



BOLETÍN DEL Observatorio

Para la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá D.C.

14

NOVIEMBRE DE 2012



BOGOTÁ
HUMANANA

Guillermo Alfonso Jaramillo
SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
Secretaría Distrital de Salud

Martha Liliana Cruz Bermúdez
DIRECTORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS
Secretaría Distrital de Salud

Alix Solangel García Ruíz
GRUPO DE INVESTIGACIONES
Secretaría Distrital de Salud



José Guillermo García Isaza
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Universidad Nacional de Colombia

Jorge Armando Rodríguez Alarcón
DIRECTOR CID
Universidad Nacional de Colombia

Mario Hernández Álvarez
DIRECTOR OBSERVATORIO

CID Centro de
Investigaciones
para el Desarrollo

Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital

Félix León Martínez¹
Miembro del Grupo de Protección Social - CID/UNAL

Introducción

Uno de los análisis clásicos de equidad en el acceso a los servicios de salud se relaciona con la accesibilidad geográfica, dada la concentración de servicios de salud de mediana y alta complejidad en zonas urbanas y, dentro de ellas, en barrios o comunidades con mayor capacidad adquisitiva.

¹ Médico, Magíster en Salud Pública, investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia



Este hecho parece haberse tornado más crítico en nuestro país, donde la oferta de servicios de salud hace décadas no se desarrolla mediante una planificación cuidadosa, en función de las necesidades de servicios de la población, y se ha dejado a cargo de la “mano invisible” del mercado, bajo el supuesto de que la oferta de servicios seguiría la demanda.

Aunque el Distrito Capital ha intentado fortalecer la infraestructura pública y reducir de este modo la conocida concentración de la oferta de servicios de salud en el Norte de la ciudad, mediante el Plan de Equipamiento en Salud, es poco probable que haya podido superar a las tendencias impuestas por el Sistema desde el nivel nacional.

En términos de equidad, es necesario hacer visibles las diferencias en la disponibilidad de servicios de salud en la ciudad para los habitantes de las distintas localidades y posiciones sociales, ya que, en la práctica, la inaccesibilidad geográfica conlleva inaccesibilidad económica, aún en el aseguramiento, en función tanto de los costos del transporte, como de los costos económicos y sociales en que se traducen tiempos perdidos en razón de dichos desplazamientos.

El observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud viene trabajando en las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social (Martínez 2007)¹ y planteó la construcción de indicadores de inequidad en las mismas:

- Oportunidades desiguales. Desarrollo humano, desarrollo de capacidades – salud, asociadas a ventaja/desventaja social.
- Exposición diferencial al riesgo Enfermedad y discapacidad, relacionadas con condiciones de vida y trabajo asociadas a ventaja/desventaja social

- Respuesta desigual de la sociedad. Acceso a servicios, exclusión en salud, asociadas a ventaja/desventaja social.
- Resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o mayor por ciertas patologías, asociadas a ventaja/desventaja social.

El término respuesta desigual de la sociedad incluye el área común a todas las propuestas conocidas de investigación en equidad, respecto a la respuesta diferencial del Sistema de Salud. Sin embargo esta definición de respuesta desigual de la sociedad incluye además del acceso diferencial a los servicios de salud, la información diferencial sobre salud y sus riesgos, las acciones diferenciales en salud pública, las desigualdades en protección social como cobertura de aseguramiento o riesgos ocupacionales, financiamiento desigual, planes de beneficios desiguales, oferta de servicios desigual, calidad desigual, políticas que se dirigen o no a disminuir las inequidades, etc..

El objetivo general de la investigación fue “Evaluar la accesibilidad geográfica a los servicios de salud de distinto tipo y nivel de complejidad de los habitantes de las distintas localidades y distinta posición social en Bogotá”. La investigación tomó como insumo fundamental la Base de Datos del Registro especial de prestadores de 2011, del Sistema de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A partir de esta base era posible establecer la existencia de servicios de distinto tipo, clasificados por los tres niveles de complejidad, en cada una de las localidades del Distrito.

Para este análisis se seleccionaron únicamente las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas o privadas, que están constituidas como personas jurídicas con este objeto social y que cuentan

con sedes o establecimientos registrados, es decir no se incluyen los profesionales independientes, los servicios de transporte de pacientes y otros objetos sociales diferentes que prestan servicios de salud, como centros médicos de las Universidades o la sanidad militar, generalmente pertenecientes a regímenes especiales y sin personería jurídica propia.

Con los datos poblacionales de cada localidad, obtenidos de la Secretaría Distrital de Planeación, el número de servicios de distinto tipo existentes se

convierte en relaciones o tasas para un denominador común poblacional, que permita la comparación en términos de servicios disponibles por 100.000 habitantes. Por razones metodológicas se unieron dos localidades, Santa Fe y Candelaria, dado que, a más de estar la segunda incluida en el territorio de la primera, separadamente cuentan cada una con muy escasa población, hecho que afectaría los resultados del análisis por localidades (Tabla 1).

Tabla 1. Población de Bogotá por Localidad. Proyección 2011

Nombre localidad	Número Localidad	Población
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	345.90

Nombre localidad	Número Localidad	Población
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

Para algunos servicios clave como obstetricia y pediatría, se acudió a la información de registros de natalidad y mortalidad infantil del DANE, para relacionar la oferta con las necesidades específicas de servicios, evidentemente relacionadas con el número de nacidos vivos en cada localidad, según las bases de datos de nacimientos en 2010 y las tasas de mortalidad prevenible (por EDA, IRA e inmunoprevenibles) de los menores de un año, igualmente acaecidas en cada localidad en el 2010, cifras también procedentes de las bases de datos del DANE proporcionadas por la SDS.

