

## **Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital**

Félix León Martínez Martín. Médico, Magister en Salud Pública. Investigador y miembro del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID, Universidad Nacional de Colombia. Calle 44 No. 45-67 Bloque B4 oficina 701- Unidad Camilo Torres.  
[felixleonmm@gmail.com](mailto:felixleonmm@gmail.com)

Agradecimientos al Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional, grupo con el que se trabaja colectivamente este proyecto de investigación del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá, en especialmente a Decsi Arévalo por sus aportes sobre modelos para definir la ubicación de instalaciones empresariales, a Mario Hernández por la colaboración desde la dirección de la cuarta fase del Observatorio, al ingeniero Leonardo Montaña por la preparación de la base de datos y al equipo de profesionales de la Secretaría Distrital de Salud, por los aportes en la planeación de la investigación.

## **Resumen**

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá realiza un análisis de equidad en el acceso a los servicios de salud relacionado con barreras geográficas. El análisis se realiza para la población general y específicamente con la población identificada en los niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), variable de posición social que utiliza el Estado para definir la condición de pobreza de su población. En los resultados se encuentra que existe una enorme inequidad en la oferta de servicios en el Distrito Capital, correspondiente a una sociedad fuertemente estratificada y que dicha oferta se aleja consistentemente de la población más pobre y necesitada.

Palabras clave (DeCS): equidad en el acceso, accesibilidad a los servicios de salud, pobreza.

## **Abstract**

The Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud of Bogotá does an analysis of equity to health services related to geographic barriers. Analysis is performed with the general population and specifically with the population at levels 1 and 2 of Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), variable used by the State to define the poverty status of its population. In the results there is a huge inequality in the society of the Capital District and the services offered are distant from the poor and needy.

Key words (DeCS): Equity in access, health services accessibility, poverty.

## Introducción

Debido a que los servicios de salud de mediana y alta complejidad se concentran en las zonas urbanas y en los barrios y comunidades de mayor capacidad adquisitiva, uno de los análisis clásicos de equidad en el acceso se relaciona con accesibilidad geográfica. En Colombia esta concentración es crítica; las necesidades de la población han sido relegadas y la oferta de servicios ha sido dejada a cargo de la “mano invisible” del mercado, bajo el supuesto de que esta seguiría a la demanda, garantizada por el aseguramiento universal.

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud ha trabajado en diversas áreas de medición de las desigualdades en salud y ha planteado la construcción de algunos indicadores. Su enfoque (1) asume que las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud<sup>1</sup>; que la inequidad en salud es fundamentalmente el reflejo y la consecuencia de la inequidad social<sup>2</sup>; que en análisis de equidad interesa buscar desigualdades en salud asociadas a ventajas o desventajas sociales, o atribuibles a diferencias en la condición o posición social<sup>3</sup>; y que la valoración ética está en el campo de la justicia o injusticia de las relaciones sociales<sup>4</sup>; y señala que las ventajas o desventajas derivadas

---

<sup>1</sup> En palabras de Wagstaff (2) “La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país la personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas”.

<sup>2</sup> En palabras de Evans (3) “...los más ricos, educados, poderosos y sanos de la sociedad tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud en comparación con los más pobres, y este patrón persiste en el tiempo y en todos los lugares”.

<sup>3</sup> Tal como lo exponen Braverman y Gruskin (4) “La equidad en salud puede ser definida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales clave) sistemáticamente asociadas con ventajas o desventajas sociales”. Para la OPS (5) “...estas relaciones expresan el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones”.

<sup>4</sup> “El término “desigualdad” hace referencia a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema, sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si la diferencia de ocurrencia del fenómeno entre distintos grupos es justa o injusta”.

de la posición que ocupan las personas en la estructura social condicionan el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos desde el nacimiento; las formas de enfermar y morir; y la posibilidad real de recibir de la sociedad y el Estado servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, conforme a los sistemas organizados de protección social. De este último ítem, en términos de la disponibilidad de la oferta para la población en distintas localidades del Distrito, se derivan la investigación y el análisis que a continuación se presentan.

### **Localización de la infraestructura sanitaria: entre la equidad y la eficiencia**

Provenientes de las ideas básicas estadísticas *maximum likelihood*, *maximum utility* y *maximum entropy*, dos modelos se han destacado para definir la ubicación de las instalaciones empresariales: *minisum* y *minimax*. *Minisum* tiene como objetivo minimizar los costos de las instalaciones empresariales minimizando el costo total; esto es, minimizando la distancia total que tienen que recorrer los usuarios del sistema para abastecerse en sus centros de servicio (6). Para una densidad de población, la mejor solución sería en la que el centro de servicios se ubique de manera que la mayoría de los usuarios recorra distancias cortas. Aquí el criterio de mayoría puede implicar que la minoría haga trayectos largos y la eficiencia induzca desigualdad. *Minimax* minimiza la distancia máxima pondere o no entre usuarios y centros de servicios. Este diseño para generar igualdad puede implicar ineficiencia porque la no discriminación de los usuarios alejados se obtiene a costa de un incremento en los costos en relación con un modelo de asignación eficiente (6).

Las disparidades entre estos modelos han acarreado múltiples discusiones y generado algunas propuestas (6-9): crear restricciones por zonas y localizar los centros de servicio con una distancia

---

“Medir las desigualdades, es decir obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es apenas el primer paso para identificar las iniquidades en salud” (5).

mínima y recepción de al menos el mismo número de centros en cada zona; y localizar los centros maximizando la población cubierta y garantizando una distancia máxima determinada. Otra proposición es el modelo gravitacional que afirma que el flujo de pacientes de un área hacia el hospital es directamente proporcional a la morbilidad relativa de la población de esa área, directamente proporcional a la capacidad del hospital para dar atención, e inversamente proporcional a la accesibilidad del hospital.

Las tensiones entre eficiencia y desigualdad que estos modelos ponen de relieve, demuestra las importantes diferencias que entre intereses privados y públicos se encuentran en la localización de los centros de servicios.

Para el análisis debe tenerse en cuenta, además, que la relación entre variables geográficas y socioeconómicas ni es sencilla ni es útil para los análisis de equidad cuando las agrupaciones poblacionales georreferenciadas son muy heterogéneas respecto a las variables de ventaja o desventaja social (1).

### **Objetivo general**

Evaluar la accesibilidad geográfica a los servicios de salud de distinto tipo y nivel de complejidad de los habitantes de las distintas localidades y posiciones sociales en Bogotá.

### **Objetivos específicos**

Evaluar la disponibilidad de servicios de salud por tipo y nivel de complejidad en las localidades del Distrito, a partir del análisis de la Base de Datos del Registro Especial de Prestadores de 2011.

Construir indicadores *per capita* sobre disponibilidad de servicios públicos y privados para cada localidad.

Analizar la inequidad en el acceso geográfico a los servicios de salud en Bogotá por localidad, considerando variables de posición social.

### **Materiales y métodos**

El insumo fundamental de la investigación fue la Base de Datos del Registro Especial de Prestadores del año 2001, del Sistema de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. La Dirección de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital facilitó la base de datos de las IPS habilitadas y georeferenciada de las 20 localidades del Distrito y a partir de ella fue posible establecer la existencia de servicios de distinto tipo, por nivel de complejidad en cada localidad.

Para el análisis se seleccionaron las IPS constituidas como personas jurídicas y con sedes registradas, no se incluyeron profesionales independientes, servicios de transporte de pacientes, centros médicos de universidades, ni sanidad militar.

En primer lugar se presenta el número de servicios habilitados por localidad y tipo de servicios para observar su concentración geográfica. Luego, con datos poblaciones por localidad, obtenidos en la Secretaría Distrital de Planeación, el número de servicios se convierte en relaciones o tasas para un denominador común poblacional que permita la comparación en términos de servicios disponibles por 100.000 habitantes. Para obstetricia y pediatría se recurrió a los registros de natalidad y mortalidad

infantil y tasas de mortalidad prevenible del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y se relacionó la oferta con las necesidades de servicios.

Para observar la relación entre la concentración de población pobre y la disponibilidad de servicios, el análisis de equidad tomó como referencia la población más pobre de cada localidad de acuerdo con la clasificación Sisbén 1 y 2, según información de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud.

## **Resultados**

Las localidades Santa Fe y Candelaria se unieron para el análisis dado que una está contenida en el territorio de la otra y separadas cuentan con una población muy escasa. La tabla 1 presenta el nombre, el número administrativo y la población de cada una de las localidades del Distrito.

Tabla 1. Población de Bogotá por localidad. Proyección 2011

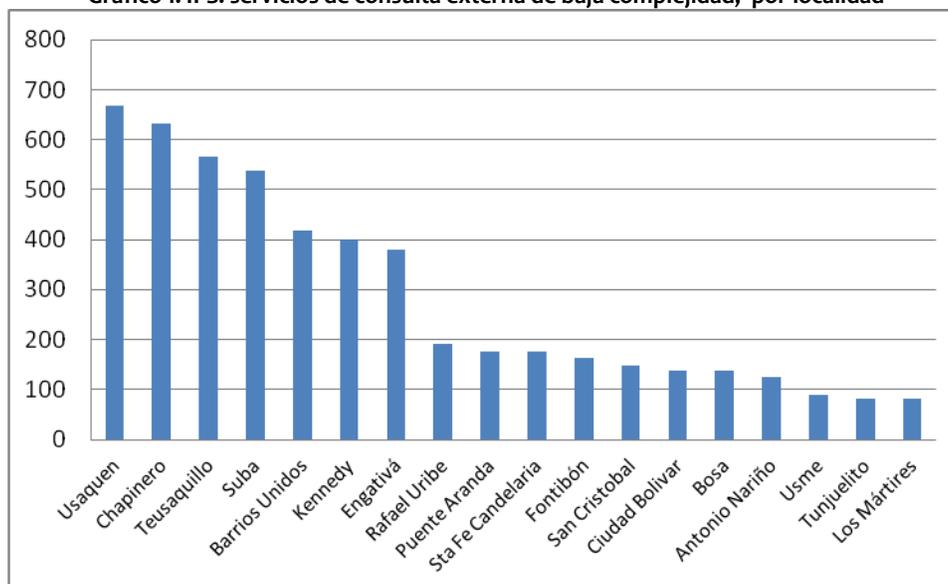
<b>Nombre localidad</b>	<b>Número Localidad</b>	<b>Población</b>
Usaquén	1	474.773
Chapinero	2	133.778
Santa Fe - Candelaria	3	134.137
San Cristóbal	4	409.799
Usme	5	382.876
Tunjuelito	6	201.843
Bosa	7	583.056
Kennedy	8	1.019.949
Fontibón	9	345.909
Engativá	10	843.722
Suba	11	1.069.114
Barrios Unidos	12	233.781
Teusaquillo	13	146.583
Los Mártires	14	97.926
Antonio Nariño	15	108.307
Puente Aranda	16	258.441
Rafael Uribe	18	377.615
Ciudad Bolívar	19	639.937

Fuente: Proyecciones de población para Bogotá – Secretaría Distrital de Planeación Dirección de Información, Cartografía y Estadística.

### Servicios de consulta externa

Usaquén, Chapinero y Teusaquillo tienen el mayor número de servicios de consulta externa de baja complejidad. Este hecho no tiene relación con la cantidad de la población que debe atenderse en este nivel dado que Chapinero y Teusaquillo son algunas de las localidades con menor población en el Distrito (Gráfico 1).

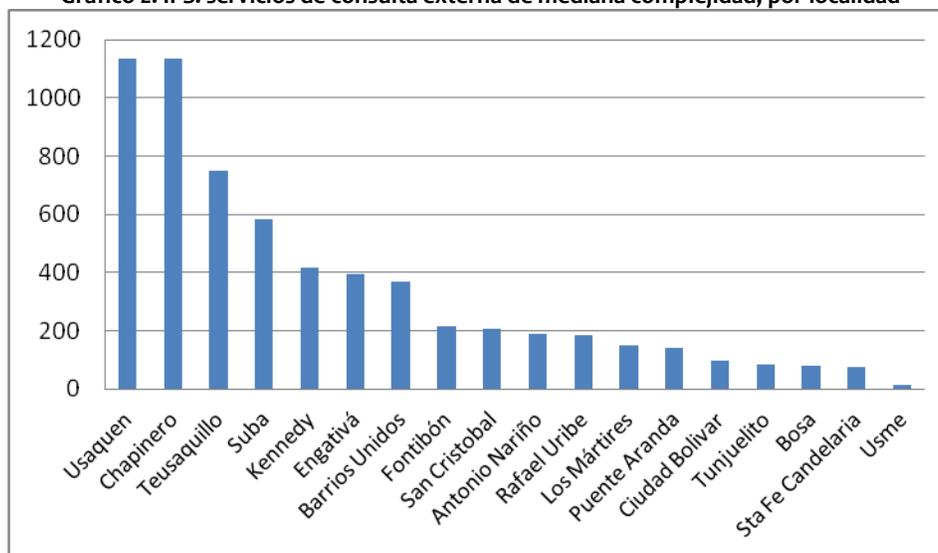
**Gráfico 1. IPS: servicios de consulta externa de baja complejidad, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

La concentración de servicios de consulta externa especializados, registrados como de mediana complejidad en un 99%, es más notoria. Usaquén, que concentra el mayor porcentaje de población de estratos altos de la ciudad toma el primer lugar. Chapinero y Teusaquillo muestran cinco veces más servicios de consulta externa habilitados que localidades entre cinco y diez veces más pobladas (Gráfico 2).

Gráfico 2. IPS: servicios de consulta externa de mediana complejidad, por localidad

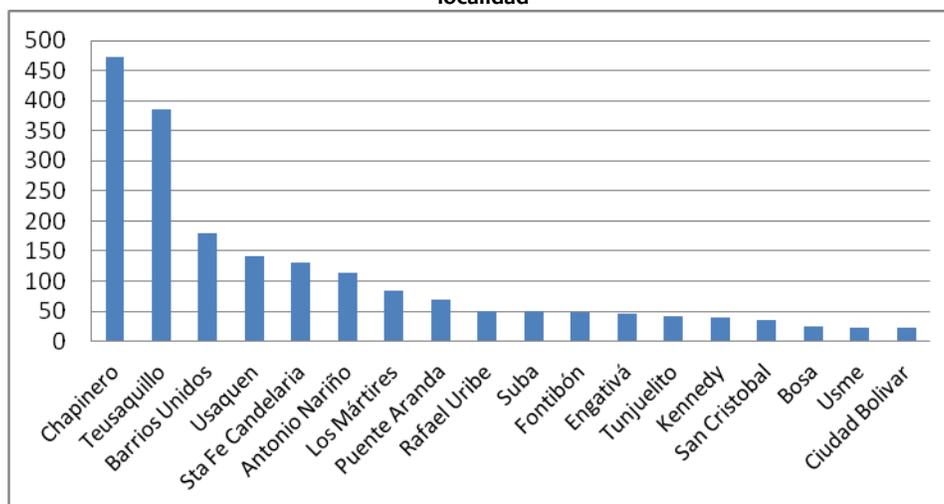


Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

La condición de desigualdad en la oferta de servicios entre localidades se expresa en el número diferencial de servicios para un denominador común de habitantes. En este sentido los servicios disponibles se analizarán por cada 100.000 habitantes por localidad.

