



**ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D. C.
SECRETARIA DE
SALUD DE BOGOTÁ**



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ**

Facultad de Ciencias Económicas
Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID
Grupo de Protección Social

DISEÑO DE UN OBSERVATORIO DE EQUIDAD, CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN BOGOTA

INFORME FINAL

Bogotá, D.C. Agosto de 2006

Contenido

Presentación.....	vi
1 Diseño conceptual, metodológico y operativo de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá D.C.....	1-1
1.1 Introducción.....	1-1
1.2 Fundamentos de la equidad en calidad de vida y salud	1-4
1.3 Objetivo central del Observatorio	1-9
1.4 Objetivos específicos	1-10
1.5 Los procesos centrales del Observatorio	1-10
1.5.1 Monitoreo, evaluación e investigación sobre equidad en calidad de vida y salud	1-10
1.5.2 Indicadores prioritarios para el monitoreo y la evaluación.....	1-11
1.5.3 Un programa de investigación para el Observatorio	1-12
1.5.4 Comunicación, participación social y movilización por la equidad en calidad de vida y salud.....	1-14
1.5.5 <i>Impulso de políticas públicas para la equidad en calidad de vida y salud</i>	1-15
1.5.6 <i>Evaluación del Observatorio</i>	1-17
1.6 Organización institucional del Observatorio	1-17
1.6.1 <i>Opción 1: una dependencia de la SDS</i>	1-18
1.6.2 <i>Opción 2: un grupo académico autónomo en una universidad</i>	1-19
1.6.3 <i>Opción 3: un proyecto permanente por convenio interinstitucional con amplia participación</i>	1-19
1.7 Diferencias y complementariedades de la Sala Situacional en Salud y el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud.....	1-20
1.8 Propuesta de etapas para el desarrollo del Observatorio	1-20
1.9 A manera de conclusión	1-21
2 Efecto e Impacto de las desigualdades sociales sobre la salud de los bogotanos: Enfoque propuesto para el Observatorio de Equidad en Salud a la Secretaría Distrital de Salud	2-1
2.1 La perspectiva de la Moral, la Ética y la Filosofía Política	2-1
2.1.1 Equidad en salud y Derechos Humanos	2-1
2.1.2 Derechos, Equidad y Justicia distributiva	2-2
2.1.3 La bifurcación de liberalismo: el utilitarismo y el liberalismo social	2-4
2.1.4 A modo de conclusión:	2-7
2.2 El Derecho a la salud y la seguridad social	2-10
2.2.1 Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades	2-11
2.3 El enfoque de equidad en salud propuesto al Observatorio de Equidad	2-13
2.3.1 Análisis de desigualdades.....	2-16
2.3.2 Análisis de inequidades en salud o del efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la salud	2-17
2.4 Variables de exclusión social (desventaja social) para el análisis de inequidad .	2-18
2.5 Áreas de medición del impacto en salud de las desigualdades sociales	2-20

2.6	Conclusión:	2-23
2.6.1	Relaciones entre posición social, exposición diferencial a riesgos y efectos. Recomendación para el análisis de inequidades.	2-25
2.6.2	Indicadores de inequidad	2-28
2.6.3	Referencia geográfica	2-28
2.7	Qué debe pretender y qué no debe pretender el Observatorio	2-29
2.8	Observatorio / Accionatorio: Transformación social	2-31
2.8.1	Consecuencias y posibilidades a partir de evidenciar los daños reales (en salud) que produce la inequidad social	2-33
3	Mortalidad evitable en Bogotá: inequidades en el derecho a la vida	3-1
3.1	Introducción.....	3-1
3.2	Fuentes de información y metodología	3-1
3.3	Análisis de resultados	3-3
3.3.1	La mortalidad evitable 1998-2004 Tendencias generales	3-4
3.3.2	La mortalidad materna.....	3-7
3.3.3	La mortalidad evitable de menores de 1 y 5 años	3-21
3.3.4	Conclusiones.....	3-31
3.3.5	Referencias bibliográficas	3-37
4	Memorias: Taller Internacional: Hacia la generación e impulso de políticas públicas para garantizar el derecho a la salud	4-1
4.1	Presentación.....	4-1
4.2	Relatorías del seminario-taller internacional.....	4-2
4.2.1	Marco Económico y Político de la Equidad	4-3
4.2.2	Fundamentos de un observatorio de equidad en calidad de vida y salud .	4-5
4.2.3	Indicadores, Sistemas de información y Líneas de Información	4-8
4.2.4	Relatoría sobre estructura organizacional del observatorio	4-16
4.2.5	Participación y movilización social e institucional por la equidad en salud	4-22
4.3	Conclusiones del Seminario.....	4-26

Lista de figuras

Figura 2-1.....	2-14
Figura 2-2	2-17
Figura 2-3	2-20
Figura 2-4	2-22
Figura 2-5	2-22
Figura 2-6	2-23
Figura 2-7.....	2-26
Figura 2-8	2-27
Figura 2-9	2-33
Figura 2-10.....	2-35

Secretaría Distrital de Salud

*Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario de Salud Distrital*

*Jorge Andrés Bernal Conde
Subsecretario de Salud Distrital*

*Oswaldo Barrera Guauque
Jefe de Oficina de Planeación y
Sistemas*

*Jesús Alercio Ortega Bolaños
Coordinador Grupo Funcional de
Investigaciones*

Grupo de Investigaciones SDS

**Universidad Nacional de
Colombia**

*Álvaro Zerda Sarmiento
Decano Facultad de Ciencias
Económicas*

*Gustavo Junca Rodríguez
Vicedecano Facultad de Ciencias
Económicas*

*Darío Germán Umaña Mendoza
Director CID*

*Darío Indalecio Restrepo B.
Director Proyecto*

*Oscar Edmundo Fresneda B.
investigador*

*Oscar Rodríguez Salazar
Investigador*

*Patricia Martínez Barragán
Investigadora*

*Félix León Martínez M.
Investigador*

*Nelly Calíz Romero
Investigadora*

*Néstor Raúl Correa
Asesor Normativo*

*María Isabel García
Asesor Comunicaciones*

*Nelson Chaparro Escobar
Asistente de Investigación*

*Jhom Florian Guzmán
Asistente de Investigación*

*Paola García Ruíz
Asistente de Investigación*

Presentación

El tema de la equidad en salud es hoy un asunto de interés mundial, tanto en los países en peores condiciones de salud como entre los más ricos y de mejores resultados¹. Si bien el mundo ha avanzado en todos los indicadores de morbilidad y mortalidad en su conjunto, las desigualdades entre regiones y países del mundo, así como al interior de estos entre ciudades, regiones, las zonas urbanas y rurales y entre grupos sociales han aumentado y llamado la atención de todos los organismos internacionales relacionados con la salud y el desarrollo humano. De allí que las desigualdades en la calidad de vida y la salud de los grupos humanos sean hoy prioridades para los gobiernos y las sociedades en su conjunto. Bogotá, en su condición de ciudad capital de un país de ingresos medios no escapa a esta situación, como lo ha puesto en evidencia la actual administración distrital desde el momento mismo de formulación del Plan Distrital de Desarrollo, denominado *Bogotá sin Indiferencia. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*.

Entre los meses de enero y junio de 2006 se llevó a cabo un proyecto de construcción colectiva, en el marco del convenio interinstitucional vigente entre la Secretaría Distrital de Salud y la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, para el diseño de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá, Distrito Capital, coordinado por un grupo de profesores e investigadores vinculados al Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, con base en el acumulado del Grupo de Protección Social y su reconocimiento nacional e internacional.

En el marco del proyecto, se realizó un seminario-taller internacional con expertos miembros de la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud (*International Society for Equity in Health*) entre los días 31 de mayo, 1 y 2 de junio de 2006, con el fin de poner en discusión una primera propuesta de diseño del Observatorio, recibir aportes y hacer los ajustes pertinentes. El presente documento constituye la síntesis del resultado final del proyecto, esto es, una propuesta de diseño del Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá.

El grupo coordinador del proyecto realizó un esfuerzo previo en cuatro sentidos, expresado en sendos documentos que acompañan el informe final del proyecto y soportan el diseño propuesto. Ellos son:

1. Una revisión detallada del debate internacional sobre equidad en salud, con el fin de construir un enfoque propio para el Observatorio.
2. Un proceso de construcción de indicadores de equidad en calidad de vida y salud acorde con el enfoque definido, a partir de la información existente sobre calidad de vida y salud de la población bogotana.

¹ Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: OPS/OMS, Fundación Rockefeller, 2002.

3. La identificación de prioridades para un programa de investigación en equidad en calidad de vida y salud.
4. La revisión detallada de tres observatorios de equidad en salud en el ámbito de gran ciudad o área metropolitana (Londres, Montreal y Bruselas) con el ánimo de orientar la discusión sobre el diseño organizacional y estratégico del observatorio para Bogotá.

El diseño del observatorio que aquí se pone en consideración, si bien liderado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID a través del Grupo de Protección Social de la Universidad Nacional, contó con la colaboración técnica muy activa de la Dirección de Planeación y Sistemas a través del Grupo de Investigaciones y Cooperación Técnica de la SDS, así como con la entusiasta participación de un grupo muy amplio de funcionarios de diversas dependencias de la secretaría de salud de Bogotá. Además, el diseño fue sometido a discusión y a enriquecedores aportes de varios funcionarios del distrito dotados de experiencias previas y vigentes en los temas de observatorios, coordinación interinstitucional en políticas públicas, control social y estímulo a la participación ciudadana en las políticas de interés colectivo. Finalmente, un importante equipo de académicos y activistas de Chile, Guatemala, Brasil y Estados Unidos ayudaron a situar la propuesta del observatorio para Bogotá al lado de esfuerzos que se adelantan en los países respectivos y en otros de cuyas experiencias, claridades de propósitos y de orientación también se nutre el diseño del Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá, que aquí se presenta.

El documento sigue el siguiente orden:

- 1- Diseño conceptual, metodológico y operativo del observatorio de equidad en calidad de vida y salud

Este aparte presenta de manera concentrada las consideraciones históricas, teóricas, metodológicas y operativas que orientan la propuesta de diseño del observatorio.

- 2- Estado del arte sobre equidad en salud y enfoque conceptual del observatorio

Este aparte sustenta de manera amplia y suficiente los argumentos académicos y las evidencias empíricas que justifican la opción básica del observatorio por la documentación, interpretación, evaluación y agencia de la movilización política, social e institucional alrededor de los determinantes sociales y económicos principales de la equidad en salud.

- 3- Construcción y prueba de indicadores sobre brechas de mortalidad evitable entre localidades de Bogotá

Por solicitud expresa de la Secretaría de Salud del Distrito Capital se respondió a la urgencia de empezar a arrojar evidencias sobre las inequidades en los resultados en salud entre localidades, en un asunto de tanta sensibilidad y gravedad como es la mortalidad evitable.

4- Memorias del Seminario- Taller Internacional “Equidad y derecho a la salud, un reto para Bogotá”

En este capítulo se recogen las relatorías de la discusión sobre cada uno de los componentes teóricos, metodológicos y operativos básicos del observatorio que se discutieron con funcionarios de varias dependencias de la secretaría de salud y de otras entidades del distrito, así como con expertos internacionales en estos temas. Al final se recogen las conclusiones que concretan los acuerdos básicos y orientan las acciones a seguir en la puesta en funcionamiento del observatorio.

5- Apéndices

I. Indicadores:

Este documento expone la propuesta elaborada por el CID sobre los indicadores del Observatorio de equidad en calidad de vida en salud de Bogotá y el proceso para su selección y producción

II. Regulación Macroeconómica y equidad

Este documento analiza los principales determinantes históricos que inciden en la equidad en calidad de vida y salud.

III. Comunicación

En este aparte se resume el diseño de una plataforma de comunicación del Observatorio.

IV. Participación Social en el observatorio

La participación social es una pedagogía básica en la construcción del observatorio y en su modo de funcionamiento, lo cual es presentado en este aparte.

V. Aspectos normativos y de operación del observatorio

Estas notas jurídicas sitúan el esfuerzo del observatorio a la luz de la Constitución Nacional y los principios de transparencia, control, participación social y rendición pública de cuentas. Además avanza en la naturaleza jurídica del observatorio.

VI. Artículo para publicación en la revista de investigaciones de la SDS.

En este Artículo se recoge el diseño del observatorio de equidad en calidad de vida y salud para Bogotá.

VII. C.D. con la Bibliografía utilizada en el desarrollo del proyecto

1 Diseño conceptual, metodológico y operativo de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá D.C.

1.1 Introducción

El presente documento es, al mismo tiempo, un final y un comienzo. En él se presenta, de manera sintética, el resultado del proceso de discusión y construcción colectiva que dio lugar a la propuesta del Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá; pero también, el carácter de diseño implica el comienzo de un nuevo esfuerzo colectivo para poner en marcha esta iniciativa, con toda la viabilidad y la sostenibilidad que requiere incorporar la equidad en las decisiones públicas y en el cotidiano de la sociedad bogotana.

El documento consta de cinco partes, que dan cuenta del diseño del Observatorio: la primera presenta la justificación para la creación de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para la ciudad. La segunda muestra el enfoque propuesto a partir del debate internacional sobre el tema. La tercera expone el objetivo central del Observatorio y cuatro objetivos estratégicos que orientan la estructura de procesos. La cuarta parte muestra los procesos centrales del Observatorio, sin entrar en los detalles técnicos para facilitar la lectura y la discusión. La última parte se concentra en los aspectos organizativos del Observatorio, con base en tres opciones y una propuesta de fases de implementación.

¿Por qué un Observatorio de Equidad en Calidad de vida y Salud para Bogotá?

El argumento central presentado por la administración distrital de Luis Eduardo Garzón, para la formulación de la política de salud para la ciudad en 2004, fue encontrar una ciudad más moderna, pero también, más desigual. Todos los indicadores habituales de salud habían mejorado en términos globales en los últimos diez años, pero las desigualdades entre las localidades de la ciudad comenzaban a hacerse evidentes e importantes. Al lado de esta situación, se encontró un Sistema General de Seguridad Social en Salud que, a pesar de sus altas coberturas de aseguramiento en los dos regímenes, contributivo y subsidiado, presentaba serios problemas de fragmentación, barreras de acceso y desigual atención para ricos y pobres. Las acciones preventivas también presentaban problemas, en especial, en aspectos tan importantes como las bajas coberturas de vacunación para las enfermedades prevenibles de niños y niñas. Además, la participación social en salud

se concentraba en la dinámica del consumidor individual de los servicios de salud con un debilitamiento de la participación social y comunitaria².

Esta situación se relacionaba con el incremento de la pobreza en la ciudad en el mediano plazo, medida por el indicador de línea de pobreza, dado el incremento del desempleo, la informalidad y la mala calidad del empleo, producto de los procesos de flexibilización laboral en la etapa de ajuste estructural iniciado en el país a mediados de los años 80. La permanencia del conflicto armado por más de 40 años y el consecuente desplazamiento forzado de grandes masas de población hacia la Capital había aumentado aún más la presión sobre los recursos escasos de la administración distrital para sus programas sociales.

En estas condiciones, la política de salud y la política social en su conjunto se orientaron hacia la garantía de los derechos humanos interdependientes, con el esfuerzo aunado de la sociedad civil y del Estado, bajo el lema *Bogotá sin Indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*, el cual dio título al Plan Distrital de Desarrollo para el período de gobierno.

En este contexto, el sector salud se planteó el reto de avanzar en la garantía del derecho a la salud, adoptó un enfoque promocional de la calidad de vida y la salud de la población, y organizó una serie de estrategias ordenadas por la Atención Primaria en Salud (APS), para generar procesos de transformación del sector que le permitieran orientar a todos los actores del sistema de seguridad social en salud hacia la integralidad, la accesibilidad a los servicios y, sobre todo, la superación de inequidades en salud.

Con base en lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud se ha interesado cada vez más en la medición de tales inequidades, como referente actual y futuro de los avances que en este campo se requieren, y como recurso de seguimiento y evaluación de las políticas públicas orientadas por la equidad en la ciudad, no solo en el sector salud. De allí resultó la necesidad de incorporar en el esfuerzo a un actor académico, en este caso, el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Desde hace seis años, el CID conformó el Grupo de Protección Social, conformado por profesores, estudiantes de pre y posgrado e investigadores independientes, alrededor de un programa de investigación sobre el debate actual, las experiencias internacionales y los alcances de la protección social, en el marco de los procesos de globalización y de reformas de los estados nacionales desde el último cuarto del siglo XX.

² Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. *Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*. Bogotá: SDS, 2004: 6-12.

En el contexto nacional la discusión sobre el tema de la equidad en salud es aún precaria. Se reconoce, sin duda, el aumento de la población en condiciones de pobreza e indigencia, pero se asume que el modelo de gestión social del riesgo, promovido por la banca multilateral, en especial el Banco Mundial, podrá paliar la situación, mientras llega la bonanza de la economía, derivada del ajuste fiscal desarrollado en las dos últimas décadas. Las alternativas a este enfoque son aún marginales, a pesar de las evidencias de una gran desigualdad entre ricos y pobres en Colombia, como lo señalan las comparaciones entre países según el coeficiente Gini de distribución del ingreso.

Dada la creciente desigualdad entre países ricos y pobres, y aún en el interior de los países, el debate internacional sobre la equidad en salud ha crecido de manera exponencial en los últimos diez años. Si bien, en la década de los 70 y los 80, el debate sobre la equidad parecía quedarse en el ámbito de la academia, en el terreno de la filosofía moral y política, la década de los 90 inició con una articulación explícita entre este debate conceptual y los problemas prioritarios de salud, con el famoso artículo de Margaret Whitehead titulado *Los conceptos y principios de la equidad en salud*³.

La discusión internacional no ha dejado de producir impactos. De hecho, las Metas de Desarrollo para el Milenio intentan proponer esfuerzos diferenciales de todos los países para ganar en equidad y superar las enormes desigualdades que resultan intolerables para la civilización globalizada del siglo XXI. La OPS ha enfocado todos sus esfuerzos en la dirección de la superación de las inequidades en salud y, en alianza con la Fundación Rockefeller, apoya iniciativas globales para la comprensión, el seguimiento y el impulso de políticas y esfuerzos sociales para avanzar en equidad en la región de las Américas. Por su parte, la OMS organizó la Comisión de Determinantes de la Salud, cuyo énfasis está puesto justamente en el impacto de los determinantes sociales en la perpetuación de las inequidades⁴, mientras avanza la iniciativa de la Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (Global Equity Gauge Alliance-GEGA) impulsada por instituciones, organismos internacionales, movimientos sociales y académicos por la equidad de diferentes partes del mundo⁵.

También en los países y las ciudades capitales existe interés creciente en el tema de la equidad. Los estudios acumulados comienzan a generar instancias estables para la medición y el seguimiento de los avances, entre los cuales resaltan los observatorios de equidad en salud de Montreal (Québec-Canadá), Londres (Inglaterra) y Bruselas

³ Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv* 1992; **22**: 249-445.

⁴ OMS Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for Analysis and Action on The Social Determinants of Health*. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health Draft. 5 May 2005.

⁵ Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (Global Equito Gauge Alliance-GEGA). *El Monitoreo de la Equidad. Conceptos Principios y Pautas*. Durban: GEGA, Consorcio de Sistemas de Salud, 2003.

(Bélgica)⁶. En América Latina, una de las experiencias más visibles es la “Iniciativa Chilena de Equidad en Salud”, financiada por la Fundación Rockefeller, la cual comienza a producir imágenes importantes sobre las inequidades en salud en ese país, para orientar las políticas públicas⁷.

No se trata entonces de una discusión académica. La dinámica mundial apunta a considerar las desigualdades en salud, en particular aquellas que se consideran injustas por la civilización globalizada del tercer milenio, como asuntos intolerables y reprochables. Los gobiernos nacionales y locales se verán cada vez más sometidos al escrutinio internacional para superar las desigualdades injustas, aún si los mismos afectados por la exclusión y la marginalidad no pueden o no logran demandar cambios profundos en su situación.

En estas condiciones, es necesario dotar a la ciudad capital del país de un instrumento institucional permanente de monitoreo, evaluación e investigación de las inequidades en salud, para el apoyo y el impulso de los esfuerzos institucionales, políticos y sociales que conduzcan a su superación y al logro de una sociedad más justa.

1.2 Fundamentos de la equidad en calidad de vida y salud

El debate internacional sobre la equidad en salud ha llegado a ciertos acuerdos tanto como a la identificación de posiciones divergentes. El punto de acuerdo más sólido es el de reconocer que las desigualdades en salud no son necesariamente injustas. Las diferencias entre hombres y mujeres debidas a las características biológicas ligadas al sexo o entre niños y adultos mayores en función del deterioro fisiológico no pueden ser entendidas como injustas o socialmente inaceptables. Una desigualdad en salud entre personas o grupos sociales es inequitativa cuando se valora a la luz de un principio de justicia, más específicamente, de justicia distributiva. Desde tal valoración es posible afirmar que una desigualdad es injusta y sólo en ese momento se considera una inequidad⁸.

Las divergencias comienzan cuando entra en escena lo que se entiende por justo y se aplica a una idea de salud. Si la salud se define como no estar enfermo y, por lo tanto, la justicia sólo aplica a la posibilidad de ser atendido cuando se está enfermo, la valoración de lo justo se concentra en el acceso a los servicios de salud, según la

⁶ Para un análisis de estas experiencias véase el informe titulado *Observatorios de Equidad en Salud en tres grandes ciudades. Londres, Bruselas y Montreal*, de mayo de 2006, presentado por el grupo del CID, en el marco de proyecto de diseño del Observatorio.

⁷ Jadue L, Marín F. *Determinantes sociales de la salud en Chile en la perspectiva de la equidad*. s.c., Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, 2005.

⁸ Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; **57**: 254-258.

necesidad de atención de las personas. Pero si se amplía el concepto y se asume la salud como el potencial de capacidades humanas para el desarrollo de la vida y la realización de los proyectos de vida en las mejores condiciones posibles, logradas por la humanidad en su conjunto, la valoración de lo justo es a otro precio.

Desde la perspectiva de los servicios de salud, lo justo tiende a valorarse a partir de la ubicación de cada individuo respecto del sistema de servicios, desde el punto de vista de sus aportes económicos, de los resultados obtenidos, de su satisfacción como usuario o de los impactos económicos desfavorables para su familia o sus dependientes, tal como lo presenta el Informe de la OMS en el año 2000, sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo. De allí el énfasis de dicho informe en la “equidad financiera” de los sistemas y su esfuerzo en comparar los aportes de los pobres y de los ricos a la financiación del sistema de servicios⁹.

Pero esta perspectiva tiende a ocultar las diferencias existentes entre grupos sociales en función de alguna condición tan obvia como su ubicación laboral, su lugar de vivienda, su raza o su género. De allí que la perspectiva individual no fue bien recibida en la comunidad académica y política mundial una vez presentada en el informe de la primera organización mundial en materia de salud¹⁰.

Las divergencias mayores aparecen cuando se asume alguna concepción de la justicia. Por ejemplo, bien podría adoptarse una perspectiva clásica neoaristotélica de la justicia y afirmar que la distribución de los beneficios en salud resultan de la justa distribución natural de las dotaciones iniciales y las virtudes humanas, y que lo justo sería adaptar las decisiones a la proporcionalidad natural, de manera que corresponda un beneficio proporcional al lugar que las personas ocupan en la sociedad¹¹. La versión religiosa de esta opción implicaría aceptar que la distribución no depende de las decisiones humanas sino de la voluntad divina o del destino. También por esta vía se aceptarían muchas desigualdades como justas o, por lo menos, por fuera del control humano, como tiende a pasar en muchas comunidades pobres rurales y urbanas de países en desarrollo, incluidas las de Bogotá.

Podría adoptarse también una perspectiva claramente neoliberal, al estilo de Friedrich von Hayek o de Robert Nozick, según la cual la distribución de la asistencia sanitaria es justa si corresponde a la “justa adquisición” de los bienes, siguiendo al

⁹ Organización Mundial de la Salud-OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS, 2000.

¹⁰ Al respecto véase Braveman y Gruskin, op. cit.: 256; Ugá A, Almeida CM, Landmann C, Travassos C, Viacava F, Mendes J, De Rosario Costa N, Buss P, Porto S. Consideraciones sobre el Informe de la OMS 2000. *Rev Salud Pública* 2001; 3 (1): 1-12; Torres M. (Coordinador editorial) *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida; Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES, 2001.

¹¹ Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de programas de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. En: *Introducción a la Bioética*. Bogotá: El Búho, 1991: 62-65. También publicado en: *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1990, 108 (5-6): 570-585.

liberal clásico John Locke, esto es, en función del trabajo, la compra o la herencia. Quien no tenga cómo adquirir los bienes y servicios puede ser socorrido, pero no en razón del principio de justicia, sino del de beneficencia voluntaria, que sustenta la caridad. De esta manera, los estados no estarían obligados a garantizar el derecho a la asistencia sanitaria, más allá de proteger la integridad física de las agresiones de otros individuos. Por el contrario, entrar en el terreno de la asistencia médica sería un abuso o intromisión del Estado en los asuntos privados, la libertad individual y la justa retribución de los méritos¹².

Desde la perspectiva utilitarista, la distribución tendría que ofrecer el máximo bienestar al máximo de personas, de manera que no importa la distribución desigual entre unos y otros, pobres y ricos, si el impacto sobre la salud global de la población es el mismo¹³. Desde esta visión, el bienestar se asimila a utilidad general, y ésta se entiende como el resultado de la satisfacción de los deseos de la suma de individuos involucrados. Desde allí, la distribución justa depende del concepto de utilidad marginal. Ésta consiste en la magnitud del cambio en la utilidad ante el incremento del consumo de una unidad adicional, y se supone decreciente, es decir, cuanto mayor es el consumo, menor es la utilidad marginal. De esta forma, sería equivalente proporcionar una unidad adicional a alguien con un bajo consumo que dar muchas unidades adicionales a alguien con alto nivel de consumo, para que la variación de la suma de las utilidades de todos los individuos de la sociedad se incremente. De allí que los utilitaristas creen que el óptimo de Pareto es la mejor distribución y que éste se logra gracias a los mercados privados, más que a la intervención del Estado¹⁴.

De otra parte, la perspectiva marxista del igualitarismo social no necesariamente implica una distribución igual para todos. El mismo Marx partió de la máxima del socialista utópico francés del siglo XIX, Luis Blanc, según la cual “a cada uno debe exigírsele según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades”¹⁵. El igualitarismo puede resultar de una distribución de los resultados en salud en el largo plazo, como ha ocurrido en los países socialistas, o en la distribución igual de oportunidades para el desarrollo de capacidades, como ha planteado Amartya Sen¹⁶.

La perspectiva de John Rawls¹⁷ es una de las más difundidas. El punto central de Rawls está en la imparcialidad de las reglas de la distribución (*fairness*), según las cuales ésta sólo sería justa si beneficia a todos por igual o si beneficia a quienes están

¹² Nozick, R. *Anarchy, State, and Utopia*. New York: Basic Books, 1974: 149-153.

¹³ Peter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Evans T, *et al.* Op. cit.: 27-35.

¹⁴ Capella F. Utilitarismo o iusnaturalismo. *Revista española y americana sobre la ilustración liberal*. 2001; **9**: <http://revista.libertaddigital.com/articulo.php/1079> (consultado en marzo de 2006).

¹⁵ Gracia D. Op. cit.: 61-86.

¹⁶ Sen, A. ¿Igualdad de qué?. En: Mc.Murrin, S.M. (Ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel, 1988 [1979]: 133-156.

¹⁷ Rawls, J. *Teoría de la justicia*. Trad. María Dolores González. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1997 [1971].

en peores condiciones, a partir de la “posición original” o un consenso político, de corte kantiano, desde el cual se considera un ideal de sociedad justa entre iguales. El planteamiento resulta atractivo, en especial por la idea de una sociedad de justa cooperación, pero también se ha reconocido como demasiado abstracta y ha sido utilizada desde posiciones políticas diferentes. De allí que varios seguidores de Rawls hayan tratado de identificar qué podría entenderse como “bienes sociales primarios” o “libertades básicas”¹⁸ con algún tipo de referente. Daniels¹⁹ ha resuelto el asunto identificando los servicios de salud necesarios para el mantenimiento de la organización funcional típica de la especie humana, y Fried²⁰, con los derechos positivos hasta lograr un mínimo decente de “bienes esenciales”.

El desarrollo de la teoría de los derechos humanos ha mostrado una posición similar a la de Rawls y a la de Sen. De hecho, las ideas de Rawls y Sen son complementarias en la medida en que los bienes primarios son necesarios pero no suficientes. A pesar de garantizar que las personas tengan acceso a ellos, se requiere que también tengan la “capacidad” de convertir los mismos bienes en realizaciones, aunque tengan metas u objetivos diferentes. Este esquema de capacidades y realizaciones específicamente aplicado al campo de la salud busca argumentar que la sociedad justa debe garantizar la asistencia sanitaria y propiciar o promover el buen estado de la salud para todos los individuos y grupos sociales. En sentido estricto, la economía del bienestar, que sustentó la expansión de los Estados nacionales para garantizar los derechos ampliados de ciudadanía, se basa en la idea de que, para ejercer la libertad, se requieren condiciones y medios materiales garantizados en calidad de derechos ciudadanos y deberes del Estado.