Para el análisis de equidad se tomó como referencia la población más pobre de cada localidad, registrada según la clasificación SISBEN en los niveles 1 y 2, según información de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud. Ello permitirá observar si existe alguna relación entre la concentración de población pobre en cada localidad y la disponibilidad de servicios.



Resultados

Servicios de consulta externa

Un primer análisis, a partir la Base de Datos del Registro especial de prestadores (Habilitación) de 2011, permite evidenciar las enormes diferencias en la disponibilidad de servicios de salud en la ciudad en cada una de las localidades.

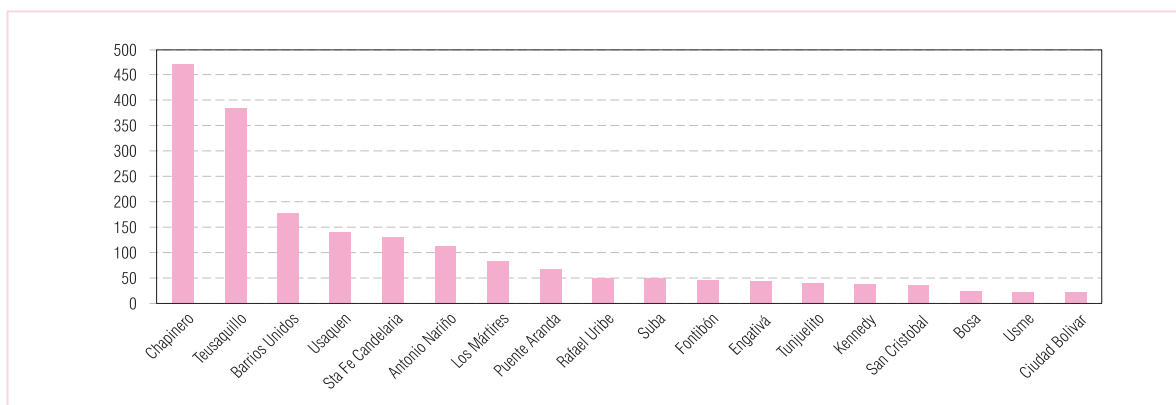
Usaquén, Chapinero y Teusaquillo tienen registrados el mayor número de servicios de consulta de baja complejidad, hecho que no tiene relación alguna con la población que se debe atender en el primer nivel de complejidad, pues estas localidades, especialmente Chapinero y Teusaquillo, se cuentan entre las de menor población.

En servicios de consulta externa especializados, registrados como de mediana complejidad en un 99%, esta concentración en las tres localidades señaladas es aún más notoria. Usaquén, la localidad que concentra el mayor porcentaje de población de estratos altos de la ciudad toma el primer lugar, mientras Chapinero y Teusaquillo muestran cinco veces más servicios de consulta externa habilitados que localidades entre cinco y diez veces más pobladas.

Sin embargo, la condición de desigualdad en la oferta de servicios entre localidades debe ser expresada por tanto en el número diferencial de servicios para un denominador común de habitantes, en este caso se analizarán los servicios disponibles por cada 100.000 habitantes para cada una de las localidades.

Las diferencias en la oferta de consulta de primer nivel de complejidad resultan más dicientes, al reducir sensiblemente la disponibilidad de servicios por cada 100.000 habitantes en las localidades muy pobladas, como Suba, Kennedy y Engativá, que aparentemente cuentan con un buen número de servicios. Estas localidades de un cuarto, sexto y séptimo puesto en número total de servicios de consulta externa habilitados por las IPS en el primer nivel de complejidad, pasan a los puestos 10, 12 y 14, en la disponibilidad relacionada con el tamaño poblacional, con menos de 50 servicios habilitados por 100.000 habitantes, contra 450 de Chapinero, es decir una diferencia de 9 a 1 (Gráfico 1).

Gráfico 1. IPS: servicios de consulta externa de baja complejidad x 100.000 habitantes, por localidad

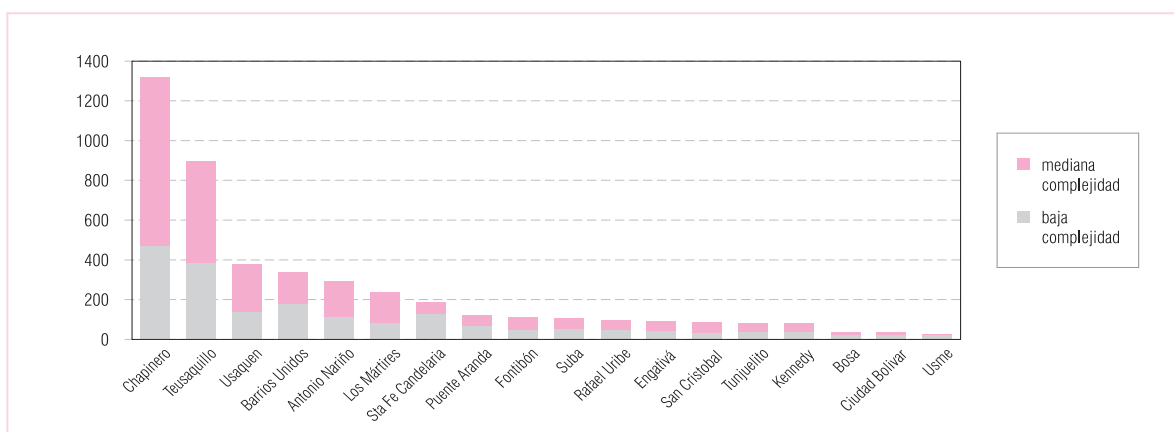


Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

En servicios de consulta externa de mediana complejidad habilitados por cada 100.000 habitantes, las diferencias se amplían aún más entre Chapinero y Teusaquillo y localidades de gran población como las señaladas. Si se suma la oferta de servicios de con-

sulta externa de baja y mediana complejidad, las diferencias en servicios habilitados por las IPS, por cada 100.000 habitantes, entre las distintas localidades se hacen aún más notorias (Gráfico 2).