La disponibilidad de servicios por cada 100.000 habitantes en localidades muy pobladas con un buen número de servicios se reduce sensiblemente. Suba, Kennedy y Engativá, cuarto, sexto séptimo puesto, respectivamente, en número de servicios de consulta externa de primer nivel de complejidad habilitados, se desplazan a los puestos décimo, décimo segundo y décimo cuarto, con menos de 50 servicios por 100.000 habitantes, contra 450 de Chapinero; esto es, una relación de 9 a 1 (Gráfico 3).

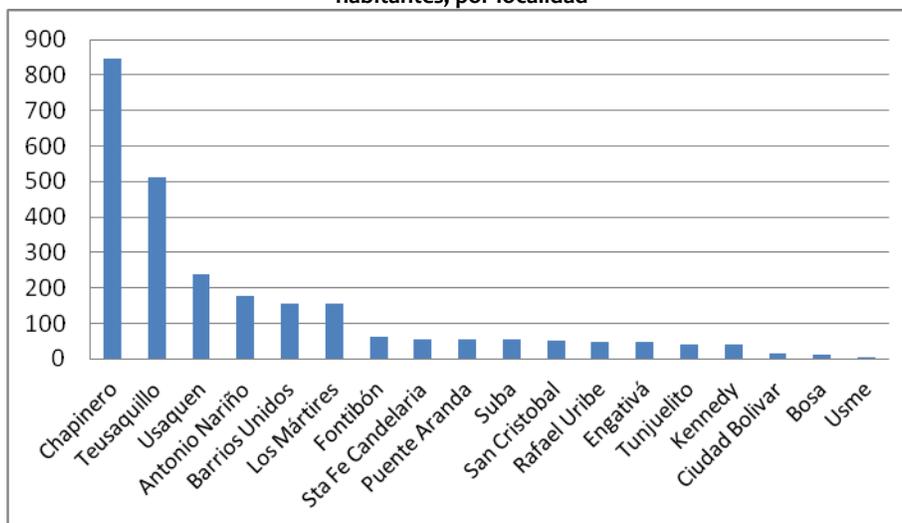
**Gráfico 3. IPS: servicios de consulta externa de baja complejidad x 100.000 habitantes, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

En servicios de consulta externa de mediana complejidad, las diferencias se amplían entre Chapinero y Teusaquillo y las localidades de gran población (Gráfico 4).

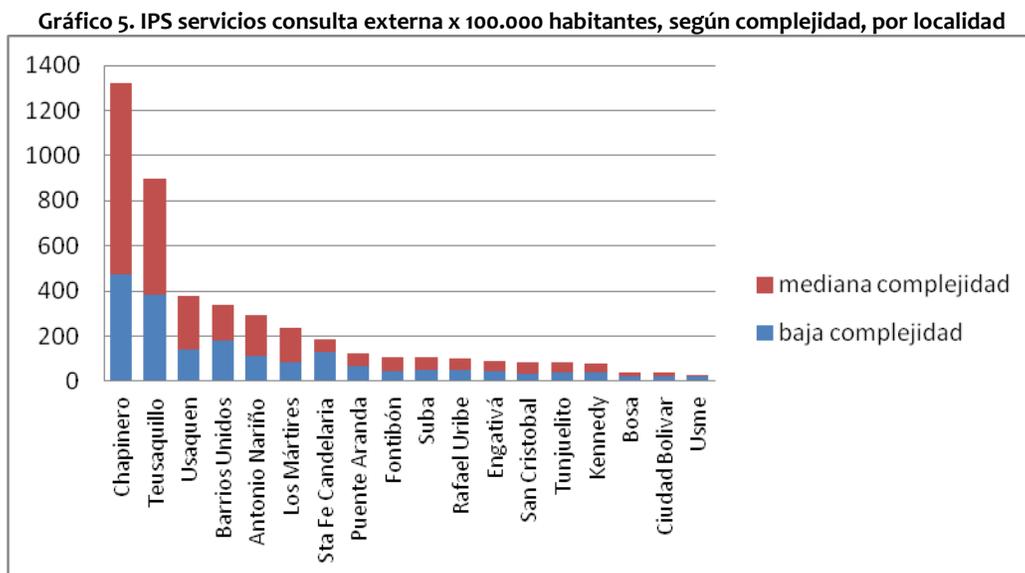
**Gráfico 4. IPS: servicios de consulta externa de mediana complejidad X 100.000 habitantes, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Al sumar la oferta de servicios de consulta externa de baja y mediana complejidad, las diferencias en servicios habilitados por las IPS entre distintas localidades son más notorias (Gráfico 5). Los habitantes de las localidades con mayor densidad poblacional cuentan con una disponibilidad mucho menor de

servicios de consulta externa general y especializada por cada 100.000 habitantes; esto implica una necesidad de desplazamiento que constituye una doble barrera para el acceso a los servicios: geográfica y económica.



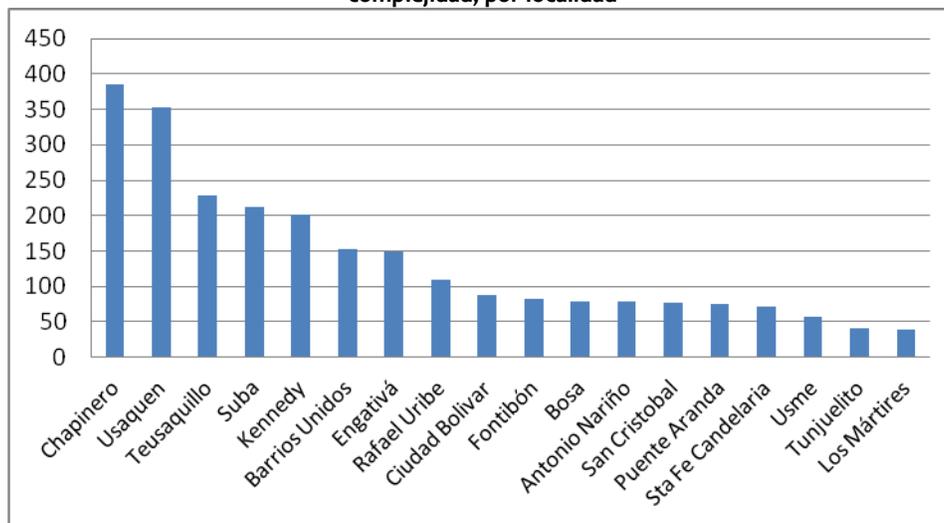
Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Aunque la concentración de especialistas podría justificarse en algún grado, el hallazgo de una gran desigualdad en la disponibilidad de los servicios de primer nivel de complejidad es prueba de que la igualdad establecida por la cobertura de la seguridad social en los regímenes contributivo y subsidiado, no se ha traducido en una igual oportunidad para el acceso a los servicios básicos, ni en razón de que esté disponible su pago mediante un seguro, ni en virtud de la demanda supuestamente generada por el sistema prepago de aseguramiento.

### Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

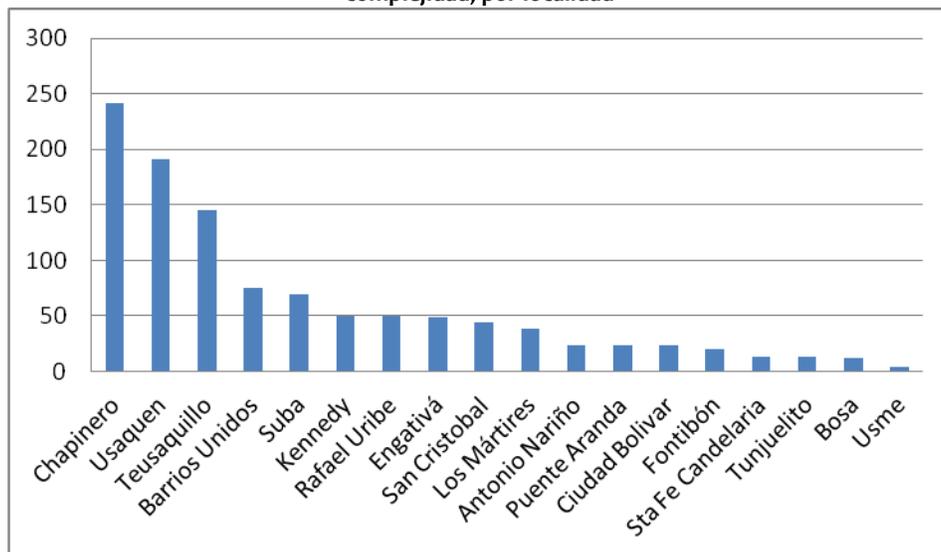
Los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica en los tres niveles de complejidad, se encuentran concentrados junto a los servicios de consulta externa, e incluso comienzan a desaparecer en las localidades más pobres del sur de la ciudad (Gráficos 6, 7 y 8).

**Gráfico 6. IPS: servicios apoyo diagnostico y complementación terapéutica de baja complejidad, por localidad**



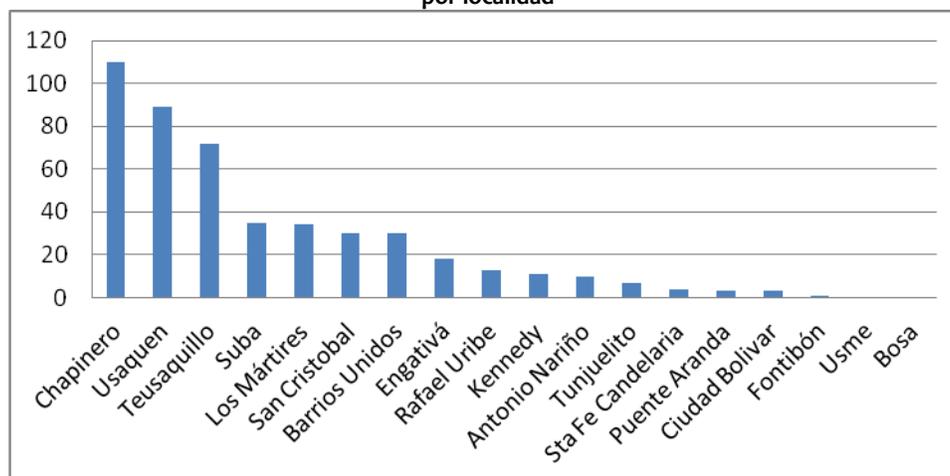
Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

**Gráfico 7. IPS: servicios de apoyo diagnostico y complementación terapéutica de mediana complejidad, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

**Gráfico 8. IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad, por localidad**

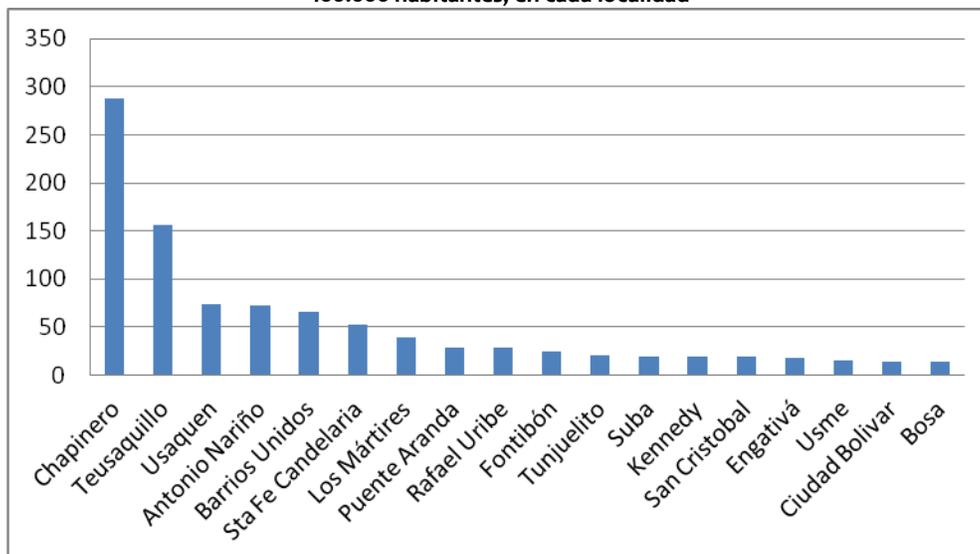


Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Como se había mencionado, la condición de desigualdad en la oferta de servicios entre localidades debe ser expresada en el número diferencial de servicios para un denominador común de habitantes. En esta vía, los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica habilitados y disponibles se analizan por cada 100.000 habitantes por localidad.

El primer nivel de complejidad, del que se espera la mayor igualdad en la oferta de servicios, presenta una enorme deficiencia en las localidades de mayor población del sur y occidente de la ciudad (Gráfico 9).

