o “competencia regulada”, cuando se nos impone como referente el paradigma del Estado social de derecho, si los diferentes estudios, incluido el presente, indican que dicho sistema no sólo no ha cumplido sus objetivos sino que en muchos casos ha agravado los problemas que con él se querían contrarrestar: exclusión, inequidad, discriminación y precarios niveles de calidad, entre otros. La respuesta no puede ser otra que a partir de las quejas y denuncias y con base en la medición de resultados.

Lo primero que debo señalar es que la implementación del modelo ha supuesto un aumento considerable del gasto público en salud, pues según las cifras del DANE que con las más respetadas actualmente éste representa aproximadamente el 7.5% del PIB, cuando en 1993 apenas llegaba al 6.3, incremento significativo si se tiene en cuenta que el gasto privado de las familias en esos años cayó del 3.2 al 1.2% del PIB, esto permite afirmar que la atención médica sigue siendo principalmente financiada con recursos públicos, ya sean fiscales o parafiscales.

Ese aumento de los recursos públicos para la salud y las reformas institucionales que demandó la implementación del nuevo modelo, están orientados a la satisfacción de los tres componentes básicos del sistema: financiamiento, aseguramiento y atención a la enfermedad, dejando de lado, aunque lo menciona tangencialmente la ley 100, el tema de salud pública, el cual garantizaría con su eficiencia reducciones tanto en el primero como en el tercero, lo que optimizaría su proyección y manejo.

Si bien durante los primeros años de implementación de la ley 100 los resultados en aseguramiento y atención a la enfermedad fueron progresivos, especialmente en los sectores más pobres, pues por ejemplo durante los primeros 10 años el nivel de aseguramiento pasó del 29 al 68%, la tendencia en los últimos cinco ha sido hacia el estancamiento.

Por eso subsisten graves problemas que han suscitado el reiterado reclamo de distintos sectores de la sociedad, usuarios, organizaciones sociales, sindicatos, academia y medios de comunicación, pues en promedio más del 30% de la población, esto es casi 13 millones⁹ de colombianos, no están asegurados,

⁹ Según las cifras del Censo de 2005 del DANE, la cifra de población ajustada a junio 30 de 2005 es de 42'888.592. En consecuencia, el equivalente de 30% de población desprovista de aseguramiento de salud corresponde a 12'866.577. DANE, Censo general, Nivel Nacional 2005. Documento consultado en la página electrónica

proporción que es sensiblemente mayor en los sectores más vulnerables, en los que los niveles de desprotección alcanzan el 43%, mientras que en el quintil más rico de la población ese nivel de desprotección es del 14.3%, lo que señala una diferencia de casi 30 puntos.

En síntesis, aunque en los primeros años se alcanzaron leves mejoras en temas como cobertura y equidad, como lo dije antes, la tendencia marca un preocupante estancamiento traducido, cada vez más, en denuncias por parte de los distintos sectores y que se ha denominado la judicialización del tema, lo cual se agrava con situaciones no contempladas en la ley, como la atención a población desplazada, más de tres millones de colombianos, que reclaman soluciones de carácter estructural para la realización de su derecho a la salud, o con aquellas que si bien tuvieron cabida en la ley 100, como la atención especial para comunidades étnicas, no acreditan suficientes y efectivos desarrollos.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 12 del Pacto, los compromisos que adquirieron los Estados partes para la realización plena del derecho a la salud, se concretan en la garantía de disponibilidad, aceptación, accesibilidad, calidad y universalidad del mismo¹⁰, conceptos que si bien están consagrados de manera expresa en los considerandos de la ley 100 de 1993, no han tenido, a lo largo de los últimos 15 años un suficiente desarrollo, seguramente porque su ejecución parte de la premisa equivocada de que per-sé la eficiencia económica garantiza el derecho y la calidad del servicio, permitiendo señalar que los resultados en cada uno de ellos en verdad son precarios.

Por ejemplo, en lo relacionado con la obligación de universalidad del servicio, como lo anoté antes, más del 30% de la población no logra acceso al sistema, ya sea porque no están asegurados, o porque aún estándolo y requiriendo con urgencia atención médica, no logran el correspondiente servicio, pues los diferentes agentes del sistema niegan u obstaculizan la atención, anteponiendo controversias de orden jurídico y administrativo al derecho prevalente a la vida y a la integridad, y los sistemas de inspección, vigilancia y control no cumplen su cometido, desplazando a la persona al ámbito judicial.

<http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>

¹⁰ Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. *Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 22° período de sesiones, 2000 Documento E/C.12/2000/4.

En cuanto a accesibilidad, aceptación y calidad, persisten problemas tal como lo demuestra, por ejemplo, la cuestionable diferencia en los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) para el régimen contributivo y el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado (POS-S), evidenciando una segmentación en el acceso a los servicios de salud, pues quienes no tienen capacidad de pago acceden a restringidos planes de beneficios, mientras aquellos que gozan de mayor capacidad económica pueden garantizar un servicio óptimo; lo cual no sólo es contrario al principio de no discriminación que debe gobernar las políticas públicas sociales, sino que genera crecientes tensiones entre la población.

Todos sabemos que son recurrentes los casos de personas que mueren en las puertas de los hospitales porque las entidades prestadoras se niegan a recibirlas, como lo son también los casos de quienes son sometidos por parte de las instituciones aseguradoras, a innumerables y complejos trámites para acceder a los medicamentos o tratamientos, los cuales muchas veces llegan tarde, lo que de nuevo evidencia fallas en los mecanismos de control y vigilancia diseñados para evitar este tipo de comportamientos y si es del caso proceder a imponer los correctivos y sanciones correspondientes.

Una valoración del modelo a la luz de la teoría de los sistemas nos muestra su incompatibilidad con los compromisos y estándares contenidos en nuestra Constitución, esto es con la garantía de dignidad para todas las personas.

Conforme a un enfoque sistémico, el modelo que ha adoptado el Estado colombiano para la prestación del servicio público de salud, se caracteriza como un sistema mecánico que busca esencialmente la eficiencia económica y que por ello no está volcado a la satisfacción del derecho.

En consecuencia, tanto en su diseño como en la puesta en marcha del modelo de seguridad social en salud se observan tensiones estructurales, que afectan la garantía plena del derecho a la salud de los habitantes del territorio nacional. El modelo que adoptó el Estado colombiano para la prestación del servicio de salud carece de un efectivo enfoque diferencial que considere la vulnerabilidad y singularidad de amplios sectores de la población y garantice que las políticas del sector promuevan criterios explícitos para la equidad y la inclusión, pues, entre otras cosas limita las posibilidades de activación del principio de solidaridad que nos obliga, como nación, a diseñar políticas públicas, en este caso en salud, que permitan redistribuir efectivamente recursos garantizando el apoyo de los más a los menos favorecidos.

Otro de los problemas estructurales del sistema fundamentado en la ley 100 de 1993, tiene que ver con la precariedad en el desarrollo de políticas de salud pública, por definición preventivas, las cuales como es obvio, están a cargo del Estado. Su debilidad se constató en situaciones tan preocupantes como el retroceso en materia de programas de vacunación y en el diseño y sostenimiento de programas epidemiológicos orientados a controlar enfermedades que amenazan la salud pública y afectan principalmente los derechos prevalentes de la infancia; estudios realizados por instituciones, como organizaciones sociales y grupos de investigación de las universidades, muestran por ejemplo aumentos significativos en enfermedades como el dengue, la fiebre amarilla y la tuberculosis, que en años anteriores habían logrado importantes índices de disminución.

2. 3. MARCO NORMATIVO

Tal como se conceptualiza en el derecho internacional de los derechos humanos, el derecho a la salud es un bien jurídico exigible al Estado como parte de la consagración de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). El Estado colombiano quedó obligado a partir de la ratificación de los instrumentos de derecho internacional, bajo el principio de *pacta sunt servanda*, en el caso de la salud, como todos los derechos humanos, deriva de la noción de respeto a la dignidad humana y significa un avance en los compromisos morales y políticos de las sociedades.

La salud en perspectiva de derechos humanos se enmarca en la normatividad internacional y en consecuencia en el cumplimiento de las obligaciones que son responsabilidad del Estado colombiano, adquiridas al suscribir los pactos internacionales. Tanto los derechos reconocidos expresa e inicialmente como fundamentales, es decir aquellos que asumen la protección del individuo frente al mismo poder del Estado, bien sea en la defensa de su libertad, vida, igualdad ante la ley, etc., como los derechos prestacionales, la salud entre ellos, que requieren para su efectiva realización la intervención activa y positiva del Estado. El desarrollo de la legislación e institucionalidad adecuadas o la asignación consecuente de recursos, hacen parte de la exigencia del derecho para que su realización no sea un simple enunciado sujeto a las posibilidades acordes al grado de desarrollo de los distintos Estados, o a la voluntad política de las diferentes administraciones.

2.3.1. Marco normativo internacional

Sistema de las Naciones Unidas

– La **Declaración Universal de Derechos Humanos** protege explícitamente el derecho a la salud al decir que: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

– El **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, en el artículo 7, dispone que “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos científicos”. Este pacto fue aprobado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968.

- El **Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales** que entró en vigor para Colombia desde 1968, en su artículo 12 contiene una de las disposiciones de desarrollo más amplio en derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. Dice esta disposición:

“Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

El Comité DESC es el órgano de supervisión del Pacto y está encargado de vigilar el cumplimiento de sus disposiciones y de asegurar la correcta interpretación de cada una de ellas. Para ello examina los informes presentados por cada uno de los Estados partes y mediante recomendaciones y observaciones generales explica el contenido y alcance de cada derecho, a fin de que los Estados deriven de éstas el desarrollo normativo, las políticas, las instituciones y los programas requeridos.