Gráfico 2. IPS servicios consulta externa x 100.000 habitantes, según 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



En este punto es fácil comprender que una disponibilidad mucho menor de servicios de consulta externa general y especializada en las IPS por cada 100.000 habitantes, implica en primera instancia la necesidad de desplazamiento de sus habitantes para obtener los servicios -concentrados en otras localidades que tienen un excedente de estos servicios para su población-, lo que en resumen constituye una doble barrera, geográfica y económica para el acceso a los servicios.

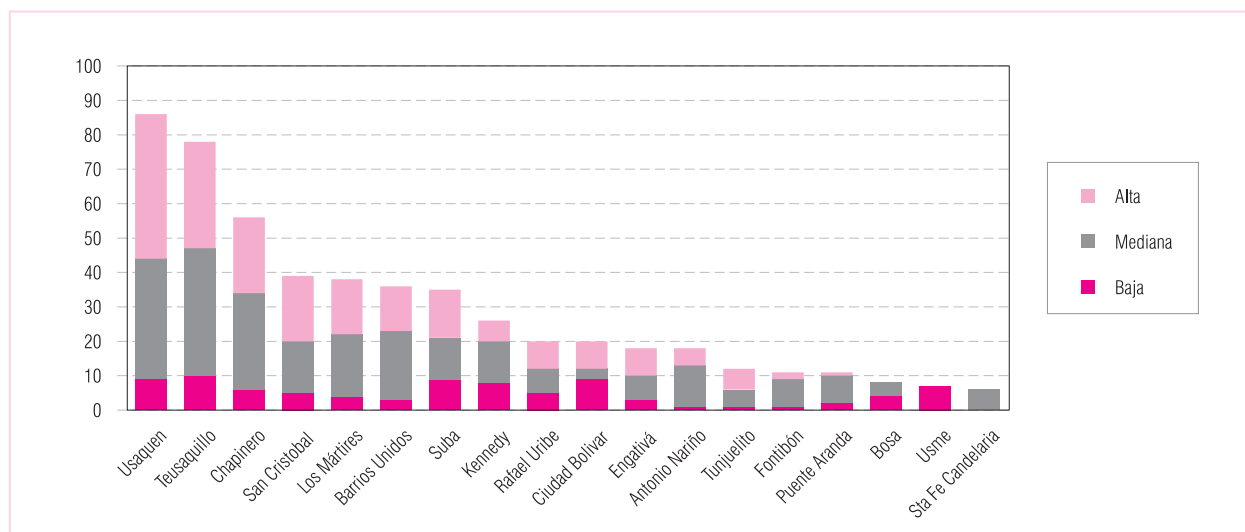
Cabe destacar que si bien podría justificarse en algún grado la concentración de algunos especialistas en zonas de la ciudad, el hallazgo de una gran desigualdad en disponibilidad de servicios de consulta de primer nivel de complejidad es prueba de que la igualdad establecida por la cobertura de la seguridad social de estos servicios en el Régimen 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 hospitalarios

La distribución por localidad de servicios hospitalarios habilitados por las IPS muestra un patrón similar a la de los servicios de consulta externa y apoyo diagnóstico, incluso con diferencias menos acentuadas en la distribución por localidad, lo que plantearía que la oferta de servicios hospitalarios tiene un patrón de comportamiento diferente, pues no se abren en conjunto tantos servicios de este tipo en las localidades con población de estratos más altos. (Gráfica 6)

Gráfica 6. 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

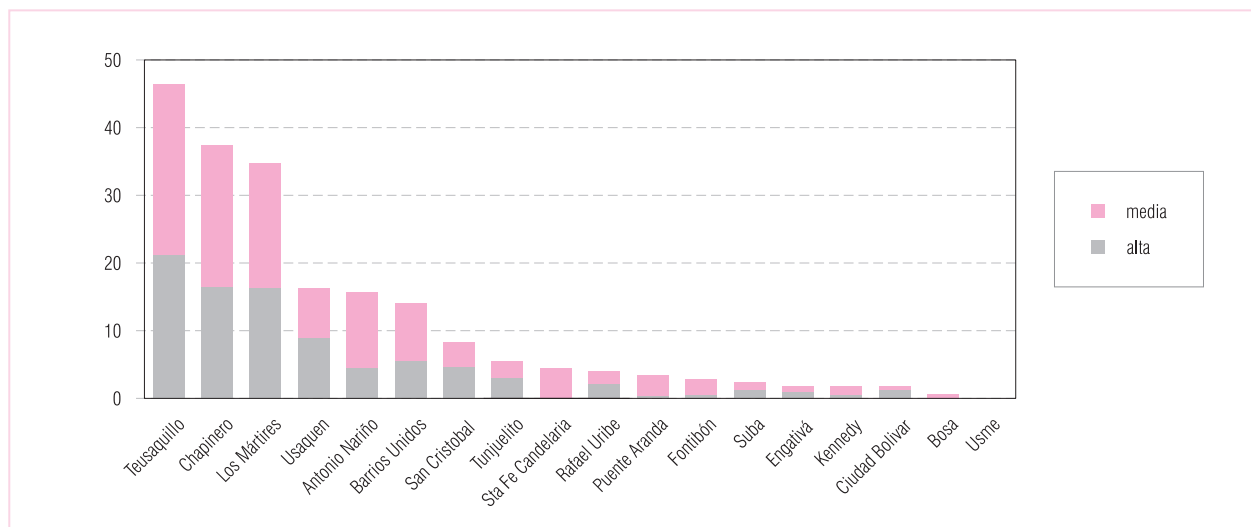
Sin embargo, al observar la disponibilidad de estos servicios x 100.000 habitantes en las distintas localidades, se encuentran nuevamente grandes desigualdades en mediana y alta complejidad. No se analiza la baja complejidad hospitalaria, pues no es propia de las ciudades sino de poblaciones marginadas, que tan sólo cuentan con médico general.