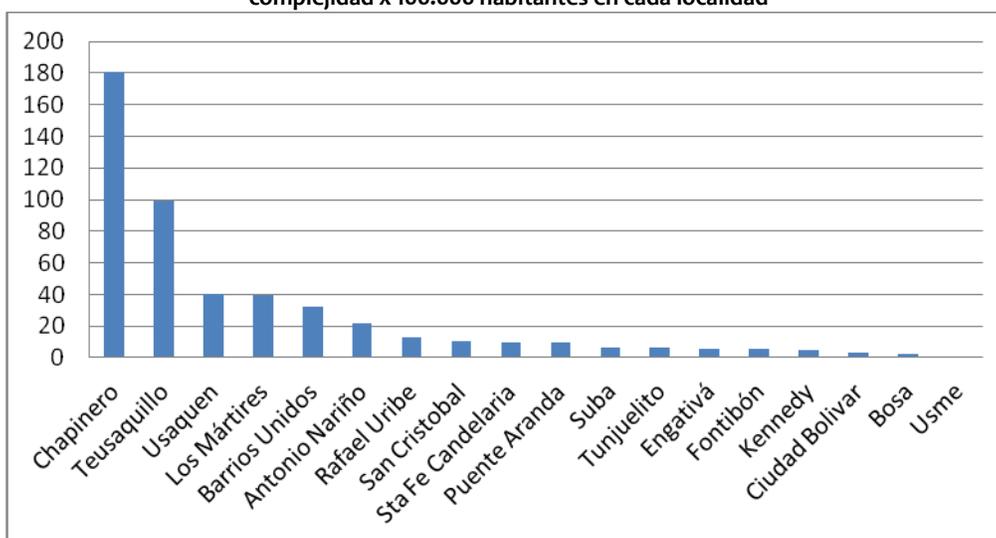
**Gráfico 9. IPS: servicios apoyo diagnostico y complementación terapéutica de baja complejidad X 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

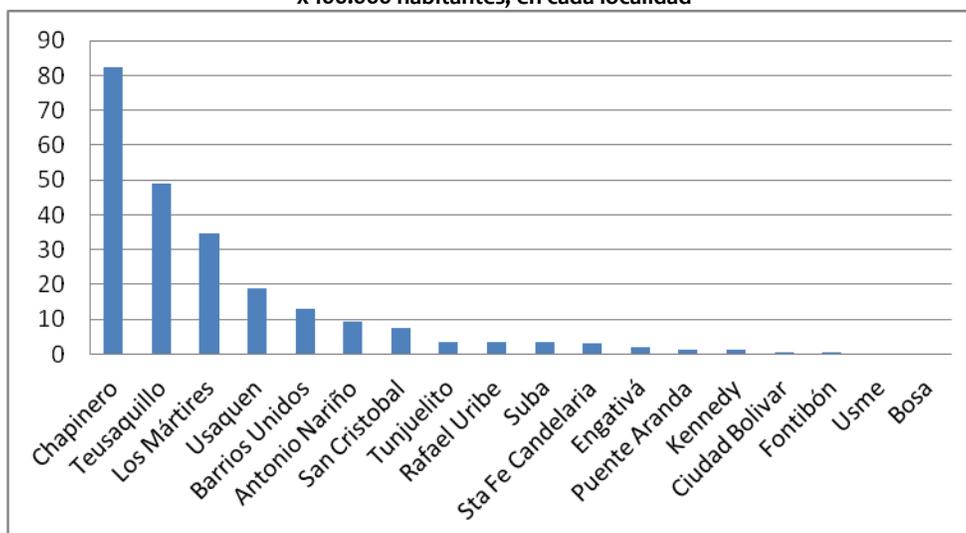
La desigualdad se torna mucho mayor en los servicios de apoyo diagnóstico de mediana complejidad, en los que se observan disponibilidades cercanas a cero por 100.000 habitantes en las localidades más pobladas del occidente y sur de la ciudad (Gráficos 10 y 11).

**Gráfico 10. IPS: servicios apoyo diagnostico y complementación terapéutica de mediana complejidad x 100.000 habitantes en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

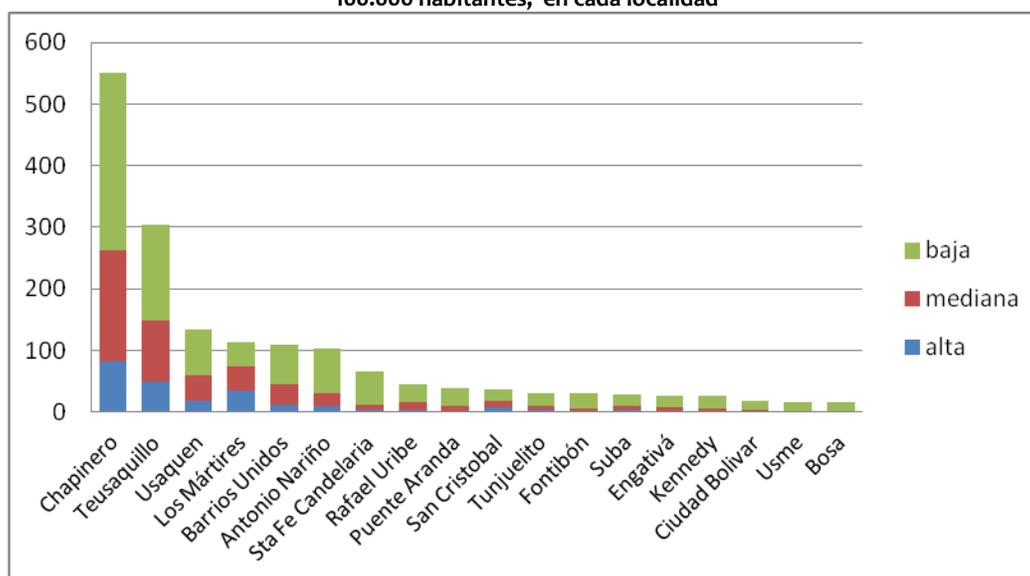
**Gráfico 11. IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Al sumar los tres niveles de complejidad, la diferencia en disponibilidad es abrumadora en contra de las localidades más pobladas y más pobres, y a favor de las menos pobladas y más ricas (Gráfico 12).

**Gráfico 12. IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica según complejidad X 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

De manera evidente los habitantes de las localidades con mayor densidad poblacional cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica por

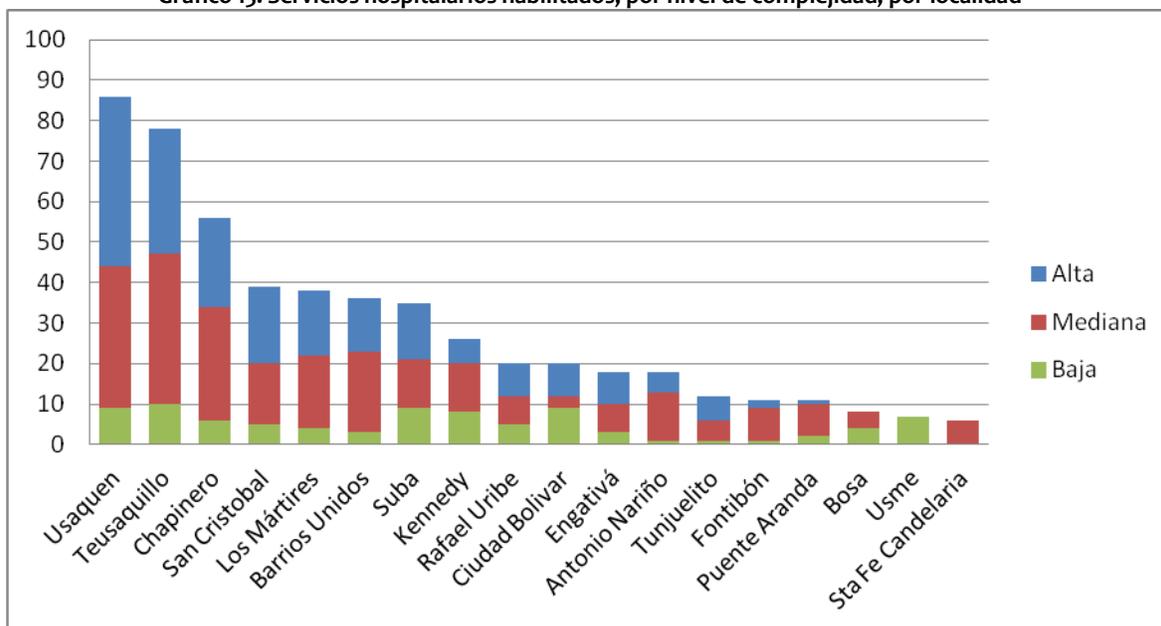
cada 100.000 habitantes. Esto implica, nuevamente, una necesidad de desplazamiento para obtener servicios y refuerza la doble barrera, geográfica y económica, para el acceso a ellos.

De la misma manera que con los servicios de consulta externa, la concentración de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad en algunas zonas de la ciudad, podría justificarse en algún grado. Sin embargo, el hallazgo de una gran desigualdad en la disponibilidad de servicios de baja complejidad es prueba de que la igualdad establecida por la seguridad social en la cobertura de estos servicios, en los regímenes contributivo y subsidiado, no se ha traducido en una igual oportunidad para el acceso a los mismos. Vale mencionar que los servicios de mediana y alta complejidad por 100.000 habitantes, en apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, son prácticamente inexistentes en las localidades más pobladas.

### Servicios hospitalarios

La distribución por localidad de servicios hospitalarios habilitados por las IPS tiene un patrón similar al de los servicios de consulta externa y apoyo diagnóstico, incluso con diferencias menos acentuadas en la distribución por localidad (Gráfico 13).

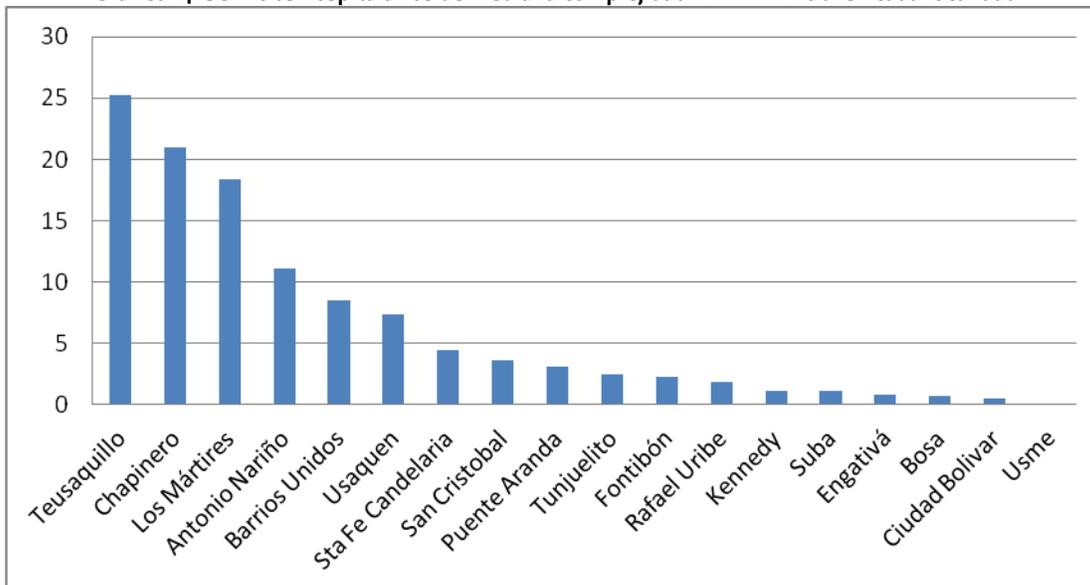
Gráfico 13. Servicios hospitalarios habilitados, por nivel de complejidad, por localidad



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

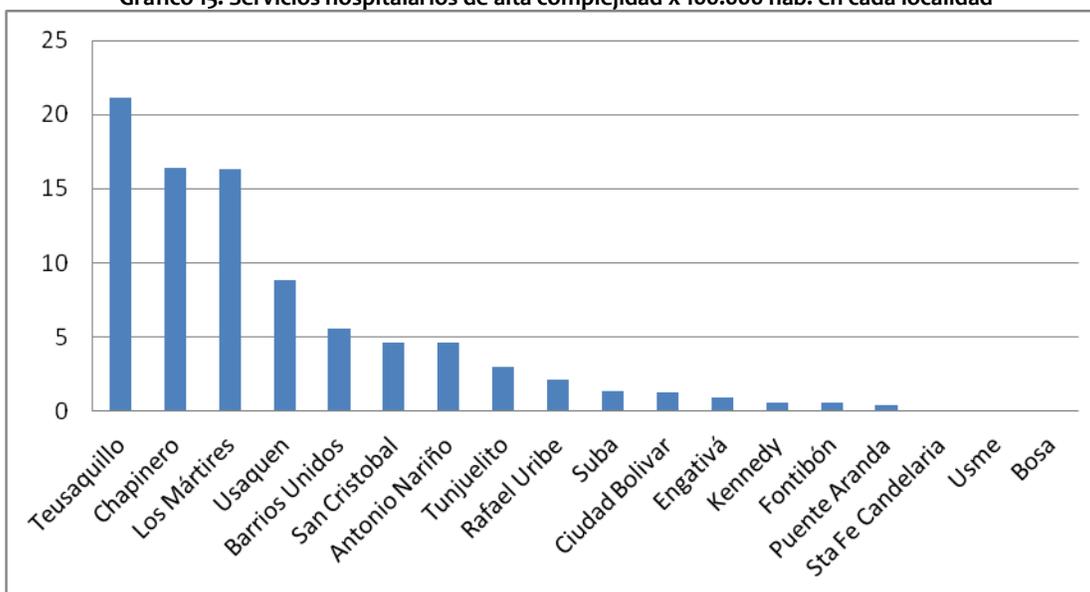
Esto plantearía que la oferta de servicios hospitalarios tiene un patrón de comportamiento diferente pues no se abren tantos servicios de este tipo en las localidades con población de estratos más altos. La hipótesis inicial sería que esta oferta no es tan elástica como la de los servicios antes analizados, en función de los altos costos de inversión requeridos. Sin embargo, al observar la disponibilidad de estos servicios por 100.000 habitantes, nuevamente se encuentran grandes desigualdades en mediana y alta complejidad (Gráficos 14 y 15). No se analiza la baja complejidad hospitalaria por no ser propia de las ciudades sino de las poblaciones marginadas que sólo cuentan con médico general.

**Gráfico 14. Servicios hospitalarios de mediana complejidad x 100.000 hab. en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

**Gráfico 15. Servicios hospitalarios de alta complejidad x 100.000 hab. en cada localidad**

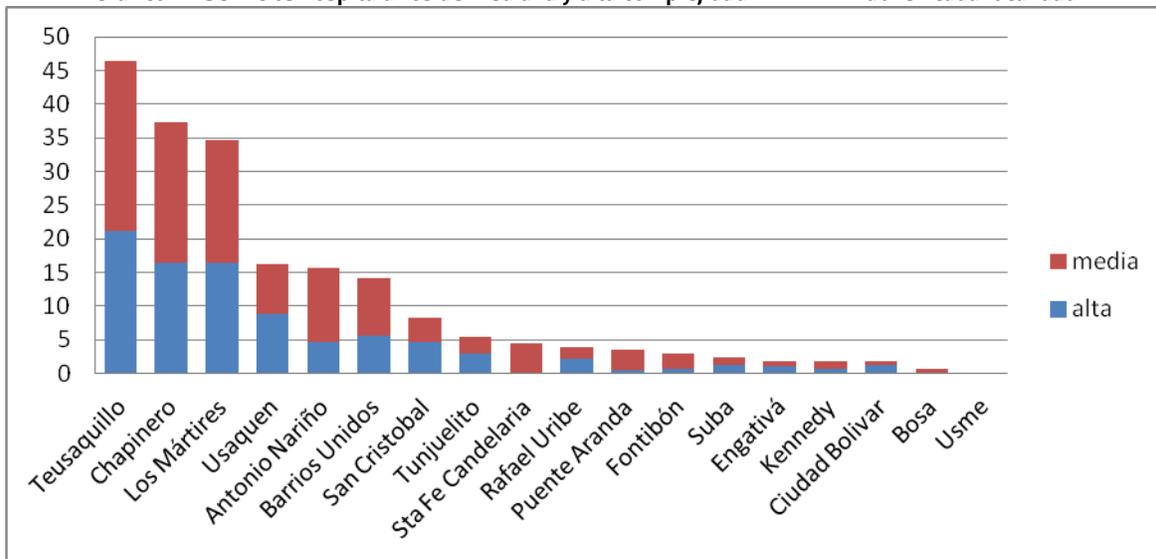


Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Es importante señalar que en la norma internacional, el hospital básico, capaz de atender una urgencia médica o quirúrgica, denominado en Colombia de segundo nivel o de mediana complejidad, debe estar ubicado cerca al lugar de residencia para superar las barreras de acceso, garantizar los servicios, y procurar la conservación de la vida en condiciones de urgencia.