– La **Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial** (196, en vigor a partir de su aprobación mediante la Ley 22 de 1981) reconoce el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

– La **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**, (1979, en vigor para Colombia a partir de su aprobación mediante la Ley 1 de 1981) incluye el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción; el acceso a los servicios que se refieren a la planificación familiar, el período posterior al parto, y la nutrición adecuada durante el embarazo y lactancia.

– La **Convención sobre los Derechos del Niño** (1989, en vigor para Colombia desde su aprobación a través de la Ley 12 de 1991) demanda en el artículo 24 la plena aplicación del derecho a la salud y la adopción de medidas mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible, el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre; la atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres; y el desarrollo de atención sanitaria preventiva. Requiere la adopción de las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud del niño. Compromete a los Estados Partes a “promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en este artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo”. De esta forma, se introducen conceptos importantes como el de revisar prácticas culturales tradicionales que puedan afectar negativamente el derecho, así como la responsabilidad específica de los países más desarrollados, frente a la posibilidad de realización de éste en condiciones de subdesarrollo propias de otros Estados.

Finalmente hay otra serie de instrumentos internacionales que están referidos al derecho a la salud de otros grupos poblacionales específicos, como los trabajadores, las personas privadas de la libertad, las personas en situación de desplazamiento forzado, las personas con discapacidad, las minorías étnicas y raciales, los adultos mayores y los enfermos de sida.

Sistema Interamericano de Derechos Humanos

La **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** consagra en el artículo XI el derecho de toda persona a la preservación de la salud y el bienestar.

La **Convención Americana de Derechos Humanos** aunque no hace alusión expresa al derecho, sí afirma en su artículo 26 que los Estados partes se comprometen “a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica” para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos contenidos en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, que en su artículo 33 hace referencia al derecho a la salud.

Así mismo el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, o Protocolo de San Salvador suscrito en 1988, aprobado por Colombia en 1996 y que entró en vigor en 1999, protege igualmente el derecho a la salud al decir:

“Artículo 10

- 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*
- 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:*
 - a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;*
 - b. extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
 - c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;*
 - d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;*
 - e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y*
 - f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”*

Marco normativo nacional:

Antes de la Constitución de 1991, el derecho a la salud no tenía un claro reconocimiento constitucional, a pesar de los avances indudables que en materia de derechos sociales significaron la reforma constitucional de 1936 y la ratificación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Esta situación cambia con la Constitución de 1991, que señala como fin del Estado el garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la misma (artículo 2), en el marco del Estado Social de Derecho.

La Corte Constitucional ha precisado en la Sentencia T-406 de 1992, M.P. Ciro Angarita Barón.

“... la connotación de social supera la concepción del Estado de Derecho en que las instituciones y la ley sólo garantizaban formalmente las libertades y los derechos, sin la preocupación más profunda de hacer realidad el contenido material de los derechos y libertades.”

Esa adopción de la fórmula constitucional del Estado social y democrático de derecho permitió entonces una incorporación vigorosa de los derechos sociales en general y del derecho a la salud en particular.

El artículo 44 consagra la salud como derecho fundamental de los niños, y es claro que éste también se entiende incorporado en la protección de la vejez contenida en el artículo 46. El artículo 48 establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio “que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado”, cuyo desarrollo legal debe ajustarse a los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, permitiendo también la participación de los particulares en el sistema de seguridad social.

La Corte Constitucional ha entendido el concepto de seguridad social como lo manifiesta en la Sentencia C-674 de 2001, M.P. Eduardo Montealegre Lynett.

“... los medios de protección institucionales para amparar a la persona y a su familia frente a los riesgos que atentan contra la capacidad que éstos tienen para generar los ingresos suficientes para gozar de una existencia digna y enfrentar contingencias como la enfermedad, la invalidez o la vejez. Por ello, la Constitución establece que la seguridad social es no sólo un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, sino que también representa un derecho irrenunciable, garantizado a todos los habitantes del Estado.”

Por su parte el artículo 49 de la Constitución establece que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”. Más adelante dispone que todas las personas puedan acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Esto debe leerse en armonía con los artículos 36 y 366 *ibidem* que establecen que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y que es deber de éste asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y el saneamiento” y el deber de ejercer la vigilancia y el control de la prestación de

los servicios, que puede ser llevada a cabo por particulares. Finalmente el artículo 50 establece el derecho de atención gratuita, en las instituciones que reciben aportes públicos, para todos los menores de un año.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

2. 4.1. Responsabilidad Social Empresarial (RSE):

Existen diversas definiciones de RSE, se mencionan algunas de ellas. RSE es comprometerse con el país de modo que pueda brindar apoyo a comunidades lejanas poco favorecidas; buscar la construcción de un futuro mejor; contribuir con la salud y el cuidado del medio ambiente; velar por el desarrollo de la sociedad a través de una serie de actividades, como brindar oportunidades a los menos favorecidos. En este sentido, la búsqueda del incremento de la cantidad y/o calidad del capital humano, vía las inversiones en la capacitación de los recursos humanos (en las empresas y fuera de ellas) cumple con varios de estos puntos.

Se puede decir que la RSE constituye una nueva forma de enfocar el desempeño de las empresas, buscando que las decisiones de la misma se fundamenten sobre conceptos éticos, así como en la inclusión de los intereses los agentes que son afectados por estas decisiones. La RSE es hoy en día un tema que atañe a los diversos actores del quehacer económico de un país, vale decir las empresas, el gobierno, las ONG y la sociedad civil en su conjunto. Se trata de una tarea compartida en la que todos tienen un rol importante para llevar a cabo ya que los efectos de una adecuada gestión promoverán la integración social, fortaleciendo el desarrollo y sostenibilidad de cualquier proyecto empresarial con visión de futuro.

La sociedad otorga a todas las entidades jurídicas, incluidas las empresas, una "licencia para operar" indicándoles sus derechos y obligaciones por medio de leyes y reglamentos. La liberalización de los mercados y la globalización han permitido a las empresas extender el alcance de sus actividades, abriendo la posibilidad de que sus acciones puedan tener una mayor repercusión dentro de la sociedad. Pese a la existencia de tratados, acuerdos y convenciones internacionales, no existe ningún conjunto de normas globales que se encarguen de regular las actividades empresariales o de sus efectos en las sociedades.

El mayor poder de las empresas debe balancearse con la inclusión de medidas

éticas en las prácticas empresariales. En un mundo en que el poder económico de las empresas transnacionales es comparable al de los países, a los gobiernos a veces les resulta difícil encontrar un equilibrio entre la necesidad de proteger a sus ciudadanos y la necesidad de atraer inversiones extranjeras directas.

2.4.2. Planeación Estratégica (P.E):

La P.E. es un proceso mediante el cual una organización define su misión y visión a largo plazo y las estrategias para alcanzarlas, con base en el análisis de sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (DOFA). Este proceso es desarrollado por quienes toman decisiones en una organización, ellos obtienen, procesan y analizan la información pertinente interna y externa, con el fin de evaluar la situación presente de la empresa, así como su nivel de competitividad con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institución hacia el futuro.

2.4.3. Participación Social (P.S):

Se entiende por P.S. a aquellas iniciativas sociales en las que las personas toman parte consciente en un espacio, posicionándose y sumándose a ciertos grupos para llevar a cabo determinadas causas que dependen para su realización en la práctica, del manejo de estructuras sociales de poder.

La participación se entiende hoy como una posibilidad de configuración de nuevos espacios sociales o como la inclusión de actores sociales en los movimientos sociales, en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, o como la presencia en la esfera pública para reclamar derechos o demandar cambios.

La participación social debe ser vista como un instrumento constructor y fortalecedor del aprendizaje y tejido social. Los esfuerzos de descentralización del Estado debe ver la participación social como el reconocimiento de la aspiración fundamental a crecer y a humanizarse ambas partes, así como ratificar el derecho de toda persona a participar como protagonista del desarrollo social y global de su comunidad y de su país.

La participación social no es sólo un método para lograr una mayor eficiencia; es un derecho, un reto, una meta a alcanzar.

2.4.4. Organización No Gubernamental (ONG):

Una ONG es una entidad de carácter privado, con fines y objetivos definidos por sus integrantes, creada independientemente de los gobiernos locales, regionales y nacionales, así como también de los organismos internacionales.

Jurídicamente adopta diferentes estatus, tales como asociación, fundación, corporación y cooperativa, entre otras formas. Al conjunto del sector que integran las ONG se le denomina de diferentes formas, tales como sector voluntario, sector no lucrativo, sector solidario, economía social y tercer sector social.

Su membresía está compuesta por voluntarios. Internamente pueden tener un bajo o alto grado de organización. El financiamiento de actividades, generalmente, proviene de diversas fuentes: personas particulares, Estados, organismos internacionales, empresas, otras ONG, etc.

Las ONG tienen como radio de acción desde un nivel local a uno internacional. Cubren una gran variedad de temas y ámbitos que definen su trabajo y desarrollo. Dichos temas están relacionados con ayuda humanitaria, salud pública, investigación, desarrollo económico, desarrollo humano, cultura, derechos humanos, transferencia tecnológica, ecología ,etc.