El problema de la valoración de lo justo en salud no se resuelve solamente desde la teoría. Es también el resultado de las relaciones sociales y políticas de las sociedades concretas. Toda sociedad fija unos valores morales y normativos que se convierten en derechos aceptados para los ciudadanos y ciudadanas. Éste es un resultado histórico de cada sociedad, en el marco de relaciones de poder y de desigualdad del ordenamiento mundial, de manera que no se podría entender como una opción razonable y por consenso, como parece ser el planteamiento de la “posición original” de Rawls. Para el caso que nos ocupa, la propuesta consiste en entender lo justo en salud de una manera amplia que permita dialogar con el debate internacional y, al mismo tiempo, construir parámetros propios para la sociedad bogotana, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

¹⁸ Rawls J. Las libertades fundamentales y su prioridad. En: McMurrin, S.M. (Ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel, 1988 [1981]: 9-90.

¹⁹ Daniels N. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

²⁰ Fried C. ¿Es posible la libertad? En: Mc.Murrin, S.M. (Ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel, 1988 [1981]: 91-132.

Más que la definición escueta de un parámetro para la distribución de bienes y servicios en materia de salud, conviene adoptar dos elementos claves para definir lo justo en salud. De una parte, una concepción amplia de la salud, entendida como el desarrollo de las capacidades y potencialidades humanas, y usar como referente aquella sociedad que haya logrado el máximo de tales desarrollos para sus miembros. De otra parte, una relación explícita entre la desigualdad en salud de que se trata y la causalidad de la misma. Si se trata de una condición derivada de las diferencias biológicas o fisiológicas de las personas, no podrán ser consideradas injustas. Pero si se derivan de una condición de ventaja o desventaja de los grupos sociales, en virtud de la posición social que ocupan en una sociedad concreta, deben ser reconocidas como injustas y generar el esfuerzo colectivo de la sociedad y del Estado para su superación²¹.

Si bien es posible construir un observatorio sobre la base de una concepción implícita de equidad en salud, es preferible presentar a la sociedad y a las instituciones del Estado una propuesta suficientemente clara del sustento teórico, para que sea también objeto de discusión, aprobación y legitimación social. Se propone entender la equidad en salud como la valoración deliberada de las desigualdades en la situación de salud de los grupos sociales, desde una concepción de justicia que tiene dos referentes centrales²²:

- Lo justo en salud es aquella distribución de las condiciones de vida que permite a las personas gozar de oportunidades para desarrollar sus capacidades y realizar sus proyectos de vida, prevenir y superar las enfermedades. Entre esas condiciones está el acceso a los servicios de salud.
- Con base en lo anterior, lo justo en salud se realiza cuando se garantiza a todas las personas los derechos humanos interdependientes y no solamente la asistencia médica cuando se está enfermo.

De allí resulta una valoración de las desigualdades en salud como injustas, en particular si cumplen las siguientes dos condiciones:

- Cuando las desigualdades son el resultado de desventajas sistemáticas de un grupo social específico respecto de otros, debida a la posición social, bien sea por poder, riqueza o prestigio, por su lugar en la estructura laboral o socioeconómica, educativa, de género, de raza, de etnia o del ciclo vital en que se encuentra.
- Cuando son el resultado de una falta sistemática de garantía de derechos humanos interdependientes, en especial a la salud, definidos en el pacto

²¹ Braveman y Gruskin, op. cit.: 256-257; Peter y Evans, op. cit: 33-35.

²² Para una ampliación de la revisión teórica que sustenta esta opción, véase el capítulo II de este informe sobre Estado del arte sobre equidad en salud y enfoque conceptual del Observatorio.

constitucional y en los pactos internacionales de derechos humanos.

De esta forma, se propone que el observatorio se construya sobre la base de conceptos y métodos que permitan relacionar, de manera sistemática, la situación desigual de salud de las poblaciones en los territorios de la ciudad, con las condiciones que generan tales desigualdades para valorarlas como justas o injustas. También por lo anterior, se trata de valorar las relaciones entre los resultados en salud y las condiciones de vida, de mejor o peor calidad, de los grupos sociales. De allí la insistencia en hablar de equidad en calidad de vida y salud.

El concepto de calidad de vida se puede entender como un mediador entre los determinantes estructurales de las inequidades y la situación cotidiana de las personas, en especial, cuando se piensa en el ejercicio de la autonomía, en sus niveles cotidianos de expresión, esto es, la autonomía funcional, afectada por la enfermedad y la discapacidad, la autonomía socioeconómica para valerse por sí mismo, y la autonomía política en el sentido de la posibilidad de emancipación. Las limitaciones para el ejercicio de la autonomía son desiguales, según la posición social de las personas. Por esto, la relación entre autonomía y equidad es fundamental.

Las relaciones entre salud y calidad de vida aparecen con claridad en la política distrital de salud, desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud que la orienta²³. Este enfoque ha permitido una mayor articulación del sector salud con otros sectores, tanto en la formulación de políticas públicas como en la realización de programas específicos y en la prestación de los servicios sociales para las poblaciones en peores condiciones. Al mismo tiempo, el enfoque ha permitido avanzar en la garantía de derechos interdependientes, en el marco del Plan Distrital de Desarrollo. No se trata de pensar que los derechos relacionados con la calidad de vida dependen del sector salud, sino de afianzar la idea de que la superación de las inequidades en salud requiere afectar las desigualdades en la calidad de vida de las poblaciones.

1.3 Objetivo central del Observatorio

Promover y apoyar los esfuerzos institucionales, políticos y sociales tendientes a la reducción de las inequidades en salud en la ciudad de Bogotá, como estrategia para alcanzar una sociedad más justa. Para ello, el observatorio mide, analiza, divulga, propicia el debate público y promueve la formulación de políticas públicas para la superación de las inequidades en salud y la garantía del derecho a la salud. Las inequidades en salud son desigualdades en la situación de salud, en sus determinantes y en el acceso a los servicios de salud entre grupos sociales, que se consideran injustas porque se derivan de ventajas o desventajas sistemáticas entre

²³ Alcaldía Mayor, Secretaría Distrital de Salud. *Salud a su hogar...* op. cit.: 16-17.

ellos, originadas en la posición social de las personas y en el incumplimiento de los derechos humanos interdependientes.

1.4 Objetivos específicos

1. Medir, hacer seguimiento, evaluar e investigar las inequidades en calidad de vida y salud de la ciudad, con énfasis en la comparación territorial de las poblaciones y grupos sociales.
2. Propiciar la formulación o adecuación de las políticas públicas distritales o nacionales, con orientación hacia la equidad en calidad de vida y salud de la población de Bogotá, en los escenarios correspondientes y con los actores pertinentes.
3. Apoyar y aportar elementos para la movilización social e institucional por la equidad en calidad de vida y salud de las poblaciones y los territorios de Bogotá.
4. Realizar un proceso sistemático de autoevaluación de los logros, resultados e impactos del Observatorio, en función de las ganancias en equidad en salud y calidad de vida de la población de Bogotá.

1.5 Los procesos centrales del Observatorio

Siguiendo las recomendaciones de la GEGA²⁴, el Observatorio realizará cuatro grandes procesos para desarrollar su objetivo central: monitoreo, evaluación e investigación sobre la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá; impulso o “abogacía” de políticas públicas para la equidad; comunicación, participación y movilización por la equidad; y evaluación de sus impactos en las ganancias de equidad en salud. A continuación se describen cada uno de ellos.

1.5.1 Monitoreo, evaluación e investigación sobre equidad en calidad de vida y salud

Monitorear significa hacer seguimiento permanente o periódico de un proceso o un cierto aspecto de la realidad bien definido. Evaluar implica someter una situación, un proceso o un aspecto de la realidad a una valoración respecto de un parámetro

²⁴ Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (Global Equity Gauge Alliance-GEGA). *El monitoreo...* op. cit.

establecido previamente. Investigar implica resolver preguntas relacionadas con el por qué de una situación, un proceso o un aspecto de la realidad.

El Observatorio realizará un monitoreo periódico de las inequidades en salud, identificadas a partir de un grupo de indicadores pre-establecidos o construidos a partir de investigaciones específicas. Los indicadores se registrarán en el tiempo para trazar tendencias y construir proyecciones. Las evaluaciones podrán ser tanto de las inequidades respecto de metas de equidad predefinidas por las políticas públicas, como de las políticas mismas, cuando ellas aportan al avance de la equidad en calidad de vida y salud. La investigación se refiere a la exploración de las causas y determinantes de las inequidades en salud y no de las causas de ciertos problemas de salud.

Los procesos de monitoreo, evaluación e investigación tendrán un componente de participación social, necesario y estratégico. Uno de los aspectos determinantes de las inequidades es la distribución del poder social. Por esto, el Observatorio tendrá una metodología participativa tanto en el momento de la recolección de información, como en el análisis, interpretación y uso de los productos del análisis.

1.5.2 Indicadores prioritarios para el monitoreo y la evaluación

La experiencia de otros observatorios de equidad recomienda la selección de indicadores prioritarios, con base en la información existente, de la mejor calidad y de producción periódica. Después de la identificación de fuentes de información sobre la situación de salud, condiciones de vida, participación social y servicios de salud, desde la perspectiva territorial en el interior de la ciudad, se realizó un proceso de construcción de indicadores coherentes con el enfoque teórico propuesto.

La lógica básica que orientó la construcción de indicadores fue la búsqueda de relaciones entre la posición social de los grupos sociales y cinco grupos de expresiones de desigualdad²⁵:

- En las oportunidades para el desarrollo humano.
- En la exposición diferencial y la vulnerabilidad diferencial frente a riesgos para la salud, en relación con resultados en salud de corto plazo.
- En las respuestas sociales e institucionales disponibles.

²⁵ Los grupos resultan de la combinación de las siguientes propuestas de análisis: Organización Panamericana de la Salud –OPS. *La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1998; Organización Mundial de la Salud –OMS. *Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. Bull World Health Org*, 2005; **83**: 948-953; WHO Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health. Draft, may 2005; Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: OPS/OMS, Fundación Rockefeller, 2002: 13-25.

- En los resultados en salud de largo plazo.
- En las consecuencias sociales y económicas de la inequidad en salud.

Las desigualdades en la participación social, la representación política y el ejercicio de autonomía de las personas y grupos sociales en las decisiones relacionadas con su salud ocupan un lugar transversal. La figura 1 del Apéndice 1 del presente informe muestra las relaciones entre la posición social, los grupos de desigualdades relacionadas y la participación social y política. La posición social se analizará por variables como la estructura laboral, la estratificación socioeconómica, el máximo nivel educativo alcanzado, el género, la raza, la etnia, la situación de desplazamiento o el ciclo vital, expresadas espacialmente según localidad y, de ser posible, según unidades de planificación zonal (UPZ). La situación de discapacidad será incluida tanto como ordenador de posición social, como resultado diferencial de largo plazo. Para el detalle de indicadores propuestos véase la tabla 1 del Apéndice 1.

En la perspectiva de la superación de inequidades, la estrategia de Atención Primaria en Salud, desarrollada con el enfoque familiar y comunitario, e inicialmente presentada con el nombre de *Salud a su Hogar*, será uno de los aspectos específicos de evaluación por parte del Observatorio. No obstante, este ejercicio requiere un análisis especial, si se tienen en cuenta las dificultades para obtener información suficiente para la comparación con otros territorios, en el detalle con que se maneja la información en las familias involucradas en *Salud a su Hogar*. La Secretaría Distrital de Salud viene realizando el seguimiento de gestión, de resultados y de productos de la estrategia de APS, incluyendo nuevas modalidades de implantación en los hospitales de primer nivel y fusionados. Pero este ejercicio se ha aplicado a la población involucrada en la estrategia. Es necesario desarrollar formas de comparación viables, con algunos de los indicadores presentado para el conjunto del Observatorio.

1.5.3 Un programa de investigación para el Observatorio

El Observatorio contará con un programa de investigación permanente sobre las causas y determinantes de las inequidades en calidad de vida y salud, en convenios y trabajo en red con grupos de investigación de las universidades con mayor capacidad investigativa de la ciudad, el país y extranjeras.

Dos tipos de investigaciones son necesarias: estudios de largo aliento e investigaciones de carácter coyuntural. Las del primer tipo pueden ser desarrolladas por centros de investigación adscritos a las universidades o por investigadores independientes. Las del segundo tipo están orientadas a detectar la forma como se manifiestan los fenómenos de inequidad en el corto plazo, y podrían tener varias fuentes de información como las encuestas y los modelos de impacto.

El monitoreo o seguimiento permite dar cuenta del comportamiento de las inequidades en el tiempo, pero la investigación permite avanzar hacia las explicaciones de las situaciones encontradas. De esta forma, los indicadores de monitoreo de las inequidades servirán de punto de partida para las investigaciones de corto y largo plazo; sin duda, éstas deberán acudir a nuevos modelos de interpretación de los fenómenos que producen inequidades o que explican los logros y fracasos de las políticas públicas que pretende avanzar en equidad en Bogotá, con perspectiva nacional e internacional.

Para estructurar el programa se proponen las siguientes líneas iniciales:

- **Construcción de nuevos indicadores de medición de inequidades:** si bien el Observatorio pondrá en funcionamiento algunos indicadores prioritarios, es necesario realizar investigaciones específicas para la construcción de nuevos indicadores que requieren información primaria o nuevas metodologías o nuevas relaciones entre los datos disponibles.
- **Determinantes estructurales de la equidad en salud:** se trata de investigaciones de largo aliento sobre el régimen de acumulación de riqueza nacional y sus relaciones con Bogotá, el comportamiento del mercado laboral, el impacto sobre la equidad y la distribución del ingreso, las modalidades de la pobreza en la ciudad, las consecuencias de políticas de privatización de servicios de salud, entre otros asuntos.
- **Análisis del modelo institucional construido sobre el aseguramiento y sus repercusiones en la equidad:** aspectos como la dinámica del aseguramiento, el impacto de la focalización para la superación de las inequidades, población excluida, efectos de la integración vertical de servicios en el acceso y la calidad desiguales, relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores e impacto en equidad, consecuencias de mediano y largo plazo de la transformación de subsidios de oferta en demanda, escenarios de control social y participación ciudadana, balance e impactos de la rectoría del sistema sobre la equidad en salud,
- **Financiación y equidad:** estructura del financiamiento e impactos sobre la equidad, tarifas y efectos en el acceso, dinámica del Sistema General de Participaciones e impacto en la generación o superación de inequidades en calidad de vida y salud en Bogotá.
- **Globalización y equidad en salud:** impacto de las patentes y precios de medicamentos sobre el acceso a servicios farmacéuticos, impacto de la fuga de recursos humanos, impacto de los capitales extranjeros en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, incorporación inequitativa de tecnología médica.

- **Estructura administrativa de la SDS y su papel en el sistema:** repercusiones de la organización en el mayor acceso, calidad y oportunidad de los servicios y de la salud pública en función de la equidad.
- **Procesos participativos y equidad en el largo plazo:** análisis explicativos de las formas de participación, movilización y gestión social de la equidad en salud.

Sobra decir que los métodos de investigación serán diversos y acordes con la complejidad de los problemas abordados y tratarán de incorporar a los mismos actores a través de metodologías de la investigación-acción-participativa (IAP).

1.5.4 Comunicación, participación social y movilización por la equidad en calidad de vida y salud

Los esfuerzos de monitoreo, evaluación e investigación no tendrán efectos si no se cuenta con una estrategia de comunicación sólida y de amplio impacto. El Observatorio es, en sí mismo, una estrategia pedagógica y comunicativa para comprender las causas de las inequidades, presentar a la sociedad los efectos y los posibles correctivos a tales inequidades, y fortalecer la cultura política de la información, el debate y la sustentación pública sobre equidad en salud. Desde allí, el Observatorio fortalece la capacidad de la sociedad, de la administración pública y de los actores privados y sociales para agenciar políticas por la equidad en salud entre los territorios de la ciudad (barrios, zonas, localidades), entre las clases y los estratos sociales, entre los grupos sociales (mujeres, niños, tercera edad, jóvenes, desplazados), entre las opciones y prácticas culturales, religiosas y sexuales.

En tanto el Observatorio se concibe como una estrategia comunicativa, la plataforma de comunicación debe ser la estructura en la que se articulen líneas de acción y propuestas en función del logro de los objetivos específicos. Los medios y piezas de comunicación se adecuarán a los públicos que se pretende afectar y a los escenarios y las características sociopolíticas de los actores involucrados. En todo caso, el Observatorio tendrá un boletín periódico para garantizar el reconocimiento de su labor de monitoreo, y publicaciones ocasionales a partir de informes especiales de evaluación o de investigación. La página web, tal como ocurre en otros observatorios de equidad, ocupará un papel primordial en la estrategia de comunicación y divulgación. No obstante, teniendo en cuenta que el acceso de los ciudadanos a las nuevas tecnologías es aún muy restringido²⁶, se desarrollarán otras modalidades de

²⁶ El módulo de televisión e internet de la Encuesta de Hogares del DANE para 2005, indica que solamente 24.7 % de los hogares tiene computador y que apenas un 11.7% de los hogares colombianos cuentan con acceso a internet. En cuanto a su utilización, ésta se concentra en los estratos 5 y 6 en los que apenas alcanza 0,24 y 0,48 % respectivamente entre lunes y viernes, descendiendo a 0,21 y 0,43, respectivamente los fines de semana.

comunicación en las que se reproduzcan y amplifiquen los contenidos de la página web. El tal sentido, se acudirá a la red de medios alternativos de comunicación de Bogotá, mediante la cual será posible entrar en contacto con grandes sectores de la población afectados por las inequidades en calidad de vida y salud.

Por otra parte la plataforma de comunicaciones, presentada en el apéndice 3 de este informe, y el Observatorio mismo, estarán al servicio de promover la participación y la movilización social concebidas como medio, en la medida en que permiten generar transformaciones sociales, mediante el ejercicio de la ciudadanía en procura de la equidad en salud. Para lograrlo, los ciudadanos y ciudadanas requieren, en primer lugar, reconocimiento de su condición de sujetos políticos y de su papel en la construcción de lo público. Con tal fin, ellos requieren información clara y precisa, procesos de formación y discusión, escenarios para la construcción de lo público y organizaciones y redes sociales que permitan desarrollar la acción colectiva de manera sostenida y eficaz.

Al respecto, el Apéndice 4 muestra en detalle las estrategias y mecanismos propuestos para hacer de la participación y la movilización social un proceso fundamental y transversal del Observatorio, desde la recolección y análisis de la información, hasta la toma de decisiones pro equidad en los escenarios pertinentes, articulado al Sistema Distrital de Participación Social, desde el espacio más próximo o barrial hasta las instancias distritales de participación social. No se trata, entonces, de crear nuevos espacios de participación para el Observatorio, sino de poner el tema de equidad en los escenarios existentes.

1.5.5 Impulso de políticas públicas para la equidad en calidad de vida y salud

Este proceso tiene que ver con la gestión del debate público sobre la equidad con el fin de propiciar transformaciones en las políticas públicas para disminuir las inequidades. Esto debe ocurrir en diferentes sectores de la sociedad y del Estado, y no solamente en el interior del sistema de servicios de salud.

El proceso de impulso o “abogacía” de políticas pro equidad consta de seis líneas de acción:

- **Convocatoria a medios de comunicación masiva para la presentación de los resultados de monitoreo, evaluación e investigación.** El Observatorio contará con mecanismos de convocatoria y contactos específicos con los medios de comunicación masiva para sensibilizar a la sociedad y a los tomadores de decisiones públicas sobre la existencia de inequidades y hacer del tema de la equidad en calidad de vida y salud un asunto

de conocimiento, interés y debate públicos. Esto implica una adecuación de los materiales de divulgación a los requerimientos de los medios, diferenciando con precisión televisión, radio y prensa escrita (diaria, semanal o mensual). De esta forma, el proceso de comunicación tiene un lugar estratégico para el impulso de políticas pro equidad.

- **Convocatoria a instituciones pertinentes del poder ejecutivo.** La intención de esta línea de acción es presentar al poder ejecutivo local, distrital y nacional, de manera directa, los resultados del monitoreo, la evaluación o la investigación, con el fin de propiciar el análisis y la discusión de alternativas de acción política para avanzar en la equidad, y acompañar su implantación.
- **Gestión de debates en escenarios políticos.** Los escenarios políticos por excelencia son los del poder legislativo del orden nacional y distrital. La discusión sobre las inequidades y las alternativas para superarlas en estos escenarios pueden conducir a transformaciones de la legislación que permiten dar pasos ciertos hacia la orientación general de las políticas por la equidad, traducibles a políticas específicas y reasignación de recursos públicos y privados para superar inequidades.
- **Construcción de alianzas con organizaciones pro equidad.** Se identificarán organizaciones sociales y académicas, e instituciones del sector salud, claramente orientadas por la búsqueda de la equidad en calidad de vida y salud, para propiciar la acción colectiva tanto en el Estado como en la sociedad en su conjunto.
- **Realización de seminarios y foros académicos.** Los escenarios académicos permiten profundizar en aspectos claves a partir de los resultados del monitoreo, la evaluación y la investigación e las inequidades. De allí resultarán nuevos procesos de construcción de alternativas de solución que puedan incidir en los procesos de toma de decisiones.
- **Realización de campañas emblemáticas para la superación de inequidades.** Una manera exitosa de generar movilización social por la equidad para la transformación de políticas públicas es la realización de campañas de opinión sobre desigualdades que resultan intolerables para la sociedad, como las muertes infantiles injustas y prevenibles entre grupos sociales desaventajados.

En cierta forma, el Observatorio deberá constituirse en un referente ineludible para la toma de decisiones del Estado orientadas por la equidad en calidad de vida y salud. Cabe aclarar que la promoción, impulso o abogacía de políticas pro equidad incluye también mecanismos de participación social y debate público. Se ha diferenciado un

poco del proceso anterior con el fin de mostrar la especificidad de sus líneas de acción y de sus escenarios, como lo recomienda la iniciativa de GEGA.

1.5.6 Evaluación del Observatorio

El Observatorio construirá formas y mecanismos de autoevaluación de su impacto en el avance de la equidad en calidad de vida y salud de la ciudad. Los procesos y líneas de acción tendrán objetivos y metas evaluables, métodos y procesos de evaluación que culminen en un informe anual de evaluación de impacto del Observatorio. En particular, interesa evaluar el impacto sobre las políticas orientadas por la equidad y sobre los procesos de movilización social. Se trata de identificar qué tanto influyen los aportes del Observatorio en los actores sociopolíticos del sector salud y de otros sectores sociales para la adopción de la equidad como orientador de la acción colectiva.

1.6 Organización institucional del Observatorio

Para imaginar la organización institucional del Observatorio debe aclararse que éste no es un sistema de información; es una organización de personas que realiza el análisis de diversas fuentes de información para entender la manera como se producen las inequidades en calidad de vida y salud en Bogotá, comunica sus resultados, promueve la movilización y el debate público, y propicia la orientación de las políticas públicas hacia la superación de las inequidades. Por esta razón, el Observatorio debe contar con alta capacidad técnica y académica, aunque debe ser pequeño y flexible.

Tres principios deben garantizarse para que el Observatorio pueda cumplir con su objetivo central:

El principio de autonomía. Este principio se refiere a la autodeterminación institucional del Observatorio, tal como ocurre en todos los casos de observatorios examinados (Londres, Bruselas, Montreal). Esta autonomía es necesaria para:

- Interpretar con independencia la información y los acontecimientos.
- Divulgar los resultados sin restricciones.
- Proponer políticas públicas de cualquier naturaleza (normas, cambios institucionales, programas, proyectos).
- Agenciar intereses y perspectivas sociales sobre equidad, calidad de vida y salud.
- Propiciar escenarios de intercambio de información, debates y propuestas.
- Optar por diferentes enfoques sobre equidad en salud.
- Optar por énfasis temáticos en sus informes.

El principio de incidencia. El Observatorio no sólo observa. También incide en las decisiones públicas que tiene que ver con la equidad en salud. Para ello se requiere afectar diferentes instancias y asuntos del sistema de salud y de otros sectores, tales como:

- Los sistemas de información (crear, proponer que otros creen, mejorar instrumentos de recolección, generar nuevas variables de información).
- Los tomadores de decisiones en salud.
- Los actores del “mundo político” distrital y nacional.
- Las diferentes instituciones estatales y privadas, del sector salud y de otros sectores.
- Las organizaciones sociales y comunitarias existentes y en formación.
- El público en general a través de diferentes mecanismos de divulgación.

El principio de sostenibilidad. El Observatorio debe contar con recursos suficientes y sostenidos en el tiempo, sin incertidumbres anuales o derivadas del cambio de gobierno distrital. De otra forma sólo será un proyecto ocasional de bajo impacto y podría ser considerado un desperdicio en el mediano plazo.

Respecto de estos tres principios, existen opciones de organización y ubicación institucional, con ventajas y desventajas que deben ser tenidas en cuenta para adoptar la mejor decisión para la ciudad²⁷.

1.6.1 Opción 1: una dependencia de la SDS

Se ha pensado en la posibilidad de crear una dependencia en el interior de la SDS, conformada por un equipo técnico con profesionales de alto nivel de todas las dependencias misionales y la Subsecretaría, en especial, de las dependencias de comunicaciones, participación y atención al usuario. El grupo técnico podría contratar grupos de trabajo según temas de evaluación de especial interés o para investigaciones específicas.

Esta opción tiene la ventaja de darle una estabilidad institucional y sostenibilidad financiera al Observatorio. Aún así, un nuevo gobierno distrital podría no estar interesado en este tipo de actividades y acabar con la dependencia. La mayor desventaja es el riesgo de pérdida de autonomía, así como la escasa visibilidad y la capacidad de movilización social de muchos actores ubicados dentro y fuera del sistema de salud, dada su ubicación como cualquier dependencia del nivel central del Distrito.

²⁷ Al respecto, véase el análisis jurídico de las opciones para la organización institucional, en el Apéndice 4 de este informe.

1.6.2 Opción 2: un grupo académico autónomo en una universidad

Un Observatorio de carácter académico permite, sin duda, contar con mayor autonomía. Además, este carácter le permitiría incidir en los procesos de formación e investigación a través de la orientación de trabajos de grado, tesis de maestría y doctorado, consolidación de baterías de información para la investigación en equidad en calidad de vida y salud, y el desarrollo de cátedras universitarias sobre los temas del Observatorio. El programa de investigación a largo plazo estaría garantizado por esta vía.

No obstante, la mayor desventaja de esta opción está en su facilidad para aislarse de los procesos políticos, sociales y de movilización popular por la equidad, asuntos cruciales para el cumplimiento del objetivo central del Observatorio.

1.6.3 Opción 3: un proyecto permanente por convenio interinstitucional con amplia participación

La tercera opción es mixta. Se trata de combinar la institucionalidad actual del Distrito Capital y la fortaleza de la academia en Bogotá, para conformar un proyecto de larga duración, con asignación anual de recursos, previa evaluación de resultados e impactos, en el marco de uno o varios convenios interadministrativos. Las instituciones participantes tendrían su representación en un consejo directivo del Observatorio, además de otros actores clave de la academia, del sector político y de las organizaciones sociales de la ciudad. De esta forma, el consejo o comité constituye una primera instancia de impulso de políticas públicas pro equidad para la ciudad.

El Observatorio tendría un Comité Técnico relativamente pequeño y estable, compuesto por el equipo académico y administrativo del Observatorio, con autonomía académica y administración y presupuesto propios. Simultáneamente podrían conformarse comités consultores o asesores *ad hoc*, según temas o problemas de interés, relacionados con el monitoreo de las inequidades, la evaluación de políticas o la investigación de la equidad en salud.

El consejo directivo (o comité de gestión) deberá gestionar la consecución de recursos para el funcionamiento de la estructura administrativa básica del Observatorio y el comité técnico deberá formular, gestionar y administrar los recursos para el desarrollo de todos los procesos y líneas de acción propuestas.

El Observatorio deberá tener una estructura de funcionamiento en red que permita poner en relación diferentes actores de carácter institucional, académico, político y social de la ciudad. Esta estructura en red se conectaría fácilmente con las redes internacionales sobre el tema y podría canalizar recursos financieros e intercambiar talento humano para el desarrollo de sus labores.

Una versión más amplia de la estructura de funcionamiento del observatorio se puede consultar en el Apéndice 5 Aspectos Normativos.

1.7 Diferencias y complementariedades de la Sala Situacional en Salud y el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud

En la actualidad avanza una iniciativa de conformación de “salas situacionales en salud” para las 20 localidades de la ciudad, desarrollada por la Secretaría Distrital de Salud. Dado que la metodología de las salas situacionales promovida por la OPS en varios países incluye el enfoque de equidad como uno de los ordenadores, se ha planteado la necesidad de aclarar las diferencias con el Observatorio propuesto y sus relaciones.

Al respecto cabe señalar que la sala situacional en salud puede ser entendida como un recurso o herramienta de planeación y gestión territorial y poblacional de la salud, ligada a la prestación de servicios y al ejercicio de la autoridad sanitaria. En tal sentido, es un instrumento institucional relacionado con el seguimiento y la toma de decisiones contingentes para lograr metas estratégicas en materia de salud en una población particular.