La disponibilidad cercana a cero por 100.000 habitantes de estos servicios en las localidades muy pobladas del occidente y sur de la ciudad, y en Suba, sumada a graves problemas de movilidad, hace pensar que la vida de millones de habitantes de Bogotá está en juego. Las diferencias no resultarían tan abrumadoras si los muy escasos servicios disponibles fueran de gran tamaño y capacidad para solventar el déficit, en conjunto, del número de servicios hospitalarios en las localidades señaladas (Gráfico 16).

**Gráfico 16. Servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad x 100.000 hab. en cada localidad**

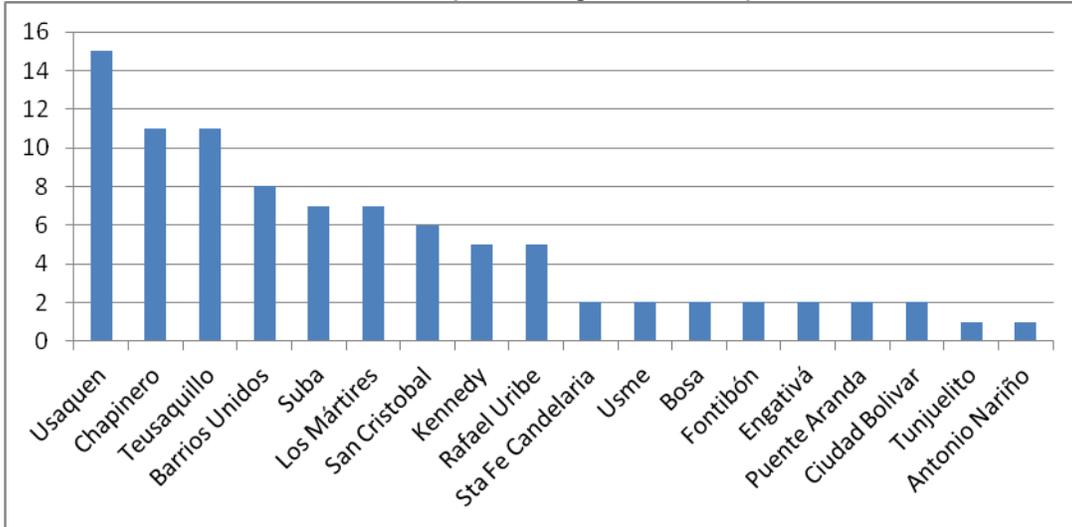


Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

En este punto es necesario desagregar la oferta y disponibilidad por localidad de los servicios hospitalarios por atención a grupos étnicos: adultos, niños y mujeres gestantes con sus neonatos.

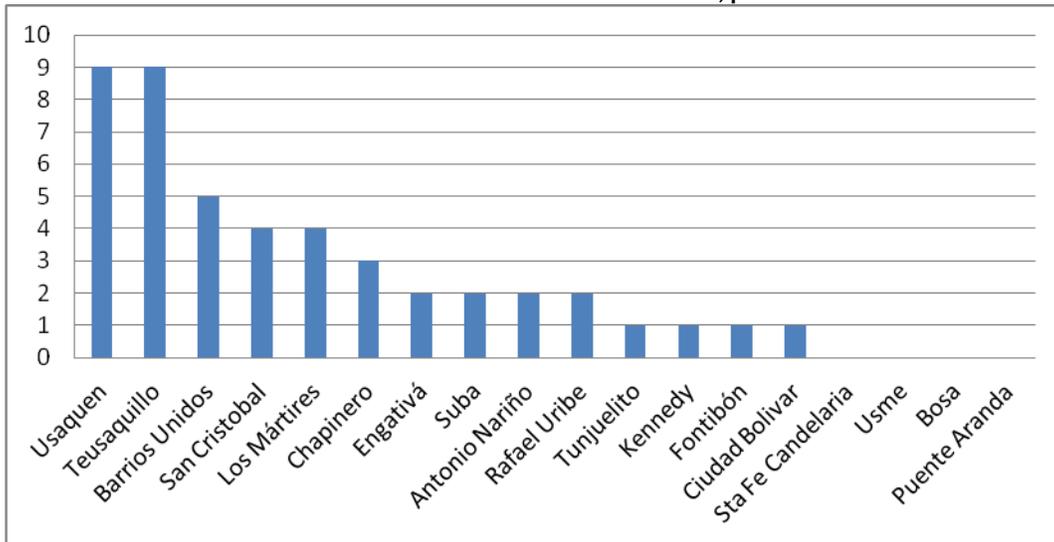
Los servicios hospitalarios para adultos repiten el patrón de distribución por localidad de los servicios hospitalarios en conjunto: concentrados en las localidades del norte con población de mayores recursos. Este fenómeno se acentúa cuando aumenta el nivel de complejidad y los servicios empiezan prácticamente a desaparecer en las localidades más pobres del sur (Gráficos 17, 18 y 19).

**Gráfico 17. Servicios Hospitalización general adultos, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

**Gráfico 18. Servicios cuidado intermedio adultos, por localidad**

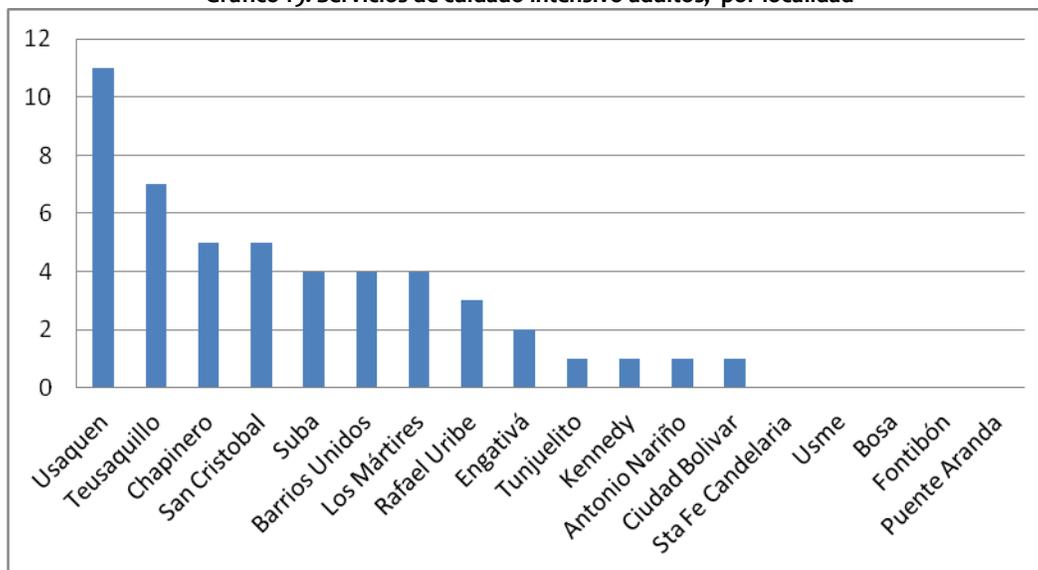


Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Las localidades Los Mártires y Barrios Unidos se agregan a las de mayor oferta en función probablemente de la oferta institucional de las antiguas instituciones de seguridad social, pero una vez más las localidades con gran número de habitantes del occidente y sur de la ciudad e incluso Suba,

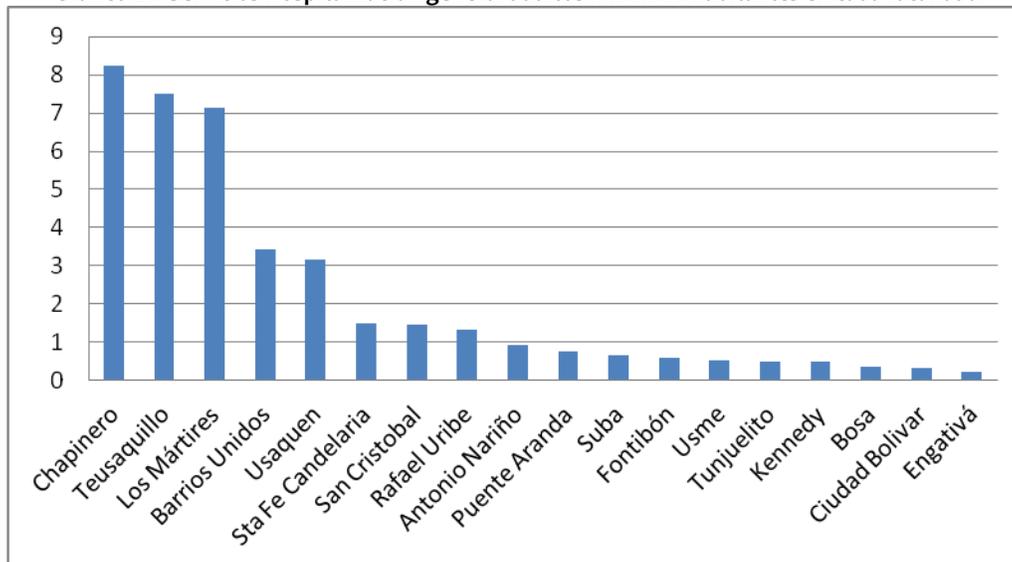
muestran un déficit importante de oferta y una enorme desigualdad en cuanto a la disponibilidad de servicios hospitalarios para adultos (Gráfico 20).

**Gráfico 19. Servicios de cuidado intensivo adultos, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

**Gráfico 20. Servicios Hospitalización general adultos x 100.000 habitantes en cada localidad**

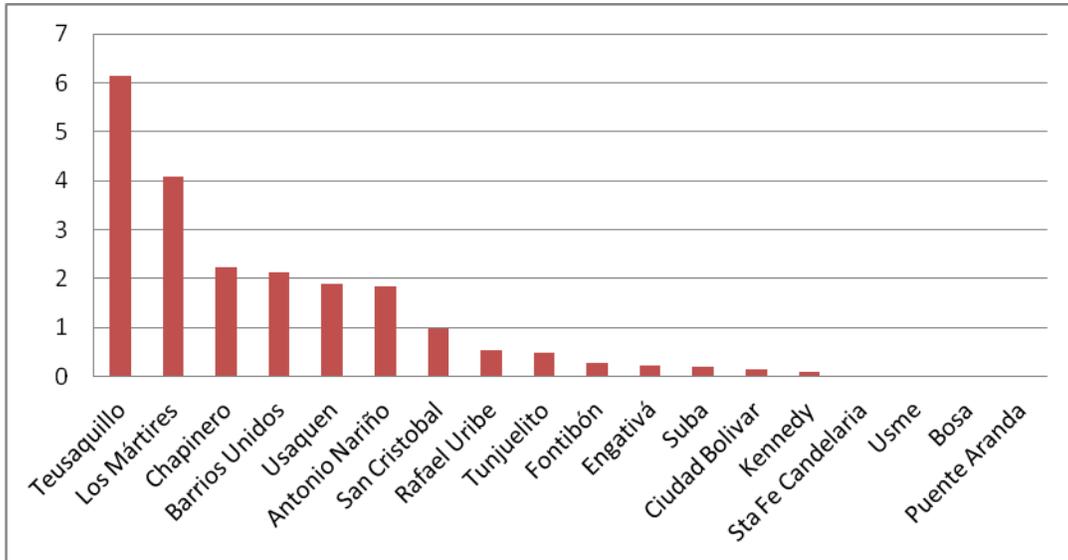


Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

El nivel de mediana complejidad, con disponibilidad de cuidado intermedio, especialmente importante para adultos mayores, debería mostrar la mayor igualdad de oferta de estos servicios, pero nuevamente

se encuentra una enorme deficiencia en las localidades de mayor densidad poblacional del sur y occidente de la ciudad (Gráfico 21).

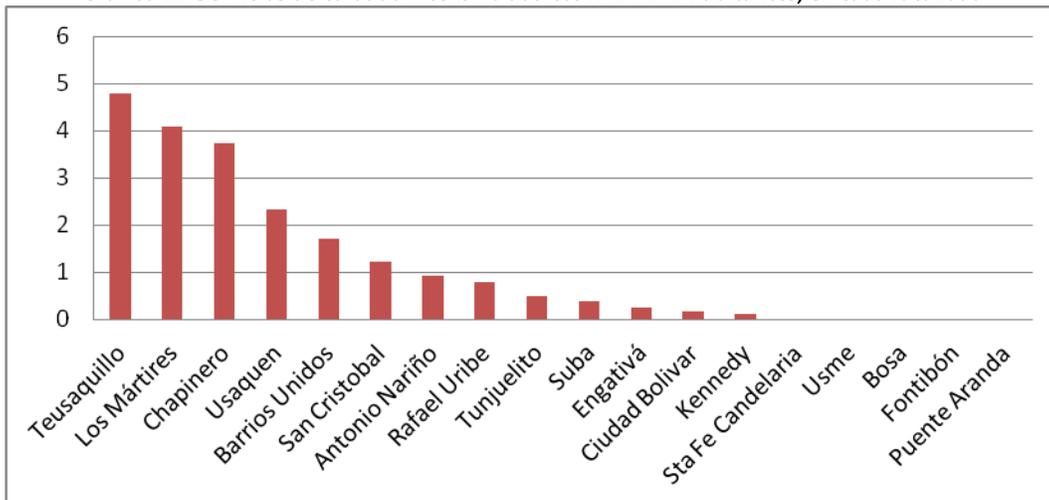
**Gráfico 21. Servicios cuidado intermedio adultos x 100.000 habitantes en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Existe una alta concentración de cuidados intensivos en algunas localidades. Esto constituye un grave problema para garantizar la conservación de la vida en las localidades que no los tienen (Gráfico 22).