No tratan de reemplazar las acciones de los Estados u organismos internacionales en sus correspondientes países sino de cubrir y ayudar en aquellas áreas en las cuales no existen política sociales o económicas, o bien cuando estas políticas resultan insatisfactorias para algunos grupos de la sociedad. También denuncian las infracciones de los gobiernos, la corrupción y los abusos

2.4.5. Estrategia Global:

Es establecer una estrategia para un negocio a nivel mundial, eligiendo entre varias dimensiones estratégicas. Para cada dimensión, una estrategia multi doméstica busca maximizar el desempeño mundial mediante la masificación de la ventaja competitiva local. Busca maximizar el desempeño mundial a través de la participación y la integración.

2.4.6 Estrategia de una empresa:

Alfred D. Chandler, en 1962 estudiando las realidades de empresas como Sears, General Motors, Standard Oil -hoy Chevron- y DuPont, resalta los aportes a la historia empresarial, especialmente la posterior a la Segunda Guerra Mundial y definió la estrategia de una empresa como: La determinación de metas y objetivos a largo plazo. La adopción de cursos de acción para alcanzar las metas y objetivos. La asignación de recursos para alcanzar las metas.

3. PROYECCION ESTRATEGICA DE SALUD AL DERECHO

3.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ASOCIACIÓN SALUD AL DERECHO

La Asociación Salud al Derecho es una entidad sin ánimo de lucro, de profesionales voluntarios como abogados, médicos, pediatras, fisioterapeutas, antropólogos, investigadores, etc., y de hombres y mujeres de la comunidad interesados en trabajar por la defensa del Derecho Fundamental a Salud.

Fue constituida en el año 2004, durante este tiempo ha crecido y ha fortalecido sus áreas de trabajo, actualmente tiene siete comisiones que son jurídica, médica, capacitación, apoyo comunitario, investigación, comunicación y cambio de sistema. A continuación se describen cada una:

Jurídica: Desarrolla acciones jurídicas para garantizar la protección del derecho fundamental a la salud. Al mismo tiempo busca denunciar las violaciones del derecho a la salud que se realizan por medio del uso de la jurisprudencia actual, mediante un análisis profundo de los fallos de tutela.

Capacitación: Dirige procesos masivos de formación buscando que los participantes se apropien de elementos conceptuales, históricos, técnicos y otros, que permitan la comprensión del sistema que opera actualmente, así como la identificación de las debilidades estructurales que padece y posteriormente apoyar en la lucha por la transformación del sistema actual por un nuevo modelo alternativo en salud justo.

Investigación: Analiza la situación de la salud pública en Colombia –relaciones sistema-usuarios, funcionarios-usuarios- por medio los casos emblemáticos asesorados en la Asociación y genera categorías de denuncias no sólo en ámbito académico sino también comunitario.

Comunitario: Orienta la integración de la comunidad a los procesos de inclusión social por medio de capacitaciones que incrementan las herramientas de defensa del derecho a la salud.

Comunicación: Hace seguimiento a los medios de comunicación generando denuncias oportunas, sensibiliza a la opinión pública sobre la situación del derecho a la salud y las alternativas para su transformación.

Médica: Genera documentos críticos que confronten la ineficiencia en el control del cumplimiento del derecho de la salud por parte de las autoridades de salud en Colombia, denunciando las fallas del sistema.

Cambio de sistema: Trabaja en la construcción de un modelo alternativo de Seguridad Social en Colombia que permita el acceso igualitario, eficiente, integral y gratuito a los ciudadanos.

Los logros más significativos de la asociación han sido: La atención de más de 800 casos de violación del derecho a la salud, donde el 95% de los casos son a favor de los tutelantes. El cubrimiento de la población Bogotana y en menor proporción el apoyo en municipios y otras ciudades. El empoderamiento de las comunidades en diferentes localidades. La Creación y apoyo a los comités de usuarios. La documentación de casos emblemáticos de violación del derecho a la salud. Tres publicaciones en revistas nacionales. La presentación de resultados de investigaciones en eventos Nacionales. La apertura de un Centro de documentación. La producción del video “Un Negocio Más, Mil Vidas Menos”. La elaboración del kit de cartillas pedagógicas para la exigibilidad del derecho a la salud “Porque la Salud NO es una Mercancía”. La construcción de los lineamientos de un modelo alternativo de salud. Y la construcción de redes y alianzas con otras organizaciones.

3.2. ANTECEDENTES DEL PROCESO DE PLANEACION ESTRATEGICA EN SALUD AL DERECHO

En la Asamblea Anual de Asociados realizada el 21 de marzo de 2008, se planteó la necesidad de diseñar una planeación a 5 años que le permita a la Asociación ver un horizonte estratégico. Esto con el fin de priorizar sus esfuerzos institucionales fortaleciendo las estrategias existentes e implementar nuevas estrategias de trabajo que potencien y consoliden el trabajo social y político que desarrolla la organización.

En la mencionada asamblea se delegó a los miembros de la junta directiva, a la directora y al fiscal (nombrados el mismo día), para realizar la labor de planeación quinquenal.

El equipo de planeación está conformado así:

ASOCIADO (A)	PROFESION	ANTIGÜEDAD	ESPACIO DE PARTICIPACION EN SALUD AL DERECHO.
DIANA OVIEDO	Antropóloga	3 años	Fiscal Comisión de investigación Comisión de capacitación
CESAR ABADIA	Odontólogo Doctor en Antropología médica Investigador	3 años y 6 meses	Junta Directiva Comisión de investigación Comisión de capacitación
MARIA YANET PINILLA	Antropóloga Maestría en Género	1 año	Junta Directiva Comisión de capacitación Comisión de redes y alianzas
JORGE ARANGO	Medico Pediatra Ginecólogo	4 años y 6 meses	Junta Directiva Comisión de asesoría médica Comisión de capacitación Comisión de redes y alianzas
ALBERTO POSADA	Abogado	4 años	Junta Directiva Comisión de asesoría jurídica Comisión de capacitación
LUIS ARTURO CAÑAS	Abogado	4 años y 6 meses	Junta Directiva Comisión de asesoría jurídica Comisión de capacitación Comisión de redes y alianzas
MARTHA J. BEJARANO	ADMINISTRADORA DE EMPRESAS. TECNOLOGA CONTABLE	4 años y 6 meses	Directora – Representante Legal Comisión de administración Comisión de asesoría jurídica Comisión de capacitación Comisión de redes y alianzas

3.3. DESARROLLO DEL PROCESO DE DIAGNOSTICO ESTRATEGICO EN SALUD AL DERECHO

Se propuso la realización de varios encuentros del grupo de planeación definido por la Asamblea General. Para este proceso, la autora de este trabajo invitó al tutor designado por la UNIMINUTO para el proceso. A continuación se describen las actividades desarrolladas en cada uno de los encuentros.

3.3.1. Actividades del primer encuentro

- Presentación de los objetivos
- Socialización sobre la teoría de la Planeación Estratégica.
- Reconocimiento del contexto nacional, social, político y económico

3.3.2. Actividades del segundo encuentro:

Identificación de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas, DOFA. Este representa una fotografía de la situación actual de la Asociación Salud al Derecho. (aporte individual y grupal).

<p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal voluntario 2. Aliados 3. Planteamiento político 4. Falta de pensamiento estratégico 5. Número de personas reducido 6. Tiempos y compromisos 7. Capacidad para atención de casos 8. Falta de personas para fortalecer el trabajo 9. Revisar la idea de voluntariado 10. Distintos niveles de compromiso y conocimiento 11. Deficiencia económica y auto sostenibilidad 12. Falta de recursos económicos 13. Falta de organización interna para la realización de actividades que genera en ocasiones desarticulación en el trabajo. 14. Espacio 15. Descanso ante las tareas puntuales de las personas que forman SAD. 16. Incapacidad de conducir el trabajo voluntario. 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alianzas amigas 2. Articulación en diferentes espacios de trabajo que alimentan el quehacer 3. Movimientos nacionales e internacionales 4. Cooperación internacional 5. Puesta en escena de la problemática de la salud que genera oportunidades políticas para incidir 6. Perverso de la ley 100 7. Oferta en la cooperación internacional 8. Para la exclusión social a nivel de salud, el modelo económico de la clase dirigente. 9. Fracasos constantes de las políticas públicas y del gobierno 10. Parar lo inhumano del sistema social 11. Crisis social que se profundiza 12. Mecanismos jurídicos de exigibilidad 13. Algunos organismos de control 14. Comunidades 15. Apoyo de comunidades y líderes.
<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crecimiento 2. Grupo de trabajo interdisciplinario 	<p>AMENAZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Individualización de la crisis de la salud. 2. Capacidad de coaptación de lo inhumano

<ul style="list-style-type: none"> 3. Directora comprometida con el trabajo 4. Ayuda a la población 5. Seriedad en el trabajo 6. Capacidad intelectual de los integrantes 7. Equipo Humano 8. Claridad política 9. Capacidad de hacer lectura de necesidades y crear respuestas para satisfacerlas 10. Responder más a una necesidad sentida 11. Compromiso política social 12. Capacidades individuales 13. Buen equipo formador e investigativo 14. El presentimiento de la importancia del trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Indolencia 4. Insolidaridad 5. Falta de compromiso de la sociedad 6. Derechización política del país y del mundo 7. Mercantilización de ong's que buscan autofinanciamiento 8. El sistema neoliberal aplicado a la dirigencia política. 9. Otras organizaciones de izquierda y comités políticos 10. Naturalización de la salud como mercancía o caridad 11. La cooperación internacional apoya \$ dolo para actividades y no para recurso humano. 12. Organizaciones sociales sin objetivos claros que obstaculizan nuestro quehacer
--	---

Planteamiento de la misión y visión.