El Observatorio es una instancia menos dependiente de la gestión cotidiana, enfocada hacia la valoración de las desigualdades en salud y a la evaluación de políticas públicas, más allá del sector salud y orientado totalmente por el enfoque de equidad, el cual constituye su razón de ser. Recuérdese que no es un observatorio de salud sino de equidad en calidad de vida y salud. El despliegue del Observatorio también va más allá de la administración distrital para convocar a las fuerzas sociales y políticas de la ciudad para la superación de las inequidades. En estas condiciones, no se trata de iniciativas que dupliquen esfuerzos. Por el contrario, tendrán que generar procesos de cooperación permanente.

1.8 Propuesta de etapas para el desarrollo del Observatorio

Con el fin de poner en marcha el Observatorio de manera realista, ágil y efectiva, se propone adelantar un proceso en cuatro etapas de implementación:

- **Socialización inicial:** si bien el seminario internacional y el taller de discusión inicial han permitido afinar la propuesta, la primera fase de implantación deberá consistir en un proceso de socialización de la propuesta con el mayor número posible de actores y entidades relacionados con la equidad en calidad de vida y salud de la ciudad, para obtener la legitimidad necesaria

para ocupar un lugar reconocido por muchos actores y facilitar el trabajo futuro del Observatorio.

- **Desarrollo de todos los procesos con un tema prioritario para la ciudad en materia de equidad:** con el fin de poner a prueba todos los procesos y líneas de acción del Observatorio se propone realizar una fase de implementación completa alrededor de un tema prioritario para la ciudad en materia de equidad, fácilmente reconocido por todos los actores y entidades y con alta capacidad de convocatoria pública. El tema puede ser inequidades de la primera infancia, comenzando por la mortalidad en niños y niñas menores de cinco años entre localidades, como uno de los intolerables de la política de calidad de vida de niños, niñas y adolescentes *Quiéreme bien, quiéreme hoy*.
- **Desarrollo detallado de una batería de indicadores de inequidad prioritarios:** de manera simultánea a la fase anterior, es posible adelantar un análisis detallado de los indicadores propuestos para seleccionar y perfeccionar todos los procesos que conducen a la construcción del sistema de monitoreo y evaluación más sólido y realista posible.
- **Montaje del sistema de monitoreo y evaluación, e iniciación del programa de investigación:** esta sería la fase de consolidación de la implementación del Observatorio, con un plan a un año que permita al final del mismo presentar a la ciudad el conjunto de asuntos prioritarios de equidad y todos los recursos de abogacía de políticas, de comunicación, participación y movilización en marcha.

1.9 A manera de conclusión

Convertir la equidad en un proyecto colectivo y hacer de las inequidades en salud asuntos intolerables para cualquier ciudadano o ciudadana de la Capital. Éste es, en últimas, el propósito central de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para la ciudad como el que se propone. Este documento es sólo un insumo preliminar. Pero un proyecto de esta envergadura requiere la convicción de muchos y la acción colectiva consecuente. De eso se trata aunque los pasos iniciales sean aparentemente cortos.

2 Efecto e Impacto de las desigualdades sociales sobre la salud de los bogotanos: Enfoque propuesto para el Observatorio de Equidad en Salud a la Secretaría Distrital de Salud

Dado que la igualdad democrática permite algunas desigualdades y condena otras, es necesario incluir un método para determinar cuando unos grupos son iguales o desiguales en aspectos determinantes. Para Rawls, las desigualdades relevantes se dan entre miembros representativos de grupos sociales, como entre trabajadores no calificados y ejecutivos de corporaciones, o entre miembros de diferentes grupos étnicos. El enfoque de grupos refleja el punto de vista de Rawls, en el sentido de que los principios de justicia gobiernan la “estructura básica” de la sociedad, esto es sus principales instituciones sociales como “la constitución política y los principales acuerdos económicos y sociales”. Estas instituciones tienen profundos efectos sobre la gente porque “distribuyen los derechos y deberes básicos” y determinan la división de las ventajas que resultan de la cooperación social”. El énfasis en grupos también refleja el contexto histórico de la lucha política por la igualdad, la cual ha estado siempre enraizada en las demandas de los grupos y, a través de esa lucha, ha influido en el contenido de nuestra cultura democrática.

Daniels, Norman. 2002. *Democratic Equality. Rawls Complex Egalitarianism*. En: *The Cambridge Companion to Rawls*.²⁸

2.1 La perspectiva de la Moral, la Ética y la Filosofía Política

2.1.1 Equidad en salud y Derechos Humanos

*“La equidad en salud es un valor ético, inherentemente normativo, basado en el principio de la justicia distributiva, acorde con los principios de los derechos humanos”.*²⁹

En la perspectiva de los derechos humanos, la equidad en salud adquiere una fuerza normativa, basada en principios de amplia aceptación en el ámbito mundial.

²⁸ Daniels, Norman (2002). *Democratic Equality. Rawls Complex Egalitarianism*. En: Freeman Samuel (2002). *The Cambridge Companion to Rawls*. Cambridge University Press. Cambridge 2003.

²⁹ Braverman, Paula y Gruskin, Sofía. Defining equity in Health, Theory and Methods, J Epidemiol Community Health, No 57.2003 Página 25-258.

Los derechos humanos sustentan la búsqueda de que toda persona, independientemente de la situación de su grupo social, tenga oportunidades iguales para el logro de su salud.

2.1.2 Derechos, Equidad y Justicia distributiva

En la época antigua los principios morales que regían la sociedad estaban basados en la creencia de un orden natural justo. Cualquier acción encaminada a modificar dicho orden era considerada inmoral. En materia de justicia distributiva la escala social desigual constituía el orden natural que debía ser mantenido. En sentido estricto la distribución justa era aquella que lograba dar a cada cual lo que le corresponde, en función de su lugar social, no en función de la necesidad.

El principio de justicia distributiva aplicado a la salud se ha entendido históricamente de muchas maneras, casi todas presentes en el debate contemporáneo. En la perspectiva clásica aristotélica, aún hoy presente, se entiende lo justo como la adecuación de las decisiones humanas a la proporcionalidad natural. Si el orden natural es equilibrado en sí mismo, la decisión más justa será aquella que se orienta hacia la conservación o la restauración de tal equilibrio. En la perspectiva clásica, la desigualdad y la jerarquía social son naturales, derivadas de las capacidades y virtudes desiguales entre los miembros de la sociedad. De allí que no es deseable una atención igual para todos sino, por el contrario, proporcional al rango y la jerarquía de las personas.³⁰

La concepción clásica aristotélica perduró en occidente por más de 20 siglos, hasta el desarrollo del modelo liberal en el siglo XVIII, según el cual, lo justo no se deriva de la distribución natural, sino de la decisión moral derivada del contrato social. La justicia distributiva se entiende aquí como “libertad contractual”, en la medida en que los ciudadanos otorgan al gobernante el poder necesario para demandar de él la garantía de los “derechos naturales”, derivados de la condición humana. Según Locke, la garantía de los derechos a la vida, a la integridad física, a la libertad y a la propiedad sería la única justificación del poder del Estado. Ir más allá de esto sería atentar contra el contrato social constituyente.

En el siglo XVIII la declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, por parte de la Asamblea Nacional Francesa reafirma el pensamiento de Locke. Tal como lo ha sustentado Robert Nozick en el debate contemporáneo, siguiendo a Locke, la atención en salud de los pobres es un asunto de caridad y no de justicia, pues nadie puede pedir del Estado más que la garantía de la “justa adquisición” de bienes y servicios, en función del trabajo, de la compra o de la herencia. La atención médica se

³⁰ Gracia, Diego, Introducción a la Bioética. Edit. Buho, Bogotá. 1991

compra y se vende, pero no es un derecho, derivado del principio de justicia distributiva. Si se acepta que algunas personas no pueden comprar esos servicios porque no tiene suficientes recursos, cualquier provisión por otro o por el Estado se sustenta en el principio de beneficencia, que sustenta la caridad, no en la justicia.³¹

Para los autores liberales este planteamiento resulta insuficiente puesto que, por ejemplo, “no existe un derecho particular y específico a la asistencia sanitaria, sino un derecho genérico a la redistribución de una cierta riqueza”³².

Economistas como Adam Smith reconocieron que en ocasiones bienes como la educación y la salud se deben colocar fuera de la esfera del mercado y considerarse bienes meritorios, a fin de que todos los miembros de la sociedad accedan a ellos. Sin embargo no resuelven la contradicción resultante del hecho de que la labor médica esté vinculada a la economía de mercado y la salud de los pobres continúe a merced de la beneficencia.

Ante el resultado limitado de este esquema de los derechos y la crítica al liberalismo, surgen algunos tipos de igualitarismo, que refutan este enfoque.

a) El igualitarismo social que tiene en Marx y Engels sus mayores exponentes, argumenta que garantizar el derecho a la propiedad privada perpetúa las desigualdades, porque limita a la clase trabajadora el acceso a bienes y servicios. Una distribución equitativa es para Marx “a cada cual exigirle según su capacidad y darle según su necesidad”. En el caso de la salud, la enfermedad es la necesidad y la salud la capacidad, según esas condiciones deben ser redistribuidos los recursos.³³

b) Igualdad de en los resultados finales: el papel del Estado consiste en redistribuir los recursos de tal forma que los resultados de largo plazo sobre las personas sean iguales. No obstante, dicha perspectiva es fuertemente criticada porque no deja espacio a la iniciativa individual, a la superación personal y a la competencia.

c) Igualdad de recursos generales: Los precursores de esta teoría como Ronald Dworkin³⁴ propenden por garantizar a todas las personas o familias un determinado nivel de ingreso, para que los individuos le den la destinación que

³¹ Hernandez Mario. “Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas”. En: Restrepo, D.I. (Editor) *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Vicerrectoría Académica y Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia: 347-361. 2002.

³² Hayeck , Friederich von. Los fundamentos de la libertad, Barcelona, 1997, página 449-450.

³³ Párrafo adaptado de Gracia, Diego, Introducción a la Bioética. (iii)

³⁴ Citado en: Peter F, Evans T. *Dimensiones éticas de la equidad en salud*. (ix)

consideren oportuna y adecuada, pero han sido criticados por los que creen que los individuos quedan vulnerables frente a situaciones contingentes. “La justicia sólo requiere la igualdad de los recursos generales (por ejemplo oportunidad de ganancia económica, acceso a la educación). Una vez lograda la igualdad de recursos, dependerá de cada uno decidir como quiere utilizarlos”.³⁵ Igualmente puede ser criticada porque responsabiliza a los individuos por no aprovechar las oportunidades que les da la sociedad, o de no cuidar su salud, presuponiendo la existencia real de una igualdad de oportunidades para la utilización de esos recursos.

Por supuesto que, de una parte, todos los ciudadanos pueden ganarse la lotería, pero de otra, las condiciones de los niños en los barrios marginados se traducen en una desventaja real (desnutrición, deprivación psicoafectiva), aún para aprovechar el beneficio de la educación y otros recursos generales que brinda la sociedad.

2.1.3 La bifurcación de liberalismo: el utilitarismo y el liberalismo social

“El utilitarista indica que el sistema económico liberal produce y distribuye más riqueza, optimiza la asignación y la utilización de recursos escasos y coordina de forma espontánea los deseos y las capacidades de los participantes en el mercado”³⁶. La idea de utilidad consiste en la cantidad de satisfacción que proporciona una determinada asignación de bienes, dado un conjunto de preferencias individuales y condiciones que garantizan que la utilidad pueda ser maximizada. Esta idea desde la perspectiva microeconómica ha tenido gran aceptación, porque la utilidad se emplea para caracterizar preferencias individuales, pero para analizar la utilidad social, el utilitarismo recurre a sumar las utilidades individuales³⁷ y a partir de esta definición estructura su idea de bienestar social. Las implicaciones de este enfoque sobre la justicia distributiva son las siguientes:

- a) La regla de justicia, a la cual esta subordinada la distribución, es al concepto de utilidad marginal. La utilidad marginal indica la magnitud en que cambia la utilidad ante el incremento del consumo de una unidad adicional. Esta utilidad marginal se supone decreciente, es decir, cuanto mayor es el consumo menor es la utilidad marginal. De esta forma, según los principios distributivos del utilitarismo es equivalente proporcionar una unidad adicional a alguien con un bajo consumo que dar muchas unidades adicionales a alguien con alto nivel de

³⁵ Dworkin, Ronald 1981. *Justice in distribution of Health Care*, citado por Fabienne Peter y Timothy Evans, Dimensiones éticas de la equidad en salud. (xi)

³⁶ Capella, Francisco. Utilitarismo o el iusnaturalismo. Revista española y americana: la ilustración liberal. No9, septiembre de 2001.

³⁷ Algunos economistas como Jhon Hicks argumentan que las utilidades de diferentes individuos no pueden sumarse.

consumo a fin que la variación de la suma de las utilidades de todos los individuos de la sociedad se incremente.

- b) La importancia de la distribución para el utilitarismo es la eficiencia según el criterio de Pareto: asignación en la cual nadie pueda aumentar su utilidad si no es disminuyendo la de otro agente, es decir, que las asignaciones en mercado competitivo logran que no exista ni escasez y déficit en los mercados. Pero el criterio de Pareto es igual de óptimo con una distribución de los recursos igualitaria o con una extremadamente desigual.

En salud, una muestra lamentable de la visión utilitarista a ultranza nos la da el premio nobel de economía Elias Baker, en su artículo sobre el mercado de órganos³⁸. Baker considera útil y ético que los pobres vendan sus órganos en el mercado y mejoren sus ingresos de esta forma, al tiempo que considera un desperdicio que un jugador famoso de baloncesto done su riñón a un hermano.

En un intento por incorporar un criterio de equidad al modelo utilitarista, Jhon Harsanyi, en 1955, plantea la equidad como equiprobabilidad, en el cual “individuos racionales eligen la sociedad en la que quisieran vivir partiendo del hecho de que tienen igual probabilidad de ser cualquiera”³⁹. A pesar, que este planteamiento es considerado como preludio de la posición original de Rawls, fue duramente criticada porque, para superar el hecho que en la sociedad existen diversidad de opiniones, Harsanyi recurre a suponer que todos los individuos frente al riesgo eligen de la misma forma (*hipótesis de similaridad*).

“En la actualidad el utilitarismo es defendido como una doctrina moral y sus defensores afirman que los principios distributivos utilitaristas son principios justos”. Sin embargo, hay quienes argumentan que la teoría utilitarista en la cual la búsqueda del bienestar individual esta por encima del bienestar de los demás, es incompatible con alguna consideración ética.⁴⁰ ⁴¹ No obstante, este planteamiento abrió paso al liberalismo social, en el cual lo justo se prioriza frente a lo bueno, Rawls uno de sus precursores, crítica el pensamiento utilitarista y “plantea una teoría contractualista en la que los principios de justicia surgen por acuerdo entre los individuos en una situación hipotética (posición original) en la que estos desconocen el lugar que ocuparán en la sociedad (velo de la ignorancia)”.⁴²

³⁸ Baker Elias. *Introducing Incentives in the Market for Live and Cadaveric Organ Donations*. Organ Transplantation: Economic, Ethical and Policy Issues at the University of Chicago, May, 2003.

³⁹ Uribe López, Mauricio. *Economía del Bienestar y Justicia Distributiva*. Ética y Economía. Ed. Universidad Externado de Colombia. Compilador: Jorge Iván González. Julio de 2003.

⁴⁰ Fragmento adaptado de Dieterlen, Paulette. *Algunas consideraciones sobre Justicia Distributiva*. pag 74 (ix)

⁴¹ Dieterlen, Paulette. *Algunas consideraciones sobre Justicia Distributiva*. Revista de Teoría y Filosofía del Derecho. N° 2, abril 1995.

⁴² Op.cit (ix) página 233.

Para Rawls el bienestar social esta dado por la situación de los individuos en mayor desventaja de la jerarquía social, es decir, un incremento del bienestar social solo es posible si se garantizan y/o mejoran los bienes sociales primarios a los individuos en mayor desventaja. Plantea un ideal de sociedad como sistema justo de cooperación. El objetivo de la justicia social consiste en garantizar que las instituciones sociales, económicas y políticas básicas funcionen sin exclusiones⁴³. Surge entonces la perspectiva de la prioridad: “Lo que nos hace preocuparnos por las distintas inequidades no es la falta de equidad en sí, sino el problema identificado por el principio subyacente. Es el hambre del hambriento, la necesidad del necesitado, el sufrimiento del enfermo, etc. “Lo importante es que su hambre es mayor, su necesidad más imperiosa, su sufrimiento más doloroso y, por tanto, es nuestra preocupación por el hambriento, el necesitado, el sufriente, y no nuestra preocupación por la igualdad, lo que nos hace darles prioridad”⁴⁴

El enfoque de la prioridad, derivado del ideal rawlsiano de sociedad como sistema de cooperación justo, coloca el objetivo de la equidad en la esfera de la salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social.⁴⁵

Los bienes primarios sociales para Rawls son entendidos como los medios que permiten que cada persona la realización de sus planes, los bienes sociales incluyen entre otros libertades básicas, igualdad de oportunidades y derechos, ingresos y bases sociales para el respeto a sí mismo. Esta definición de bienes primarios ha sido criticada y complementada por el esquema de capacidades de Amartya Sen, quien argumenta que lo importante debe ser la libertad de realización de los logros, no los medios en sí mismos (bienes primarios). Es decir, más allá de los logros lo que debe garantizarse es que las personas desarrollen las capacidades o posibilidades de realización de dichos logros.

Las ideas de Rawls y Sen son complementarias en la medida en que los bienes primarios son necesarios pero no suficientes, a pesar de garantizar que las personas tengan acceso a ellos, ser requiere que también tengan la “capacidad” de convertir los mismos bienes en realizaciones, aunque tengan metas u objetivos diferentes.

Este esquema de capacidades y realizaciones, específicamente aplicado al campo de la salud, busca argumentar que la sociedad justa debe garantizar unos niveles mínimos de asistencia sanitaria y permitir el buen estado de la salud para todos los individuos. En sentido estricto, la economía del bienestar, que sustentó la expansión de los

⁴³ Peter Fabienne y Evans Timothy, Dimensiones éticas de la equidad en salud En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).

⁴⁴ Joseph Raz 1986 The Morality of Freedom, citado por Fabienne Peter y Timothy Evanas (x)

⁴⁵ Opus cita (x)

Estados nacionales para garantizar los derechos ampliados de ciudadanía, se basa en la idea de que para ejercer la libertad se requieren condiciones y medios materiales garantizados por la organización social, como deberes del Estado y derechos ciudadanos.

2.1.4 A modo de conclusión:

La medición de las desigualdades entre grupos sociales versus la valoración ética o del cumplimiento de derechos.

El valor normativo ¿Valor ideal alcanzable o valor mínimo asegurable?

Independientemente del concepto de equidad social, de igualdad, de moral, de ética o de filosofía política que se maneje, toda sociedad fija unos valores éticos o normativos y unos derechos mínimos para los ciudadanos. Éste es un resultado histórico de cada sociedad, en el marco de relaciones de poder y de desigualdad del ordenamiento mundial, de manera que no se podría entender como una opción racional colectiva, como parece ser el planteamiento de la “posición original” de Rawls.

Los derechos, por otra parte, si bien se establecen jurídicamente o adoptan en cada país en un periodo determinado, no se derivan de la legislación nacional e internacional: *“Los derechos humanos pueden ser vistos como demandas primordialmente éticas. Ellos no son mandatos principalmente ‘legales’, ‘proto-legales’ o ‘legales-ideales’. Aunque los derechos humanos puedan, y con frecuencia lo hacen, inspirar la legislación, éste es un hecho posterior, más que una característica constitutiva de los derechos humanos”*.⁴⁶

Sin embargo el problema con la formulación de los derechos es su gran generalidad. Si bien el valor normativo es el referente en la formulación general del derecho, el valor ideal alcanzable, el derecho se lleva a obligación tangible del Estado tan sólo sobre unos mínimos, que constituyen la “norma”.

La formulación de los mínimos (y en última de los derechos sociales limitados) parte de la premisa de que ese ideal alcanzable es tan sólo una meta que se logrará progresivamente en función del esfuerzo de una sociedad o país a través del tiempo (derechos progresivos), pues no se reconocen (o se niega implícitamente) que las desigualdades entre ciudadanos o entre grupos son consecuencia de la estructura de relaciones sociales, que condiciona la posición de unos y otros en la escala económica y social.

⁴⁶ Sen Amartya 2004. Elements of a Theory of Human Rights. Philosophy and Public Affairs. Blackwell Publishing inc. 2004.

Se dibujan las desigualdades e injusticias como un supuesto “camino al desarrollo” que unos han alcanzado y otros aún no (están en vías de). En este punto comienzan a ser “norma” grandes diferencias e injusticias (que sólo el tiempo solucionará) y el derecho determina apenas el máximo de rezago aceptable o permitido.

Pero la ética impone límites a la organización social. Aunque una sociedad, considere como “normales” y por tanto en algún grado “norma” grandes desventajas y niveles de exclusión social, estos valores serán cuestionados en función del espacio y el tiempo. Si la sociedad fija unos valores diferentes de los reconocidos internacionalmente y unos derechos inferiores a sus ciudadanos, estos resultarán siempre cuestionados.

“No puede ser considerado “normal” y por tanto “no modificable” en una sociedad, lo que era y ya no es aceptable por otras. Los valores éticos y morales se modifican con el tiempo y con los cambios sociales en un mundo global. Por ello el racismo, la esclavitud, el sometimiento de la mujer, etc, que fueron aceptables en un tiempo no lo son ya. Igual sucede con la desnutrición de los niños, la inasistencia sanitaria, la insalubridad ocupacional, etc..

La construcción de los derechos es por tanto un proceso dinámico, constituye un permanente proceso de transformación social a través de la historia. Cada bien o servicio que unos hombres logran es deseado por otros, por ser posible en ciertas condiciones. (el alfabetismo, la vivienda propia, el agua potable, la televisión o el teléfono celular). Igual sucede en servicios de salud (vacunas, acceso a especialista, acceso a tomógrafo o posibilidad de diálisis o trasplante).

En este sentido la sociedad construye día a día nuevos valores normativos en el sentido de ideales a alcanzar en términos de calidad de vida o salud. La “normativa” de referencia puede identificarse como el mejor de los resultados observados, o el máximo biológico posible, contra los cuales se comparan el resto de los individuos, grupos o países. De esta forma la esperanza de vida superior o la mortalidad infantil inferior, alcanzada en unos países, se torna referencia normativa para los demás.

La desigualdad en el acceso a bienes o servicios (u oportunidades) constituye desigualdad social. Tal desigualdad se mide ineludiblemente por la sociedad sobre una escala ética. Si la sensibilidad ética sobrepasa ciertos límites, se hace un llamado en términos de derechos, es decir se modifica el valor normativo por vía de una nueva norma legal y se erige un nuevo derecho.

No es preciso coincidir con Rawls en el principio de “la justicia como imparcialidad”, ni dar por sentada posición original de igualdad correspondiente “al estado de la naturaleza en la teoría tradicional del contrato social”⁴⁷. Tal situación hipotética no

⁴⁷ Rawls John, 1971. Teoría de la Justicia. Fondo de Cultura Económica. Segunda Edición en español. Cuarta reimpresión 2003.

parece necesaria, pues nunca los acuerdos sociales ni las leyes que regulan los derechos ciudadanos han sido construidos en situaciones de igualdad práctica. “Todos los derechos han evolucionado en función de las circunstancias y bajo la presión de intereses”,⁴⁸

Resulta mucho más claro entender que siempre se parte de la desigualdad. Analizar las desigualdades entre grupos sociales supera la generalidad de la formulación de los derechos ideales o la aceptación ideológica y política de los derechos mínimos, al tiempo que aparta el análisis de la subjetividad ética para ubicarlo en mediciones objetivas sobre muchos aspectos de calidad de vida y salud que no siempre han sido contemplados por las normas y los derechos. La valoración ética debe hacerse con posterioridad al análisis de las desigualdades o en sentido transversal a la medición de estas, para determinar cuales son injustas y cuales no.

Es importante en este punto entender que la ley y la justicia en términos del derecho positivo siempre tienen tres preocupaciones:⁴⁹

- Una preocupación utilitaria: se trata de permitir que la vida social se desarrolle sin demasiados tropiezos. La preocupación regulatoria necesaria para el ordenamiento social, para que no reine la ley de la selva y los diferendos entre ciudadanos no se solucionen simplemente mediante la ley del más fuerte.
- Una preocupación filosófica y moral: donde se incluyen las ideas de equidad, de los derechos de los ciudadanos, la preocupación por los excluidos, los valores morales y religiosos.
- Una preocupación justificatoria, para asegurar privilegios que se han constituido inicialmente como hechos, mediante su formulación legal.

Desde el punto de vista del derecho positivo todo acuerdo social, toda ley, es el producto de una negociación entre los intereses económicos y los intereses sociales, e implica relaciones de poder en una sociedad concreta. Esta negociación fue especialmente visible y relevante en Colombia en la Constitución de 1991, donde a cambio de permitir el ingreso de los intereses económicos en el sector social, tradicionalmente en manos del Estado, se formularon unos derechos mínimos para los ciudadanos colombianos.

⁴⁸ Derecho y legislación. Enciclopedia Temática Argos Tomo 13 |Ciencias Sociales (I). Editorial Argos, Barcelona. 1970

⁴⁹ Opus cita Derecho y legislación (xiv)

2.2 El Derecho a la salud y la seguridad social

Existe en general gran dificultad en la comprensión del derecho a la salud. ¿De que hablamos cuando mencionamos este derecho. Del derecho a....

- Crecer y desarrollarnos sanos, desarrollar capacidades (potencial)?
- lograr la mayor expectativa de vida posible con las mayores capacidades posibles?
- Recibir asistencia médica cuando la requerimos?
- Acceder a la última tecnología médica?
- Conocer la forma adecuada de proteger la salud y evitar riesgos?
- Tener una organización social que nos proteja de las enfermedades transmisibles (vacunas, normas sanitarias).?
- Tener un sistema de protección social que nos garantice un sistema de financiamiento y provisión de servicios que permita superar las barreras financieras?
- Tener un trabajo saludable?
- Disfrutar de un completo bienestar social?

¿O quizás a todas las anteriores, con sus importantes subtemas y particularidades y quizás otras más que pueden quedar aún por fuera de la lista?.

“Cada vez que se toca el tema de la equidad en salud, se tiende a considerar como aspecto fundamental el acceso a la asistencia sanitaria. De la misma forma la bioética tiende a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de salud”⁵⁰.

Es prácticamente imposible abordar el tema de igualdad en el derecho a la salud, en los términos de la inasible definición de la Organización Mundial de la Salud, de la salud como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, como resulta por otra parte estrecho el concepto de ausencia de enfermedad para este propósito, es decir hablar de salud en términos negativos.

⁵⁰ Opus cita Dimensiones éticas de la equidad en salud (x)

2.2.1 Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades

Una definición normativa de salud en la línea del pensamiento de Canguilhem permite entender la salud como **el desarrollo de las capacidades y las potencialidades** del cuerpo humano, (la capacidad respiratoria, la capacidad cardiovascular, la capacidad neuromuscular, la capacidad inmunológica, la capacidad visual, la capacidad digestiva, la capacidad afectiva, la capacidad intelectual, la capacidad sexual, etc.) desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. Así mismo **la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto**, gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico.⁵¹

Con una definición de salud en términos positivos pero medibles, es posible plantear el derecho desde la perspectiva individual y de la organización social.

- El derecho de cada ciudadano a unas condiciones de vida adecuadas para poder contar con una buena salud y por otra
- El derecho a que la organización de la sociedad responda a las necesidades de salud de todos los ciudadanos

El primero se puede dividir en

- El derecho de cada niño a unas condiciones de vida que le permitan desarrollarse sano y crecer con las mayores capacidades posibles
- El derecho de cada ciudadano joven y adulto a unas condiciones de vida y trabajo saludables que lo protejan de los riesgos de enfermedad, lesión, incapacidad o muerte.

El segundo se puede dividir en

- El derecho de cada ciudadano a una atención médica en las mejores condiciones tecnológicas, de calidad y respecto a sus derechos.
- El derecho de cada ciudadano a ser informado sobre los riesgos para su salud y educado en las formas de prevención y cuidado de la salud.

Planteados en términos de derechos estos aspectos, parecería suficiente señalar que el derecho debe ser universal y que la equidad o inequidad se establece respecto al logro de estos derechos. (valor normativo ideal)

⁵¹ Martínez Félix “Aportes a la Discusión sobre el concepto de Salud y Enfermedad”. Revista Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Volumen 11, No. 1 Junio 1988.

Por otra parte, desde el punto de vista colectivo, los derechos se pueden plantear igualmente como obligaciones del Estado. En este caso el Estado, para lograr una situación de equidad, debe procurar una acción más intensa hacia los grupos más desaventajados.