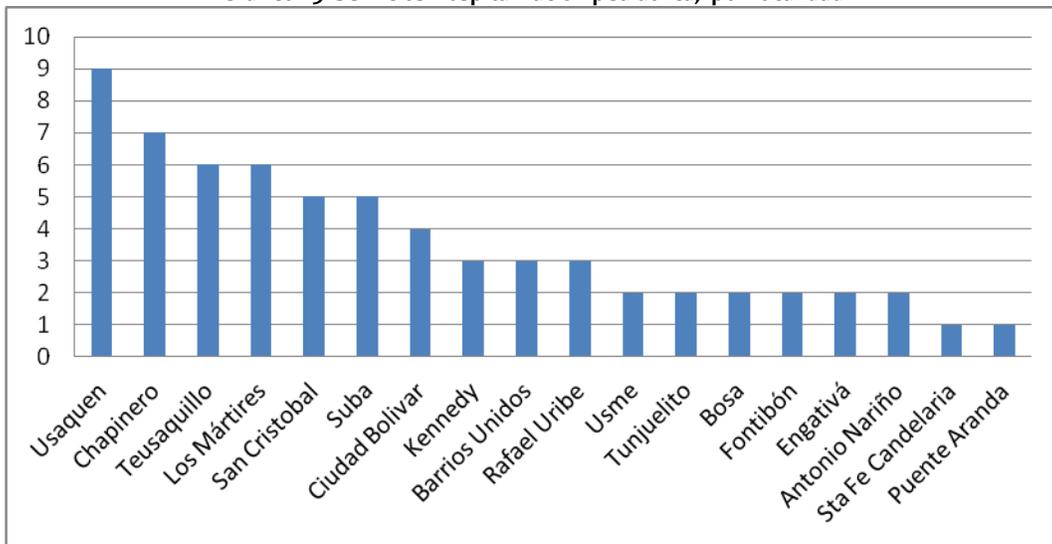
**Gráfico 22. Servicios de cuidado intensivo adultos x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

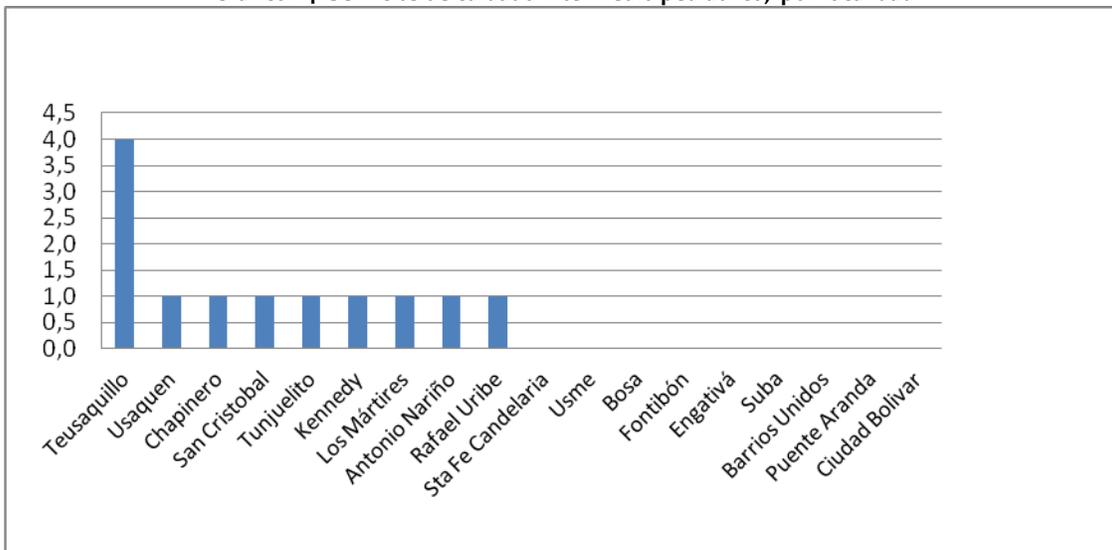
El patrón de concentración se repite para los servicios de hospitalización pediátrica (Gráfico 23). Las diferencias en la oferta se tornan verdaderamente preocupantes respecto a los servicios de cuidados intermedios e intensivos pediátricos (Gráficos 24 y 25), inexistentes en las localidades del occidente y sur, siendo estas las que cuentan con la mayor densidad de población entre 1 y 17 años. Los servicios de hospitalización pediátrica dejan en notoria desventaja por mínima oferta a las localidades con mayor población (Gráfico 26).

**Gráfico 23. Servicios Hospitalización pediátrica, por localidad**



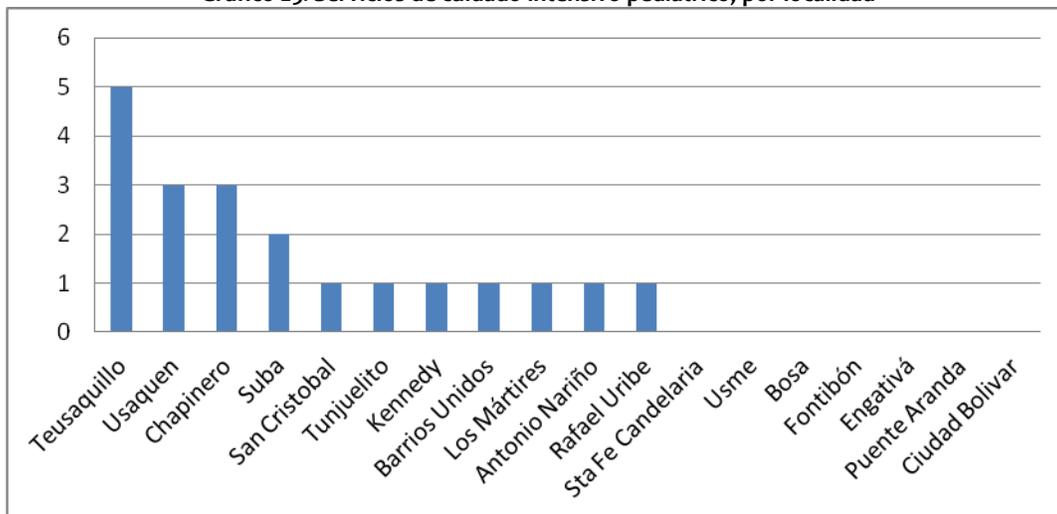
Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Gráfico 24. Servicios de cuidado intermedio pediátrico, por localidad



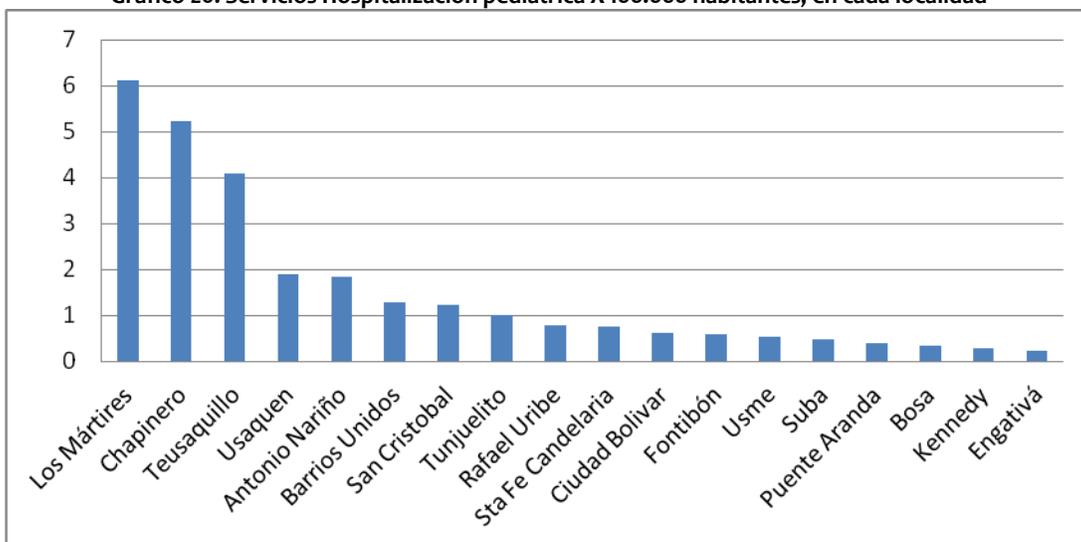
Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Gráfico 25. Servicios de cuidado intensivo pediátrico, por localidad



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

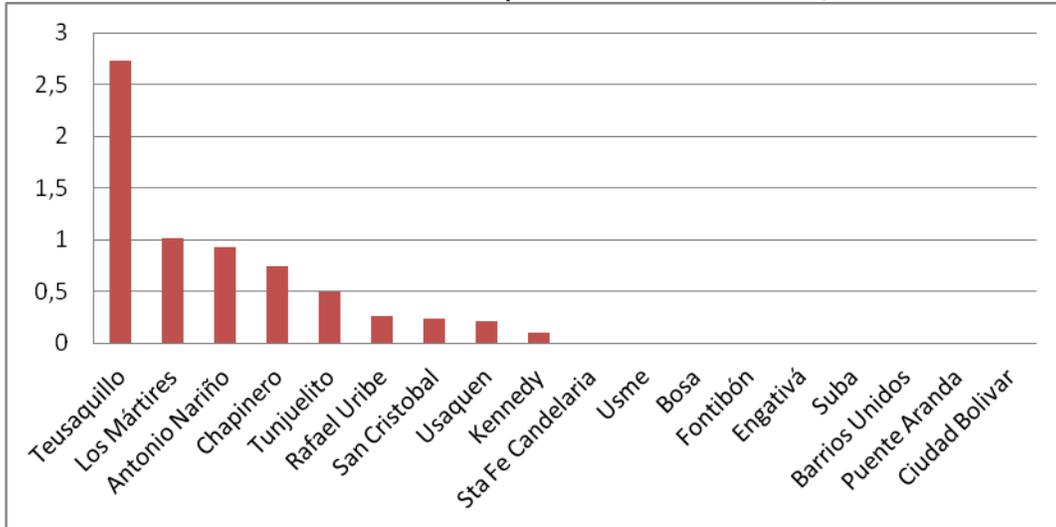
Gráfico 26. Servicios Hospitalización pediátrica X 100.000 habitantes, en cada localidad



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

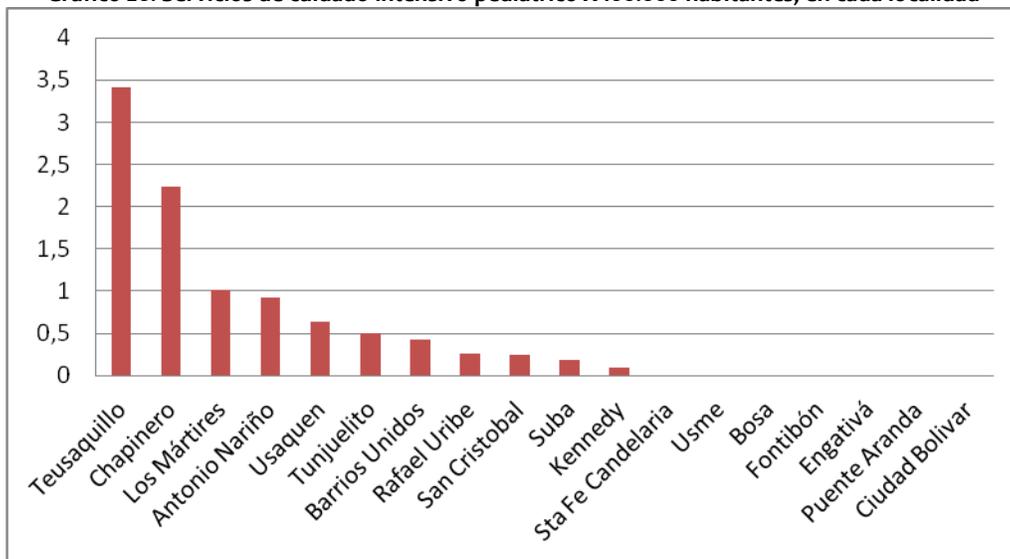
De nuevo, la situación se torna desigual respecto a la disponibilidad por cien mil habitantes de servicios pediátricos de cuidado intermedio y cuidado intensivo por localidad (Gráficos 27 y 28). La práctica inexistencia de servicios de cuidado intermedio e intensivo pediátrico en las localidades con mayor población, del occidente y sur de la ciudad, plantea, de nuevo, una situación crítica para garantizar la conservación de la vida en algunas localidades.

**Gráfico 27. Servicios de cuidado intermedio pediátrico x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

**Gráfico 28. Servicios de cuidado intensivo pediátrico X 100.000 habitantes, en cada localidad**

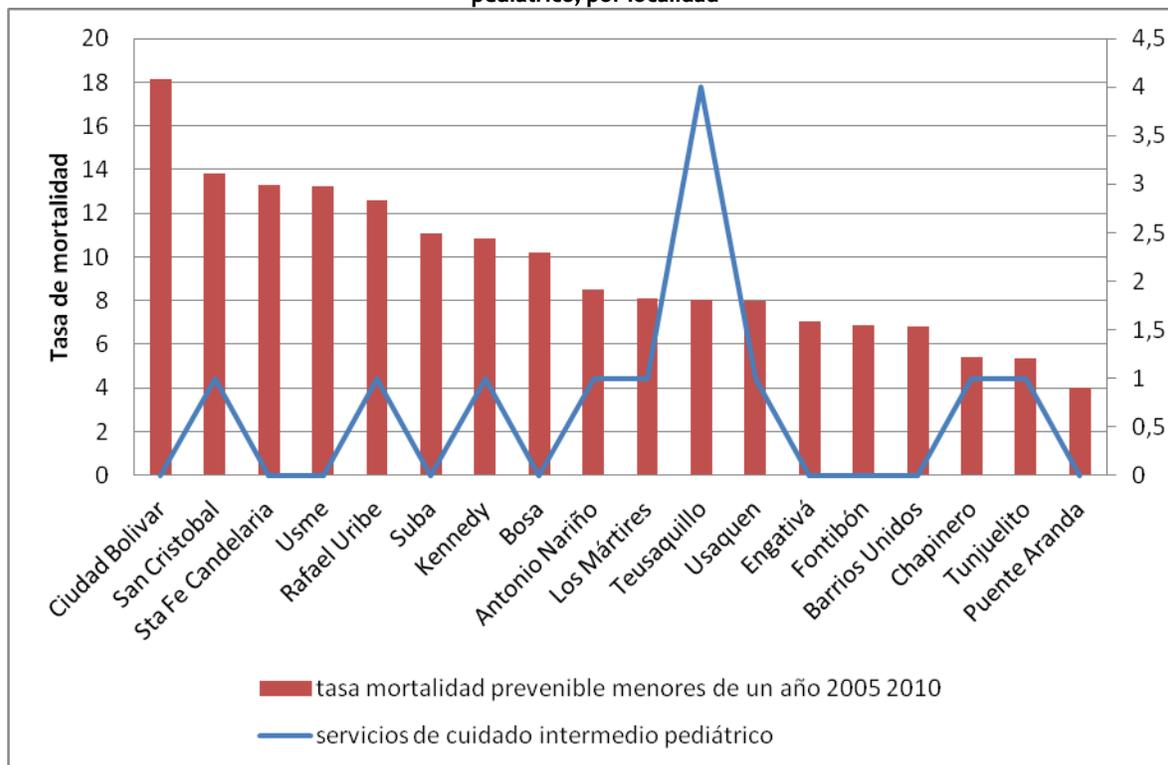


Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Esta inexistencia de servicios en las grandes localidades también implica una necesidad de desplazamiento, lo que constituye, de nuevo, una doble barrera, geográfica y económica, y una diferencia en términos de derechos de estas poblaciones.