MISION:	VISION:
Trabajar por la exigibilidad del Derecho Humano Fundamental a la salud, construyendo comunidades autónomas y solidarias.	En cinco Salud al Derecho será una organización líder en la defensa individual y colectiva del Derecho a la Salud apoyada por todas las comunidades bogotanas.

3.3.3. Actividades del tercer encuentro:

Valoración de los perfiles de competencias internas y externas, con base en el diagnóstico estratégico (DOFA)

	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
DEBILIDADES											
(Rango de 0 a -5 siendo este último el más importante)											
1. Poco personal voluntario	x										
2. Aliados						x					
3. Planteamiento político						x					
4. Falta de pensamiento estratégico			x								
5. Número de personas reducido				x							
6. Tiempos y compromisos						x					
7. Capacidad para atención de casos						x					
8. Falta de personas para fortalecer el trabajo			x								
9. Revisar la idea de voluntariado						x					
10. Distintos niveles de compromiso y						x					
11. Deficiencia económica y auto sostenibilidad						x					
12. Falta de recursos económicos	x										
13. Falta de organización interna para la	x										
14. Espacio						x					
15. Descanso ante las tareas puntuales de las						x					
16. Incapacidad de conducir el trabajo voluntario.			x								
OPORTUNIDADES											
(Rango de 0 a 5 siendo este último el más importante)											
1. Alianzas amigas										x	
2. Articulación en diferentes espacios de trabajo										x	
3. Movimientos nacionales e internacionales									x		
4. Cooperación internacional											x
5. Puesta en escena de la problemática de la									x		
6. Perverso de la la ley 100											x
7. Oferta en la cooperación internacional									x		
8. Para la exclusión social a novel de salud, el									x		
9. Fracasos constantes de las políticas públicas y											x
10. Parar lo inhumano del sistema social											x
11. Insuficiente respuesta estatal a las crisis											x
12. Mecanismos jurídicos de exigibilidad									x		
13. Algunos organismos de control									x		
14. Comunidades											x
15. Apoyo de comunidades y líderes.											x
FORTALEZAS											
(Rango de 0 a -5 siendo este último el más importante)											
1. Crecimiento							x				
2. Grupo de trabajo interdisciplinario										x	
3. Directora comprometida con el trabajo											x
4. Ayuda a la población											x
5. Seriedad en el trabajo										x	
6. Capacidad intelectual de los integrantes											x
7. Equipo Humano											x
8. Claridad política										x	
9. Capacidad de hacer lectura de necesidades y										x	
10. Responder más a una necesidad sentida									x		
11. Compromiso política social									x		
12. Capacidades individuales											x
13. Buen equipo formador e investigativo										x	
14. Convicción de la importancia del trabajo.											x
AMENAZAS											
(Rango de 0 a -5 siendo este último el más importante)											
1. Individualización de la crisis de la salud.	x										
2. Capacidad de cooptación de lo inhumano			x								
3. Indolencia	x										
4. Insolidaridad	x										
5. Falta de compromiso de la sociedad		x									
6. Derechización política del país y del mundo		x									
7. Mercantilización de ong's que buscan			x								
8. El sistema neoliberal aplicado a la dirigencia			x								
9. Otras organizaciones de izquierda y comités						x					
10. Naturalización de la salud como mercancía o	x										
11. La cooperación internacional apoya \$ dolo						x					
12. Organizaciones sociales sin objetivos claros					x						
13. Inconsciencia social política de algunas					x						
14. Ataque a los mecanismos de defensa			x								
15. Persecución					x						
16. Consolidación del sistema de aseguramiento	x										

3.4. PLANTEAMIENTO DE LA ESTRATEGIA

Con base en los insumos alcanzados, la Directora de la Asociación (autora de este trabajo), propone un mapa estratégico, así:

MATRIZ DOFA		OPORTUNIDADES		AMENAZAS	
		O1	Perverso de la ley 100	A1	Individualización de la crisis de la salud.
		O2	Fracasos constantes de las políticas públicas y del gobierno.	A2	Naturalización de la salud como mercancía o caridad
		O3	Parar lo inhumano del sistema social	A3	Insolidaridad
		O4	Insuficiente respuesta estatal a las crisis	A4	Indolencia
		O5	Comunidades	A5	Consolidación del sistema de aseguramiento para la prestación de servicios a la enfermedad
		O6	Apoyo de comunidades y líderes.		
		O7	Cooperación Internacional		
FORTALEZAS		ESTRATEGIAS			
F1	Directora comprometida con el trabajo	ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO ECONOMICO			
F2	Ayuda a la población	F1, F3, D1, O7, A2, A4			
F3	Capacidad intelectual de los integrantes	ESTRATEGIA DE PARTICIPACION SOCIAL			
F4	Equipo Humano	F2, F4, F5, A3, A4 ,A1			
F5	Capacidades individuales	ESTRATEGIA DE FORMACION			
F6	Convicción de la importancia del trabajo.	INTERNA: F3, F4, D2, O3, O6			
DEBILIDADES		A COMUNIDADES: F3, F4, D2, O3, O6, A1, A2			
D1	Falta de recursos económicos	ESTRATEGIA DE ACTITUD COMUNICACIONAL			
D2	Falta de organización interna para la realización de actividades que genera en ocasiones desarticulación en el trabajo.	F1, F5, F6, O5			
		ESTRATEGIA DE TOMA DE DECISIONES			
D3	Poco personal voluntario	F1, F4, D2, D3, O5, A1			

La naturaleza de las estrategias que aquí se señalan, que se identifican por el cruce de debilidades (señaladas como D), oportunidades (señaladas como O), fortalezas (señaladas como F) y amenazas (señaladas como A), es realizar el cruce de estos elementos estratégicos, a fin de superar los cuadros de debilidades, aprovechar las oportunidades y prepararse frente a las amenazas. De este análisis, se plantea el siguiente mapa estratégico:

1. Estrategia de Fortalecimiento económico.

Proyectos:

- Gestión de proyectos ante organismos de cooperación internacional
- Búsqueda de fuentes alternativas de financiación - auto sostenimiento: prestación de servicios, venta de servicios, investigación, publicación de estudios, representación en demandas por responsabilidad médica.

2. Estrategia de toma de decisiones

Proyectos:

- Consolidación del equipo base
- Manejo de régimen de Asamblea.

3. Estrategia de Formación (interna y de comunidades)

Proyectos:

- Capacitación popular
- Formación de núcleos de apoyo (líderes)
- Inversión en talento humano interno

4. Estrategia de actitud comunicacional

Proyectos:

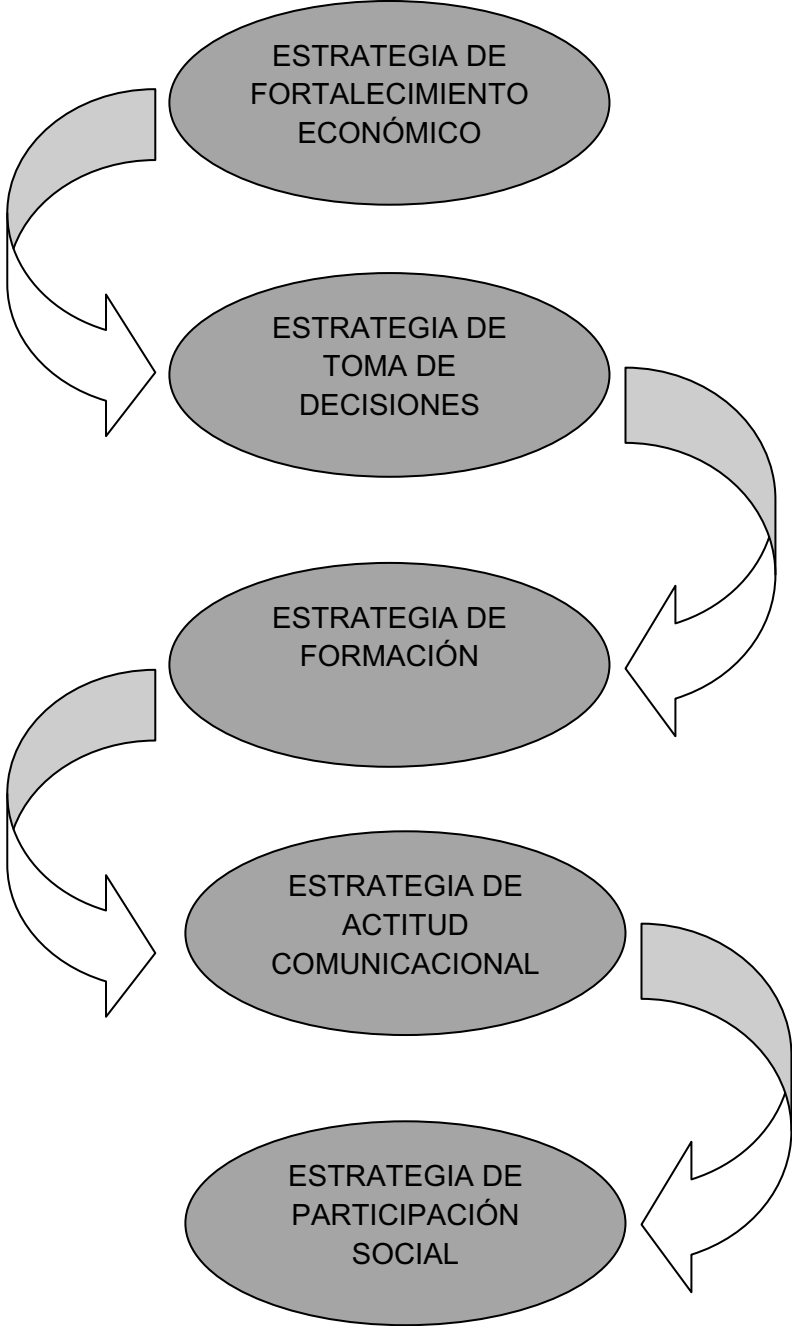
- Construcción de página web
- Boletín bimestral
- Balance social de la Asociación

5. Estrategia de Participación Social

Proyectos:

- Comités de participación local
- Convenios con instituciones de educación superior para voluntariado (pasantías) - Formación de redes y alianzas

El mapa estratégico resultante es:



3.5 PRIMEROS AVANCES EN LAS ESTRATEGIAS PROPUESTAS EN EL DIAGNOSTICO ESTRATEGICO:

Como avance en la implementación de las estrategias, la autora ha dado un primer paso en la estrategia de Fortalecimiento económico, buscando fuentes de cooperación internacional que ofrezcan apoyos a las temáticas desarrolladas por la asociación.