Como quiera que se relaciona la desventaja social con un mayor riesgo, es necesario introducir el término de vulnerabilidad. Vulnerabilidad se define como la condición que determina una mayor probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza y/o una menor capacidad de enfrentar un riesgo. En este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentarlo.

Ya que el riesgo aumenta con la vulnerabilidad, las familias que tienen activos (físicos y humanos) que las hacen menos vulnerables, reducen la probabilidad de estar en una peor situación relativa.

La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes, como la ancianidad, la discapacidad o la pobreza estructural; o deberse a condiciones transitorias, como la dependencia durante la niñez, el desplazamiento forzoso o la caída drástica de ingresos por crisis económica.

El criterio de vulnerabilidad producto de una enfermedad grave como el SIDA ha sido esgrimido por la Corte Constitucional en sentencias de tutela para cuestionar al SISBEN por no tenerlo en cuenta a la hora de seleccionar los beneficiarios para subsidios en salud. En síntesis, dos pobres no son iguales si uno además de ser pobre está incapacitado. O lo que es igual, dos discapacitados no son iguales si uno es pobre.

El criterio de vulnerabilidad llama a una acción por tanto de discriminación positiva hacia quienes no pueden competir por bienes y servicios en la economía de mercado en condiciones de igualdad.

De tal modo, la función del Estado para garantizar igualdad en el derecho podrían reacomodar los puntos antes señalados en términos de obligaciones.

- La obligación de garantizar unas condiciones mínimas a todos los niños, especialmente en los grupos más desaventajados para que logren desarrollarse sanos y plenos de capacidades y puedan competir en el mercado de trabajo en condiciones de igualdad. “
- La obligación de garantizar unas condiciones de vida y de trabajo que conserven la salud de los ciudadanos, especialmente de aquellos más expuestos a los riesgos del ambiente y el trabajo.
- La obligación de organizar un sistema de protección social, seguridad social y salud que garantice a todos los ciudadanos el acceso a una atención médica en las mejores condiciones tecnológicas, de calidad y respeto a sus derechos. Con

especial atención a las poblaciones con barreras geográficas, económicas, culturales o de otra índole para el acceso al servicio.

- La obligación de organizar un sistema de protección social y salud capaz de prevenir y controlar los riesgos de salud pública más frecuentes. Con especial énfasis en los grupos en mayor riesgo de enfermar y morir.

Sin embargo, aun con este desarrollo, tal perspectiva del derecho conlleva ineludiblemente el problema de la generalidad en la formulación del valor normativo ideal y la trampa de los derechos progresivos o servicios mínimos que se deben garantizar a los ciudadanos, entre tanto las metas resultan alcanzables en función del tiempo (los más vulnerables, los más pobres, focalización, etc).

2.3 *El enfoque de equidad en salud propuesto al Observatorio de Equidad*

Con base en el marco conceptual revisado, el enfoque propuesto al Observatorio parte de las siguientes premisas:

1- Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud.

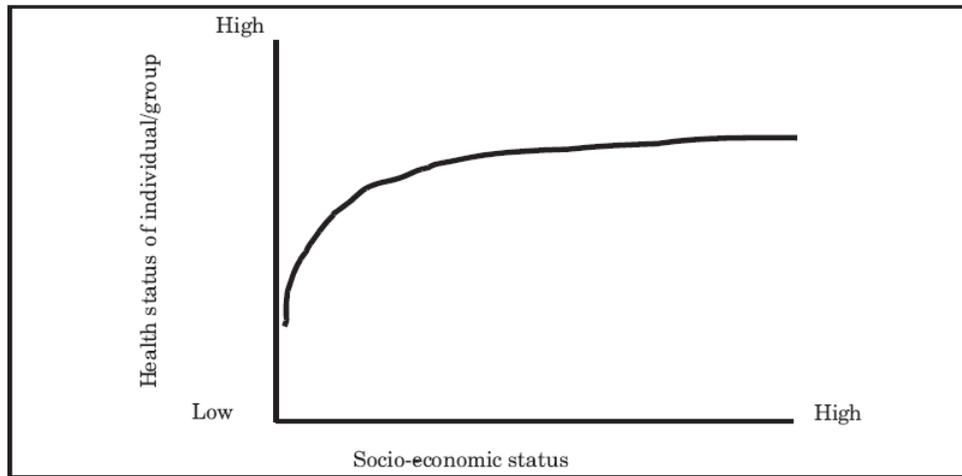
Es posible relacionar las desigualdades sociales con las desigualdades en salud

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 las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas.⁵²

⁵² Wagstaff Adam.2002. *Poverty and health sector inequalities*. Bulletin of the World Health Organization 2002;80:97-105.

Figura 2-1

Figure 1: Relationship of health status to SES



Fuente. Reducing Health Disparities –Roles of the Health Sector⁵³:

2- La Inequidad en salud es fundamentalmente el reflejo y la consecuencia de la Inequidad social

“En otras palabras, 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”⁵⁴

“Los gradientes sociales de salud están presentes en todos los países del mundo y no sólo en las sociedades “ricas”.⁵⁵

“La ubicuidad, tanto en el tiempo como en el espacio, del patrón observado de vinculación sistemática de una peor salud y una esperanza de vida más corta se asocia con posiciones sucesivamente más bajas en cualquier sistema de estratificación social”.⁵⁶

⁵³ *Reducing Health Disparities –Roles of the Health Sector*: Discussion Paper. Prepared by the Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. *Canadá December 2004*

⁵⁴ Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth. *Introducción* En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).

⁵⁵ Diderichsen Finn, Evans Timothy y Witehead Margaret. *Bases sociales de las disparidades en salud*. En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).

⁵⁶ MacIntyre S. *Social Inequalities and health in the contemporary World*. (citado por xix)

Para mayor claridad en este punto existe algún grado de dificultad con la apreciación que define inequidad en salud como desigualdades en materia de salud “injustas e innecesarias y evitables”:

“La expresión inequidades en materia de salud se refiere a las disparidades sanitarias de un país determinado” y entre zonas de dicho país “...que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (es decir: que no son ni inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen.”⁵⁷

La dificultad reside fundamentalmente en que se podría interpretar por este camino que las diferencias sociales son “normales”, pero que arrojan resultados injustos sobre los individuos (suerte o vulnerabilidad). Y no que una organización social injusta produce resultados correspondientes a dicha estructura de injusticia. Se podría interpretar en el mismo sentido que las inequidades en salud se pueden solucionar (evitar) sin modificar en absoluto las estructuras de inequidad social que las generan.

Aunque, por otra parte, se podría interpretar como el llamado a identificar la evitabilidad como criterio de justicia, que llama a la sociedad y al Estado a considerar ciertas desigualdades en salud como injustificables. Resultados por lo tanto intolerables, cuya superación constituye una necesidad social.

3- Interesa por tanto en el análisis de equidad la búsqueda de Desigualdades en salud asociadas a ventajas o desventajas sociales o atribuibles a diferencias en la condición o posición social.

Concordamos con Braveman⁵⁸ en que la equidad en salud puede ser definida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales claves) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales.

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 poblaciones⁵⁹.

⁵⁷ Krieger, Nancy. *Glosario de epidemiología social*. En: OPS- OMS. Boletín epidemiológico Volumen 23 Número 2 Junio de 2002. Página 10.

⁵⁸ Opus cita (ii) Definiendo Equidad en Salud

⁵⁹ OPS. *La situación de salud en la región de las Américas*. Informe Anual del Director. Washington. 1998.

4- La valoración ética debe quedar en el campo de la justicia o injusticia de las relaciones sociales o inequidad social (determinante)

Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas.⁶⁰

Si bien llamamos injusticias a los resultados “dolorosos” de la injusticia social, no se corrigen las injusticias luchando contra ellas sino contra la estructura social que las genera. En este sentido, por ejemplo, no se trata de “luchar contra la pobreza”, sino contra la estructura social que la determina.

La inequidad no está en la desnutrición sino en la sociedad que establece una posibilidad desigual o unas barreras (injustas) para el acceso a los alimentos.

2.3.1 Análisis de desigualdades

El término “*desigualdad*” hace referencia, como se señaló, 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.⁶¹

Es claro que existen muchas desigualdades en salud. La edad, el género, condiciones biológicas o geográficas se traducen naturalmente en desigualdades en salud.

Hablar de desigualdad, sin embargo, no es lo mismo que hablar de inequidad; esta última incorpora en su concepto el valor de justicia. Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas.

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 inequidades en salud⁶²

El observatorio deberá entonces analizar las desigualdades en salud a la luz de las condiciones sociales injustas o inequitativas que las generan y no a partir de presuponer la injusticia previa de tales desigualdades.

⁶⁰ Opus cita OPS (xx) La Situación de Salud en la Región de la Américas

⁶¹ Opus cita OPS (xx) La Situación de Salud en la Región de la Américas

⁶² Opus cita OPS (xx) La Situación de Salud en la Región de la Américas

2.3.2 Análisis de inequidades en salud o del efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la salud

El análisis de equidad/inequidad en salud se concreta entonces en evidenciar que una condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social o la exclusión del mismo. Por sus características, el análisis de inequidades se realiza en función de variables que expresan el orden social y que permitan hacer (a posteriori) un juicio de valor sobre el carácter injusto de las diferencias y el origen de las mismas.

Figura 2-2

Key points

- A definition of equity in health is needed that can guide measurement and hence accountability for the effects of actions.
- Health equity is the absence of systematic disparities in health (or its social determinants) between more and less advantaged social groups.
- Social advantage means wealth, power, and/or prestige—the attributes defining how people are grouped in social hierarchies.
- Health inequities put disadvantaged groups at further disadvantage with respect to health, diminishing opportunities to be healthy.
- Health equity, an ethical concept based on the principle of distributive justice, is also linked to human rights.

Fuente: Defining equity in health. P Braveman, S Gruskin (ii)

Traducción. “Puntos clave: -Una definición de equidad en salud es necesaria para guiar la medición y, desde allí, el seguimiento (o la contabilidad) de los efectos de la acción. – Equidad en salud es la ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o en sus determinantes sociales) entre grupos sociales más o menos aventajados. – Ventajas sociales significa bienestar, poder y/o prestigio, los atributos que definen cómo la gente se agrupa en jerarquías sociales. – Las inequidades en salud coloca a los grupos desaventajados en consecuentes desventajas respecto de la salud, disminuyendo las oportunidades de ser saludable. – La equidad en salud, un concepto ético basado en el principio de justicia distributiva, está también ligada a los derechos humanos.

2.4 Variables de exclusión social (desventaja social) para el análisis de inequidad

La OPS señala: *Se han sugerido como características recomendables de un indicador de inequidad las siguientes: 1) que refleje la dimensión socioeconómica de las inequidades en salud, es decir, que estas estén sistemáticamente relacionadas con el estado socioeconómico; 2) que refleje la experiencia de la población en su conjunto, es decir, que el indicador use la información disponible de todos los grupos de la población, y 3) que sea sensible a los cambios en la distribución y tamaño de la población a lo largo de la escala socioeconómica.*⁶³

El análisis de inequidad se centra fundamentalmente en aquellas variables que permiten medir la exclusión social en un país. En Colombia, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional y el estrato, nivel o condición del hogar parecen ser las más indicadas.

Se puede afirmar que Colombia las diferencias raciales, religiosas o de sexo han generado igualmente inequidades, pero resulta claro que no tanto como en Sudáfrica, Israel o Afganistán, respectivamente. En este punto es necesario “priorizar” las que generan más inequidad en Colombia.

Exclusión social en Colombia

Según el Departamento Nacional de Planeación, “A pesar de las diferencias en los enfoques, para tratar de explicar la exclusión social, parece existir un punto de acuerdo: la educación interviene en la exclusión a través del mercado laboral. Sin embargo, la educación puede intervenir de formas diferentes. La persistencia de elevados niveles de desigualdad y de pobreza en América Latina está altamente determinada por el limitado y desigual acceso al capital humano, en particular a la educación”.⁶⁴

La exclusión social es entonces concebida a partir de las relaciones existentes entre mercado laboral y educación, y guarda una estrecha relación con la inequidad en el ingreso.⁶⁵

La exclusión social en Colombia tiene una estrecha relación con la inequidad en el ingreso. La referencia más importante a este respecto es forzosamente el libro “La

⁶³ Opus cita OPS La Situación de Salud en la Región de las Américas (xx)

⁶⁴ Sanchez Fabio (Compilador) “La Distribución del Ingreso en Colombia”. Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico TM Editores en coedición con el DNP 1998

⁶⁵ Opus cita El Desempeño de la Economía y la Desigualdad (xii)

Distribución del Ingreso en Colombia”, donde Mauricio Cárdenas y colaboradores afirman que “de hecho, cuando se comparan las mediciones de desigualdad colombianas con la evidencia internacional, Colombia emerge como uno de los países con mayor desigualdad en Latinoamérica; de hecho, ésta es la región con mayor desigualdad en el mundo”.⁶⁶

En consecuencia, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional y la posición social (condiciones de vida estimadas por distintas medidas e índices como estrato, ICV, SISBEN) parecen ser las variables más importantes para clasificar las desigualdades y desventajas sociales en nuestro país y por tanto deben ser la referencia obligada para su relación con las condiciones de salud.

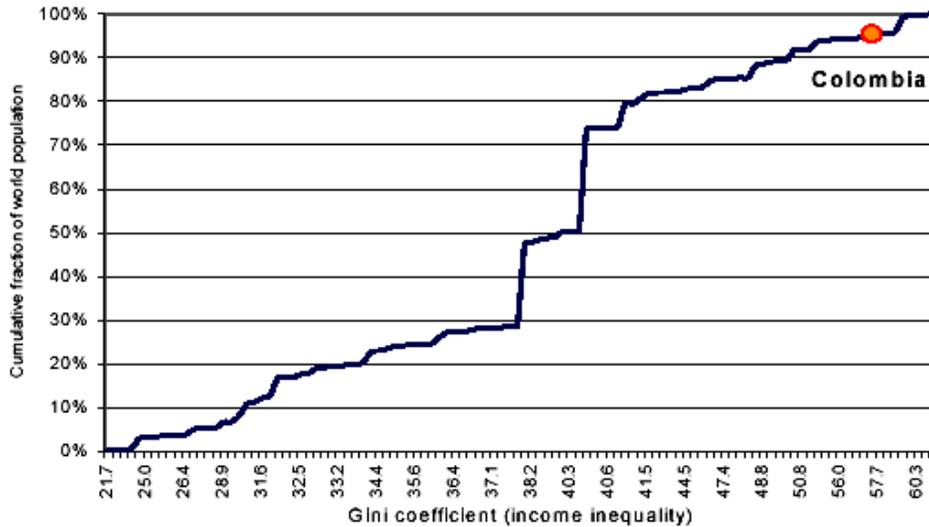
Adicionalmente, es necesario señalar que hay sociedades más desiguales que otras. “Cuando se comparan las mediciones de desigualdad colombianas con la evidencia recolectada en otros países, Colombia emerge como uno de los países con mayor desigualdad en Latinoamérica; de hecho, ésta es la región con mayor desigualdad en el mundo”⁶⁷ (desde la perspectiva de las diferencias en el ingreso entre quintiles o deciles). (figura 2.3.)

⁶⁶ Opus cita El Desempeño de la Economía y la Desigualdad (xii)

⁶⁷ Cardenas Mauricio. Capítulo 3 “El Desempeño de la Economía y la Desigualdad” En “La Distribución del Ingreso en Colombia” Fabio Sánchez Torres (Compilador). Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico TM Editores en coedición con el DNP 1998

Figura 2-3

Figure 1. Colombia's Inequality in the International Context, 1999



Source: World Bank Tables, 2002.

2.5 Áreas de medición del impacto en salud de las desigualdades sociales

Propuestas en este campo

La OMS recomienda que se otorgue la máxima prioridad a las investigaciones centradas en cinco áreas generales⁶⁸:

- Los factores y procesos mundiales que afectan a la equidad sanitaria y/o limitan las posibilidades de los países para corregir las desigualdades en salud dentro de su territorio;
- Las estructuras y las relaciones sociales y políticas que afectan diferencialmente a las oportunidades de la gente de conservar la salud en una sociedad determinada;

⁶⁸ OMS. *Priorities for research to take forward the health equity policy agenda*. WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health, 1 & the WHO Equity Team 2. Bulletin of the World Health Organization 2005;83:948-953.

- Las interrelaciones entre factores a nivel individual y social que aumentan o disminuyen la probabilidad de lograr y mantener una buena salud;
- Las características del sistema de atención de salud que influyen en la equidad sanitaria, y
- Las intervenciones normativas que reduzcan eficazmente las desigualdades en salud en las cuatro primeras áreas.

Un reciente informe del Banco Mundial⁶⁹ sobre prioridades en control de enfermedades en países en desarrollo señala que para estudiar la inequidad en salud deben tenerse en cuenta:

- Patrones de inequidad en el Estado de Salud
- Patrones de inequidad en provisión de servicios de salud
- Patrones de inequidad en exposición a riesgos

El grupo sueco de investigación⁷⁰ en el campo recomienda las siguientes prioridades.

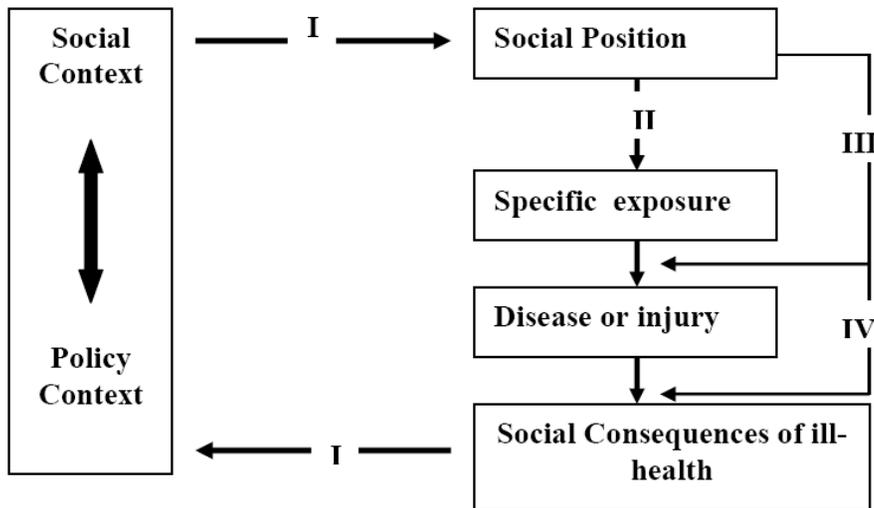
- Estratificación social (posición social)
- Exposición diferencial a riesgos
- Vulnerabilidad diferencial
- Mala salud debida al Diferencial social

Cuyo esquema básico se representa a continuación

⁶⁹ Disease Control Priorities in Health. The Worl Bank, Oxford University Press Washington 2006.

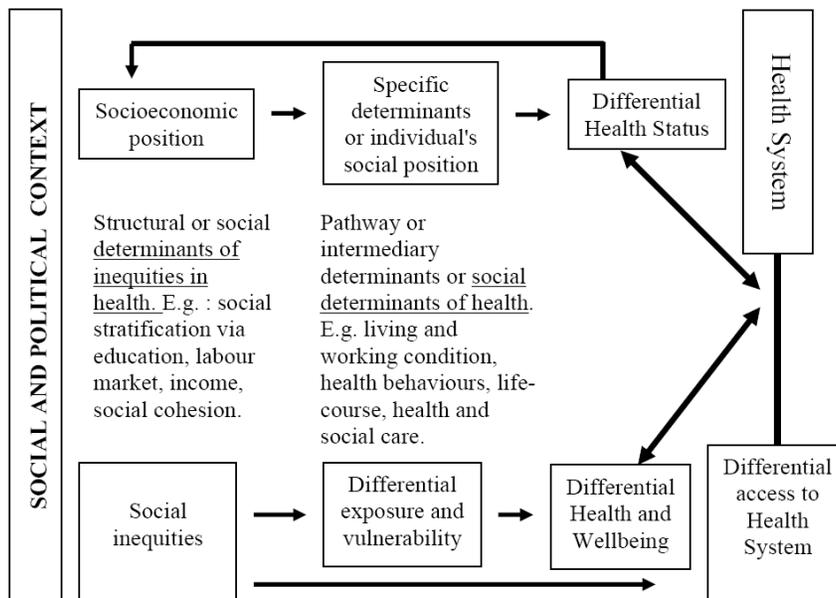
⁷⁰ Opus cita *Bases sociales de las disparidades en salud.* (xviii)

Figura 2-4



Por su parte la Comisión sobre determinantes sociales en salud de la OMS⁷¹ propone como síntesis el siguiente esquema de análisis,

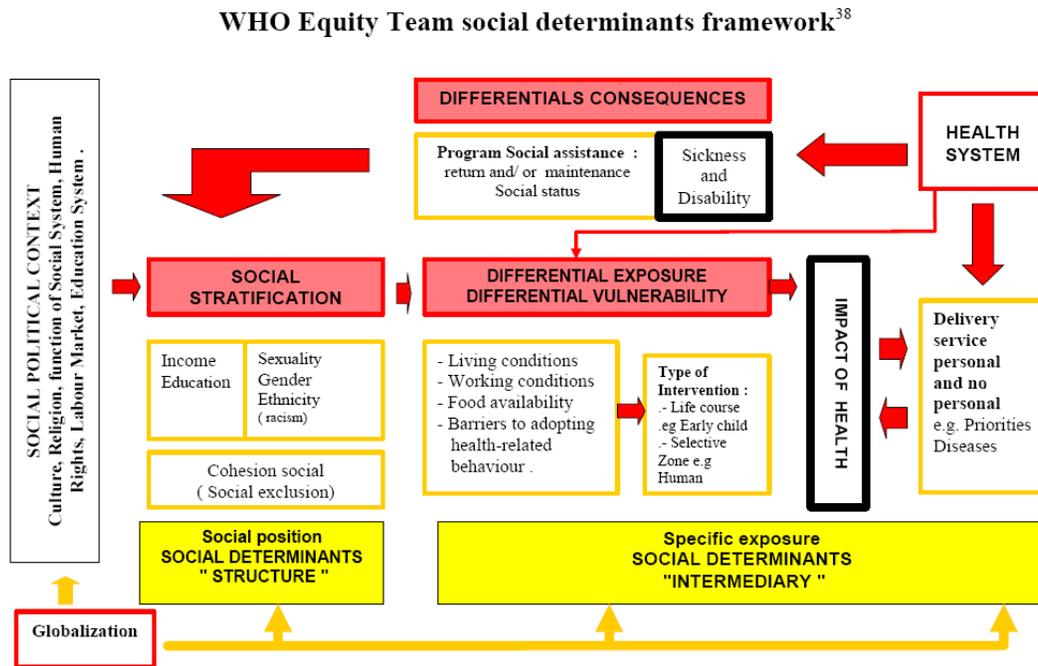
Figura 2-5



⁷¹ OMS Commission On Social Determinants Of Health. *Towards a conceptual framework for Analysis and Action on The Social Determinants of Health* Discussion Paper for The Commission On Social Determinants Of Health Draft. 5 May 2005

Y finalmente propone el siguiente esquema conceptual

Figura 2-6



2.6 Conclusión:

Analizadas las distintas propuestas y con base en el desarrollo previo sobre los conceptos de salud y derecho a la salud, se proponen para el Observatorio las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social.

- Oportunidades desiguales de salud
- Exposición desigual a riesgos
- Respuesta desigual de la sociedad
- Resultados desiguales a largo plazo

La **primera premisa** de esta propuesta es que la posición social (Índice de Calidad de Vida, estrato, SISBEN), junto con el ingreso, el nivel educativo y la posición

ocupacional, son los clasificadores de las diferencias o desventajas sociales y definen por tanto los grupos objetivo para comparar la situación de salud enfermedad de estos cuatro grupos o áreas de medición del fenómeno salud-enfermedad.

Es decir que las oportunidades en salud, o las exposiciones a riesgos o la respuesta de la sociedad, y finalmente, los resultados de salud a largo plazo, deben compararse (para buscar desigualdades) entre los diferentes estratos, niveles educativos, deciles de ingreso o diferentes posiciones ocupacionales.

Constituyen pues estas cuatro variables de ventaja o desventaja social, definidas como las marcadoras en el país, siempre el denominador del análisis, mientras que las cuatro áreas conforman los numeradores, para la búsqueda por ejemplo de tasas diferenciales.

El gradiente social (contemplado en todos los esquemas como inicio o base del análisis de equidad), debe ser el campo de medición de las variables de salud enfermedad, en busca de desigualdades, y no una variable más de análisis.

La segunda premisa es que se separan los indicadores de resultados desiguales de salud (de largo plazo), como expectativa de vida, mortalidad temprana, etc, de los indicadores que señalan un riesgo inmediato de daño en salud. La razón es considerar las desigualdades en los resultados de salud de largo plazo un resultado **acumulado** de las desigualdades en las tres áreas anteriores: oportunidades de salud, exposición diferencial al riesgo y respuesta diferencial de la sociedad.

Por esta misma razón, el área de oportunidades desiguales en salud está separada en esta propuesta de los resultados desiguales a largo plazo. A diferencia de otras propuestas consideramos que el área de oportunidades se refiere a la posibilidad de construir salud y no se debe mezclar con los resultados finales. Esta diferenciación está esbozada en algunas propuestas y no es clara en otras.

Es evidente que la situación nutricional precaria de un niño aumenta su probabilidad de muerte temprana, pero en la mayoría de los casos tan sólo deja una huella de no salud, de falta de **desarrollo de las capacidades y las potencialidades** del cuerpo humano, que limita y coloca en desventaja a estos individuos para la vida en sociedad, además de aumentar sus riesgos y posibilidades de enfermedad. Por tanto esta medición en la construcción de la salud amerita una mirada independiente de aquella negativa en términos de menor expectativa de vida o mortalidad temprana, que sólo nos muestra el resultado final de algo que ya empezó con serias diferencias y desventajas.

La tercera premisa es que se acepta el área de análisis clásica y evidenciada en todas las propuestas sobre la exposición desigual a riesgos. Sin embargo, cabe aclarar

que por exposición desigual al riesgo entendemos no sólo las exposiciones relacionadas con el trabajo o incluso con la vivienda, el barrio, las condiciones sanitarias, el espacio público o el transporte, sino también aquellos relacionados con los comportamientos, la violencia, la cultura, para ser analizados en los campos de medición de la posición social, ventaja o desventaja social.

La cuarta premisa es que se incluye el término respuesta desigual de la sociedad para el área aceptada en todas las propuestas conocidas que incluye respuesta desigual 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.

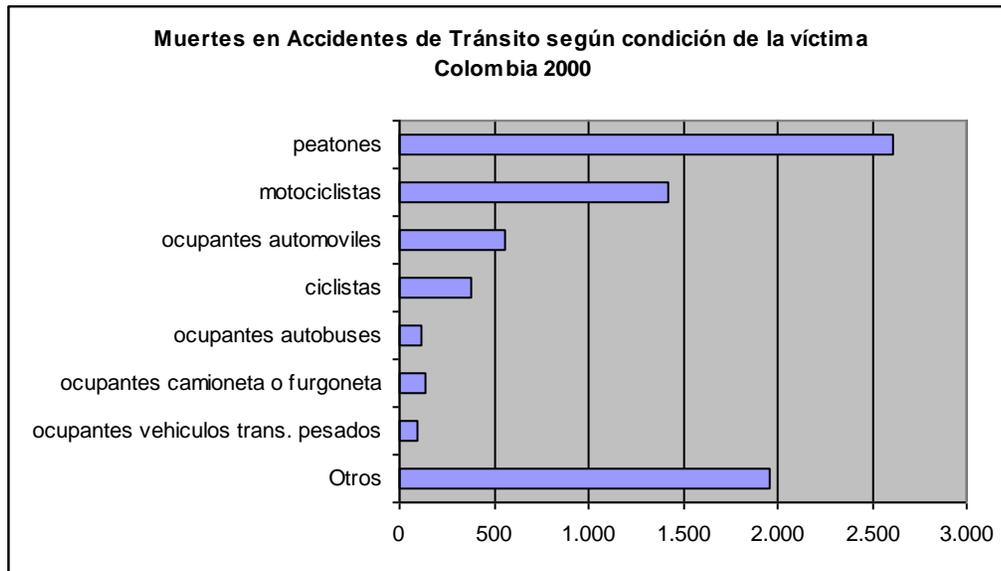
2.6.1 Relaciones entre posición social, exposición diferencial a riesgos y efectos. Recomendación para el análisis de inequidades.

La relación entre posición social y un determinado efecto en salud no es una relación directa, sino que está mediada por causas próximas o riesgos específicos. Sin embargo es posible evidenciar que tanto el efecto en salud como la causa próxima o riesgo específicos tienen relación con la posición social.

Para el 2000 la mortalidad por accidentes de tránsito en Colombia, según el tipo de víctima, evidenció que los peatones representan el mayor número de muertos, seguidos de los motociclistas. En porcentaje, los peatones representan un 35,8% y los motociclistas un 19,5%. Estas proporciones se mantienen relativamente estables, dado que para el 2002, el CNRV confirma que el 39% de los accidentes mortales involucraron peatones atropellados y el 19% motociclistas. Para el 2003 el 38.2% de las muertes correspondieron a peatones, y las muertes de motociclistas alcanzaron el 21.1%. Igualmente, las cifras del Centro Nacional de Referencia sobre la Violencia confirman que la motocicleta es el vehículo más peligroso y que está involucrado en el 39,2% de los accidentes mortales para el 2003. En el 2003, en 4 de cada 10 accidentes mortales de tránsito, estuvo comprometida una motocicleta y en 2 de cada 10 un automóvil.