En este punto es importante señalar que en la norma internacional, el hospital básico, capaz de atender una urgencia médica o quirúrgica, como un apéndice, una cesárea, una fractura, un herida o trauma cerrado sangrante, o una neumonía infantil, que en nuestro país denominamos de segundo nivel o de media-

na 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 cien mil habitantes, de estos servicios en las localidades muy pobladas del occidente y sur de la ciudad en incluso en Suba, sumada a los graves problemas de movilidad, hace pensar que la vida de millones de habitantes de Bogotá está en juego por la carencia evidente de servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios de mediana complejidad para estas localidades. (Gráfica 7).

Gráfica 7. 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 comenzar a desagregar la oferta y disponibilidad por localidad de los servicios hospitalarios por atención a grandes grupos etáreos,

en principio cuatro: los adultos, los niños y las mujeres gestantes con sus neonatos.

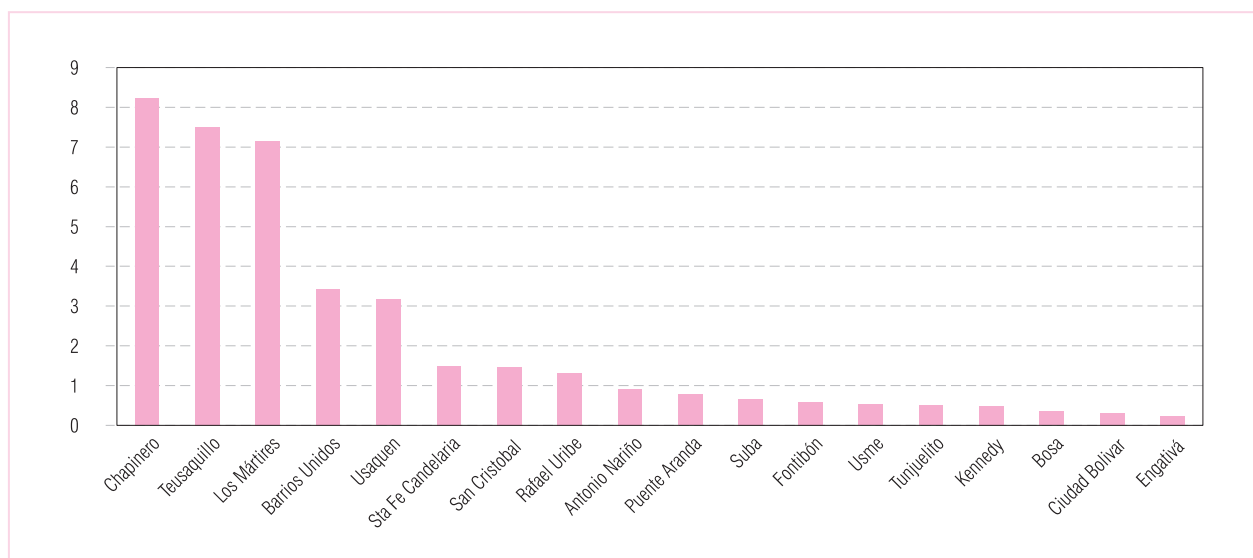


Servicios hospitalarios para adultos

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, fenómeno que se acentúa cuando aumenta el nivel de complejidad a segundo y tercero, es decir cuidados

intermedios y cuidados intensivos. 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 8).

Gráfico 8. Servicios Hospitalización general adultos x 100.000 habitantes en cada localidad