En este sentido, se ha formulado un proyecto de fortalecimiento institucional de Salud al Derecho, el cual ha sido presentado en una primera propuesta y logró la aprobación de la agencia de cooperación Alemana a la Brot Fur Die Wel, que ha dado vía para la presentación formal del proyecto, en sus formatos narrativo y financiero.

A continuación se presentan los avances del proyecto:

1. Información General:

a) Nombre y dirección de la organización solicitante y ejecutora.

SALUDALDERECHO – Asociación Colombiana para la Exigibilidad del Derecho a la Salud y la Seguridad Social.

Dirección: Avenida Jiménez No. 8-49 Of.1005

Tel/Fax: 2432654 - 2863079

Correo electrónico: saludalderecho@yahoo.es

b) Nombres de los miembros de la directiva (Director del consejo directivo/administrativo, Director de la Organización) o los otros representantes de la organización, así como la persona de contacto para PPM.

Junta Directiva: Alberto Posada (presidente), María Yaneth Pinilla (secretaría), Luis Arturo Cañas (Tesorero), César Abadía (suplente), Jorge Arango (suplente).

Fiscal: Diana Oviedo

Representante Legal – Directora : Martha Janneth Bejarano H.

Contacto: Martha Janneth Bejarano H.

c) Título del proyecto.

¡Porque la salud no es una mercancía!: trabajo comunitario por la exigibilidad del Derecho a la salud.

d) Región y lugar de la ejecución del proyecto.

Bogotá D.C.

e) Aporte solicitado a PPM y período del proyecto.

\$

f) Información bancaria (cuentas, números correspondientes, apoderado(s) de la(s) cuenta(s) (una vez que se haya firmado el Contrato).

NUMERO CUENTA	021007133796-001
NOMBRE CUENTA	SALUDALDERECHO
BANCO	HSBC (antes BANISTMO) – OFICINA SAN MARTIN
DIRECCIÓN	Carrera 10 No. 27-31 Centro Internacional
TELÉFONO	2869372

g) En caso de proyectos de seguimiento indicar número y cantidad aprobada del proyecto anterior y el año en el cual iniciaron la cooperación con PPM.

No aplica

2. Informaciones sobre la Organización Solicitante:

a) Tipo de personería jurídica, según el registro. Indique el número de registro, especifique la fecha de fundación y si se trata de una organización con o sin fines de lucro.

Resolución especial No. 295 7 de junio de 2004 de la Alcaldía Mayor de Bogotá
Registro No. S0022201 de Cámara y Comercio
Fundación 13 de enero de 2004
Entidad sin ánimo de lucro

b) Origen y desarrollo histórico de la organización

La asociación *Salud al Derecho* nace en septiembre de 2003 y es legalizada el 13 de enero de 2004, con el fin de trabajar por la defensa del Derecho Fundamental a Salud. Esta conformada por un grupo de profesionales de diferentes áreas como abogados/as, médicos/as, antropólogos/as, investigadores/as sociales, etc., y de hombres y mujeres de la comunidad interesados en trabajar por la defensa del Derecho Fundamental a Salud, que han recibido asesoría o que se han mostrado solidarios con la asociación y sus asociados.

Desde septiembre de 2003 hasta abril de 2005 *Salud al Derecho* fue apoyada por la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, que congrega a más de 90 organizaciones sociales y no gubernamentales de todo el país y cuyo objetivo

principal es trabajar por la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales. También se contó con el apoyo logístico de la CORPORACIÓN CACTUS, entidad sin ánimo de lucro que defiende los derechos humanos de las y los trabajadores de flores.

Desde abril de 2005 hasta mediados de diciembre la organización SALUD^{AL}-DERECHO, desempeñó sus actividades por medio de aportes monetarios y en especie realizados por los asociados y asociadas. Al finalizar el año se habían logrado asesorar jurídicamente a más de 280 personas.

El 14 de diciembre de 2005 el FONDO NORUEGO DE LOS DERECHOS HUMANOS aprobó el proyecto "SALUD PARA TODAS Y TODOS" por un monto de US\$20.000 para el año 2006. Esta financiación permitió:

Prestar asesoría jurídica a más de 219 casos de violación del derecho a la salud.

Capacitar mediante talleres sobre derechos en salud a los mismos usuarios, familiares y amigos.

Diseñar, producir y realizar el video "UN NEGOCIO MÁS, MIL VIDAS MENOS" (20 minutos) que narra mediante testimonios la manera como se vulnera el derecho a la salud y los procesos que se deben seguir para exigir este derecho.

Elaborar un boletín con la sistematización de la información recogida en los casos atendidos por el proyecto (1000 ejemplares).

En la medida de lo posible y con nuestros datos hacemos denuncia de la situación del derecho a la salud de los colombianos y colombianas a través de los medios de comunicación.

En abril de 2006 la FUNDACIÓN PODION como administradora del FONDO DE PEQUEÑOS PROYECTOS DE PAN PARA EL MUNDO aprobó el proyecto "HERRAMIENTAS PARA DIFUNDIR EL DERECHO A LA SALUD" por un monto de \$11.000.000 por un año. Esta financiación apoyó:

Una parte de la elaboración y multicopiado del video "UN NEGOCIO MÁS, MIL VIDAS MENOS",

El diseño y elaboración del plegable institucional.

Permitió el apoyo en transportes, refrigerios y material didáctico para realizar secuencia de capacitaciones en la localidad de Bosa, Ciudad Bolívar, Zipaquirá y Centro, así como la realización de los certificados de asistencia entregados a las personas capacitadas.

Se diseñó, elaboró e imprimió el kit de "CARTILLAS PEDAGÓGICAS PARA LA EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD".

El FONDO NORUEGO DE LOS DERECHOS HUMANOS aprueba en enero de 2007, el segundo año del proyecto "SALUD PARA TODAS Y TODOS" por un monto de US\$20.000 para el año 2007. Esto permitió ampliar el número de asesorías y cerramos el proyecto

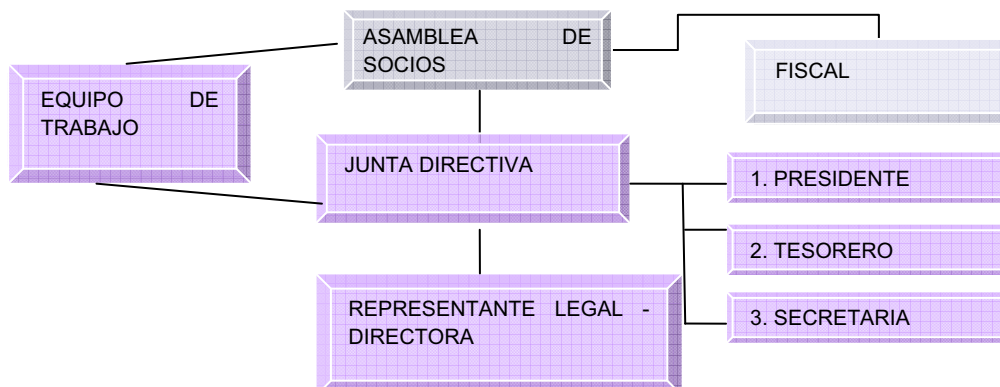
con 261 casos asesorados, el fortalecimiento a los procesos de capacitación a las comunidades y el fortalecimiento institucional de la asociación.

Gracias a los buenos resultados obtenidos del trabajo realizado a lo largo del 2006 y 2007 EI FONDO NORUEGO DE LOS DERECHOS HUMANOS aprueba el tercer y último año de financiación del proyecto “SALUD PARA TODAS Y TODOS” por un monto de US\$20.000. Recursos que permitirán ampliar el número de asesorías para el año 2008.

En abril de 2008 la FUNDACIÓN PODION como administradora del FONDO DE PEQUEÑOS PROYECTOS DE MISEREOR aprobó el proyecto “HERRAMIENTAS PARA DIFUNDIR EL DERECHO A LA SALUD- SEGUNDO AÑO” por un monto de \$10.200.000 para 10 meses. Esta financiación apoyara: El diseño, producción, realización y actualización de página web de Salud al Derecho, la reimpresión de las “Cartillas Pedagógicas para la Exigibilidad del Derecho a la Salud... Porque la salud NO es una mercancía”: El multicopiado del video “Un Negocio Mas, Mil Vidas Menos” y los Refrigerios y transportes para las capacitación de los usuarios y las capacitaciones en los barrios Cazuca (Soacha), San Isidro (Bosa), Usaquén y Fontibón.

c) Estructura de la Organización:

Organigrama.



Composición de los equipos operativo y administrativo:

EQUIPO OPERATIVO: está conformado por 7 comisiones de trabajo.