Hasta aquí no se encuentra relación con la ventaja o desventaja social en los informes sobre accidentalidad. Sin embargo, puede evidenciarse que los riesgos relacionados con el transporte son distintos según el ingreso o el estrato. El riesgo de morir como peatón o en moto muestra un gradiente social y el riesgo de morir en un vehículo particular o avión otro, aunque los dos primeros correspondan a los menores quintiles de ingreso y los dos segundos corresponda a los quintiles superiores.

Figura 2-7



Fuente: Instituto de Medicina legal. Centro Nacional de Referencia para la Violencia.

Aunque pudiera encontrarse una relación significativa entre el nivel de ingreso y las muertes en motocicleta, esta información evidenciaría desigualdades pero no constituiría de por sí una inequidad en el resultado en salud. Se podría señalar simplemente que los deciles de ingreso más bajos acostumbran transitar en estos vehículos de mayor peligro (mayor tasa de lesiones y muertes por kilómetro) y se podría mostrar adicionalmente que también los deciles de ingreso más altos presentan una tasa de mortalidad mayor en aviones. Evidenciar desigualdades no es evidenciar inequidades.

Sin embargo, si se conocen las causas próximas de las lesiones y muertes en accidentes de tránsito, v. gr. el oficio de mensajeros, mototaxistas o repartidores a domicilio en las grandes ciudades, como actividad de alto riesgo para hombres jóvenes, actividad que también tienen relación estadística con el estrato y la posición ocupacional, se evidencia claramente una situación de inequidad. Ya no se puede afirmar que los hombres jóvenes pertenecientes a deciles bajos de ingreso tienen por costumbre arriesgar la vida transportándose en moto, pues resulta evidente que, por necesidad económica, se ven forzados a trabajar en una actividad muy riesgosa.

Si adicionalmente se encuentra que estos hombres jóvenes no tienen contrato formal de trabajo y por tanto sus patronos no están asegurados al Régimen Contributivo ni cotizan para riesgos profesionales, otra desigualdad injusta, se determina una inequidad mayor (mayor riesgo y menor cobertura de seguridad social). Las resultantes en muerte, lesiones y discapacidades y acceso a tratamiento y

rehabilitación comienzan a evidenciar una gran situación de inequidad social hacia estos trabajadores que puede y hace necesario orientar una política pública.

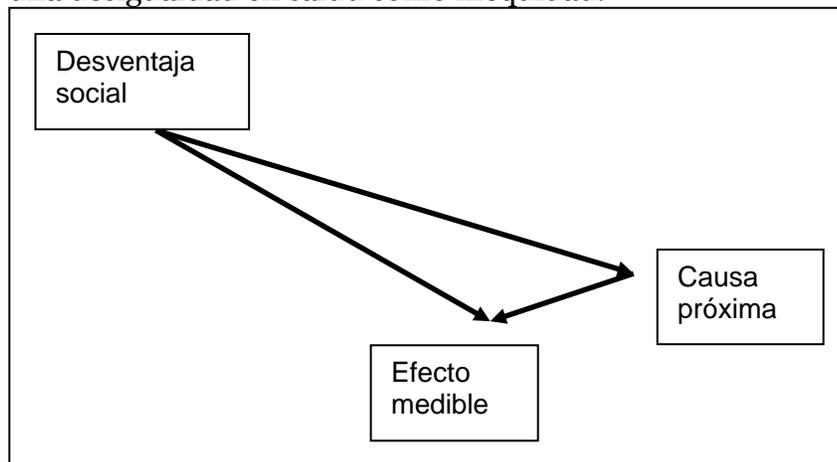
Por ello es necesario siempre buscar la relación de la desventaja social con la causa próxima y no sólo con el efecto en salud, recomendación clave para los análisis de equidad en el Observatorio.

Se ha señalado que no se trata de realizar investigación causal en el Observatorio, sino de poner en evidencia el efecto e impacto de las desventajas sociales en salud. De modo que se propone trabajar la relación de la desventaja social con las diadas causa efecto reconocidas y aceptadas por la literatura científica⁷².

Como se ha señalado, para calificar de inequidad una desigualdad en salud se requiere no sólo relacionar el efecto en salud con la posición social, sino también aclarar la relación de la desventaja social con la causa próxima.

Figura 2-8

Análisis de relaciones de la desventaja social con diadas conocidas (causa próxima – efecto en salud), que permite y facilita el calificar una desigualdad en salud como inequidad.



Si la sociedad pudiera representarse como un edificio de seis pisos, deberíamos establecer en los análisis de equidad como se comportan las condiciones de saneamiento y la enfermedad diarreica en cada piso, la educación de las madres y la mortalidad infantil en cada piso, la disponibilidad y calidad de alimentos y el desarrollo físico e intelectual de los niños en cada piso, o la posición ocupacional y los riesgos ocupacionales en cada piso, o el tipo de transporte utilizado y las lesiones por accidentes en cada piso.

⁷² OMS. "The Solid Facts. Social Determinants of Health". Segunda Edición. Ginebra. 2003

También debería establecerse en los estudios de equidad el tipo de vinculación laboral y la cobertura de seguros en cada piso; igualmente el tipo de aseguramiento y las barreras de acceso a distintos servicios en cada piso, o la cobertura de riesgos profesionales y el acceso a protección financiera en la enfermedad o discapacidad en cada piso.

2.6.2 Indicadores de inequidad

En consecuencia con lo anteriormente expuesto se propone la construcción de indicadores de inequidad en las tres áreas propuestas y en los efectos finales o efecto acumulado de las inequidades en el largo plazo.

- Oportunidades desiguales. Desarrollo humano, desarrollo de capacidades – salud, asociadas a desventaja social.
- Exposición diferencial al riesgo Enfermedad y discapacidad relacionadas con condiciones de vida y trabajo asociadas a desventaja social
- Respuesta desigual de la sociedad. Acceso a servicios, exclusión en salud, asociadas a desventaja social.
- Resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o mayor por ciertas patologías, asociadas a desventaja social.

Una fase posterior podría considerar la investigación sobre las consecuencias sociales y económicas de las inequidades en salud. En este sentido han avanzado los estudios canadienses.⁷³

2.6.3 Referencia geográfica

La relación entre variables geográficas y variables socioeconómicas no resulta sencilla ni muy útil para los análisis de equidad, cuando las agrupaciones poblacionales georeferenciadas son muy heterogéneas respecto a las variables de ventaja o desventaja social.

“Por un lado, la agregación de datos en grupos o unidades de análisis compuestas de agregados de personas conlleva la posibilidad de incurrir en la denominada “falacia

⁷³ Opus cita xvi *Reducing Health Disparities –Roles of the Health Sector: The causes and costs of health disparities. The potential economic benefit of reducing health disparities*

ecológica”, es decir, de dar por sentado que las observaciones efectuadas en unidades geográficas representan el riesgo de cada persona individualmente. Sin embargo, la plausibilidad de que así sea, proveniente de estudios etiológicos, y la coincidencia entre los resultados de distintos estudios observacionales a nivel individual y colectivo, respaldan la validez de las observaciones. En este sentido, la elaboración de mapas de áreas pequeñas ha sido útil para identificar conglomerados regionales y locales y para generar hipótesis etiológicas, como se desprende de los análisis del atlas de mortalidad de los Estados Unidos, donde se observa una asociación geográfica entre diferentes patrones de distribución de la mortalidad por diversos tipos de causas, por un lado, y factores que definen los estilos de vida, así como los niveles de pobreza y urbanización, por el otro.”⁷⁴

Por tanto son mucho más útiles las desagregaciones geográficas menores que las mayores, zona vs localidad, puesto que se encuentra mayor homogeneidad de las variables de posición social en las pequeñas agrupaciones poblacionales georeferenciadas.

Como quiera que no siempre es posible disponer de información de los efectos en salud o las causas próximas con tal nivel de desagregación en una ciudad o región, pueden adoptarse estrategias de manejo, como calificar las localidades urbanas en mayoritariamente de estratos altos, mayoritariamente de estratos medios o mayoritariamente de estratos bajos, lo que permitirá encontrar diferencias significativas aun cuando de menor magnitud que en la opción anterior.

Sin embargo debe tenerse en cuenta la distribución de las variables sociales al interior de cada localidad geográfica, puesto que es fácil encontrar que una localidad que muestra por ejemplo mayores ingresos en promedio que otra, resulte con mayores tasas de mortalidad infantil, aparente resultado contradictorio. Sólo al revisar la distribución del ingreso al interior de cada una de las localidades logra evidenciarse, por ejemplo, que en la de promedio de ingreso superior, existe un barrio con alto nivel de exclusión social, en el que se origina la mayor parte de esta mortalidad, mientras que en la otra, con ingreso promedio algo menor, presenta una distribución más uniforme, sin grupos de altos ingresos, pero sin barrios de miseria donde se concentra la mortalidad infantil.

2.7 Qué debe pretender y qué no debe pretender el Observatorio

Un Observatorio de equidad en salud, en consideración a lo anteriormente señalado, no pretende hacer investigación causal sobre los diferentes problemas de salud, sino

⁷⁴ Loyola Enrique, Castillo-Salgado Carlos, Najera Aguilar Patricia, Vidaurre Manuel, Mujica Oscar y Martínez-Piedra Ramón. “Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud” Rev. Panam. Salud Publica. 12(6), 2002

evidenciar el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud.

La aproximación al conocimiento de los problemas de salud de las comunidades puede hacerse desde distintas perspectivas. De hecho para tratar de aproximarse a los mismos se requiere la mirada de la morbilidad, pero también la de la mortalidad, también la de la incapacidad, pero ellas deben ser complementadas con la mirada de la prevención, de los factores de riesgo. Se podría continuar con el análisis de los modelos de prevención y de atención, con las implicaciones en costos, la utilización de tecnología o el recurso humano. Pero también en relación con los problemas de salud podemos tener en cuenta la mirada cultural, la mirada ecológica o ambiental. Por supuesto también la mirada social. Todas las miradas permiten apreciar distintas caras de estos elementos de múltiples dimensiones y sólo todas juntas permiten una mejor comprensión de los fenómenos salud enfermedad.

Profundizar en una de estas perspectivas, como la de equidad en este caso, no supone la negación de las otras, ni pretende invalidarlas. Simplemente implica que se ha evidenciado la necesidad de observar con mayor detenimiento esta cara de los fenómenos de salud. Observar la equidad en salud es precisamente lo que se ha solicitado al Observatorio en construcción, con base en una decisión política.

Por otra parte, los efectos de las desigualdades sociales o las ventajas y desventajas sociales no son discursos teóricos ni políticos netamente. En arquitectura pueden medirse los efectos de las ventajas o desventajas sociales en términos de metros cuadrados por residente de la vivienda, calidad de los materiales, costo del metro cuadrado, calidad de los acabados, condiciones sanitarias, ubicación urbana del lote, disponibilidad de servicios, riesgos derivados del terreno en el que se construye, resistencia sísmica de la construcción, etc..

Negar, por ejemplo, que los riesgos que sufren los colombianos en sus viviendas se originan en la inequidad social de nuestro país no es rechazar un discurso político sino, por el contrario, asumir una posición política que busca impedir que se evidencien los dañinos efectos de las desigualdades sociales, con el único objeto de impedir la modificación de dichas inequidades.

Igual que las desigualdades en la vivienda pueden medirse las desigualdades en salud atribuibles a diferencias en la condición o posición social, medición de especial importancia en nuestro país, señalado como uno los más inequitativos del mundo.

2.8 Observatorio / Accionatorio: Transformación social

“La mejor forma de considerar la equidad en el campo de la salud no es como un objetivo social en sí mismo y aislado sino como algo inherente a la búsqueda más amplia de justicia social” ⁷⁵

Los vínculos entre la salud, la equidad y los derechos humanos no han sido examinados de forma sistemática, y quienes se interesan por la pobreza y la salud han considerado a veces que la equidad y los derechos humanos son conceptos abstractos con escasa aplicación práctica. El análisis de los conceptos de pobreza, equidad y derechos humanos y de las relaciones entre ellos y con la salud demuestra que están estrechamente relacionados desde el punto de vista conceptual y operacional y que cada uno de ellos proporciona valiosas orientaciones singulares para el trabajo de las instituciones sanitarias. Las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos pueden contribuir de forma concreta a los esfuerzos de las instituciones sanitarias para abordar la pobreza y la salud, y para operacionalizar estos compromisos es esencial centrarse en la pobreza. Los principios de la equidad y de los derechos humanos determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido marginación o discriminación. ⁷⁶

La OPS⁷⁷ reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y, finalmente, eliminarla. Como se mencionó al inicio de este capítulo la calificación de una situación desigual como inequitativa implica al menos establecer valoraciones de justicia, de causa y de necesidad social. La documentación objetiva de las desigualdades en salud es un aspecto fundamental para la definición de dichas acciones y en tal sentido el fortalecimiento de la capacidad analítica de datos e información sobre las inequidades en salud es una condición indispensable. Una vez que se han instrumentado las intervenciones específicas, los mismos métodos de medición y análisis servirán para la vigilancia y evaluación de su impacto en la salud.

La orientación y el alcance de las intervenciones en las condiciones de salud están mediados por valoraciones implícitas en el mismo proceso de medición. Así, la selección del estado de salud del mejor grupo socioeconómico o del valor promedio poblacional como referente de igualdad de un indicador de impacto total de inequidades en salud determinará que la intervención tenga un enfoque

⁷⁵ Opus cita xvii Desafío a la falta de Equidad en salud. Introducción

⁷⁶ Opus cita ii Definiendo Equidad en Salud

⁷⁷ Opus cita OPS La Situación de Salud en la Región de las Américas (xx)

maximalista, de mejoría para todos, o conservador, que supone una solución redistributiva para el problema de la inequidad en salud. Por un lado, la decisión de aplicar medidas de impacto exigirá el diseño de políticas intersectoriales y de alcance poblacional para maximizar su efectividad. Por el otro, el uso de medidas de efecto requerirá intervenciones selectivas, de mayor nivel intrasectorial en salud, en los grupos menos favorecidos.

Por otra parte, cabe afirmar que las estructuras sociales “injustas o inequitativas” se sostienen firmemente sobre “visiones parciales y parcializadas de la realidad”, o interpretaciones de los fenómenos sociales convenientes a quienes cuentan con mayores ventajas en la sociedad.

El papel del conocimiento es precisamente derrumbar visiones parciales y limitadas de la realidad, abrir nuevas puertas, en este caso develar las consecuencias reales de la organización social en daños a la salud. Tradicionalmente estos fenómenos se estudian sin relacionarlos con las ventajas o desventajas sociales, por lo que se acaban considerando propios del azar, simplemente causados por agentes del medio o, en síntesis, “naturales”.

Nuevas miradas y aproximaciones a los fenómenos sociales se traducen en nuevos saberes que ponen en jaque las visiones parciales, siempre útiles al mantenimiento del statu quo. El surgir de un nuevo saber subvierte la “verdad conocida” por la sociedad, la ideología⁷⁸ ⁷⁹ que impregna el pensamiento colectivo. Por tanto, el nuevo conocimiento alimenta y propicia la transformación de la sociedad.

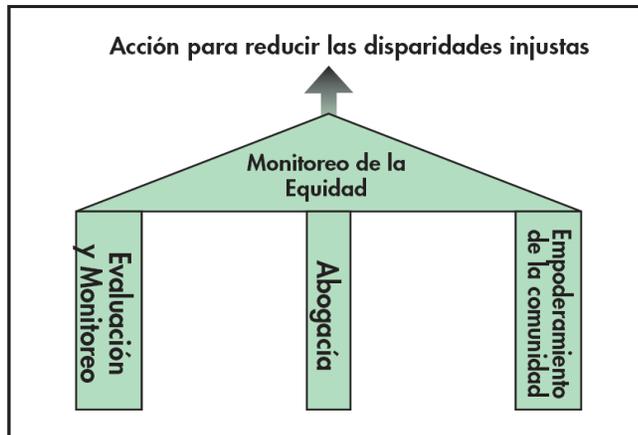
⁷⁸ Althusser Luis, 1970 Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Ediciones Los Comuneros. Bogotá.

⁷⁹ Se utiliza el concepto de ideología de Althusser como “representación de relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia”

2.8.1 Consecuencias y posibilidades a partir de evidenciar los daños reales (en salud) que produce la inequidad social

Figura 2-9

1: Los tres pilares de un GME para un Monitoreo de la Equidad



El anterior gráfico publicado por la Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad⁸⁰ (GEGA)⁸¹ muestra las posibilidades que pueden surgir a partir de un observatorio de equidad en salud. Se transcribe a continuación el modelo de los Grupos de Monitoreo de la Equidad (GME).

Este enfoque es un llamado a la acción afirmativa y preferencial para mejorar la salud de quienes enfrentan los mayores obstáculos para lograr su completo potencial de salud. La adopción de un marco de justicia social está reforzada por la masiva evidencia proveniente tanto de países ricos como pobres, de que la salud se encuentra estrechamente asociada con la posición social y sus determinantes políticos, económicos y culturales subyacentes.

Dicha orientación tiende hacia un mundo en que los grupos poblacionales en desventaja puedan lograr su completo potencial de salud, dimensionado por el estado de salud de que disfrutaban los grupos más aventajados de la sociedad, es decir, los que tienen mayor riqueza, poder y prestigio. Este enfoque es un llamado a la acción afirmativa y preferencial para mejorar la salud de quienes enfrentan los mayores obstáculos para lograr su completo potencial de salud. La adopción de un

⁸⁰ Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad. GEGA. *El Monitoreo de la Equidad*. Conceptos Principios y Pautas. Sudáfrica 2003.

⁸¹ “Global Equity Gauge Alliance”

marco de justicia social está reforzada por la masiva evidencia proveniente tanto de países ricos como pobres, de que la salud se encuentra estrechamente asociada con la posición social y sus determinantes políticos, económicos y culturales subyacentes.

En base a estos conceptos, un GME busca reducir las disparidades injustas en la salud en tres grandes esferas de acción, denominadas ‘pilares’ de un GME (ver Figura 9).

Los tres pilares, cada uno de ellos esencial para lograr efectivamente un Monitoreo de la Equidad son:

- **Evaluación y monitoreo:** *Analizar, entender y documentar las desigualdades.*
- **Propugnación:** *promover cambios en las normas, programas y planificación.*
- **Capacitación de la comunidad:** *para apoyar el papel de los pobres y marginados como participantes activos en este cambio, en vez de ser receptores pasivos de asistencia económica.*

Aunque la Figura 9 podría dar la impresión de que los pilares funcionan en forma independiente, en realidad ellos definen un conjunto de acciones interconectadas y superpuestas. Por ejemplo, la selección de indicadores para evaluar y monitorear la equidad debe estar informada por las apreciaciones de los grupos comunitarios y por la consideración de qué problemas apoyarían una campaña de abogacía exitosa. A su vez, la fuerza de los argumentos de la abogacía radica en información científicamente saludable producida por el pilar de Evaluación y Monitoreo.

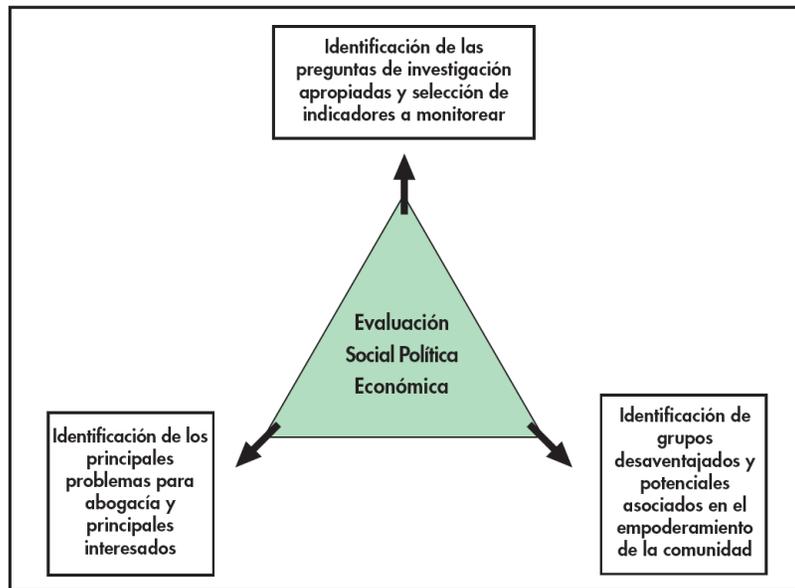
Otra característica importante de los pilares de un Monitoreo de la Equidad es que los tres conjuntos de acciones no se desarrollan en ninguna secuencia en particular. El enfoque lineal tradicional de recolectar datos primero, analizarlos y luego dedicarse a actividades de difusión de la información y abogacía, suele ser ineficaz. En un GME las acciones de los tres pilares deben ocurrir simultáneamente e influenciarse entre sí.

En términos institucionales, un GME no se define como las actividades de una sola organización, ni según un conjunto particular de actividades financiadas, sino más bien por la interacción dinámica de las actividades de los pilares. Aunque una organización puede interpretar un papel directivo, se necesitan diversas capacidades y acciones; así, los GME deben por general conformarse a partir de varios grupos o instituciones que trabajan coordinadamente.

Si un sistema de Monitoreo de la Equidad está bien diseñado, será adecuado para las necesidades y condiciones de un país, región o ciudad dados. Así, es esencial una evaluación sistemática de las circunstancias sociales, políticas y económicas pertinentes a la equidad (ver Figura 10) para un efectivo y adecuado establecimiento de prioridades, análisis y desarrollo de recomendaciones de políticas, así como para la planificación estratégica de la abogacía y del empoderamiento de la comunidad.

Figura 2-10

Evaluación de las circunstancias sociales, políticas y económicas que llevan a inequidades. (GEGA)



3 Mortalidad evitable en Bogotá: inequidades en el derecho a la vida

“Análisis de la mortalidad por causas evitables 1998-2004 desde la perspectiva de la equidad”

3.1 Introducción

El presente documento analiza, bajo la perspectiva de la equidad, el comportamiento de las tasas de mortalidad evitable de Bogotá, durante el período 1998-2004. Dentro de un escenario marcado por la disminución de estas tasas, en consonancia con tendencias en el comportamiento de la pobreza y la distribución de ingresos en la ciudad, el estudio constata la asociación entre los diferenciales de la mortalidad evitable y distintas dimensiones de las condiciones socioeconómicas de la población del Distrito Capital y de sus localidades de residencia. Las desigualdades encontradas en torno a un fenómeno que no debería existir, dan pie para postular la persistencia de circunstancias de discriminación social sobre el más fundamental de los derechos humanos: el derecho a la vida. Los análisis llevan a concluir igualmente que no puede establecerse un efecto favorable del régimen subsidiado de salud en los niveles de mortalidad evitable, lo que pone en cuestión esta figura establecida por la Ley 100 de 1993.

3.2 Fuentes de información y metodología

El estudio se basa en la información proveniente de los certificados de nacimientos y defunciones del DANE, aportados por la Secretaría Distrital de Salud, para el período 1998-2004. Los archivos de estos certificados utilizados son definitivos para los años 1998 a 2002 y preliminares para 2003 y 2004.

Se obtuvieron las tasas de mortalidad evitable para tres conjuntos de la población: mortalidad materna, de menores de 1 años y de menores de 5 años. Para la estimación de las tasas las tasas se siguieron cuatro pasos:

1. Definición de mortalidad evitable.
 2. Obtención de frecuencias del total de nacimientos y de muertes evitables.
 3. Corrección de la omisión en la información para las clasificaciones utilizadas y agrupación de información.
 4. Cálculo de tasas.
1. Definición de mortalidad evitable.

Siguiendo orientaciones internacionales se consideraron como evitables las muertes que de acuerdo con los certificados de defunciones se les asignó como *causa básica* las

categorías y códigos consignados en la Tabla A del Anexo 3.1., de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades utilizada por el DANE. Dentro de la mortalidad evitable se diferenció la mortalidad materna y la de menores de 5 años por EDA (enfermedad diarreica aguda), IRA (infección respiratoria aguda) y causadas por enfermedades inmuno- prevenibles.

Se trabajó la agrupación 6-67 de la OMS sobre la clasificación internacional de enfermedades:

EDA

GRUPOA2	A00, A02-A09	Other intestinal infectious diseases
---------	--------------	--------------------------------------

IRA

GRUPOH1	J00-J06	Acute upper respiratory infection
GRUPOH2	J20-J21	Acute bronchitis and bronchiolitis
GRUPOH3	J12-J18	Pneumonia
GRUPOH4	J10-J11	Influenza

MORTALIDAD MATERNA

GRUPOM2	O20, O46, O67, O72	Haemorrhage of pregnancy and childbirth
GRUPOM3	O13-O16, O21	Toxaemia of pregnancy
GRUPOM4	O85-O92, A34	Complications of the puerperium
GRUPOM5	O10-O12, O22-O75, O80-O83, O95-O97, minus (O46, O67, O72)	Other direct obstetric causes
GRUPOM6	O98-O99	Indirect obstetric causes

2. Obtención de frecuencias

Se obtuvieron frecuencias de ocurrencia de los nacimientos y las defunciones evitables para las categorías de análisis de localidad y afiliación a la seguridad social en salud de la madre para los tres grupos de población. Para la mortalidad materna y la de menores de 1 año se sacaron igualmente las frecuencias desagregadas por nivel educativo, estado conyugal y grupos de edad de la madre.

3. Corrección de omisiones.

Para la corrección de las omisiones en las variables de desagregación utilizadas: localidad, nivel educativo, estado civil, edad y afiliación a la seguridad social en salud de la madre se hizo una distribución proporcional de los casos omitidos (incluidos en las alternativas de omitido o sin información) de acuerdo con las respuestas obtenidas para los años 2003 y 2004.

Se optó por este procedimiento bajo la consideración de que la recolección ha venido teniendo mejorías en los últimos años.

4. Cálculo de tasas.

Para las tasas de mortalidad materna y de menores de 1 año las tasas se obtuvieron como el cociente de las muertes, para grupo y año, sobre los nacimientos del mismo grupo y año. Para el cálculo de las tasas de mortalidad de los menores de 5 años se utilizó como denominador el total de nacidos vivos en el período 1998-2004 tanto para el total como para cada una de las desagregaciones. Se consideró que este total representaba adecuadamente el tamaño de la población menor de 5 años.

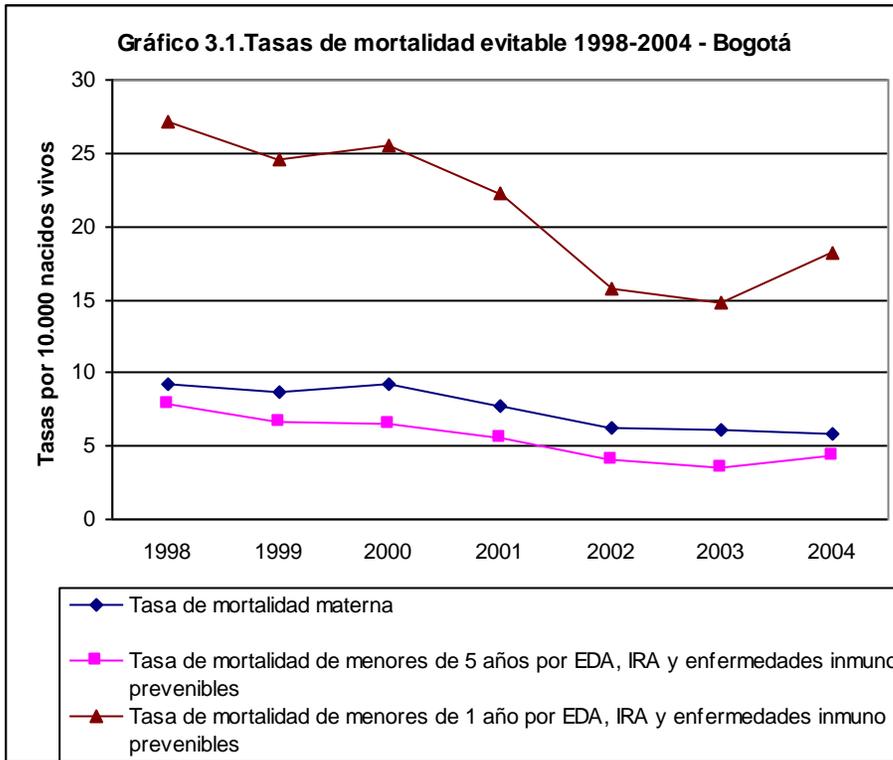
Dado que las localidades con cifras muy pequeñas afectan los cálculos, se agrupan las localidades Santa Fé, Mártires, Antonio Nariño y Candelaria, en una sola categoría a la que se denomina “Localidades Centro”. Los niveles educativos de preescolar y primaria incompleta se agruparon igualmente para el análisis.