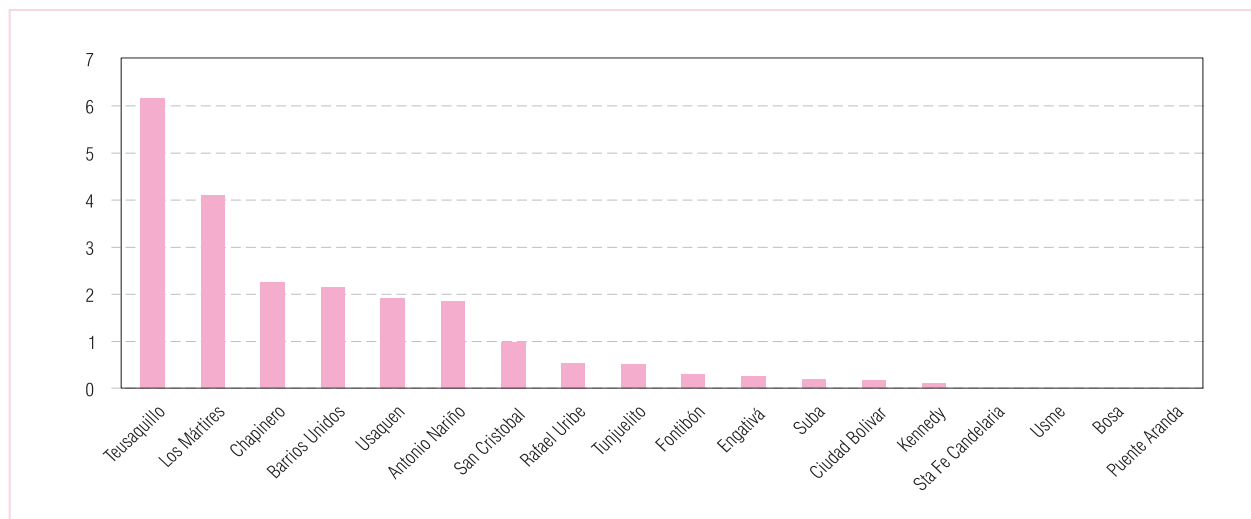


Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

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

mente se encuentra una enorme deficiencia en las localidades de mayor población del sur y occidente de la ciudad. (Gráfico9).

Gráfico 9. Servicios ciudadado 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

Era de esperar, sin embargo, la concentración de cuidados intensivos en algunas localidades, lo que no deja de plantear un grave problema para garantizar la conservación de la vida en las localidades que no cuentan con estos servicios, en caso de accidentes graves o eventos cardiovasculares, donde el posibilidad de acceder a un respirador en cuidados intensivos puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, situación que hace también muy vulnerables estas poblaciones en caso de una epidemia respiratoria grave.

Servicios de hospitalización en pediatría

Respecto a los servicios de hospitalización pediátrica, escasos en conjunto en la ciudad desde hace

muchos años, el patrón de concentración en las localidades se repite. Pero las diferencias en la oferta se tornan verdaderamente preocupantes en cuidados intermedios y cuidados intensivos pediátricos, servicios inexistentes en la práctica en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad, justamente las localidades con mayor concentración de población de 1 a 17 años, como se comprobará más adelante.

Expresados en disponibilidad por cien mil habitantes, los servicios de hospitalización pediátrica dejan en notoria desventaja por mínima oferta de servicios a las localidades con mayor población y esto resulta especialmente crítico para las familias con niños residentes en estas localidades. (Gráfica 10)

**Gráfica 10. 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

También la desigualdad es notoria respecto a la disponibilidad por cien mil habitantes de servicios pediátricos de cuidado intermedio y cuidado intensivo por localidad. Una vez más, la inexistencia práctica de servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo pediátrico en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad, plantea una situación crítica para garantizar la conservación de la vida en las localidades que no cuentan con estos servicios, en caso de accidentes graves, donde el posibilidad de acceder a un respirador puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, situación que hace también muy vulnerables estas poblaciones en picos epidémicos frecuentes de enfermedades respiratorias.

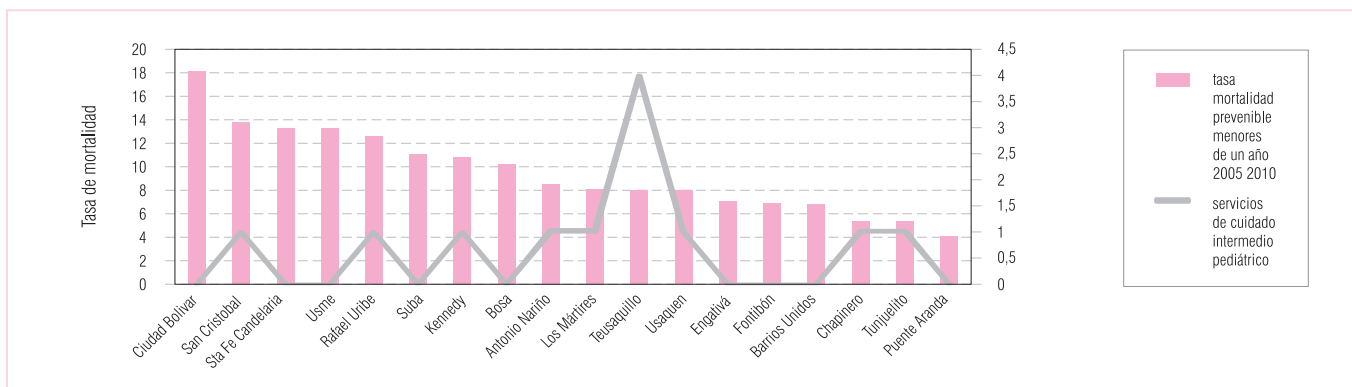
Es necesario agregar que esta inexistencia de servicios en las grandes localidades también implica una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios y visitar a los hijos hospitalizados, lo que en resumen constituye una vez más una barrera, geo-

gráfica y económica y una diferencia en términos de derechos de estas poblaciones.

En cuanto a los servicios pediátricos, es preciso señalar adicionalmente otro agravante: el hecho de que estos se encuentran concentrados en las localidades donde hay menos nacimientos y menor mortalidad infantil. Por el contrario, en las localidades más pobladas del occidente y sur de la ciudad, son deficitarios en términos generales, muestran menor disponibilidad por cien mil habitantes, así como menor disponibilidad en relación con los nacidos de cada localidad.