En relación con los servicios pediátricos debe decirse que éstos se encuentran concentrados en las localidades con menos nacimientos y menor mortalidad infantil (Gráfico 29).

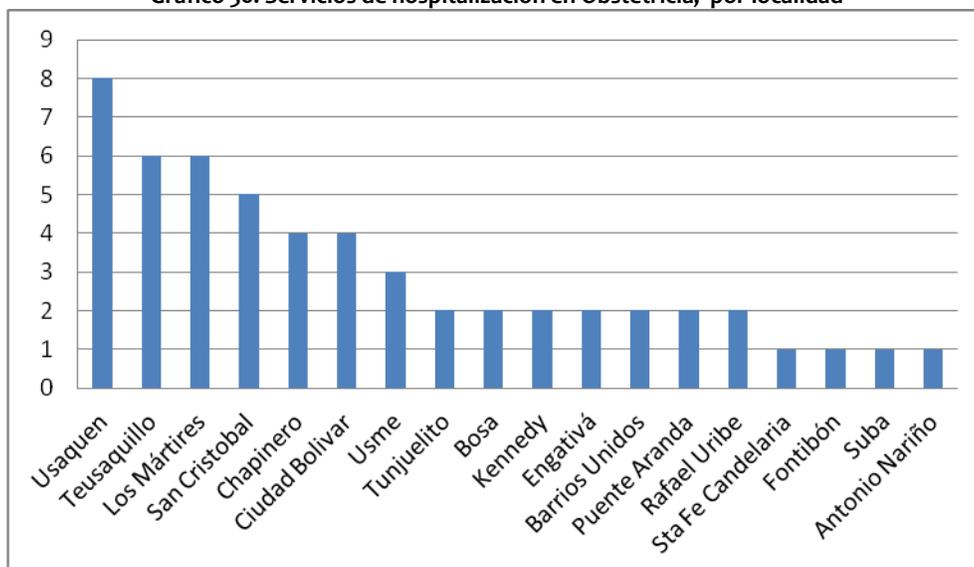
**Gráfico 29. Tasa de mortalidad menores de un año por enfermedades prevenibles (EDA, IRA e inmunoprevenibles) x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, promedio 2005-2010, y servicios de cuidado intermedio pediátrico, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

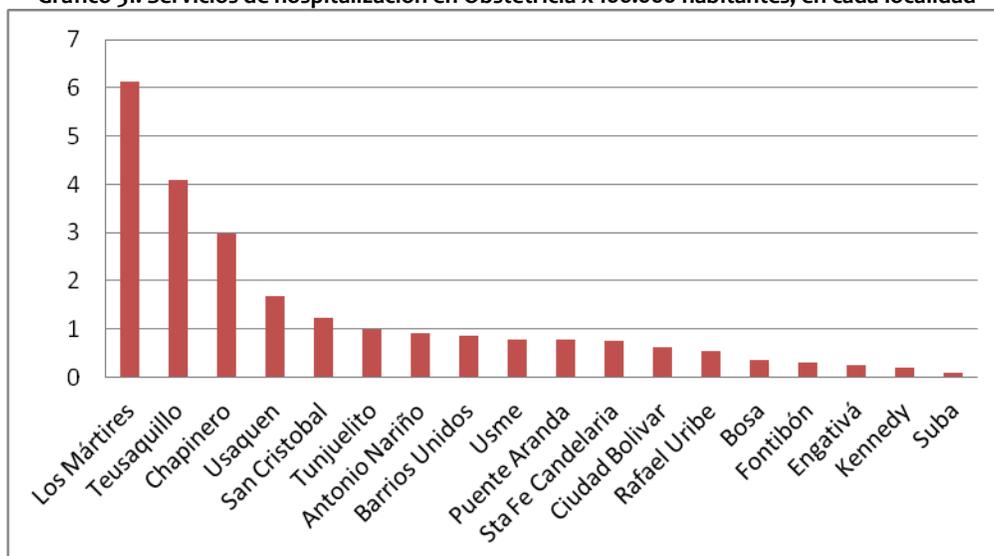
El fenómeno de desigualdad entre localidades, con sus consecuencias, se repite en los servicios de obstetricia, en términos generales y en disponibilidad por cien mil habitantes (Gráficos 30 y 31).

Gráfico 30. Servicios de hospitalización en Obstetricia, por localidad



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

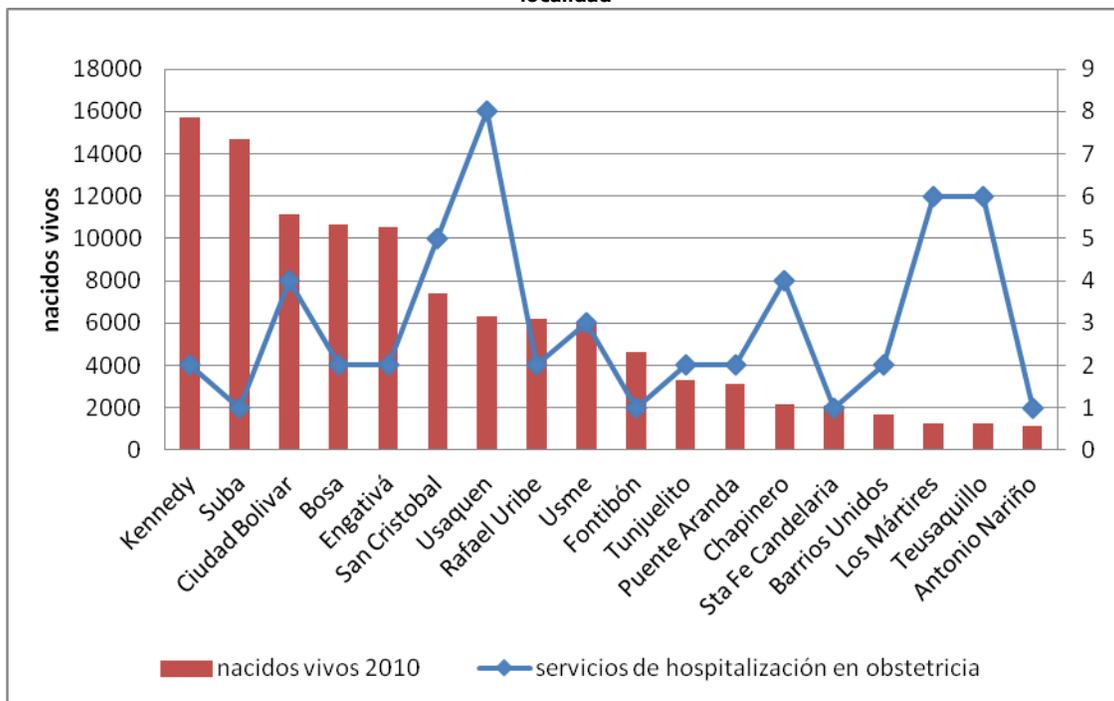
Gráfico 31. Servicios de hospitalización en Obstetricia x 100.000 habitantes, en cada localidad



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

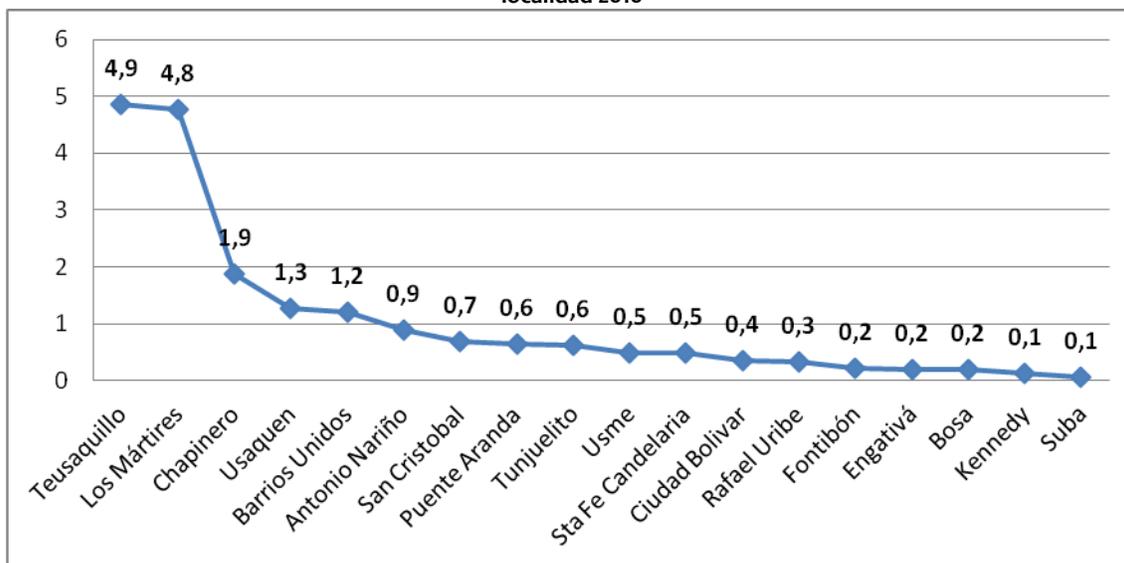
Esta gran desigualdad, caracterizada por la mínima disponibilidad de servicios de obstetricia en las localidades más grandes, resulta crítica en función de la mayor natalidad en las localidades más pobladas y con menos servicios (Gráficos 32, 33 y 34).

**Gráfico 32. Nacidos vivos 2010, por residencia de la madre, y servicios de hospitalización en obstetricia, por localidad**



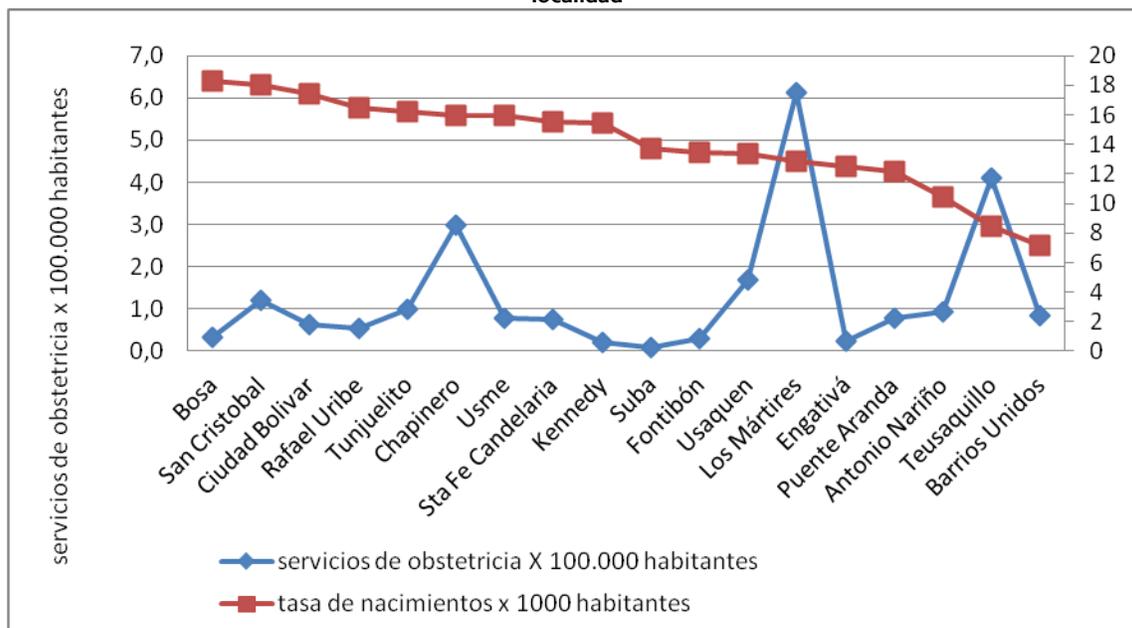
Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

**Gráfico 33. Servicios hospitalarios de obstetricia x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, en cada localidad 2010**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

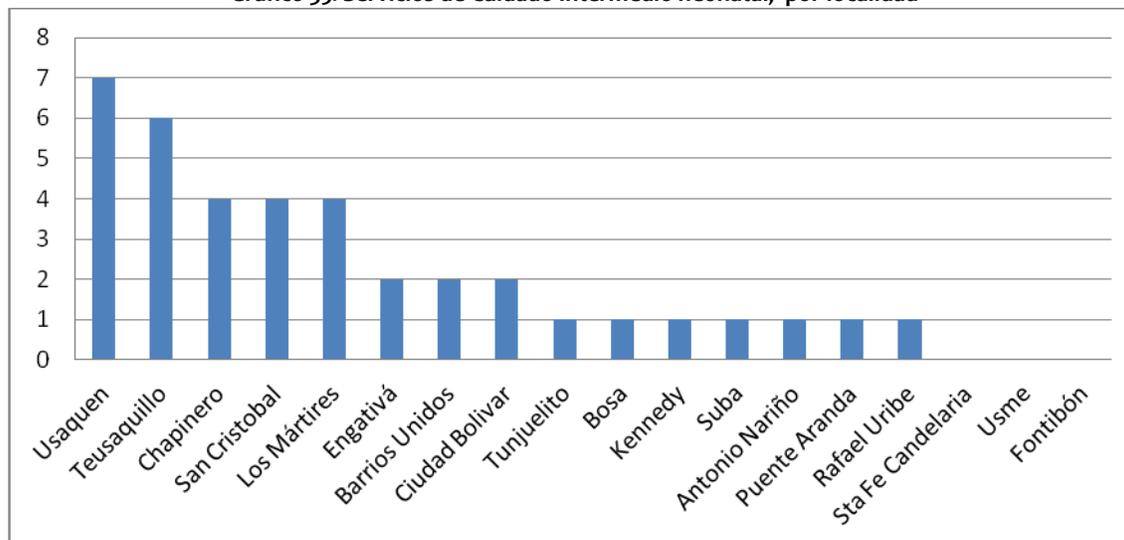
**Gráfico 34. Tasa de nacimientos X 1000 habitantes y servicios de obstetricia X 100.000 habitantes en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

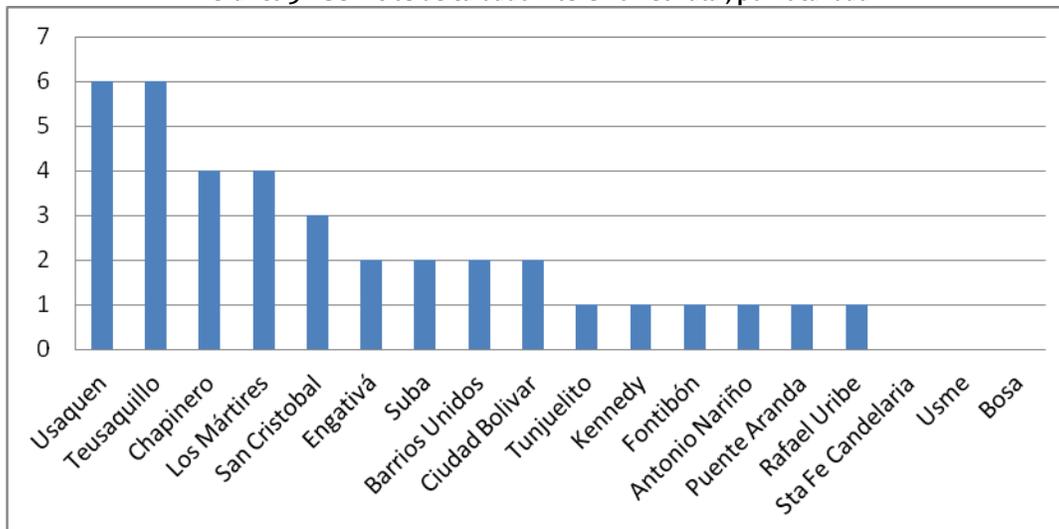
La ausencia de servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo neonatal en algunas localidades pobres del sur plantea incluso un problema de derechos (Gráficos 35 y 36).