3.3 *Análisis de resultados*

En esta sección se analizan los resultados obtenidos para la estimación de las tasas de mortalidad evitable y su relación con variables socioeconómicas que permitan sacar conclusiones sobre la equidad en salud.

Se parte de describir las tendencias generales de la evolución de los niveles de mortalidad evitable entre 1998 y 2004 para abordar a continuación las tendencias de la mortalidad materna y de menores de 5 y de 1 año.

3.3.1 La mortalidad evitable 1998-2004 Tendencias generales



La evolución general de las tasas de mortalidad evitable sigue una tendencia descendente durante el período de análisis en las tres medidas utilizadas en el estudio: tasas de mortalidad materna y de en menores de 5 y 1 año. El recorrido que siguen las tasas es similar: los mayores niveles se registran en 1998, disminuyen en 1999 y aumentan en 2000. A partir de entonces tienen una tendencia a la baja. Las tasas de menores de 1 y 5 años aumentan nuevamente en 2004 (Cuadro 3.1, gráfico 3.1). Como resultado final las tasas de mortalidad materna bajan 36% durante los años analizados, las de menores de 5 años 44% y las de menores de una año 33%.

Cuadro 3,1
Tasas de mortalidad evitable (por 10.000 nacidos vivos) -Bogotá- 1998-2004

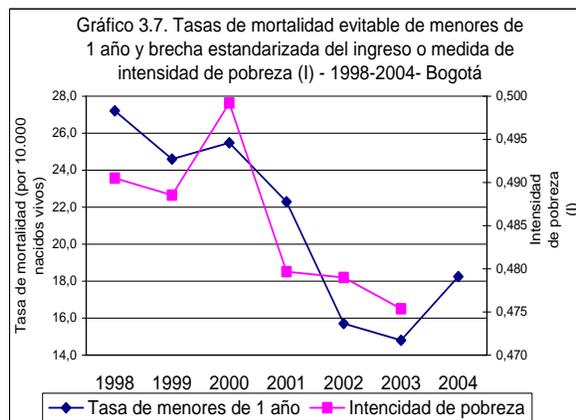
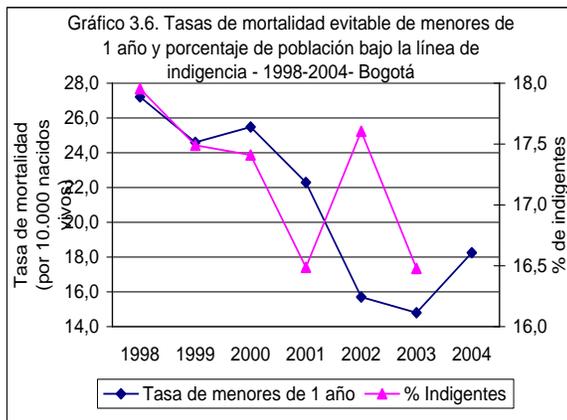
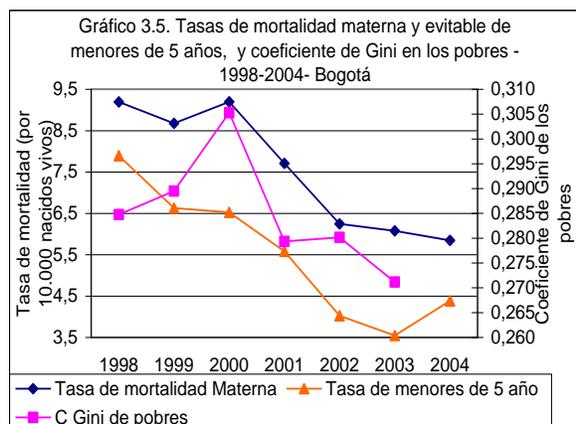
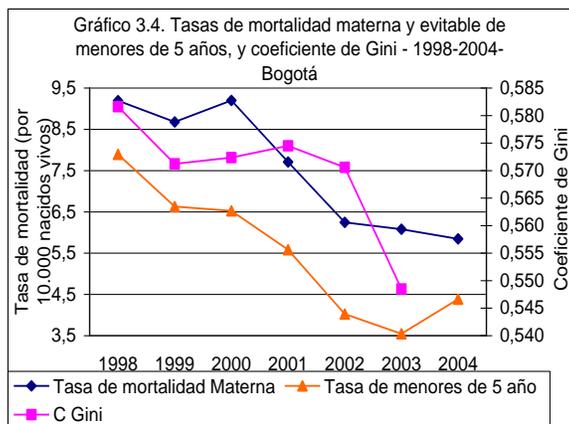
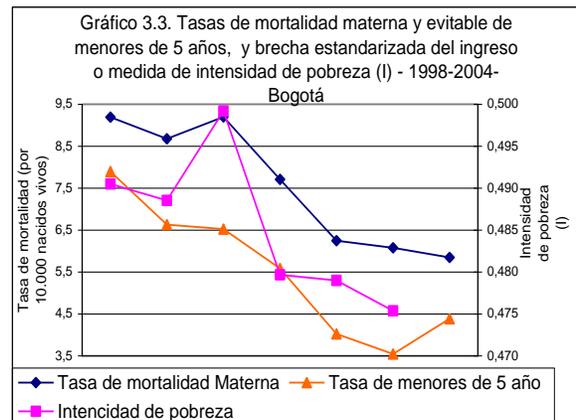
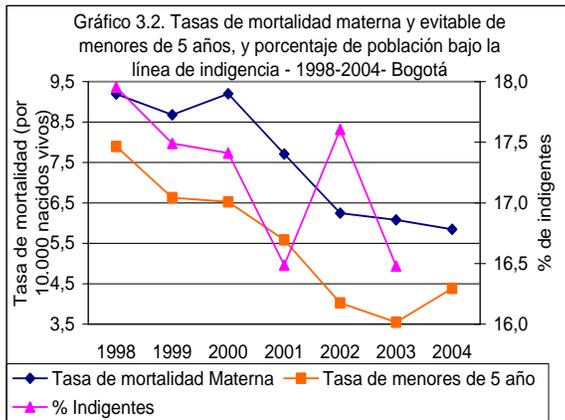
Años	Tasa de mortalidad materna	Tasa de mortalidad de menores de 5 años por EDA, IRA y enfermedades inmuno prevenibles	Tasa de mortalidad de menores de 1 año por EDA, IRA y enfermedades inmuno prevenibles
1998 2004	7,1	4,8	19,4
1998	9,2	7,9	27,2
1999	8,7	6,6	24,6
2000	9,2	6,5	25,5
2001	7,7	5,6	22,3
2002	6,2	4,0	15,7
2003	6,1	3,5	14,8
2004	5,8	4,4	18,2

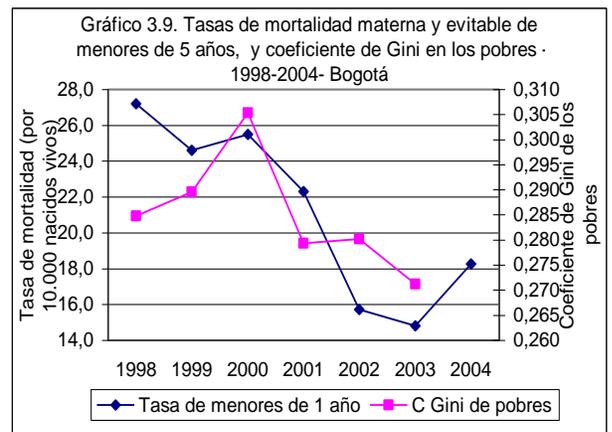
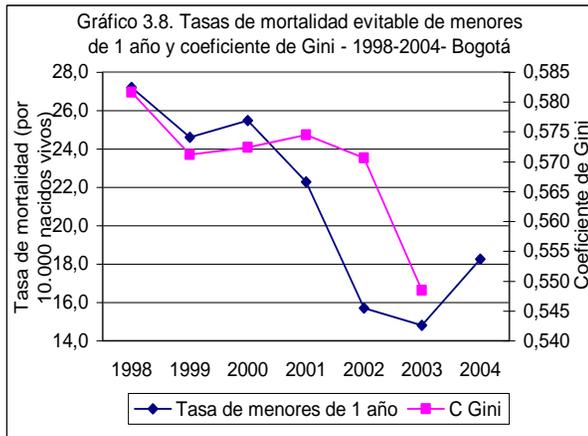
La trayectoria de las tasas guarda relación con el seguido por el nivel de pobreza extrema (indigencia, según la metodología de los ingresos), la intensidad de la pobreza y por el grado de concentración general de los ingresos y al interior de los pobres, medido por el coeficiente de Gini (Gráficos 3.2 a 3.9)⁸². Dentro del recorrido temporal examinado las asociaciones expresan tendencias de corto plazo que requieren de constataciones más detalladas en un horizonte de más extensión. Insinúan que a mayores niveles de indigencia, mayor intensidad de la pobreza y mayor concentración del ingreso, hay más altas probabilidades de mortalidad materna. Y señalan igualmente que el comportamiento de los niveles de las tasas es afectado por variaciones coyunturales de la pobreza y la desigualdad. Se destacan así posibles vínculos entre los fenómenos sanitarios y las condiciones de equidad del conjunto de la sociedad.

Es mayor la correspondencia entre las tasas de mortalidad evitable y la medida de intensidad de la pobreza, que entre ellas y la medida de extensión de la pobreza extrema (indigencia). Esta situación indicaría que las tasas son más sensibles a los niveles de ingreso de los pobres, que a su extensión. Ya que los sectores en condiciones más críticas de pobreza son los más propensos, es la intensidad de la pobreza y no tanto su extensión la condición que afecta la evolución de los niveles de mortalidad evitable. La asociación entre esta mortalidad y la desigualdad en el ingreso de los pobres (coeficiente de Gini dentro de los pobres) estaría expresando otra faceta del mismo fenómeno.

La asociación entre las variaciones en el coeficiente de Gini del conjunto de la ciudad y las de los niveles de la mortalidad evitable insinúa los vínculos entre los factores inmediatos que determinan los grados de esta mortalidad y los movimientos coyunturales de concentración de ingresos. Sobre esta base el tema de la equidad general y el de la salud, para fenómenos como la mortalidad, encuentra una posible interrelación concreta. Bajo esta visión, los asuntos sanitarios se vinculan con las condiciones generales de la sociedad y rebasan el campo de las acciones de prevención y atención.

⁸² La información sobre el porcentaje de población indigente, medida de intensidad de la pobreza y los coeficientes de Gini de Bogotá y de los pobres se toma del trabajo Indicadores Sociales para Bogotá, 1990'2003. DAPD, CID, Universidad Nacional. No se dispone de medidas comparables para 2004. La medida de intensidad de pobreza o brecha estandarizada del ingreso (I) se define como la razón entre la diferencia entre la línea de pobreza y el ingreso medio de los pobres, y la línea de pobreza. Expresa la proporción del ingreso necesario para que los pobres dejen de serlo, en relación con el valor de la línea de pobreza. Da cuenta de la magnitud del faltante de los ingresos que les falta a los pobres para dejar de serlos. El coeficiente de Gini del ingreso de los pobres da cuenta de la desigualdad dentro de ellos. Véase sobre las medidas de pobreza Sen , 1981 Foster y Sen, 2001.





3.3.2 La mortalidad materna

Dentro del conjunto de los países Colombia tiene todavía una tasa de mortalidad materna elevada (DNP, Programa Nacional de Desarrollo Humano, Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio). En 2000 la tasa de mortalidad materna del país era de 13 por 10.000 nacidos vivos, mientras que en Suecia era de 0.2 y en Noruega de 1.6. En relación con otros países de América Latina Colombia tiene una tasa de mortalidad materna superior a la del promedio regional y su nivel es más alto que el de Uruguay, país con una tasa de 2.7, Chile con una de 3.1, Cuba con 3.3, Costa Rica con 4.3, Argentina con una de 8.2, México con 8.3. Dentro de los países con menor PIB per cápita (PPP) Venezuela tiene un tasa de 9.6 y Honduras una de 11 (PNUD, Informe Mundial de Desarrollo Humano, 2005).

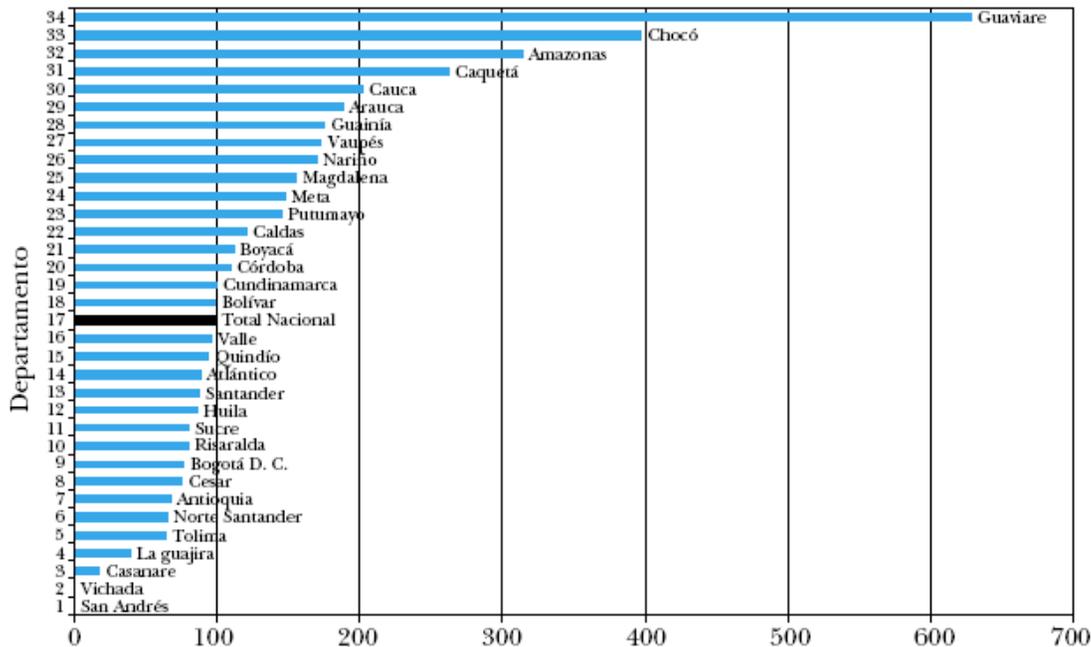
En el contexto nacional la tasa de mortalidad materna de Bogotá se encuentra dentro de los niveles inferiores, aunque es más elevada que la de departamentos con menor nivel de ingresos y mayor grado de ruralidad como Antioquia, Norte de Santander y Tolima. Tal situación señala la posibilidad de disminuir esta tasa mejorando la calidad de la atención.

Las tasas de mortalidad materna disminuyeron en Bogotá de un nivel de 9,2 por 10.000 nacidos vivos en 1998 a 5,8 en 2004. En términos absolutos las muertes maternas se redujeron a la mitad. En 1998 se registraron 125 muertes de este tipo y en 2004, 66 (Cuadro 3.2).

Además de los condicionantes sociales relativos a la pobreza y la distribución de los ingresos considerados anteriormente, existen factores demográficos que favorecen la disminución del número de muertes maternas. La constante disminución de las tasas de fecundidad que se expresa en el cada vez menor número de nacimientos de madres residentes en la ciudad es uno de ellos. La menor fecundidad lleva a disminuir la población en riesgo. Entre 1998 y 2004 el número anual de nacidos con madre residente

en Bogotá disminuyó en 23.000, a pesar del aumento de la población femenina en edad reproductiva.

Gráfico 3.10. Tasas de mortalidad maternas por departamentos 2001 (por 100.000 nacidos vivos)



Fuente: DANE. Sistema de Estadísticas Vitales. Registros de nacimientos y defunciones 1998-2001. Tomado de DNP, Programa Nacional de Desarrollo Humano, Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio.

3.3.2.1 La disminución de las muertes maternas por causa

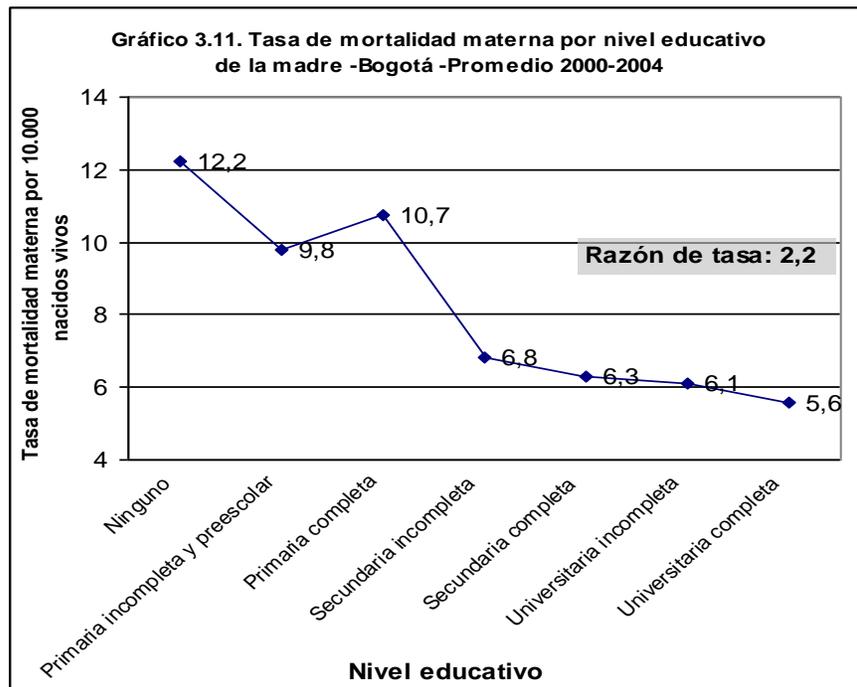
La disminución del número de muertes maternas en Bogotá obedece principalmente al descenso en las ocasionadas por cuatro tipos de causas (Cuadro 3.3):

- *Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa* (código O14 de la Clasificación Internacional de enfermedades), que aporta el 34% de la disminución entre 1998 y 2004.
- *La Eclampsia* (O15), que influencia el descenso del número de muertes maternas en 20%.
- *La Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto* (O96), que contribuye al descenso del número de muertes en 10%.
- *La Muerte obstétrica de causa no especificada* (O.95), que expresa el mejoramiento en la especificación de las causas de muerte, incide en 14% del

cambio. en las cuales se concentra el 78% de la disminución en el número de muertes maternas.

- Se destaca que el número de muertes causadas por *Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio* (O.99) presenta un aumento, que afecta el 14% del efecto total en la disminución.

3.3.2.2 Determinantes relacionados con las condiciones sociales: el nivel educativo de las madres

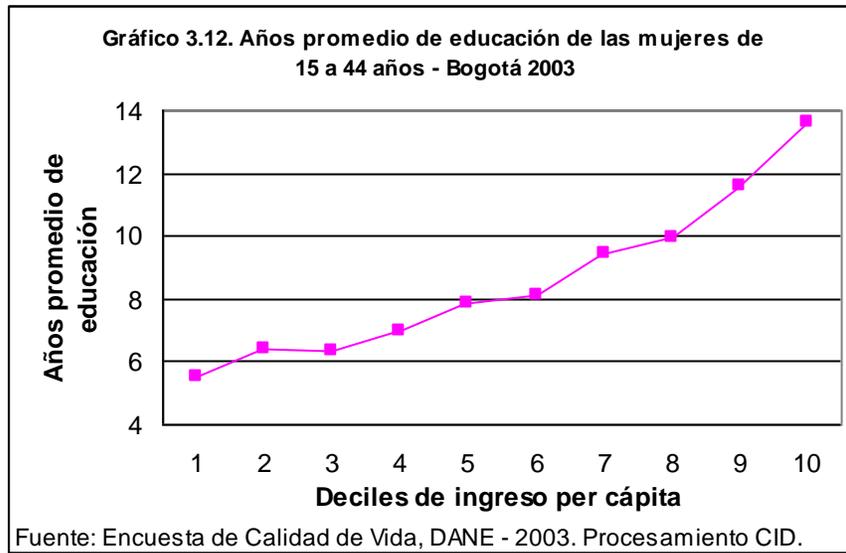


Las diferencias en las tasas de mortalidad materna por nivel educativo de la madre ilustran la forma como se expresan los factores de desigualdad social en este fenómeno. La magnitud de las tasas disminuye a medida que la educación formal de las mujeres es mayor. Las tasas de mujeres con educación preescolar o primaria incompleta son más bajas, sin embargo, que las de mujeres con educación primaria completa. (Gráfico 3.11).

La relación entre la escolaridad de las mujeres y su nivel socioeconómico se expresa en que a medida que los ingresos de los hogares son mayores tiende a ser elevado el número de años de educación formal que poseen (Gráfico 3.12)⁸³. Las diferencias en la educación están asociadas con las condiciones del estándar de vida que dependen del nivel de ingresos, representan además la desigualdad en la distribución de un recurso del que

⁸³ La información proviene del procesamiento efectuado por el CID a los archivos de la encuesta de Calidad de Vida de 2003. Los ajustes del ingreso de la encuesta fueron efectuados por la Misión de Pobreza del DNP.

dependen las posibilidades de participación y de respuesta ante situaciones que afectan la salud.



Diseño de un Observatorio en Calidad de Vida y Salud para Bogotá- Informe Final

Cuadro 3.2. Tasas de mortalidad materna por Localidad, estado civil, nivel educativo y régimen de afiliación de la madre (por 10.000 nacidos vivos)- Bogotá 1998-2004

Localidades, nivel educativo, estado civil y régimen de afiliación a	Nacimientos								Muerteras maternas								Tasas de mortalidad materna por 10.000							
	Total 2000 2004	Año							Total 2000 2004	Año							Total 1998 2004	Año						
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total	583.919	135.983	125.623	122.863	119.352	115.275	113.527	112.902	412	125	109	113	92	72	69	66	7,1	9,2	8,7	9,2	7,7	6,2	6,1	5,8
Localidad																								
USAQUEN	31.016		7.365	6.796	6.496	6.187	5.885	5.652	22	7	8	4	2	5	2	7,0	10,1	12,3	6,7	3,3	8,5	3,6		
CHAPINERO	10.080		2.184	2.030	2.117	2.094	2.061	1.778	6	2	0	3	1	1	1	6,2	9,7	0,5	14,7	4,8	4,9	5,7		
SAN CRISTOBAL	43.133		9.390	9.625	8.823	9.086	7.898	7.701	26	7	6	6	3	4	8	6,1	7,2	5,8	6,4	3,4	5,1	10,5		
USME	32.511		6.657	6.869	6.628	6.426	6.277	6.312	31	5	8	7	7	6	2	9,5	8,2	12,3	11,2	11,0	9,6	3,3		
TUNJUELITO	21.438		4.836	4.696	4.105	4.012	4.253	4.372	17	4	4	4	5	3	1	8,2	8,8	9,0	10,3	12,5	7,1	2,4		
BOSA	49.004		9.954	9.660	9.394	9.895	9.706	10.349	42	6	13	9	9	4	8	8,7	5,7	13,1	9,2	9,2	4,1	7,8		
KENNEDY	70.770		14.265	14.925	14.721	13.649	13.835	13.640	57	13	11	9	11	12	13	8,1	9,5	7,6	6,3	8,2	8,7	9,7		
FONTIBON	25.763		5.537	5.447	4.966	5.178	5.045	5.127	15	4	5	4	3	1	2	6,0	7,5	9,5	8,4	5,8	2,0	3,9		
ENGATIVA	65.810		14.049	13.621	13.593	12.980	12.819	12.797	50	8	13	18	5	7	7	7,5	5,6	9,3	13,0	3,9	5,5	5,6		
SUBA	73.103		14.861	14.597	14.857	14.428	14.443	14.778	36	19	8	5	6	10	7	4,9	12,8	5,4	3,3	4,2	6,9	4,8		
BARRIOS UNIDOS	10.080		2.487	2.311	2.236	2.022	1.852	1.658	5	3	3	0	0	1	1	5,2	12,5	13,4	0,5	0,1	5,4	6,1		
TEUSAQUILLO	8.350		2.120	1.896	1.967	1.739	1.396	1.352	5	1	2	2	0	0	1	6,1	5,0	10,8	10,4	0,0	0,0	7,5		
PUENTE ARANDA	20.921		5.139	4.492	4.175	4.085	4.150	4.019	13	7	2	5	3	0	3	6,4	14,0	4,8	12,4	7,4	0,0	7,5		
RAFAEL URIBE	35.371		7.624	7.144	7.102	7.285	6.942	6.898	30	5	12	5	5	4	3	8,4	7,1	17,3	7,6	6,9	5,8	4,4		
CIUDAD BOLIVAR	55.966		12.098	11.959	11.836	10.201	11.137	10.834	37	11	11	9	6	7	5	6,7	8,9	8,9	7,3	6,0	6,3	4,7		
LOCALIDADES CENTRO (1)	30.307		6.901	6.735	6.262	5.969	5.761	5.581	18	0	5	6	1	5	4	1	5,8	7,7	9,3	2,0	8,4	6,9	1,9	
SUMAPAZ	296		154	59	73	39	67	56	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0						
Nivel educativo de la madre																								
Ninguno	2.456	668	574	525	483	486	501	460	3	0	0	1	0	2	0	0	12,2	0,0	0,0	19,0	0,0	41,1	0,0	0,0
Primaria incompleta y preescolar	32.312	9.656	8.618	7.345	6.787	6.359	5.991	5.831	32	8	8	8	9	8	3	5	9,8	8,8	9,3	10,5	12,8	12,2	4,4	8,1
Primaria completa	66.095	18.354	16.384	15.506	14.049	12.956	12.206	11.379	71	26	26	21	16	15	10	9	10,7	14,2	15,9	13,8	11,6	11,5	7,9	7,7
Secundaria incompleta	178.559	44.649	41.899	39.487	38.040	35.664	33.644	31.724	122	34	31	35	24	21	21	21	6,8	7,6	7,5	8,8	6,2	6,0	6,2	6,6
Secundaria completa	180.876	37.204	34.104	35.706	35.491	35.718	36.406	37.556	114	34	22	30	29	17	22	16	6,3	9,1	6,6	8,4	8,1	4,7	6,1	4,2
Universitaria incompleta	46.224	9.954	9.406	9.302	9.355	9.030	9.215	9.323	28	10	8	5	5	4	5	8	6,1	9,5	8,2	5,6	5,5	4,9	5,6	8,9
Universitaria completa	77.397	15.498	14.639	14.993	15.147	15.062	15.565	16.629	43	13	13	13	10	5	8	8	5,6	8,6	9,1	8,5	6,4	3,1	5,4	4,5
Estado civil de la madre																								
Soltera	105.328	20.131	21.483	21.862	21.409	21.291	20.922	19.844	100	21	23	37	18	15	16	14	9,5	10,4	10,5	17,1	8,2	7,0	7,6	7,0
Casada	160.475	42.841	36.996	35.721	33.528	31.469	30.226	29.531	115	40	33	38	31	13	19	15	7,2	9,3	8,9	10,5	9,2	4,1	6,3	5,1
Viuda	1.316	347	344	299	271	287	211	247	1	0	1	0	0	0	1	8,9	0,9	30,7	0,5	2,0	1,1	1,5	41,8	
En unión libre	312.698	71.642	65.777	64.051	63.231	61.437	61.432	62.548	189	63	52	33	44	43	33	36	6,0	8,8	7,8	5,2	6,9	7,0	5,4	5,8
Separada o divorciada	4.102	1.022	1.023	931	912	791	736	732	7	1	1	5	0	1	1	0	17,5	10,1	10,3	53,9	0,6	13,0	14,0	0,4
Régimen de seguridad social																								
Contributivo	334.340	85.742	73.231	70.653	68.692	66.822	63.609	64.563	196	59	54	63	47	30	29	27	5,9	6,9	7,3	8,9	6,8	4,4	4,6	4,2
Subsidiado	130.182	29.667	27.727	26.011	24.691	25.323	26.817	27.341	126	44	40	31	26	23	24	23	9,7	14,8	14,3	11,8	10,4	9,1	8,8	8,4
Vinculado	119.397	20.574	24.664	26.199	25.968	23.130	23.101	20.998	90	22	16	19	19	19	16	16	7,6	10,8	6,3	7,4	7,5	8,4	7,0	7,5
Grupo de edad de la madre																								
10 a 14 años	2.470	594	624	541	512	447	481	488	3	0	1	1	0	1	0	1	12,1	0,0	16,0	18,5	0,0	22,4	0,0	20,5
15 a 19 años	102.256	24.050	22.953	21.963	21.438	20.244	19.610	19.002	35	16	7	9	4	11	4	7	3,4	6,7	3,0	4,1	1,9	5,4	2,0	3,7
20 a 24 años	164.958	37.633	35.079	34.440	33.297	32.681	32.406	32.133	84	25	19	24	14	14	17	15	5,1	6,6	5,4	7,0	4,2	4,3	5,2	4,7
25 a 29 años	136.957	33.370	29.926	28.932	27.874	26.559	26.577	27.016	84	25	28	23	24	11	14	12	6,1	7,5	9,4	7,9	8,6	4,1	5,3	4,4
30 a 34 años	103.780	24.974	22.411	22.202	21.452	20.511	20.093	19.521	83	28	26	24	20	13	11	15	8,0	11,2	11,6	10,8	9,3	6,3	5,5	7,7
35 a 39 años	58.021	12.332	11.795	11.849	11.726	11.739	11.322	11.384	84	23	19	23	13	13	12	14,5	18,7	16,1	19,4	19,6	11,1	11,5	10,5	
40 a 44 años	14.542	2.804	2.619	2.710	2.889	2.927	2.863	3.152	36	7	8	9	6	8	9	4	24,8	25,0	30,5	33,2	20,8	27,3	31,4	12,7
45 y más años	935	226	217	226	164	167	174	205	3	1	1	0	1	1	1	0	32,1	44,2	46,2	0,0	61,0	60,0	57,6	0,0

Fuente: Procesamiento del CID a los archivos de la SDS de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Incluye ajuste por omisión en algunas categorías de clasificación.