Jurídica: Desarrolla acciones jurídicas para garantizar la protección del derecho fundamental a la salud. Al mismo tiempo busca denunciar públicamente las violaciones del derecho a la salud, mediante análisis profundo y crítico de los fallos de tutela.

Apoyo comunitario: Orienta la integración de la comunidad a los procesos de inclusión social por medio de capacitaciones que incrementan las herramientas de defensa del derecho a la salud.

Capacitación: Dirige procesos masivos de formación buscando que las y los participantes se apropien de elementos conceptuales, históricos, técnicos y otros, que permitan la comprensión del sistema que opera actualmente, así como la identificación de las debilidades estructurales que padece.

Investigación: Analiza la situación de la salud pública en Colombia – relaciones sistema usuarios, funcionarios-usuarios- por medio de los casos emblemáticos asesorados en la Asociación y genera categorías de denuncias no sólo en ámbito académico sino también comunitario.

Comunicación: Hace seguimiento a los medios de comunicación generando denuncias oportunas, sensibiliza a la opinión pública sobre la situación del derecho a la salud y las alternativas para su transformación.

Médica: Genera documentos críticos que confronten la ineficiencia en el control del cumplimiento del derecho de la salud por parte de las autoridades de salud en Colombia, denunciando las fallas del sistema.

Reforma de Ley 100: Trabaja en la construcción de un modelo alternativo de Seguridad Social en Colombia que permita el acceso igualitario, eficiente, integral y gratuito a los ciudadanos.

EQUIPO ADMINISTRATIVO: está conformado por: Directora Ejecutiva, Asistente Administrativa, Contadora, Fiscal.

Formas de participación del personal en los procesos internos de decisión.

La toma de decisiones se divide en tres niveles:

Las estructurales que son tomadas en Asamblea General en donde cada asociada/o tiene voz y voto para la participación y discusión de las decisiones.

Las intermedias las toma la Junta directiva

Las inmediatas la directora ejecutiva

Formas de participación de los grupos destinatarios en los procesos internos de decisión.

La forma de participación de los grupos destinatarios en los procesos internos de decisión es directa cuando se vinculan como asociados a través del voz y voto en la asamblea general o indirecta cuando presentan propuestas, hacen sugerencias al trabajo liderado por la asociación.

En las reuniones extraordinarias y de Asamblea General (anual) participa un representante de cada localidad donde tenemos presencia (Bosa, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, Usaquén y el municipio de Zipaquirá), allí es un espacio donde los participantes conocen, evalúan y aportan a los informes presentados por la Asociación, también se comprometen en el fortalecimiento de la asociación realizando las actividades que se determinen.

La población con la que ha trabajado Salud al Derecho tiene una participación activa dentro de la institución. Partiendo de las necesidades de las comunidades y de los diagnósticos realizados se ha elaborado la misión institucional que es brindar apoyo humanista y solidario a toda clase de acciones y actividades orientadas a la defensa, promoción, construcción y realización del derecho fundamental a la salud. Los usuarios han participado haciendo la exigibilidad de sus derechos, han denunciado las violaciones que han atentado contra sus derechos, han seguido el proceso jurídico ante los juzgados y han exigido a las instituciones prestadoras del servicio sus derechos.

Anexar los estatutos y manual de funcionamiento / reglamento interno en caso de proyectos nuevos y en caso de cambio de estos documentos

Anexo.

d) Políticas y objetivos institucionales que encausan el quehacer de la organización.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Objetivo General:

Brindar apoyo y adelantar, con criterio humanista y solidario, acciones o actividades orientadas a la defensa, promoción, construcción y realización de los derechos fundamentales a la seguridad social, a la salud pública y en general todos los derechos humanos, económicos, sociales y culturales de los y las colombianas.

Objetivos específicos:

- Lograr que las entidades encargadas de garantizar el derecho fundamental a la salud, no lo violen sistemáticamente a través del aplazamiento de citas, negación de servicios, y otros procedimientos administrativos.
- Buscar por medio de las acciones ante la justicia la protección del Derecho a la salud.
- Capacitar a las y los derechohabientes en la defensa del derecho fundamental a la salud. (Conferencias, seminarios, simposios, publicaciones, etc.)
- Proponer protocolos para la defensa oportuna y efectiva del Derecho Fundamental a la salud.
- Formular propuestas e iniciativas legislativas para la construcción social de políticas públicas en salud, en procura de garantizar la atención del derecho fundamental a la salud.
- Investigar cualitativa y cuantitativamente la problemática del derecho fundamental a la salud.

e) ¿Existe en la organización una política institucional de género? En caso que sí, por favor enviarnos detalles. En caso que no, por favor explicar brevemente sus ideas y prácticas en relación con el tema de género.

La institución no tiene una política específica de género. En nuestras acciones se integra de manera transversal una perspectiva de género, que nos permite reconocer las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres y como estas se entrecruzan de manera particular en el ámbito de la exigibilidad del derecho a la salud y las instituciones en este involucradas. En nuestra cotidianidad asesoramos jurídicamente y capacitamos en derechos a un mayor número de mujeres, debido a que en ellas recae la mayor vulnerabilidad frente a la violación del derecho a la salud, sino también porque la vida de las mujeres colombianas está caracterizada por una sinergia de múltiples exclusiones sociales, por ejemplo de redes laborales, afectivas y políticas. Esta experiencia nos ha llevado a plantear que particularmente las capacitaciones debe contemplar una reflexión sobre el género y la salud y los derechos de las mujeres y la salud. Información y experiencia que esperamos poder publicar en una segunda edición de nuestra cartilla.

f) ¿Existe en la organización directrices generales sobre VIH/SIDA? En caso afirmativo, ¿cómo es el nivel de aplicación? ¿Existe una política de trabajo para VIH/SIDA? ¿Se realizan regularmente talleres de capacitación para el personal en el área de VIH/SIDA?

Nuestra institución se ha especializado en el tema de la salud en general. En el caso de enfermedades como el VIH/SIDA denominada por el sistema de salud colombiano como “catastrófica”, hemos asesorado varios casos de hombres y mujeres a quienes se les ha negado la atención, buscando la garantía del derecho de forma integral, con el fin de minimizar por lo menos en el proceso burocrático, el estigma, la discriminación, la violación de la confidencialidad. Cuando las personas lo requieren y desean, ofrecemos

información acerca de redes de apoyo psicoterapéutico. De igual manera estamos en contacto con organizaciones no gubernamentales que trabajan en diferentes áreas de la problemática del VIH/SIDA.

Integrantes de la comisión de investigación han tenido amplia experiencia y son activistas de redes de organizaciones no gubernamentales de lucha contra el SIDA, lo cual le ha permitido a la organización tener un enfoque de derechos humanos e inclusión social en los casos que hemos asesorado de personas viviendo con VIH o con SIDA.

g) ¿Se ha desarrollado en la organización un concepto sobre el trato de la violencia familiar y la violencia contra mujeres?

A través del seguimiento de algunos casos de exigibilidad del derecho a la salud, así como en las narraciones de las vivencias personales que algunas mujeres comparten con nosotros/as durante este proceso, hemos detectado esta problemática. Esto nos ha llevado a incorporar en las capacitaciones la perspectiva de género (que se mencionó anteriormente). Evidenciando la situación a través de ejercicios prácticos, en los que se devela dos circunstancias particulares: la violencia física y psicológica de que puede ser sujeta una mujer y que deja una huella corporal, una de las razones por la cual las mujeres solicitan atención médica. Y una segunda que hace mención a la manera como el sistema violenta a las mujeres.

Trabajamos en el empoderamiento de las mujeres en la conquista de los derechos económicos, sociales y culturales para que puedan enfrentar cualquier tipo de barrera. El trabajo se realiza a través de las capacitaciones sobre exigencia del derecho a la salud en los cuales aplicamos la perspectiva de género, así como talleres específicos de género; igualmente, hacemos seguimiento y acompañamiento y también las remitimos a organizaciones amigas con fortalezas específicas en el trabajo con mujeres.

h) Nombrar los ejes temáticos / programas y regiones geográficas del trabajo

La asociación tiene tres ejes temáticos en la ciudad de Bogotá que van desde la parte individual hasta la colectiva y son: 1. Las acciones jurídicas, 2. La exigibilidad política y 3. El empoderamiento.

1. Acciones Jurídicas

Las acciones jurídicas comprenden el uso de todas aquellas herramientas legales que se puedan realizar conforme la legislación Colombiana con el fin de buscar la protección y no vulneración del derecho a la salud de los y las ciudadanas. De ésta forma las asesorías prestadas por Salud al Derecho comprende cuatro acciones jurídicas: Derecho de petición, Acción de Tutela, Impugnación, Incidente de desacato. A parte de ellas se

realizan *Asesorías Verbales*, debido a que en diversos casos no hay negación de los servicios de salud o no requieren de una acción jurídica para resolver el caso.

2. Exigibilidad Política

La exigibilidad política permite que los ciudadanos y las ciudadanas logren un conocimiento del sistema de salud para que su derecho no sea vulnerado por los trámites burocráticos de las instituciones o por el Plan Obligatorio de Salud. De esta forma la difusión de información a partir de la educación popular y las capacitaciones se convierte en una herramienta fundamental para que los ciudadanos se informen y obtengan herramientas para la exigencia de sus derechos en salud. Lo anterior, se convierte en un objetivo fundamental y parte del engranaje de la tarea propuesta por *Salud al Derecho*.