Del mismo modo, las localidades con mayor natalidad y mortalidad infantil por enfermedades prevenibles, cuentan en general con el menor número de servicios pediátricos con capacidad de resolución, o incluso con ninguno, como el caso de Ciudad Bolívar, localidad con la mayor mortalidad de menores de un año por este tipo de enfermedades. (gráfica 11)

Gráfica 11. 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



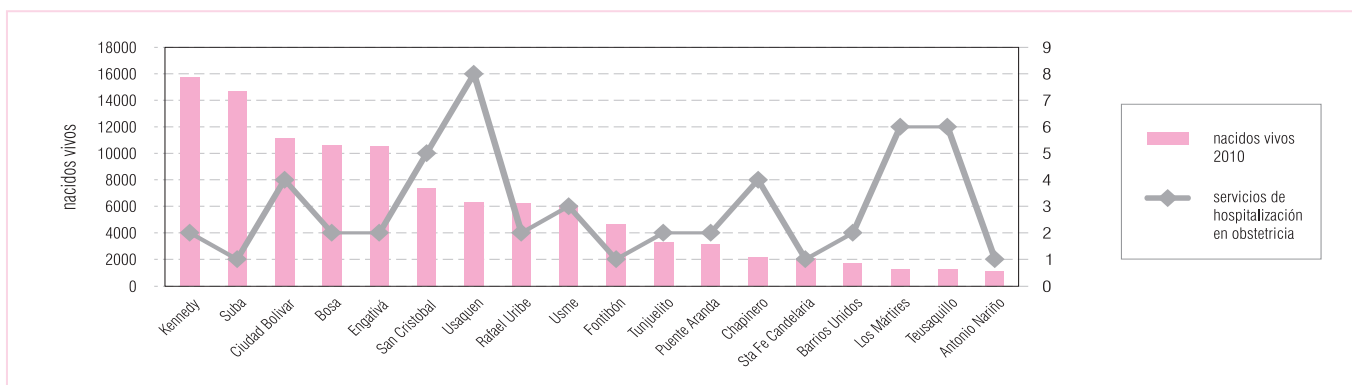
Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011 y base de datos mortalidad menores de un año SDS.

Servicios de obstetricia y neonatología

El fenómeno de desigualdad entre localidades, con sus consecuencias, se repite en los servicios de obstetricia, tanto en términos generales como en disponibilidad por cien mil habitantes, que cuentan con mucha me-

nor disponibilidad de servicios. 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 (gráfica 12).

Gráfica 12. Nacidos vivos 2010, por residencia de la madre, y servicios de hospitalización en obstetricia, por localidad



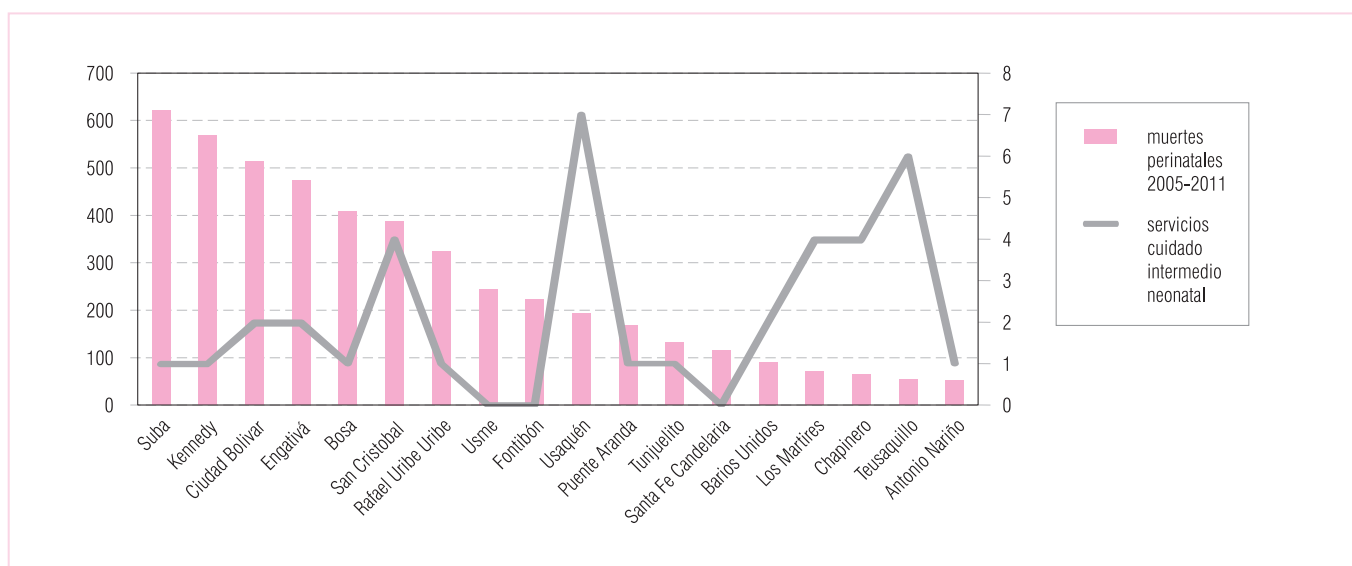
Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011 y base de datos nacidos vivos 2010 DANE SDS



La ausencia de servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo neonatal en algunas localidades pobres del sur plantea un problema de derechos. La disponibilidad de servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo neonatal por cien mil habitantes se acerca a cero en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad.