(1) Incluye las localidades de La Candelaria, Santa Fe, Mártires y Antonio Nariño.

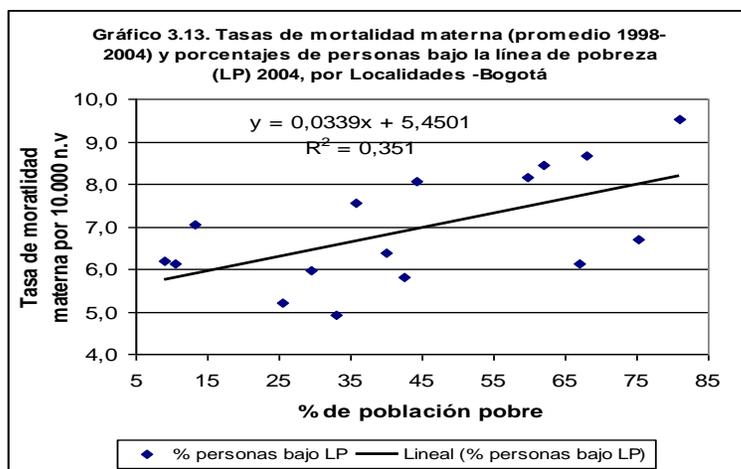
Diseño de un Observatorio en Calidad de Vida y Salud para Bogotá- Informe Final

Cuadro 3.3
Muertes maternas por causa básica - Bogotá - 1998-2004

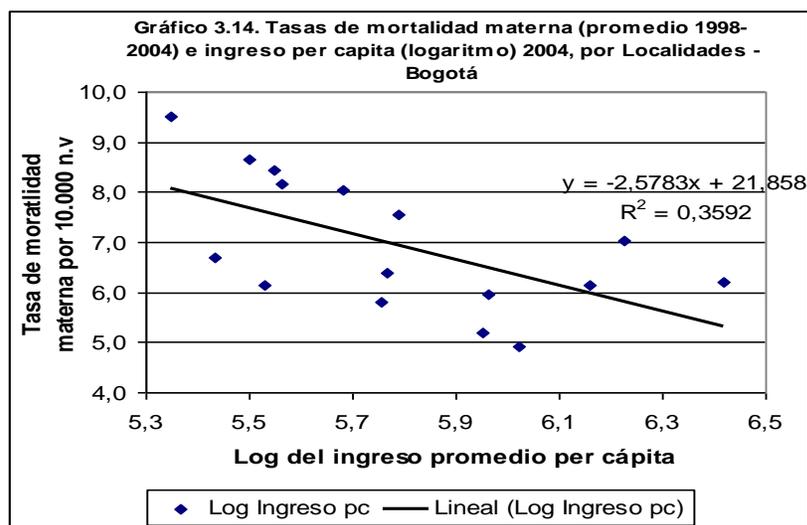
Denominación de la causa básica	Codigo causa basica	Total 1998-2004	Año								Diferencia 1998 2004	% de diferencia en variacion total
			1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004			
Total		646	125	109	113	92	72	69	66	59	100.0	
EMBARAZO ECTOPICO	O00	15	3	1	3	3		2	3	0	0.0	
OTROS PRODUCTOS ANORMALES DE LA CONCEPCION	O02	3			2	1				0	0.0	
ABORTO ESPONTANEO	O03	2				2				0	0.0	
ABORTO MEDICO	O05	7	1	3			1	1	1	0	0.0	
OTRO ABORTO	O06	16	3	2	3		5	1	2	1	1.7	
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PREEXISTENTES, CON PROTEINURIA AGREGADA	O11	2	1	1						1	1.7	
HIPERTENSION GESTACIONAL [INDUCIDA POR EMBARAZO] SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	O13	7	1	4				1	1	0	0.0	
HIPERTENS GESTACIONAL [INDUCIDA POR EMBARAZO] CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	O14	152	35	21	21	21	20	19	15	20	33.9	
ECLAMPSIA	O15	66	14	17	19	4	5	5	2	12	20.3	
HIPERTENSION MATERNA NO ESPECIFICADA	O16	5	4		1					4	6.8	
COMPLICACIONES VENOSAS EN EL EMBARAZO	O22	5	1	3	1					1	1.7	
INFECCION DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	O23	7	4	1	1				1	3	5.1	
ATENCION MATERNA POR OTRAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	O26	1				1				0	0.0	
ATENCION MATERNA POR PRESENTACION ANORMAL FETO	O32	1	1							1	1.7	
ATENCION MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ORGANOS PELVIANOS DE LA MADRE	O34	1	1							1	1.7	
ATENCION MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES, CONOCIDOS O PRESUNTOS	O36	2				1		1		0	0.0	
OTROS TRASTORNOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO Y DE LAS MEMBRANAS	O41	2			2					0	0.0	
RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS	O42	1	1							1	1.7	
TRASTORNOS PLACENTARIOS	O43	2	1	1						1	1.7	
PLACENTA PREVIA	O44	5	2				1	1	1	1	1.7	
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA	O45	9	1	1	3	1	2		1	0	0.0	
HEMORRAGIA ANTEPARTO NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	O46	1	1							1	1.7	
ANORMALIDADES DE LA DINAMICA DEL TRABAJO DE PARTO	O62	24	5		6	1	3	6	3	2	3.4	
TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR HEMORRAGIA INTRAPARTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	O67	1			1					0	0.0	
OTRO TRAUMA OBSTETRICO	O71	9		2	2	2	1	1	1	-1	-1.7	
HEMORRAGIA POSTPARTO	O72	57	6	13	10	13	7	3	5	1	1.7	
RETENCION DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS, SIN HEMORRAGIA	O73	8	1	2	1	3	1			1	1.7	
OTRAS COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	O75	4	2	1		1				2	3.4	
SEPSIS PUERPERAL	O85	24		5	4	7	4	2	2	-2	-3.4	
OTRAS INFECCIONES PUERPERALES	O86	1			1					0	0.0	
COMPLICACIONES VENOSAS EN EL PUERPERIO	O87	5	1	2		2				1	1.7	
EMBOLIA OBSTETRICA	O88	27	4	4	3	5	6	2	3	1	1.7	
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	O90	5		1	1	2	1			0	0.0	
MUERTE OBSTETRICA DE CAUSA NO ESPECIFICADA	O95	50	15	2	5	7	5	9	7	8	13.6	
MUERTE MATERNA DEBIDA A CUALQUIER CAUSA OBSTETRICA QUE OCURRE DESPUES DE 42 DIAS PERO ANTES DE UN AÑO DEL PARTO	O96	13	8	2				1	2	6	10.2	
MUERTE POR SEQUELAS DE CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS	O97	1			1					0	0.0	
ENFERMEDADES MATERNAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O98	2			1			1		0	0.0	
OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O99	103	8	20	21	15	10	13	16	-8	-13.6	

Fuente: Certificados de nacimientos y defunciones, DANE, Procesamiento CID

3.3.2.3 Factores asociados con la ubicación espacial en una ciudad segmentada

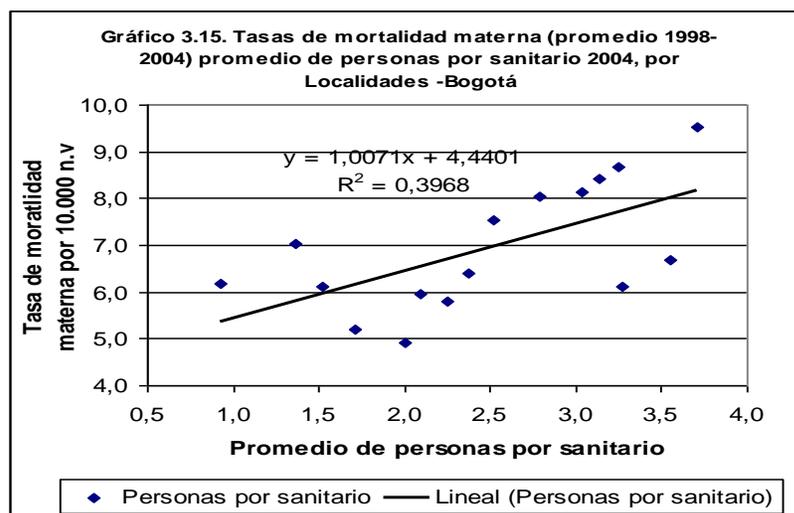


Las desigualdades entre las tasas de mortalidad materna por localidades están asociadas con diferencias socioeconómicas propias de una ciudad donde existe una clara segmentación espacial. Aunque existe una amplia heterogeneidad social al interior de las localidades las condiciones promedio de ellas permiten distinguir importantes inequidades asociadas al lugar de residencia de las personas.



Para ilustrar la correlación entre los niveles de esas tasas y las desigualdades entre localidades se recurre a tres indicadores: la proporción de personas en pobreza (bajo la línea de pobreza), el ingreso medio corriente y el promedio de personas por sanitario

(Gráficos 3.13 a 3.15)⁸⁴. El primero señala la fracción poblacional que carece de ingresos para obtener una canasta básica de bienes y servicios. El segundo expresa los recursos monetarios medios de las personas y el tercero indica las condiciones habitacionales en el uso de servicios básicos.



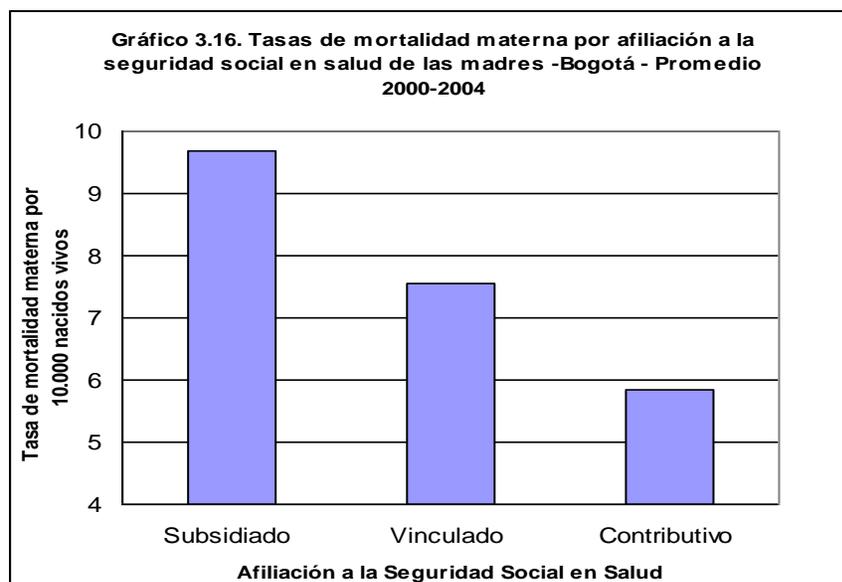
Los coeficientes de determinación entre las tasas de mortalidad materna y los indicadores seleccionados, incluidos en los gráficos, se encuentran entre 0.4 y 0.35, lo que señala el grado de asociación entre las variables. Aunque los valores de estos coeficientes son relativamente bajos, en los tres casos las asociaciones tienen el sentido esperado: a medida que las condiciones de los hogares empeoran, tiende a aumentar la tasa de mortalidad materna. Se pone de presente así la dependencia de los niveles este tipo de mortalidad y condiciones relativas a los niveles de ingreso, pobreza y facilidades en el acceso a servicios domiciliarios.

3.3.2.4 Tasa de mortalidad materna y relación de la madre con la Seguridad Social en Salud

Se encuentran diferencias significativas en las tasas de mortalidad materna de acuerdo con el régimen de seguridad social en el que se encuentran las madres (Gráfico 3.16). Las tasas de mujeres afiliadas al régimen subsidiado (9.7) son 1.6 veces mayores que las de afiliadas al régimen contributivo (5.9).

Sin embargo cabría preguntar si la diferencia obedece específicamente a la situación particular de servicios a los vinculados en Bogotá o a mayor concentración de pobreza y desventajas sociales en el grupo del Régimen Subsidiado que en el grupo de vinculados.

⁸⁴ Estos indicadores corresponden a 2004 y son obtenidos de la Encuesta de Capacidad de Pago realizada por el CID de la Universidad Nacional, por encargo del DAPD. Para el análisis de la relación entre la tasa de mortalidad materna y los ingresos se utiliza el logaritmo de esta variable.



Llama la atención que las tasas de la mortalidad materna sean 1.3 mayores entre las mujeres registradas en el régimen subsidiado que entre las “vinculadas”, sin afiliación a ninguno de los regímenes de la seguridad social.

Aunque es un asunto que requiere de un examen más detallado y debe constatararse con información de mejor calidad, el análisis de los datos lleva a reafirmar esta conclusión⁸⁵ que pone en cuestión los resultados de la aplicación de la Ley 100 de 1993. Si en las mujeres sin aseguramiento de Bogotá hay más bajas tasas de mortalidad materna que entre las afiliadas al régimen subsidiado, entonces ¿cuáles son las ventajas del aseguramiento subsidiado a este respecto?

3.3.2.5 Diferencias por grupos de edad de la edad de la madre

La edad de la madre es una variable que afecta los riesgos en el embarazo, parto y posparto. Los embarazos en adolescentes y mujeres de más de 40 años los riesgos son mayores. La situación se refleja en las más altas tasas de mortalidad infantil en menores de 15 años y mayores de 35 en Bogotá (Gráfico 3.17). Estas diferencias expresan, no obstante, circunstancias que afectan el acceso de las mujeres en mayor riesgo a los

⁸⁵ Esta conclusión se observa en los datos sin ajuste por omisión de respuesta y se mantiene en las dos opciones de ajuste que se ensayaron para obtener los resultados aquí comentados. Las mayores tasas en las afiliadas al régimen subsidiado que entre las vinculadas se encuentra persistentemente en todos los años analizados incluyendo 2003 y 2004, cuando las tasas de no respuesta en la variable de régimen de aseguramiento, son considerablemente menores.

cuidados que requieren. En tal sentido señalan una discriminación que merece ser analizada y tratada.

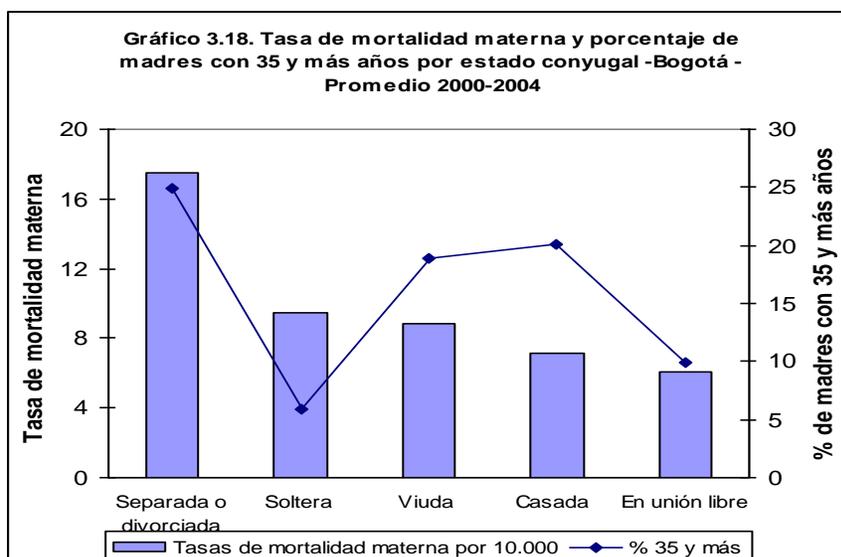


3.3.2.6 Vulnerabilidad social: el estado civil

Las diferencias en las tasas de mortalidad materna en Bogotá según el estado conyugal de las madres evidencian otras facetas de las inequidades en la salud. Las tasas de las mujeres separadas o divorciadas son 2.4 veces mayores que las de las casadas y 2.9 veces mayores que las de las que viven en unión libre (razón de tasa; Gráfico 18). Estas desigualdades insinúan posibles vínculos entre circunstancias de la vida familiar y condiciones de atención en el embarazo, parto y posparto de las mujeres.

El hecho está asociado igualmente con diferencias en la composición por edad de los grupos de mujeres según su estado civil. La proporción de madres con 35 y más años⁸⁶ es, en las separadas o divorciadas, de 25%, mientras en las casadas es de 20% , en las viudas de 19%, en las que viven en unión libre de 10% y en las solteras del 6% (Gráfico 3.18). Estas diferencias forman parte de la explicación sobre los altos niveles de muertes maternas dentro de las separadas y divorciadas y las mayores tasas entre casadas que entre las que viven en unión libre.

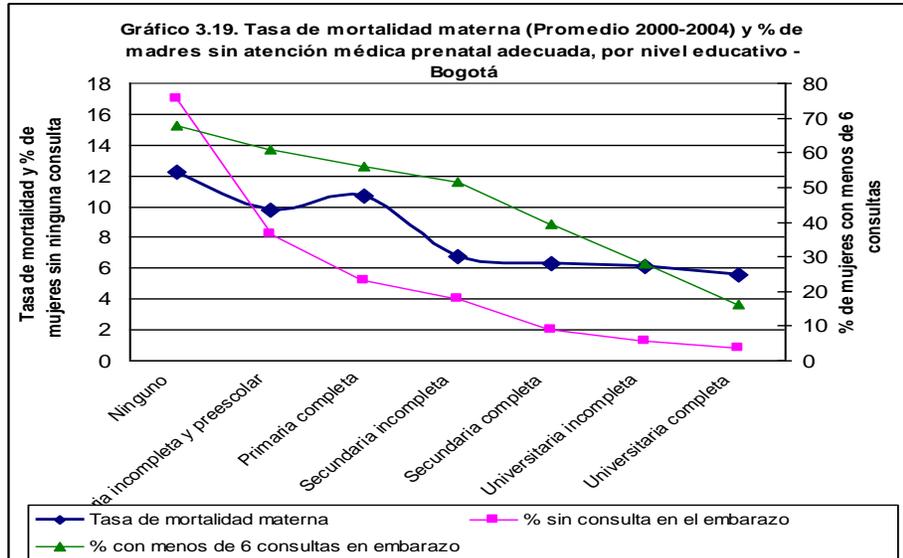
⁸⁶ El porcentaje de madres con 35 y más años se obtuvo de los certificados de nacimientos y corresponde al promedio 2000-2004.



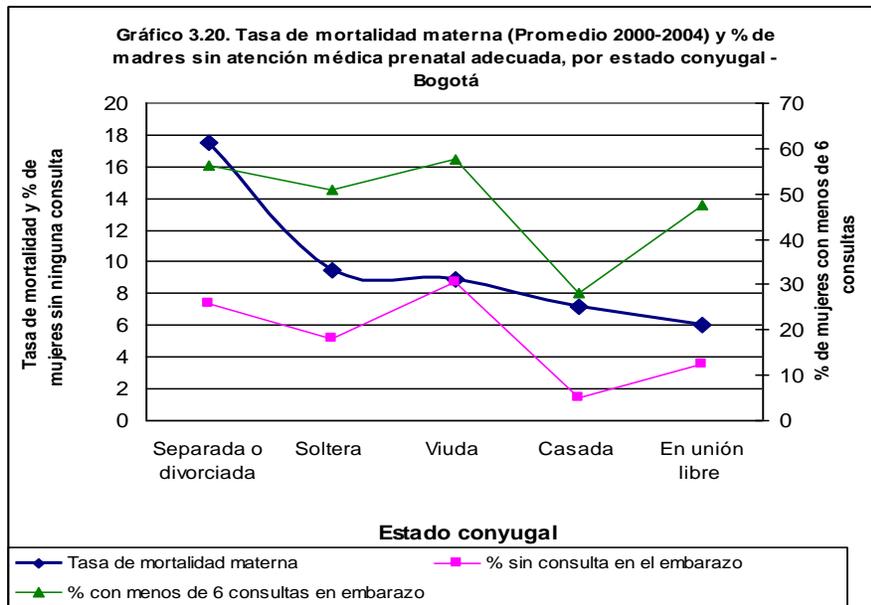
3.3.2.7 Tasa de mortalidad materna y atención prenatal

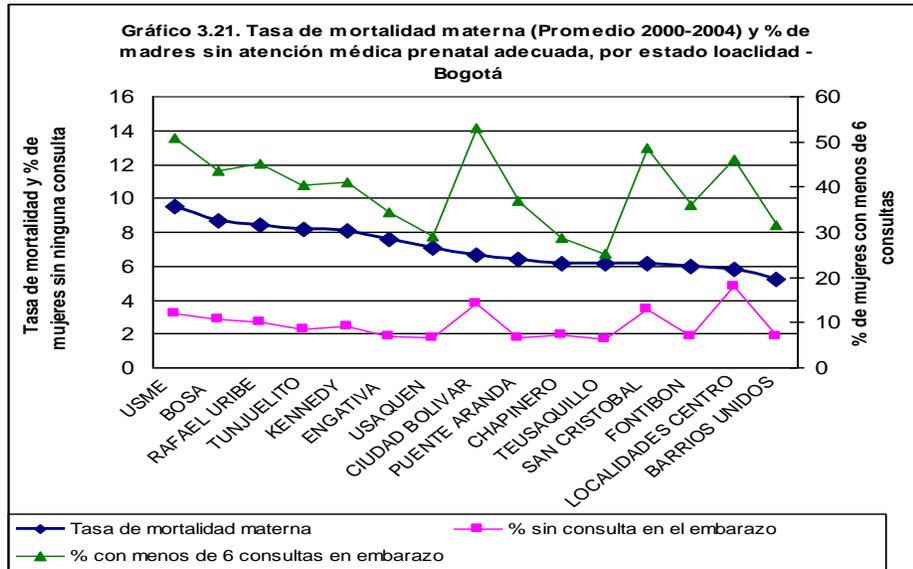
Se encuentra una asociación negativa entre los porcentajes de mujeres que no han tenido atención médica, acorde con los estándares establecidos, durante el embarazo (menos de seis consultas y sin ninguna consulta⁸⁷) y los niveles educativos de las madres, lo que indica la relación entre la condición social y el acceso a los servicios de salud. Las desigualdades en la atención adecuada y su relación con las variaciones en la tasa de mortalidad materna ilustra la asociación entre un determinante social, que se expresa en el nivel educativo, y determinantes intermedios que operan en el acceso en los servicios de atención (Gráfico 3.19). Las inequidades en la posición social, captadas por el nivel educativo, actúan a través de mecanismos como la frecuencia de las consultas prenatales en las mujeres embarazadas. Lo cual lleva a que las tasas de mortalidad materna presenten los diferenciales analizados.

⁸⁷ Estos indicadores se obtienen del procesamiento, efectuado por el CID, de los certificados de nacimientos para el conjunto del período 2000 a 2004.

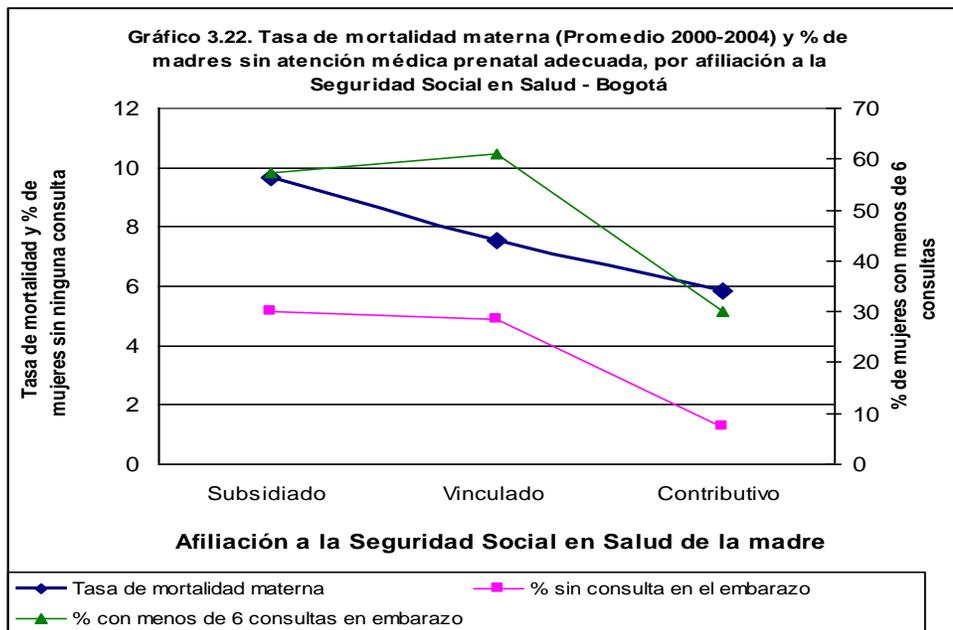


Estas interdependencias no son tan claras al examinar el comportamiento de las variables en relación con el estado conyugal de las madres (Gráfico 3.20) y con la localidad de residencia (Gráfico 3.21), lo que lleva a postular que hay otras circunstancias que actúan como factores intermedios en los efectos de inequidad en las tasas de mortalidad materna.





En lo que se refiere a la forma de vinculación con el Sistema de Seguridad Social en Salud las proporciones de mujeres con atención por debajo de los estándares (menos de 6 consultas en el embarazo) y sin ninguna consulta tienen valores semejantes entre las mujeres “vinculadas” y las afiliadas al régimen subsidiado. Lo cual podría expresar el efecto de la afiliación de mujeres al régimen subsidiado para el momento del parto (Gráfico 3.22).



3.3.3 La mortalidad evitable de menores de 1 y 5 años

3.3.3.1 La disminución de las muertes evitables en menores de 1 y 5 años

Tanto el número de muertes evitables de niños menores de 1 como el de menores de 5 años disminuyó dentro del período 1998-2004 en 44%. Las de menores de 1 año pasaron de 370 en 1998 a 206 en 2004 y el recorrido de las de menores de 5 años fue de 461 a 256 (Cuadros 3.4 y 3.5). Este comportamiento está afectado por la caída de la tasa de fecundidad ya mencionado y por la reducción de la proporción de niños afectados.

Para el conjunto de los años analizados las muertes por IRA (infección respiratoria aguda) constituyen el 79% de las muertes evitables dentro de los dos grupos de edad de los niños, las muertes por EDA (enfermedad diarreica aguda) el 19% y por enfermedades inmuno-prevenibles cerca del 2% restante. Dentro de las muertes evitables la participación de las ocasionadas por IRA aumentó, pasando de 73% a 85%, en detrimento de la participación de las causadas por EDA que evolucionó del 24% al 13%. La participación de las muertes causadas por enfermedades inmuno-prevenibles se ha mantenido entre el 1 y el 2,7%. Mientras que el número de muertes evitables por IRA disminuyó el 36% las debidas a EDA disminuyeron cerca de 70% (Cuadro 3.6).