**Gráfico 35. Servicios de Cuidado Intermedio neonatal, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Gráfico 36. Servicios de cuidado intensivo neonatal, por localidad

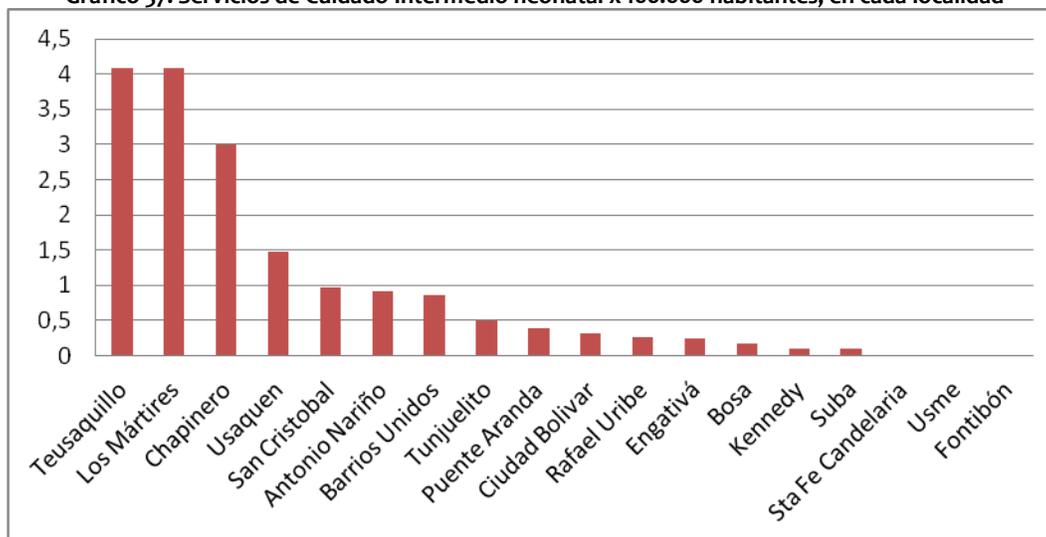


Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

La disponibilidad de servicios de cuidado intermedio e intensivo neonatal por cien mil habitantes se acerca a cero en las localidades con mayor densidad poblacional del occidente y sur de la ciudad.

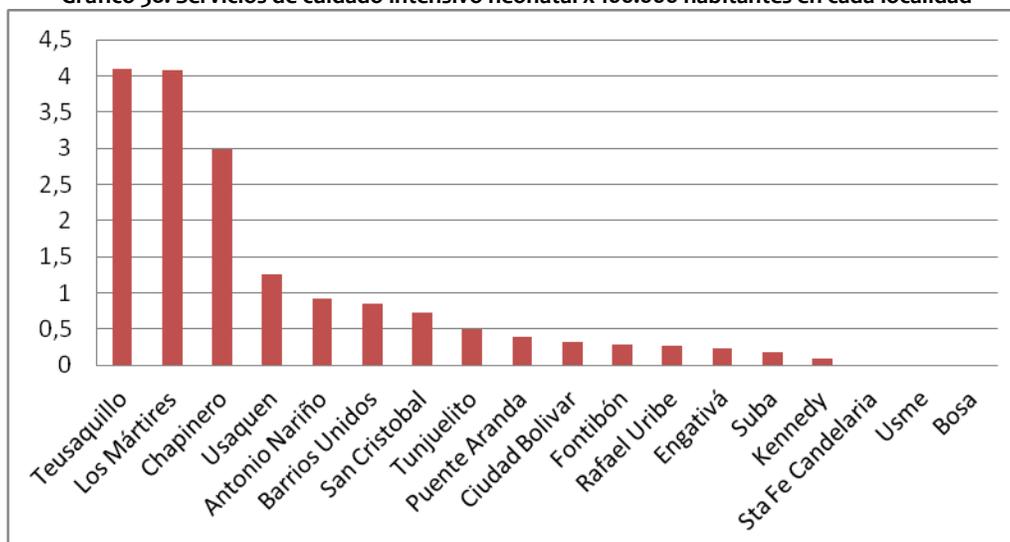
(Gráficos 37 y 38).

Gráfico 37. Servicios de Cuidado Intermedio neonatal x 100.000 habitantes, en cada localidad



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

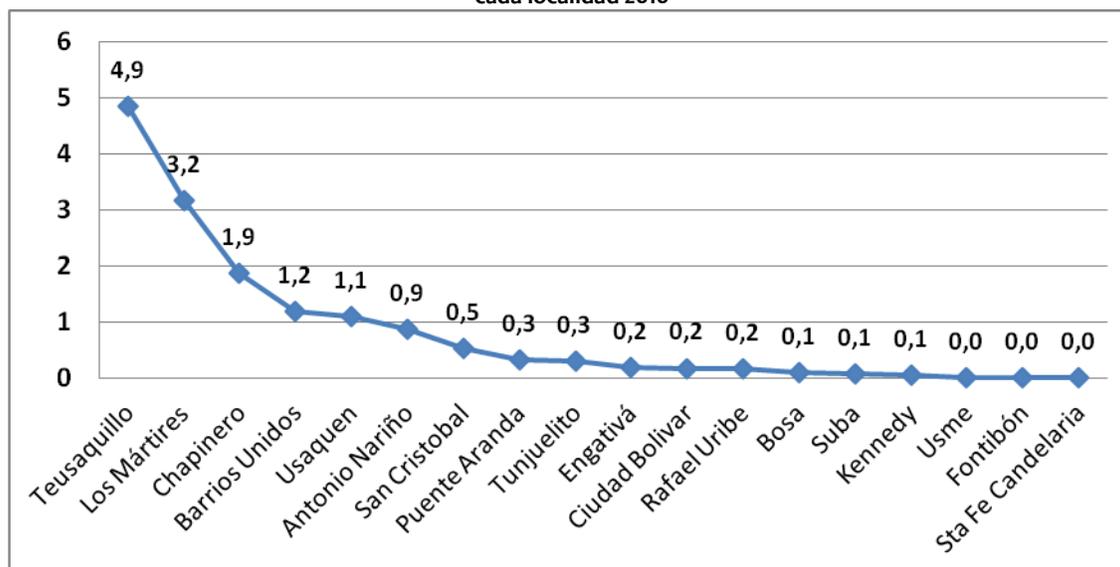
Gráfico 38. Servicios de cuidado intensivo neonatal x 100.000 habitantes en cada localidad



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

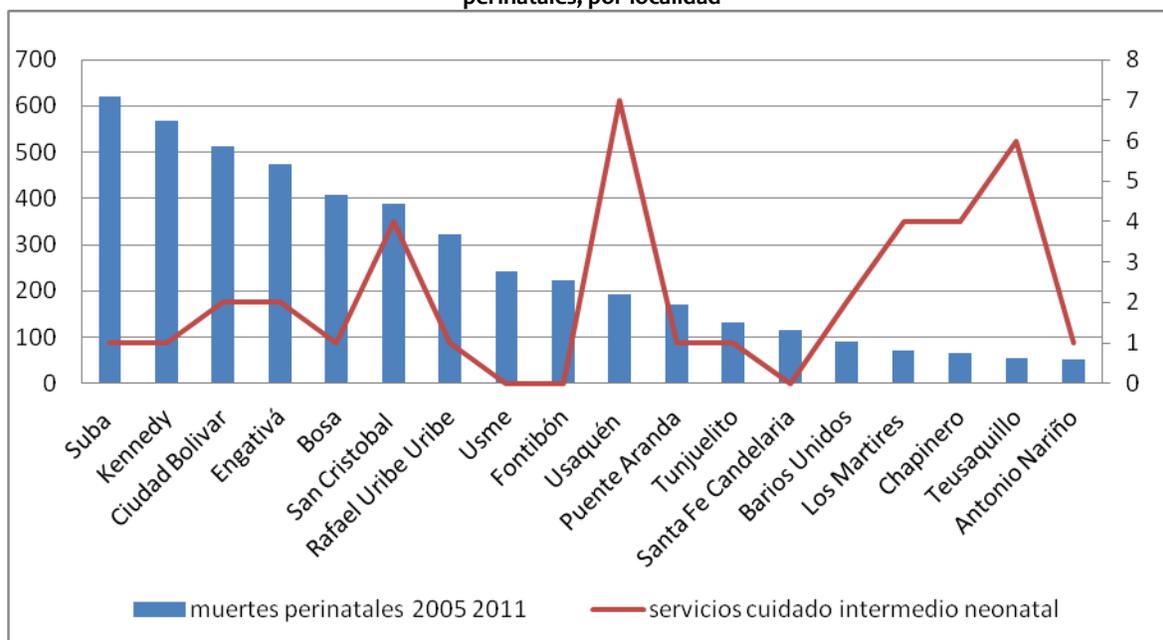
Los servicios de cuidado intermedio neonatal por mil nacidos vivos son cercanos a cero en muchas localidades, e incluso en las de mayor densidad poblacional y número de nacimientos. Además, no guardan ninguna relación con el riesgo (Gráficos 39 y 40).

Gráfico 39. Servicios de cuidado intermedio neonatal x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, en cada localidad 2010



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

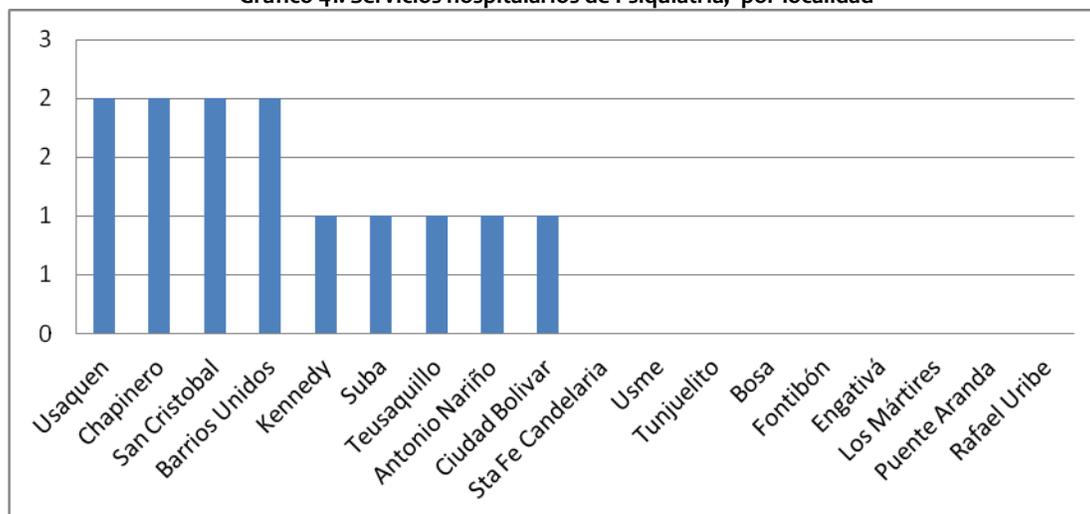
**Gráfico 40. Muertes perinatales 2005-2011, según residencia de la madre, y servicios de cuidados intermedios perinatales, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

Finalmente, en cuanto a servicios hospitalarios de psiquiatría, o para llamarlos con su nombre eufemístico “salud mental”, y farmacodependencia, se puede observar su escasa y hasta nula oferta en muchas de las localidades del occidente y sur de la ciudad (Gráfico 41).

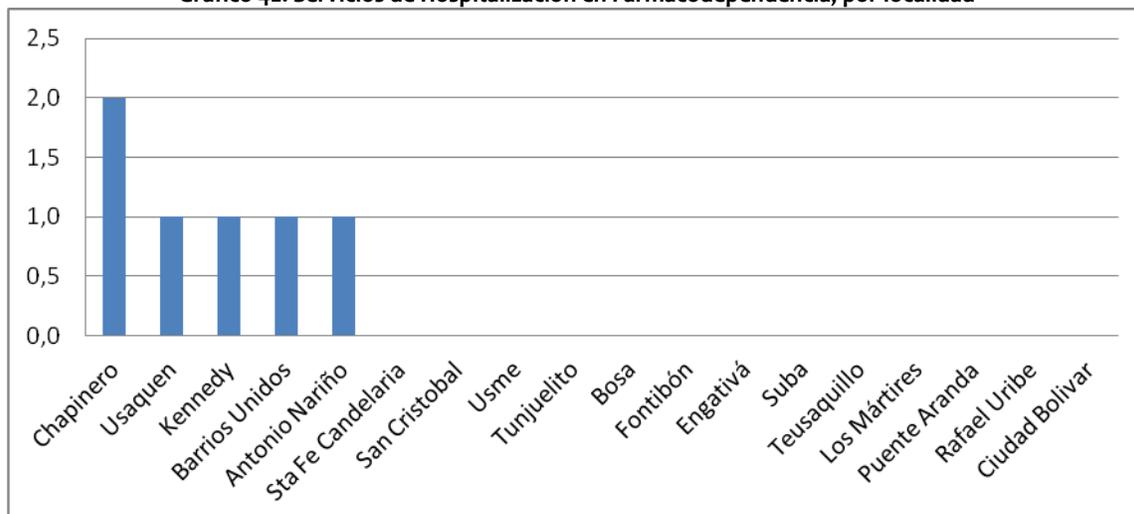
**Gráfico 41. Servicios hospitalarios de Psiquiatría, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

No deja de ser paradójico que mientras los problemas de farmacodependencia se concentren en la población de más baja posición social (10), los servicios de atención se encuentren en localidades pertenecientes fundamentalmente al otro extremo del espectro social (Gráfico 42).