Los servicios de cuidado intermedio neonatal X 1000 nacidos vivos son cercanos a cero en muchas localidades, incluso las de mayor población y número de nacimientos y, adicionalmente, no guardan ninguna relación con el riesgo, es decir el número de muertes perinatales correspondientes a cada localidad, según residencia de la madre. (gráfica 13)

Gráfico 13. Muertes perinatales 2005-2011, según residencia de la madre, y servicios de cuidados intermedios perinatales, por localidad



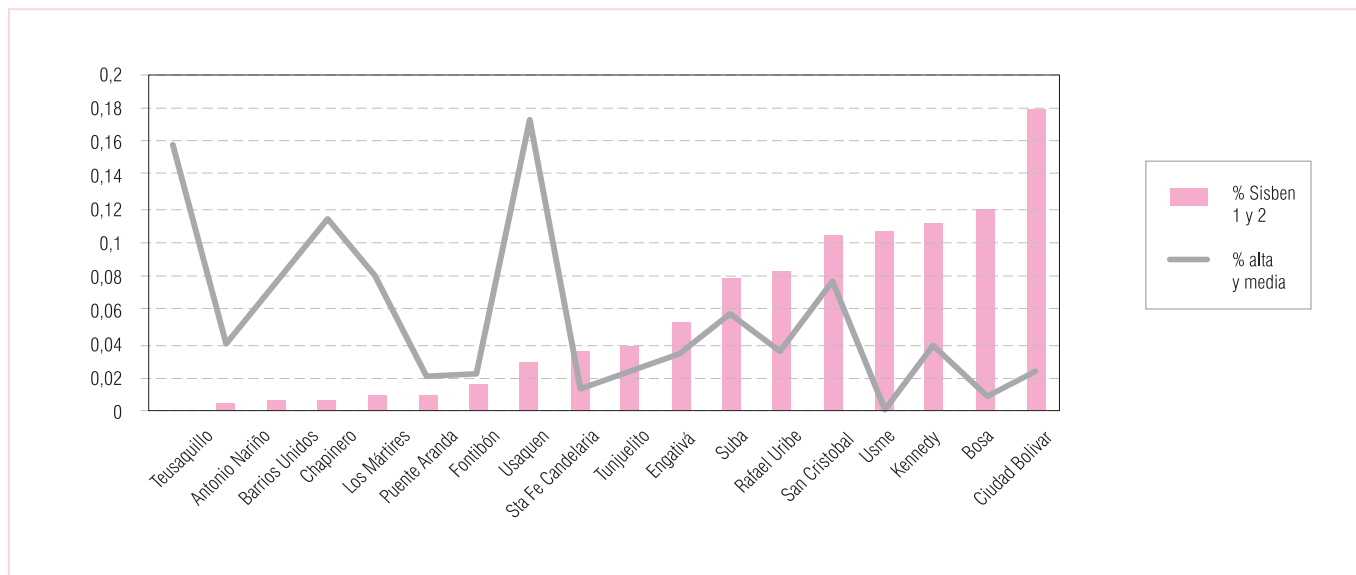
Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011 y base de datos mortalidad menores de 1 año SDS

Análisis de equidad

Para este análisis se utiliza como referente la población identificada por el SISBEN en los Niveles 1 y 2, según cifras de la propia Secretaría para el 2011, con el fin de observar la relación entre concentración de población pobre y la oferta de servicios por localidad.

En los siguientes gráficos (gráficos 14 y 15), se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y por tanto más necesitada en términos de salud.

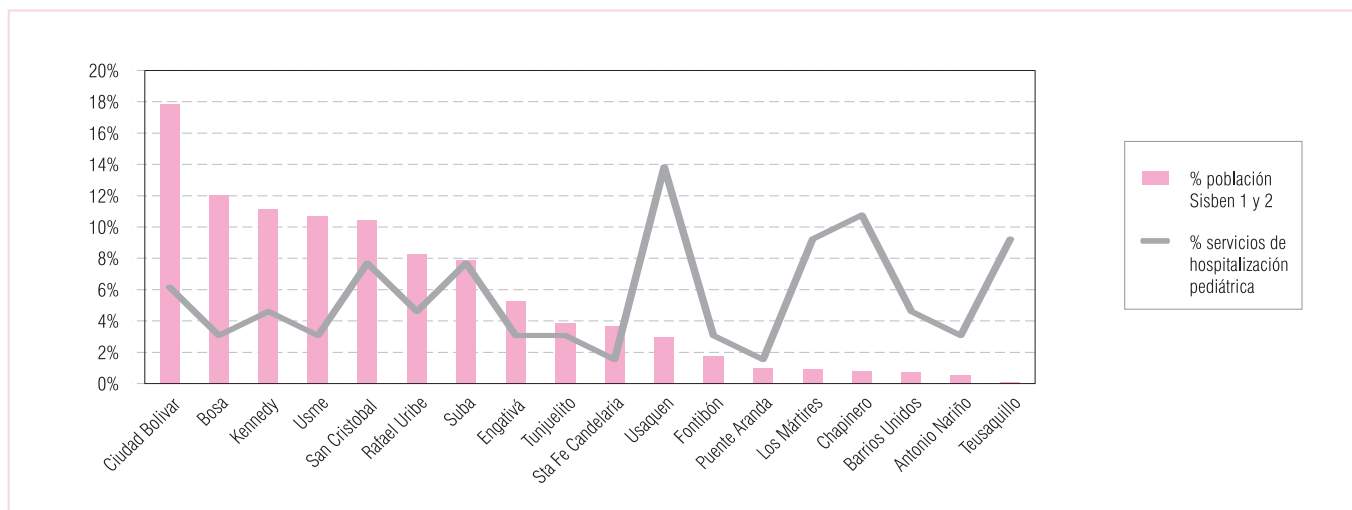
Gráfico 14. Porcentaje de servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad en la ciudad y porcentaje de población Sisben 1 y 2 en la ciudad, por cada localidad



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



Gráfico 15. Porcentaje de servicios de Hospitalización Pediátrica de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad 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. Cifras de SISBEN Dirección de Aseguramiento SDS.