3. Empoderamiento

Partimos del hecho de describir el empoderamiento como la toma de conciencia individual y colectiva de la necesidad de transformar una realidad socio-política y económico, enfrentando las hegemonías del sistema actual. En este sentido se puede decir entonces, si bien es importante el trabajo en la comunidad como formas de articulación colectiva entorno a un objetivo que en este caso es la transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, también es de igual relevancia estudiar los comportamientos individuales respecto a esta lucha.

PROGRAMAS

Acciones jurídicas

- Asesoría verbal y personalizada en casos de violación del derecho a la salud.
- Estudio de casos emblemáticos.
- Análisis de sentencias.
- Estudio de la normatividad vigente en el Sistema de Salud

Exigibilidad política

- Publicación en medios de comunicación de violaciones del derecho a la salud en casos emblemáticos.
- Denuncias y comunicados de prensa.
- Participación en emisoras comunitarias.
- Sistematización de casos asesorados.
- Manual de casos.
- Alianzas estratégicas.

- Investigación: Mujeres frente al TLC y la salud, Prácticas administrativas de las E.P.S, Decisiones judiciales, Tratamiento a enfermedades, Prácticas médicas.
- Presentación de denuncias nacionales e internacionales
- Apoyo e impulso de acciones populares para la derogación del sistema de salud actual y la implementación de un nuevo sistema de salud.

Empoderamiento

- Acompañamiento a los usuarios
- Capacitación de usuarios en tres niveles: básico, avanzado y de género.
- Capacitaciones masivas en unión con otras organizaciones.
- Apoyo a iniciativas locales de comités de exigibilidad del derecho a la salud.
- Caracterización y diagnóstico de las condiciones de vida y el impacto de estas prácticas en la salud de la comunidad.
- Apoyo a redes comunitarias y organizaciones sociales.

i) Relaciones de cooperación financiera (nacionales e internacionales)

Fondo Noruego para los derechos Humanos con el proyecto “Salud para todas y todos” con un apoyo anual de US\$20.000 para los años 2006, 2007 y 2008.

Fundación Podión administradora del Fondo de Pequeños proyectos de: Pan para el Mundo y Misereor con el proyecto “Herramientas para Difundir el Derecho a la Salud” con una donación de \$11.000.000 millones para los años 2006 y 2007 y \$10.200.000 para el 2008.

j) Relaciones de coordinación y de redes (nacionales e internacionales).

Salud al Derecho actualmente trabaja en redes y hace alianzas estratégicas con otras organizaciones, tales como:

- A nivel **Local** con: 1) Comités de Participación Local (Rafael Uribe Uribe, Bosa, Ciudad Bolívar, Fontibón, Centro), 2) juntas de Acción Comunal de diversos barrios de Bogotá, 3) Mesa Jurídica por el San Juan de Dios, 4) Comité por el San Juan de Todos, 5) Mesa por el Plan Mínimo Distrital de Salud. Con estas redes se hace trabajo de empoderamiento de bases, por medio de la capacitación popular, se brinda ayuda directa para la salud de los casos en las comunidades.
- A nivel local con **redes académicas** como: 1) Grupo de investigación Salud y Violencia Estructural y Antropología Médica Crítica de la Universidad Nacional de Colombia, 2) Grupo GOCE (Grupo de Organizaciones de Corrientes Emergentes) de la Universidad piloto de Colombia, 3) Responsabilidad Social Empresarial de la

Facultad de Administración de Empresas de la Universidad de los Andes. Con estos grupos se hace un análisis del trabajo, la metodología y resultados de las acciones adelantadas, se plantean estrategias y planes de investigación, se hacen presentaciones en espacios académicos y se construyen articulaciones entre la academia, organizaciones sociales y comunidades. Finalmente se brinda apoyo a grupos de estudiantes pasantes interesados en el tema que luego se convertirán en multiplicadores de temáticas en las localidades.

- A nivel **Nacional** con: 1) Mesa Por las Reformas Sociales que Colombia Necesita, 2) Alianza Social Continental, 3) Red Colombiana de Acción Frente al Libre Comercio y el ALCA (RECALCA), 4) Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Con estas organizaciones trabajamos para incidir políticamente en instancias decisorias y visibilizamos la problemática de violación de derechos a nivel nacional en diversos sectores.
- A nivel **Internacional** con: 1) Movimiento por la Salud de los Pueblos e 2) Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos (ILSA). Aunar esfuerzos de las luchas nacionales por la transformación de las nuevas lógicas en el sector salud, impuestas a nivel global por instituciones tales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

k) Relaciones ecuménicas

No aplica

3. Informaciones sobre el Proyecto:

a) Justificación del proyecto, contexto y análisis de los grupos destinatarios

En Colombia, la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral” restringió el accionar estatal en la garantía de los derechos a la salud y a la pensión delegando su obligación al sector privado. Como fruto de esta ley, el Estado ya no presta directamente el servicio de salud sino que limita su función a vigilar y controlar la prestación del servicio de salud. En este contexto la salud, otrora el derecho fundamental, se ha convertido en una mercancía que se ofrece y se vende a quien la pueda adquirir. Como consecuencia de esta ley la red de hospitales públicos está

desapareciendo¹¹, lo cual afecta a la población en general y de paso también ha vulnerado el derecho al trabajo de los profesionales, técnicos y personal de asistencia en salud.

- La privatización y mercantilización se traduce en la negación constante del derecho a la salud de la ciudadanía en:
- Exclusión en el régimen contributivo y subsidiado
- Menor disponibilidad de centros de asistencia por el cierre de hospitales públicos.
- Limitación en el acceso a medicamentos, exámenes, tratamientos, cirugías, aparatos entre otros por disminución en los estándares del Plan Obligatorio de Salud.¹²

De las tutelas que resuelve la Corte Constitucional, la mayoría se refieren al derecho a la salud ¹³, dado que es por esta vía por la que las ciudadanas y los ciudadanos han buscado la efectiva protección de este derecho. Las entidades prestadoras de los servicios de salud, han incluido en sus presupuestos un rubro para cumplir las sentencias de las acciones de tutela, en vez de abogar por modificaciones en las condiciones de prestación del servicio. Esto hace que el ejercicio de este derecho dependa de que los ciudadanos y ciudadanas interpongan las acciones jurídicas de protección de su derecho, como las que el proyecto SALUD^{AL}DERECHO viene ejerciendo (derechos de petición y acciones de tutela). Las condiciones de empobrecimiento de la población y de desconocimiento sobre los derechos dificultan el ejercicio de estas acciones, por lo cual el proyecto atiende una necesidad estratégica de la población.

RECOMENDACIONES: 1. Fortalecer el mecanismo de tutela del derecho a la salud, que hoy es el único elemento de protección con que cuentan los usuarios de los servicios médico asistenciales, circunstancia que se demostró ampliamente a lo largo del presente trabajo. 2. Recordar que una de las mayores fuentes de vulneración de los derechos económicos, sociales y culturales -que incluyen el derecho a la salud - surge de los actos de omisión del Estado, entre los cuales cabe destacar “la falta de vigilancia de su efectividad”. (Directrices de Maastricht sobre violación de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1997) 3. Reglamentar y hacer efectivo un mecanismo de cobertura real de los eventos más costosos, para que los siniestros sean asumidos automáticamente, de modo que la carga financiera “súbita” que estos puedan significar para la empresa de salud no se convierta en un acicate para la elusión de sus compromisos. Entre otras recomendaciones.

¹¹ Por ejemplo, el Hospital San Juan de Dios en Bogotá, y otros centros hospitalarios del nivel nacional.

¹² Listado de medicamentos, tratamientos, exámenes y aparatos que las entidades que prestan el servicio de salud tiene la obligación de proporcionar.

¹³ . investigación “LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD CAUSAS DE LAS TUTELAS EN SALUD” realizada por el Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo

Identificación de los grupos destinatarios: criterios de selección y descripción detallada diferenciada por mujeres y hombres (cantidad, edades, etnias, estructura organizativa, etc.).

Salud al Derecho tiene como población objeto las comunidades vulnerables de niveles socio-económicos 1, 2 y 3 de todo Bogotá (los más bajos dentro de la clasificación socioeconómica Colombiana) incluye sin ninguna discriminación a Hombres, mujeres, niños y niñas, adolescentes adultos mayores, LBGTI.

b) Objetivos e indicadores

Objetivo General:

Exigir al Estado y a las empresas promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado (E.P.S), a los entes territoriales a nivel departamental, municipal y local, garantizar y hacer efectivo el Derecho Fundamental a la Salud consagrado en múltiples declaraciones y tratados internacionales y en la Constitución Política de Colombia entendido como un derecho integral, indivisible e interdependiente con todos los Derechos Humanos.

Objetivos específicos:

1. Asesorar a las personas para que reclamen sus derechos a la salud, mediante los mecanismos constitucionales como la Tutela, derecho de petición, acción popular, acciones públicas, etc. Esto es comprendido como la Asesoría Jurídica.
2. Dotar de información a las comunidades de tal forma que puedan dinamizar los espacios políticos por medio de denuncias de la violación de los derechos fundamentales de los usuarios por medio de casos concretos, buscando una respuesta por parte de los responsables. Esto es comprendido como la Exigibilidad política.
3. Lograr que los ciudadanos se apropien de los conocimientos de los derechos establecidos y que por medio de ello exijan que le sea respetado por parte del Estado Colombino, las instituciones del sistema de salud y la sociedad. Esto es entendido al lo largo del proyecto como Empoderamiento.

Resultados esperados en función de los objetivos específicos.

Asesoría Jurídica.