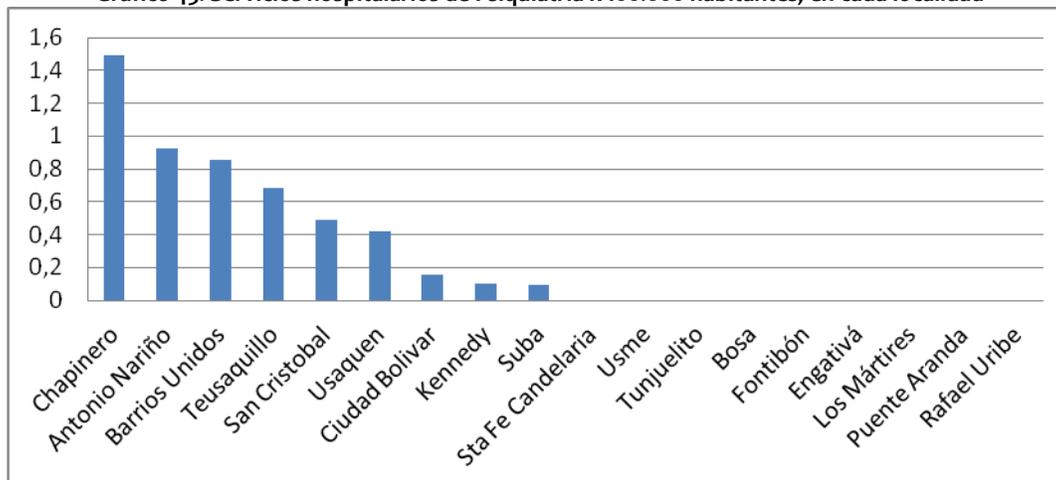
**Gráfico 42. Servicios de Hospitalización en Farmacodependencia, por localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

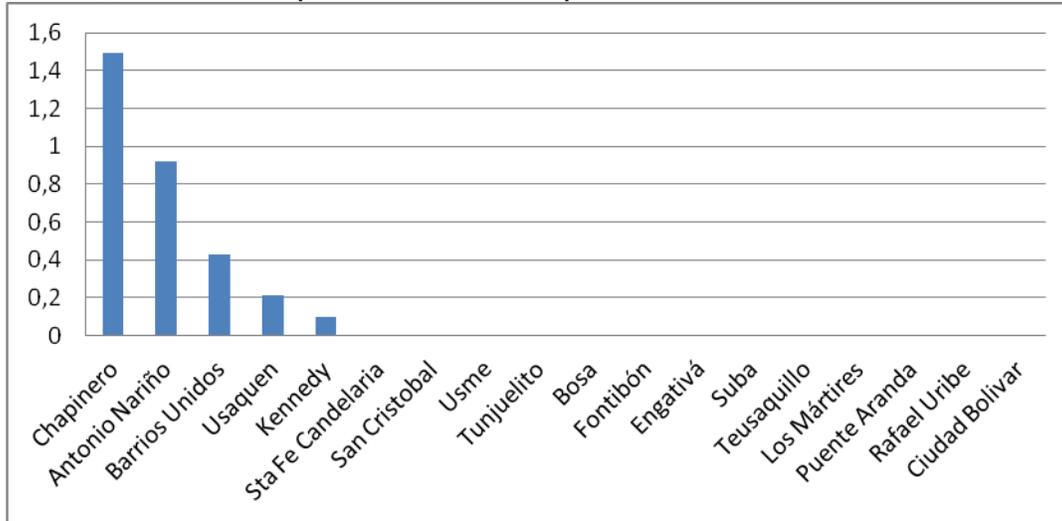
Observar las desigualdades entre las localidades en términos de la disponibilidad por cada cien mil habitantes resulta inocuo cuando para la mayoría de ellas el numerador es cero (Gráficos 43 y 44).

**Gráfico 43. Servicios hospitalarios de Psiquiatría x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

**Gráfico 44. Servicios de Hospitalización en Farmacodependencia x 100.000 habitantes en cada localidad**



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

## Discusión

El análisis de equidad en salud se centra en evidenciar que una condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social. Por sus características, el análisis se realiza en función de las variables que expresan el orden social y que permiten hacer un juicio de valor a posteriori sobre el carácter injusto de las diferencias y el origen de las mismas (1,4,5).

El análisis se realizó con una variable “proxi” de posición social, utilizada por el Estado para determinar qué familias se encuentran en condición de pobreza y requieren subsidios de salud y de otros sectores. Con el fin de observar la relación entre concentración de población pobre y oferta de servicios por localidad, se trabajó con población identificada en los niveles 1 y 2 del Sisbén, según datos de la Secretaría para el año 2011.

Existe una enorme inequidad en la sociedad. La oferta de servicios se aleja consistentemente de la población más pobre y, por tanto, más necesitada en términos de salud

## **Conclusiones**

Los resultados de la investigación muestran cuan profunda y estructural es la injusticia de nuestra sociedad, catalogada en los últimos informes de organismos internacionales como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y el Banco Mundial, como una de las sociedades más inequitativas del mundo, en términos de la desigualdad del ingreso.

Sin embargo, en una sociedad tan inequitativa, las diferencias sociales constituyen algo mucho más complejo que la desigualdad de ingresos; suponen, como muestran los estudios de equidad en salud, mayores riesgos en salud y menores oportunidades de protección efectiva frente a la enfermedad (11).

Los resultados de la investigación muestran una ciudad profundamente fraccionada en clases sociales. La población se ubica geográficamente según estas diferencias y es evidente que a las posiciones más bajas en la escala social no le llega la oferta de servicios de salud y que a las más altas les llega en demasía.

Por otra parte, la investigación deja abierta la pregunta ¿Cómo asigna el mercado? Supuestamente el aseguramiento universal y, por tanto, la garantía de la demanda previamente financiada, garantizaría el acceso igualitario y sin discriminación de la población a los servicios.

Tal convencimiento sobre la asignación eficiente del mercado llevó al Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, a crear una Dirección de Oferta y una de Demanda, prueba de un confesionalismo total respecto a las teorías en boga del mercado autoregulado y al mismo tiempo de un reduccionismo absurdo sobreimpuesto a la complejidad del sector salud. Si la teoría suponía que la oferta seguiría a la demanda, y de esta manera el mercado asignaría con total eficiencia, ¿Por qué son tan deprimentes los resultados tras dos décadas de puesta en marcha la reforma pro mercado?

Otros estudios ya habían revelado que el aseguramiento no garantizaba el acceso de las poblaciones pobres y subsidiadas a la prestación de servicios (12-15). Podrá argumentarse, insistiendo en las mismas teorías, que las restricciones a la libre contratación en el Régimen Subsidiado son las responsables de la deformación del mercado, aunque estas no se dieran en la primera etapa de la reforma. Sin embargo, la prestación de servicios aquí estudiada incluye ambos regímenes y las restricciones de oferta afectan también severamente a las familias del Régimen Contributivo. Ya en el año 1993, el mayor número de trabajadores del régimen contributivo, afiliado al Instituto de Seguros Sociales, vivía con sus familias en las localidades de Engativá, Kennedy y Suba, que casi 20 años después siguen sin la oferta necesaria de servicios.

Los resultados de la investigación dejan grandes interrogantes sobre qué intereses y fuerzas deciden actualmente crear y ubicar un servicio de salud. Es necesario también indagar sobre por qué la oferta de servicios no sigue a la demanda ni siquiera en el régimen contributivo, y sobre si puede el Estado desprenderse de su obligación de garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios.

El Decreto 318 de 2006 (16) señala que el diagnóstico de soporte a la formulación del Plan Maestro identificó una distribución inequitativa en el territorio de los Equipamientos de Salud en la ciudad, y que eso trae como consecuencia dificultades en la accesibilidad espacial de la población, en especial de la más pobre y vulnerable; déficit de la oferta de servicios de salud en términos del recurso humano, camas hospitalarias e infraestructura física en los tres niveles de atención de la red de Hospitales Públicos adscritos a la Secretaria Distrital de Salud; baja correspondencia entre el perfil de los Equipamientos y Servicios de Salud con relación a las necesidades actuales y futuras de la población; y vulnerabilidad y riesgo de los Equipamientos de Salud en una situación de desastre.

Hoy, la distribución parece ser más inequitativa en los tres niveles de atención, pero llama sobremanera la atención de segundo nivel, en términos de las posibilidades de atención ambulatoria y hospitalaria en las especialidades básicas, prácticamente inexistente en las localidades que hoy cuentan con la mayor concentración poblacional de Bogotá; es el caso de Suba, Engativá, Kennedy y Ciudad Bolívar.

Un hospital básico, de la naturaleza que señala la norma internacional, fue planificado por el Sistema Nacional de Salud para cada 100.000 habitantes o menos en caso de población dispersa. Así nacieron los hospitales distritales en los años 60 y 70. La ciudad siguió creciendo hacia su anillo exterior y la creación de instituciones hospitalarias de segundo nivel de complejidad no acompañó a los nuevos asentamientos de millones de ciudadanos. Entre tanto, las instituciones de la vieja Bogotá se convertían en hospitales de tercer nivel de complejidad.

Las inversiones privadas no parecen interesarse en la construcción de hospitales quizás porque la tasa de retorno de la inversión resulta poco llamativa o francamente negativa. La reciente privatización ha consistido en tomar viejas instituciones públicas, evitando los costos reales de la creación de nuevas

instituciones hospitalarias, o se ha concentrado en localidades con poder de pago superior al del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El estudio deja clara la profunda responsabilidad y el enorme desafío del Estado, a nivel nacional y distrital, para corregir el desastre ocasionado por las tesis del mercado autorregulado y las profundas desigualdades e inequidades generadas, muchas de las cuales rayan con asuntos de derechos humanos.

Para cerrar es oportuno citar a Polanyi (17) cuando nos recuerda la historia: “Sin embargo, cada uno de esos países experimentó un periodo de libre comercio y de *laissez-faire*, seguido de un periodo de legislación antiliberal en lo referente a la salud pública, las condiciones fabriles, el comercio municipal, el seguro social, los subsidios a los embarques, los servicios públicos, las asociaciones comerciales, etc.” “Mientras que la economía del *laissez-faire* era el producto de la de una acción estatal deliberada, las restricciones subsecuentes al *laissez-faire* se iniciaron en forma espontánea. El *laissez-faire* se planeó, la planeación no”.

## Referencias bibliográficas

1. Martínez F. Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud, en Restrepo D, editor. Equidad y Salud. Debates para la Acción. Colección La seguridad social en la encrucijada. Secretaría Distrital de Salud - Centro de Investigaciones para el Desarrollo - Facultad de Ciencias Económicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Gente Nueva Editorial; 2007.
2. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. Bulletin of the World Health Organization. 2002. 80: 97-105.
3. Evans T, Whitehead M, Diderishen F., Bhuiya A y Wirth M. Introducción. En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editores. Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Washington, DC: Fundación Rockefeller - Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica No. 585; 2002.
4. Braverman P, Gruskin S. Defining equity in Health, Theory and Methods. Journal Epidemiology Community Health. 2003. 57.
5. OPS. La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director. Washington; 1998.
6. Canós M, Mocholi M, Martínez M. Eficiencia versus equidad en localización: aplicación al diseño de infraestructuras. Revista Recta. 2009 diciembre Vol 10: 59-76. [consultado 2012 octubre 27]. Disponible en: [www.revistarecta.com/n10/04.pdf](http://www.revistarecta.com/n10/04.pdf)
7. Taket AR. Equity and access: Exploring the effects of hospital location on the population served, case study in strategic planning. The Journal of the Operational Research Society. 1989 November 11; Vol 40 N 11.

8. Fuenzalida, M. Diseño de esquemas de localización óptima para hospitales discriminando según status socio-económico. Instituto de Geografía, Universidad Católica de Valparaíso. 2010. [consultado 2012 octubre 27]. Disponible en:
9. [http://www.inegi.org.mx/eventos/2011/conf\\_iberodoc/ET3\\_20\\_FUENZALIDA.pdf](http://www.inegi.org.mx/eventos/2011/conf_iberodoc/ET3_20_FUENZALIDA.pdf)
10. Thunhurst C, MacFarlane A. Monitoring the health of urban populations: what statistics do we need? Journal of the royal statistical society. Series A. 155 part 3. 1992.
11. OMS. The Solid Facts. Social Determinants of Health. Segunda Edición. Ginebra. 2003.
12. Fresneda O. Índices de Riesgo y Protección. Medición posible de la Equidad en Salud a través de grandes encuestas. Capítulo III. En Fresneda O. Editor. Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá. Avances y Reflexiones. Colección La Seguridad Social en la encrucijada. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud - Centro de Investigaciones para el Desarrollo - Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID; 2010.
13. Arévalo D. Martínez F. ¿Ha mejorado el acceso en salud? Colección la Seguridad Social en la encrucijada, Tomo I. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo - Universidad Nacional de Colombia - Ministerio de Salud; 2002.
14. Martínez F. y otros. El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana, La problemática de la población dispersa. Bogotá: FEDESALUD; 2005.
15. Reyes S, Ruiz F, Acosta N, Eslava J, Puente C, Ardila Z, Peñaloza E. Entorno, Aseguramiento y Acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia. Primera edición. Bogotá: Cendex, Fundación Corona y Fundación Ford; 1999. 222 p.
16. Peñaloza E. Propuestas de ajuste a la Política del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia. Primera edición. Bogotá: Banco Interamericano de Desarrollo BID, Fundación Corona, Fundación Social, Cendex, Pontificia Universidad Javeriana, CEJA, 2002. 145 p.
17. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 318 de 2006. Por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá Distrito Capital (Agosto 15).

18. Polanyi K La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo. México: Fondo de Cultura Económica, Segunda Edición; 2003 [1944]