Conclusiones

Los resultados de la investigación muestran que una profunda y estructural es la injusticia de nuestra sociedad, catalogada en los últimos informes de organismos internacionales como el PNUD, la CEPAL o el mismo Banco Mundial, como una de las sociedades más inequitativas del mundo, en términos de la desigualdad del ingreso.

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

Los resultados de la investigación describen, igualmente, una ciudad profundamente fraccionada por clases sociales, que se ubican correspondiendo a esas diferencias de clase y de derechos en el espacio geográfico del Distrito y evidencian que a las posiciones más bajas en la escala social no le llega la oferta de servicios de salud mientras que a las más altas les llega en demasía.

La investigación deja, por otra parte, abierta la pregunta ¿cómo asigna el mercado?, pues supuestamente el aseguramiento universal y por tanto la garantía de la demanda previamente financiada iban a garantizar 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, incluso a crear una Dirección de la Oferta y otra de la 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 iba a seguir a la demanda, y de esta manera el mercado iba a asignar con total eficiencia, ¿Por qué tan deprimentes resultados después de cerca de dos décadas de puesta en marcha la reforma pro mercado?

Otros estudios ya habían revelado hace algunos años que el aseguramiento no garantizaba el acceso de las poblaciones pobres y subsidiadas a la prestación de servicios, por ejemplo los realizados también por el CID de la Universidad Nacional sobre este régimen (Arévalo y Martínez 2002)ⁱⁱⁱ, o los adelantados por FEDESALUD en relación con las poblaciones dispersas (Martínez y otros 2005)^{iv}, o los realizados por el Cendex de la Universidad Javeriana. (Acosta 1999)^v (Peña-loza y otros 2002)^{vi}.

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 de 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 para tan grandes poblaciones.

Los resultados de la investigación dejan sin duda grandes interrogantes sobre ¿Qué intereses y fuerzas deciden actualmente crear y ubicar un servicio de salud en la actualidad. Acaso la comodidad de los profesionales. Acaso la disponibilidad de recursos adicionales o complementarios a los del Sistema? ¿Por qué la oferta de servicios no sigue a la demanda ni siquiera en el régimen contributivo? Igualmente cabe preguntar si ¿Puede el Estado desprenderse de la obligación de garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios o si los esfuerzos son insuficientes para compensar el desastre en términos de desigualdad que este sistema genera?

El Decreto 318 de 2006 señala que en el diagnóstico de soporte a la formulación del Plan Maestro se identificó una distribución inequitativa en el territorio de los Equipamientos de Salud en la ciudad, lo que trae como consecuencia dificultades en la accesibilidad espacial de la población, en especial de la más pobre y vulnerable.

La distribución parece ser hoy aún mas inequitativa, en los tres niveles de atención, pero llama sobremana la atención el 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 población de Bogotá, como Suba, Engativá, Kennedy y Ciudad Bolívar.

Un hospital básico de esta naturaleza, cercano al lugar de residencia, se planificó en el Sistema Nacional de Salud por cada 100.000 habitantes, o menos en caso de población dispersa, A nivel de grandes ciudades se consideraba necesario al menos por cada 200.000 habitantes a nivel urbano. Así nacieron en los años 60 y 70 los hospitales distritales.



Pero 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 anteriores instituciones, del viejo Bogotá, se convertían cada vez más en hospitales de tercer nivel de complejidad.

El estudio deja en claro por tanto 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, algunas que rayan en un problema de derechos humanos, como el de los niños de Ciudad Bolívar.

Bibliografía

ⁱ Martínez, Félix. 2007. Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud, en Darío Restrepo (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. Universidad Nacional de Colombia, Gente Nueva Editorial, Bogotá.

ⁱⁱ Índices de Riesgo y Protección. Medición posible de la Equidad en Salud a través de grandes encuestas. Capítulo III, en Fresneda Oscar (E) Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá. Avances y Reflexiones. Colección La Seguridad Social en la encrucijada. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2010

ⁱⁱⁱ Arévalo Decsi y Martínez Félix (E), "¿Ha mejorado el acceso en salud?" Colección la Seguridad Social en la encrucijada, Tomo I, Centro de Investigaciones para

el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud. Bogotá, 2002

^{iv} Martínez Félix y otros. El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana, La problemática de la población dispersa. FEDESALUD Bogotá, 2005.

^v Acosta y otros. Entorno, Aseguramiento y Acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia. 1a. ed.- Santafé de Bogotá. Agosto de 1999. 222 p. Cendex, Fundación Corona y Fundación Ford.

^{vi} Peñalosa y otros. Propuestas de ajuste a la Política del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia. 1a. ed.- Bogotá: CEJA, 2002. 145 p. Banco Interamericano de Desarrollo BID, Fundación Corona, Fundación Social, Cendex, Pontificia Universidad Javeriana.

^{vii} 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).