- Se han documentado 500 casos de la violación al derecho a la salud.
- Se han logrado decisiones de autoridades públicas o privadas para proteger el derecho a la salud.
- Se realiza acompañamiento a los usuarios y usuarias en defensa de su derecho a la salud.

Exigibilidad política.

- Se tiene análisis cuantitativo y cualitativo actualizado de las violaciones al derecho a la salud.
- Se cuenta con un documento de incidencia ante las autoridades de vigilancia y control en el campo de la salud.
- Los informes anuales y el informe final respaldan las acciones de movilización social por el derecho a la salud.
- Las instituciones responsables de violaciones del derecho a la salud son presionadas para modificar sus prácticas, por la opinión pública.

Empoderamiento.

- Los usuarios conocen sus derechos y los difunden en su comunidad.
- Los usuarios participan en el seguimiento de acciones jurídicas de exigibilidad.
- Los usuarios respaldan, participan y promueven las acciones de exigibilidad política.

c) Actividades y métodos de trabajo

Anexo.

d) Estimación del período de trabajo conjunto con los grupos destinatarios y en la región.

El trabajo con la población objeto se desarrollara en todo el período del proyecto.

e) Estimación de los riesgos que pueden perjudicar el desarrollo del proyecto y el logro de los objetivos: considerar posibles condiciones externas, condiciones internas, condiciones del grupo destinatario, etc.

Diversos son los riesgos que pueden perjudicar el desarrollo del proyecto que van desde lo interno, pasando por las instituciones hasta llegar al espacio de la política en Salud.

Nuestro problema principal sigue siendo que contamos con un equipo humano pequeño. Es indispensable ampliar el equipo base vinculando personas que aporten sus conocimientos de tiempo completo.

Las reformas a la ley 100 en contra de los usuarios, por ejemplo la ley 1122 de enero de 2007 profundiza aún más la crisis de la salud.

El ataque a la Acción de tutela.

Desmonte de la salud pública.

4. Presupuesto y Plan de Financiamiento

a) Presupuesto: en función del plan de actividades y conforme a la realidad financiera de la organización solicitante y según el formato **Estructura del Presupuesto** (docto. A233) adjunto.

b) Plan de Financiamiento: según el formato **Estructura del Plan de financiamiento** (docto. A233) adjunto.

4. CONCLUSIONES

Mediante los talleres realizados con los integrantes de la Junta Directiva de la asociación Salud al Derecho, se logró concientizar sobre la importancia de planear y la identificación del entorno social, económico y político a partir de la lectura que cada uno de los miembros hizo del quehacer de la asociación.

Lo anterior permitió crear el diagnóstico estratégico a partir de lecturas individuales y como en consenso se logra construir un horizonte, reforzando las ideas base del concepto ya aplicado de lo que es la herramienta de planeación estratégica como una construcción en equipo y consensuada.

Con el desarrollo de los talleres se identificó que las mayores fortalezas de la asociación Salud al Derecho son: la ayuda jurídica y de empoderamiento que presta a la población vulnerable a causa de la mercantilización de la salud, la capacidad intelectual de los integrantes de poder responder a las necesidades y un equipo humano que siendo voluntarios donan su trabajo y tiempo a fortalecer los procesos de inclusión social, conocimiento y restauración de los derechos.

Como debilidades presentes en la asociación se encuentra que las principales debilidades son: la falta de recursos económicos que garanticen un mínimo funcionamiento de la asociación, esto pone en riesgo la permanencia y subsistencia de esta entidad. Otra debilidad muy marcada es la falta de personal voluntario que fortalezca los procesos de la asociación ya que con las personas que a la fecha están vinculadas y participan activamente no es suficiente satisfacer la demanda.

Se identificó que las oportunidades que tiene la asociación son: las comunidades, la insuficiente y negligente respuesta estatal a la crisis de la salud, el fracaso constante de las políticas públicas, la oferta significativa que existe de entidades de cooperación internacional que apoyan proyectos de defensa de derechos humanos, la oportunidad que tenemos de parar lo inhumano del sistema de seguridad social.

Como amenazas fuertes se identificaron las siguientes: cada vez es más marcada la individualización, la aceptación de la crisis de la salud por parte de las comunidades, los gobiernos, las entidades encargadas de la vigilancia y control, el grupo de profesionales de la salud, etc, la insolidaridad e indolencia de las personas en general, la poca exigibilidad de programas de promoción y prevención de la salud por parte de los usuarios del sistema de salud, y por último la consolidación del sistema de aseguramiento para la prestación de servicios a la enfermedad.

Todos los procesos de auto reconocimiento y socialización permitieron trazar las estrategias más urgentes de ser trabajadas, las cuales se logran definir como: estrategia de fortalecimiento económico, estrategia para la toma de decisiones, estrategia de formación interna y externa a comunidades, estrategia de actitud comunicacional y estrategia de participación social. Una vez identificadas las estrategias se proponen algunos proyectos para cada estrategia estos son:

Estrategia de Fortalecimiento económico - Proyectos: Gestión de proyectos ante organismos de cooperación internacional y Búsqueda de fuentes alternativas de financiación - auto sostenimiento; prestación de servicios, venta de servicios, investigación, publicación de estudios, representación en demandas por responsabilidad médica.

Estrategia de toma de decisiones - Proyectos: Consolidación del equipo base y Manejo de régimen de Asamblea.

Estrategia de Formación (interna y de comunidades) - Proyectos: Capacitación popular, Formación de núcleos de apoyo (líderes), Inversión en talento humano interno

Estrategia de actitud comunicacional - Proyectos: Construcción de página web, Boletín bimestral, Balance social de la Asociación

Estrategia de Participación Social - Proyectos: Comités de participación local, Convenios con instituciones de educación superior para voluntariado (pasantías), Formación de redes y alianzas

Se avanza en la estrategia de fortalecimiento económico, entregando un borrador del proyecto para la agencia de cooperación Alemana a la Brot Fur Die Wel.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS Y ARTICULOS

Garzón Castrillón, Manuel (2000). Planeación Estratégica. Universidad Abierta y a Distancia, Bogotá.

Serna Gómez Humberto (2006). Gerencia Estratégica: Teoría – metodología, alineamiento, implementación y mapas estratégicos, índices de gestión. Global Ediciones, Bogotá.

Serna Gómez Humberto (2000). Gerencia Estratégica: Planeación y gestión, teoría y metodología. Editores Ltda., Bogotá.

Ogliastri Enrique (1992). Manual de planeación estratégica. Ed. Tercer Mundo. Colombia.

Olga Lucía Acosta y otros (2007). “Equidad en el financiamiento del SGSSS” Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano, DNP, Fundación Corona, Universidad de los Andes y Universidad del Rosario, Bogotá.

Mario Hernández Álvarez (1999). “El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización” en La salud está grave: una visión desde los derechos humanos. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Bogotá.

Mario Hernández Álvarez (2002). “El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después” en Saúl Franco (ed.). La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública, Universidad Nacional, Bogotá.

Mónica Arbeláez Rudas (2006). Derecho a la salud en Colombia. El acceso a los servicios del sistema general de seguridad social en salud, CINEP, Colciencias, Bogotá.

Mary Jazmín Campos y otros (2002). “Salud para todos” en Luis Jorge Garay (dir.). Colombia, entre la exclusión y el desarrollo. Propuestas para la transición al Estado social de Derecho. Contraloría General de la República en coedición con Alfaomega, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2003). La tutela y el derecho a la salud: causas de la tutela en salud, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (200). Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud - 2005, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2006). Sistema de seguimiento y evaluación de la política pública de salud a la luz del derecho a la salud, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2007). La tutela y el derecho a la salud: período 2003-2005, Bogotá.

Iván Jaramillo (1999). El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993: cinco años después, Fescol, Bogotá.

Natalia Paredes Hernández (1999). “A cinco años de la reforma del sistema colombiano ¿qué ha pasado con el derecho a la salud? en La salud está grave: una visión desde los derechos humanos. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Bogotá.

Óscar Parra (2003). El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales, Defensoría del Pueblo, Bogotá.

Rodrigo Uprimny Yepes (2002). “El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional colombiana” en Saúl Franco (ed.). La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Óscar Parra Vera (2004). “El derecho a la salud: apuntes a la reforma de la acción de tutela respecto al derecho a la salud” en Revista Economía Colombiana, edición 303, Contraloría General de la República, pp. 71 a 83.

TEXTOS Y SITIOS ELECTRONICOS

Boletín de la Presidencia de la República:

<http://web.presidencia.gov.co/sne/2007/junio/21/01212007.htm>

Boletín 08 de 2008. Procuraduría General de la Nación

http://www.procuraduria.gov.co/html/noticias_2008/noticias_08.html

Defensoría del Pueblo, Información Institucional en:

http://www.defensoria.org.co/red/?_item=0603&_secc=06&ts=1.

Ministerio de la Protección Social - Programa de Apoyo a la Reforma de Salud,

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNews->

<http://literafa.obolog.com/presentacion-tesis-trabajos-grado-82817>

NORMATIVIDAD NACIONAL

Constitución Política de Colombia

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Ley 73 de 2002. Por la cual se declaran monumentos nacionales, el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil; se adoptan medidas para la educación universitaria y se dictan otras disposiciones.

Ley 972 de 200. Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 291 de 1991. Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política.

Decreto 148 de 1994. Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud

NORMATIVIDAD INTERNACIONAL

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma Ata, septiembre de 1978.

Declaración y Programa de Acción de Viena . (A/CONF.17/23). Julio 12 de 1993. Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 14 a 2 de junio de 1993.

Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Observación General Nº 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 2000

Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (III) del 16 de diciembre de 1966.