Cuadro 3.4. Tasas de mortalidad evitable de menores de 5 años por Localidad y régimen de afiliación de la madre (por 10.000)- Bogotá 1998-2004

Localidades y Régimen de afiliación de la madre a la SSS	Nacimientos								Muertes de menores de 5 años por EDA, IRA y causas que								Tasas por 10.000							
	Total 2000	Año							Total 2000	Año							Total 2000	Año						
		2004	1.998	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003		2.004	2004	1.998	1.999	2.000	2.001	2.002		2.003	2.004	2004	1.998	1.999	2.000	2.001
Total	583.919	135.983	125.623	122.863	119.352	115.275	113.527	112.902	1.405	461	387	381	326	235	207	256	4,8	7,9	6,6	6,5	5,6	4,0	3,5	4,4
Localidad																								
USAQUEN	31.016		7.365	6.796	6.496	6.187	5.885	5.652	53	17	10	11	17	7	13	4	3,4			16,9	25,4	12,1	22,4	7,4
CHAPINERO	10.080		2.184	2.030	2.117	2.094	2.061	1.778	20	7	7	2	4	10	1	3	4,1			10,4	19,5	48,3	5,1	17,1
SANTA FE	13.598		2.721	2.940	2.655	2.741	2.754	2.508	37	16	13	11	6	4	7	7	5,4			38,8	24,2	16,1	26,0	28,5
SAN CRISTOBAL	43.133		9.390	9.625	8.823	9.086	7.898	7.701	127	51	43	33	29	18	17	28	5,9			34,6	33,3	20,1	22,2	37,0
USME	32.511		6.657	6.869	6.628	6.426	6.277	6.312	105	27	21	25	40	11	13	16	6,5			36,2	60,2	16,9	21,2	25,9
TUNJUELITO	21.438		4.836	4.696	4.105	4.012	4.253	4.372	45	16	14	6	10	11	4	15	4,2			11,8	23,4	26,3	9,9	34,8
BOSA	49.004		9.954	9.660	9.394	9.895	9.706	10.349	106	46	34	23	30	16	17	19	4,3			23,8	32,1	16,2	17,9	18,7
KENNEDY	70.770		14.265	14.925	14.721	13.649	13.835	13.640	157	41	49	52	32	23	22	28	4,4			35,1	22,1	17,1	15,6	20,2
FONTIBON	25.763		5.537	5.447	4.966	5.178	5.045	5.127	37	13	8	10	10	8	5	3	2,9			18,8	20,6	15,9	10,1	6,0
ENGATIVA	65.810		14.049	13.621	13.593	12.980	12.819	12.797	131	49	37	38	25	23	20	23	4,0			28,1	18,6	17,9	16,0	18,3
SUBA	73.103		14.861	14.597	14.857	14.428	14.443	14.778	145	39	40	38	38	23	16	28	4,0			26,2	25,8	16,1	11,4	19,3
BARRIOS UNIDOS	10.080		2.487	2.311	2.236	2.022	1.852	1.658	18	7	9	6	2	7	1	2	3,6			26,3	9,4	35,0	5,6	12,3
TEUSAQUILLO	8.350		2.120	1.896	1.967	1.739	1.396	1.352	11	6	3	4	4	0	1	2	2,7			21,5	20,8	0,5	7,4	15,0
MARTIRES	8.148		1.879	1.732	1.550	1.426	1.719	1.721	32	12	10	6	7	6	7	5	7,9			36,6	47,6	44,5	41,5	29,8
ANTONIO NARIÑO	6.715		1.712	1.620	1.596	1.214	1.092	1.193	17	9	7	4	5	5	2	1	5,2			25,2	31,9	41,9	18,6	8,7
PUENTE ARANDA	20.921		5.139	4.492	4.175	4.085	4.150	4.019	47	17	9	12	8	9	6	10	4,5			27,7	20,3	23,2	14,9	25,3
CANDELARIA	1.846		590	443	461	589	195	158	6	4	1	1	2	1	1	1	6,7			23,9	44,7	18,0	52,3	64,6
RAFAEL URIBE	35.371		7.624	7.144	7.102	7.285	6.942	6.898	105	25	21	26	15	17	17	28	5,9			36,8	21,7	23,7	25,2	41,3
CIUDAD BOLIVAR	55.966		12.098	11.959	11.836	10.201	11.137	10.834	205	59	47	70	39	33	34	30	7,3			58,3	32,9	32,1	30,2	27,4
SUMAPAZ	296		154	59	73	39	67	56	0	0	2	0	0	0	0	0	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Regimen de seguridad social																								
Subsidiado	130.182	29.667	27.727	26.011	24.691	25.323	26.817	27.341	615	180	160	151	128	101	98	137	9,4	12,1	11,5	11,6	10,4	8,0	7,3	10,0
Vinculado	119.397	20.574	24.664	26.199	25.968	23.130	23.101	20.998	554	197	154	168	134	86	78	88	9,3	19,1	12,5	12,8	10,3	7,4	6,7	8,4
Contributivo	334.340	85.742	73.231	70.653	68.692	66.822	63.609	64.563	237	84	73	62	64	48	31	31	1,4	2,0	2,0	1,8	1,9	1,4	1,0	1,0

Fuente: Procesamiento del CID a los archivos de la SDS de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Incluye ajuste por omisión en algunas categorías de clasificación.

(1) Incluye las localidades de La Candelaria, Santa Fe, Mártires y Antonio Nariño.

Diseño de un Observatorio en Calidad de Vida y Salud para Bogotá- Informe Final

Cuadro3.5. Tasas de mortalidad evitable de menores de 1 años por nivel educativo, estado civil, regimen de seguridad social y grupo de edad de la madre- Bogotá, 1998-2004

Localidades, nivel educativo, estado civil, régimen de afiliación y grupos de edad de la madre	Total 2000 2004	Nacimientos							Total 2000 2004	Muertes evitables de menores de 1 año							Total 2000 2004	Tasas por 10.000 nacidos vivos							
		Año								Año								Año							
		1.998	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004		1.998	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004		1.998	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	
Total	583.919	135.983	125.623	122.863	119.352	115.275	113.527	112.902	1.134	370	309	313	266	181	168	206	19,4	27,2	24,6	25,5	22,3	15,7	20,03	14,8	18,2
Localidad																									
USAQUEN	31.016		7.365	6.796	6.496	6.187	5.885	5.652	44		7	9	13	5	11	4	14,1		9,3	13,9	20,7	8,6	19,0	7,4	
CHAPINERO	10.080		2.184	2.030	2.117	2.094	2.061	1.778	14		6	2	3	5	1	3	14,3		28,5	10,4	14,7	24,3	5,1	17,2	
SANTA FE	13.598		2.721	2.940	2.655	2.741	2.754	2.508	31		12	11	5	3	5	6	23,0		42,7	38,5	20,1	11,8	18,7	24,5	
SAN CRISTOBAL	43.133		9.390	9.625	8.823	9.086	7.898	7.701	98		35	26	21	14	15	21	22,7		37,2	27,1	23,9	15,2	19,6	27,9	
USME	32.511		6.657	6.869	6.628	6.426	6.277	6.312	85		15	19	35	7	12	12	26,0		23,0	27,3	52,4	10,2	19,6	19,5	
TUNJUELITO	21.438		4.836	4.696	4.105	4.012	4.253	4.372	41		10	5	9	8	4	15	19,2		20,8	9,7	20,9	21,0	10,0	34,9	
BOSA	49.004		9.954	9.660	9.394	9.895	9.706	10.349	74		25	20	20	12	10	12	15,2		25,3	20,4	20,9	12,6	10,6	11,9	
KENNEDY	70.770		14.265	14.925	14.721	13.649	13.835	13.640	124		40	42	28	20	16	17	17,5		27,9	28,1	19,0	14,5	11,9	12,8	
FONTIBON	25.763		5.537	5.447	4.966	5.178	5.045	5.127	31		5	8	10	5	4	3	11,9		9,7	15,1	20,6	10,0	8,1	6,0	
ENGATIVA	65.810		14.049	13.621	13.593	12.980	12.819	12.797	109		33	29	22	17	19	23	16,6		23,6	21,4	16,3	13,0	14,5	17,6	
SUBA	73.103		14.861	14.597	14.857	14.428	14.443	14.778	115		31	30	32	18	12	22	15,7		20,8	20,6	21,6	12,3	8,6	15,2	
BARRIOS UNIDOS	10.080		2.487	2.311	2.236	2.022	1.852	1.658	14		8	6	1	5	1	1	14,1		32,6	26,2	4,7	24,9	5,5	6,2	
TEUSAQUILLO	8.350		2.120	1.896	1.967	1.739	1.396	1.352	8		3	4	3	0	0	1	9,7		14,4	21,3	15,4	0,1	0,1	7,5	
MARTIRES	8.148		1.879	1.732	1.550	1.426	1.719	1.721	30		9	5	7	6	7	4	37,1		45,8	30,8	47,3	43,8	41,6	24,1	
ANTONIO NARIÑO	6.715		1.712	1.620	1.596	1.214	1.092	1.193	11		5	3	3	3	2	0	16,7		29,9	18,9	19,2	25,1	18,6	0,2	
PUENTE ARANDA	20.921		5.139	4.492	4.175	4.085	4.150	4.019	38		5	11	8	7	3	8	18,3		9,0	25,2	20,0	17,7	7,6	20,3	
CANDELARIA	1.846		590	443	461	589	195	158	5		1	1	2	1	1	0	27,7		17,9	23,3	44,0	17,4	51,9	0,9	
RAFAEL URIBE	35.371		7.624	7.144	7.102	7.285	6.942	6.898	88		17	24	13	15	13	22	24,8		22,2	33,7	18,4	20,3	19,4	32,6	
CIUDAD BOLIVAR	55.966		12.098	11.959	11.836	10.201	11.137	10.834	173		40	57	30	29	29	29	30,9		33,1	47,4	25,1	28,7	25,8	26,6	
SUMAPAZ	296		154	59	73	39	67	56	0		2	0	0	0	0	0	0,0		129,7	0,0					
Nivel educativo de la madre																									
Preescolar	1.562	287	205	204	203	285	236	634	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Primaria completa	66.095	18.354	16.384	15.506	14.049	12.956	12.206	11.379	242	86	59	68	65	35	33	41	36,6	46,8	36,2	43,8	46,6	27,0	26,8	36,1	
Primaria incompleta	30.750	9.369	8.412	7.141	6.584	6.074	5.755	5.197	97	41	34	32	17	20	14	13	31,4	43,2	41,0	44,3	26,3	33,6	24,0	25,7	
Secundaria completa	180.876	37.204	34.104	35.706	35.491	35.718	36.406	37.556	318	90	75	76	71	54	48	68	17,6	24,1	22,0	21,4	19,9	15,1	13,2	18,2	
Secundaria incompleta	178.559	44.649	41.899	39.487	38.040	35.664	33.644	31.724	313	98	100	94	77	50	48	44	17,5	22,0	23,9	23,9	20,2	14,0	14,1	14,0	
Universitaria completa	77.397	15.498	14.639	14.993	15.147	15.062	15.565	16.629	93	25	18	23	17	12	18	23	12,1	15,8	12,6	15,4	11,3	7,8	11,8	13,9	
Universitaria incompleta	46.224	9.954	9.406	9.302	9.355	9.030	9.215	9.323	44	14	13	13	12	4	5	11	9,5	14,5	14,1	13,7	12,9	3,9	5,0	11,7	
Ninguno	2.456	668	574	525	483	486	501	460	27	17	8	7	7	6	3	5	111,7	250,2	141,8	131,2	134,8	128,8	56,1	107,6	
Estado civil de la madre		135.983	125.623	122.863	119.352	115.275	113.527	112.902	1.134	370	309	313	266	181	168	206									
Soltera	105.328	20.131	21.483	21.862	21.409	21.291	20.922	19.844	226	65	60	55	54	39	35	42	21,4	32,2	27,8	25,2	25,0	18,5	17,0	21,1	
Casada	160.475	42.841	36.996	35.721	33.528	31.469	30.226	29.531	221	76	62	68	52	34	27	40	13,8	17,7	16,9	19,0	15,5	10,8	9,0	13,4	
Viuda	1.316	347	344	299	271	287	211	247	6	0	3	4	2	0	0	0	45,6	0,0	87,2	133,6	73,7	0,0	0,0	0,0	
En unión libre	312.698	71.642	65.777	64.051	63.231	61.437	61.432	62.548	667	220	178	178	155	106	104	124	21,3	30,7	27,1	27,7	24,5	17,2	16,9	19,9	
Separada o divorciada	4.102	1.022	1.023	931	912	791	736	732	15	9	5	8	3	2	1	0	36,5	91,9	51,8	88,8	35,2	27,7	15,5	2,0	
Regimen de seguridad social																									
Contributivo	334.340	85.742	73.231	70.653	68.692	66.822	63.609	64.563	473	134	130	118	100	72	74	107	14,1	15,6	17,8	16,7	14,6	10,8	11,7	16,6	
Subsidiado	130.182	29.667	27.727	26.011	24.691	25.323	26.817	27.341	470	166	120	144	109	72	70	74	36,1	55,9	43,4	55,2	44,3	28,4	26,3	27,2	
Vinculado	119.397	20.574	24.664	26.199	25.968	23.130	23.101	20.998	192	70	59	51	56	37	23	24	16,1	34,2	23,8	19,5	21,6	16,0	10,0	11,6	
Grupo de edad de la madre																									
10 a 14 años	2.470	594	624	541	512	447	481	488	7	2	1	2	1	1	2	0	28,2	33,1	9,7	29,9	28,6	29,9	46,9	6,0	
15 a 19 años	102.256	24.050	22.953	21.963	21.438	20.244	19.610	19.002	240	76	58	57	62	43	37	41	23,5	31,7	25,1	25,9	29,0	21,3	18,8	21,6	
20 a 24 años	164.958	37.633	35.079	34.440	33.297	32.681	32.406	32.133	360	110	95	97	85	52	56	69	21,8	29,3	27,0	28,3	25,5	16,0	17,2	21,6	
25 a 29 años	136.957	33.370	29.926	28.932	27.874	26.559	26.577	27.016	250	81	70	77	56	36	38	43	18,3	24,2	23,5	26,6	20,0	13,4	14,4	16,1	
30 a 34 años	103.780	24.974	22.411	22.202	21.452	20.511	20.093	19.521	156	58	45	47	30	28	20	32	15,1	23,1	20,3	21,0	13,8	13,6	10,1	16,4	
35 a 39 años	58.021	12.332	11.795	11.849	11.726	11.739	11.322	11.384	85	32	29	24	19	16	10	17	14,6	26,0	24,9	19,9	16,1	13,2	8,6	15,0	
40 a 44 años	14.542	2.804	2.619	2.710	2.889	2.927	2.863	3.152	30	11	10	5	12	5	3	20,6	38,8	37,5	17,9	42,9	17,1	16,7	9,1		
45 a 54	935	226	217	226	164	167	174	205	6	0	1	5	1	0	0	0	64,2	0,0	46,2	221,6	61,0	0,0	0,0	0,0	

Fuente: Procesamiento del CID a los archivos de la SDS de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Incluye ajuste por omisión en algunas categorías de clasificación.

(1) Incluye las localidades de La Candelaria, Santa Fe, Mártires y Antonio Nariño.

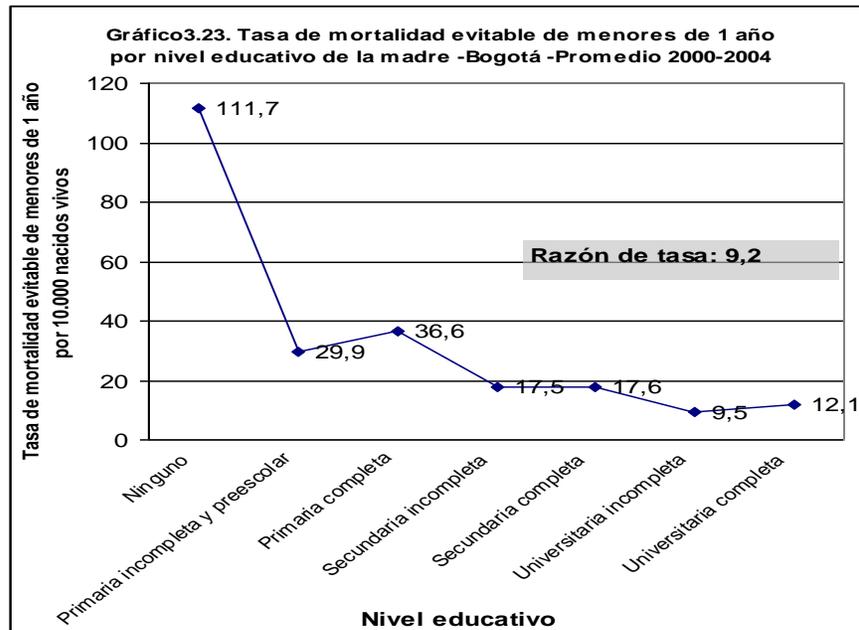
Cuadro 3.6

Muertes evitables de menores de 5 años y de 1 año, por tipo de causa básica y año -1998-2004-Bogotá

Años	Muertes evitables de menores de 5 años				Muertes evitables de menores de 1 año			
	Total	IRA	EDA	Muertes por enfermedades inmuno prevenibles	Total	IRA	EDA	Muertes por enfermedades inmuno prevenibles
Total	2.253	1.783	436	34	1.813	1.427	352	34
1998	461	340	111	10	370	271	89	10
1999	387	312	71	4	309	252	53	4
2000	381	300	77	4	313	241	68	4
2001	326	262	57	7	266	217	42	7
2002	235	185	48	2	181	138	41	2
2003	207	165	39	3	168	134	31	3
2004	256	219	33	4	206	174	28	4
Total	100,0	79,1	19,4	1,5	100,0	78,7	19,4	1,9
1998	100,0	73,8	24,1	2,2	100,0	73,2	24,1	2,7
1999	100,0	80,6	18,3	1,0	100,0	81,6	17,2	1,3
2000	100,0	78,7	20,2	1,0	100,0	77,0	21,7	1,3
2001	100,0	80,4	17,5	2,1	100,0	81,6	15,8	2,6
2002	100,0	78,7	20,4	0,9	100,0	76,2	22,7	1,1
2003	100,0	79,7	18,8	1,4	100,0	79,8	18,5	1,8
2004	100,0	85,5	12,9	1,6	100,0	84,5	13,6	1,9

Fuente: Certificados de nacimientos y defunciones, DANE. Procesamiento CID.

3.3.3.2 Determinantes relacionados con las condiciones sociales: el nivel educativo de la madre



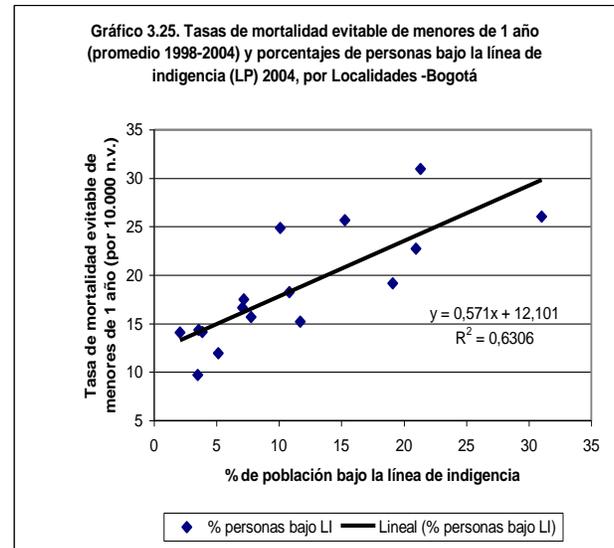
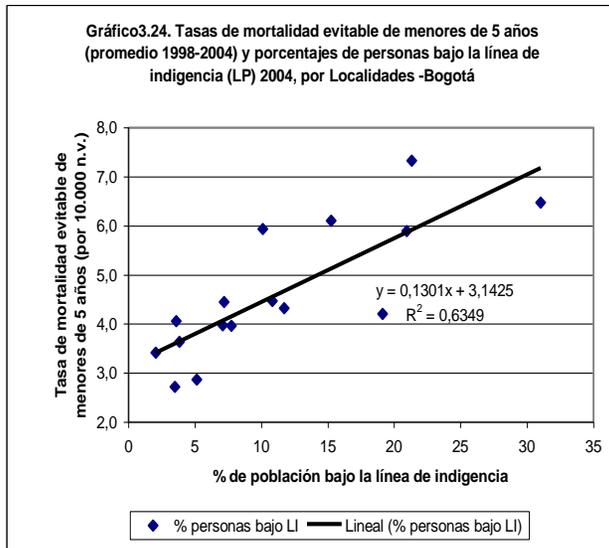
Como en el caso de la mortalidad materna las tasas de mortalidad evitable de menores de 1 años guardan asociación con los niveles educativos de las madres (Gráfico 3.23). La tasa de los que tienen madre sin ningún nivel educativo es más de 9 veces superior a los hijos de madres con educación superior incompleta. La asociación no es perfecta en tanto no en todos los casos las tasas disminuyen con el aumento del nivel educativo, pero la tendencia es clara e indica la inequidad relacionada con una variable relacionada con la posición social.

Dado que la fuente primaria de información sobre las muertes infantiles no arroja información que permita evidenciar la aparición diferencial del fenómeno entre grupos contruidos según variables de posición social o ventaja o desventaja social (salvo el nivel educativo de la madre), para establecer las diferencias de mortalidad infantil entre grupos de altos y bajos ingresos, u otras variables significativas de ventaja-desventaja social, se optó por buscar la concentración de la mortalidad en los grupos con mayores desventajas sociales, con base en una serie de datos e información secundaria disponible para las localidades y facilitada por la Secretaría de Salud y otras entidades del Distrito.

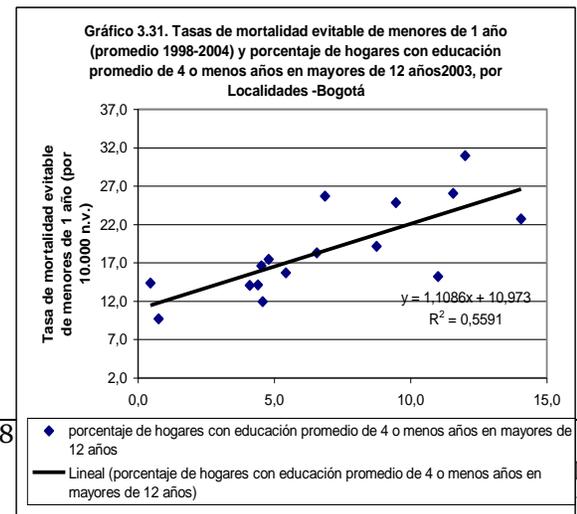
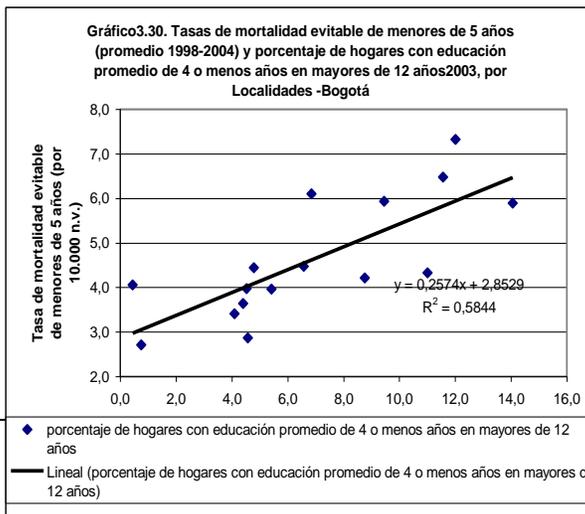
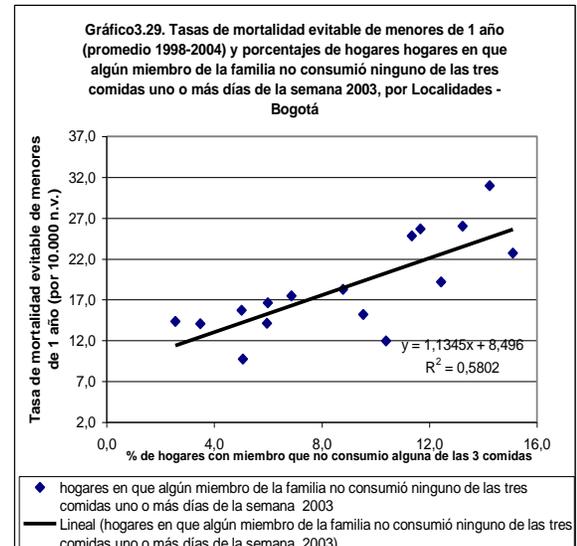
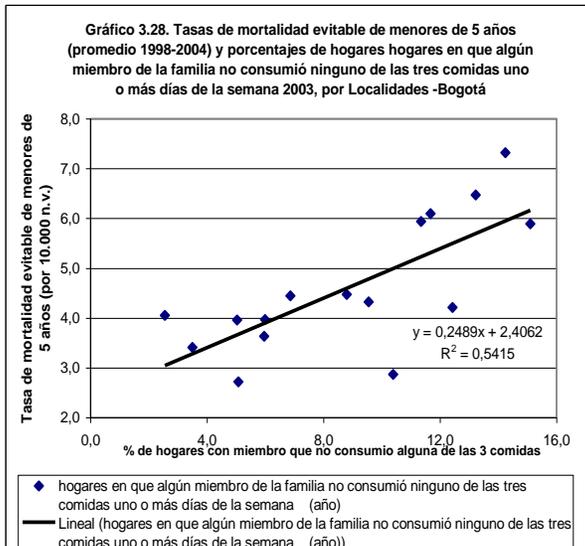
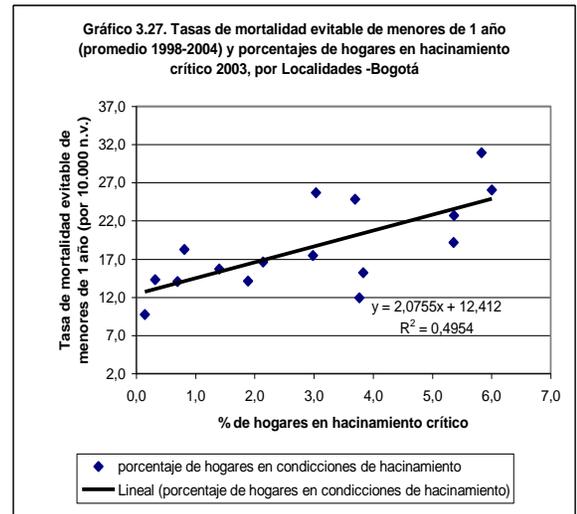
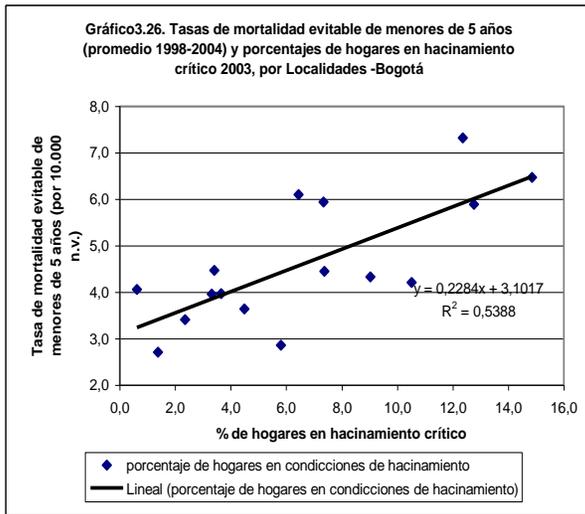
De esta forma se buscó la referencia geográfica, por localidades, para buscar relaciones entre las localidades que mostraban mayor número de muertes y la concentración de algunas variables de desventaja social.

3.3.3.3 Mortalidad evitable de niños y condiciones de la localidad de residencia

Las tasas de mortalidad evitable de los niños menores de 1 año y de 5 años tienen una alta asociación con las condiciones sociales de las localidades donde habitan. A esta conclusión se llega al hallar la correlación entre estas tasas e indicadores que expresan diferencias en la posición social. Para el ejercicio se utilizaron indicadores relacionados con distintas dimensiones de la calidad de vida: porcentaje de población en indigencia (pobreza crítica), porcentaje de hogares en hacinamiento crítico, porcentaje de hogares en que algún miembro no hubiera consumido ninguna de las tres comidas uno o más días de la semana y porcentaje de y porcentaje de hogares con educación promedio de 4 o menos años en mayores de 12⁸⁸. En todos los casos se encuentran asociaciones significativas entre las variables de desventaja social analizadas y las tasas de mortalidad por causas evitables en menores de 5 años y menores de 1 año, por localidad. Los coeficientes de determinación (R^2) son, sin excepción, superiores a 0.49 (Gráficos 3.24 a 3.31).

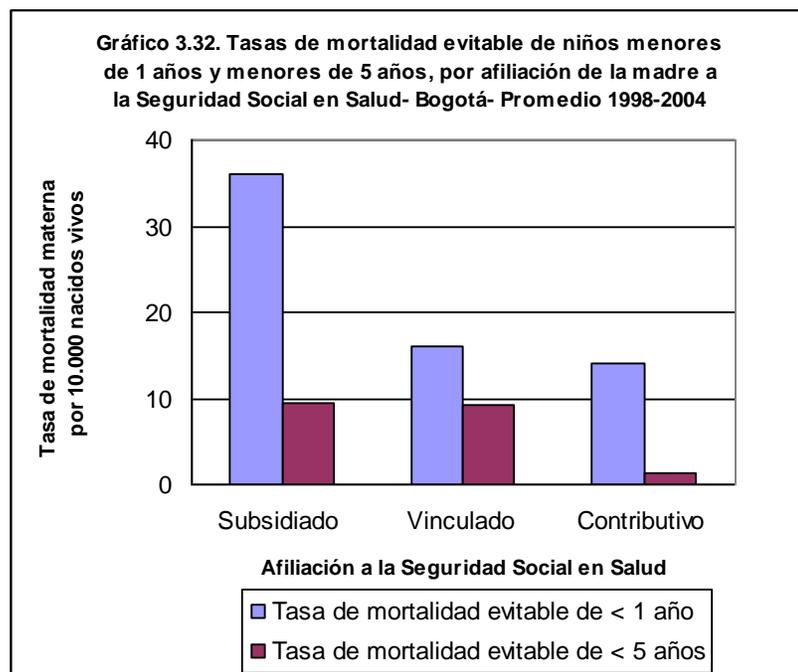


⁸⁸ El indicador de indigencia se obtuvo de la encuesta de Capacidad de Pago (2004). Los restantes provienen de la encuesta de Calidad de Vida del año 2003.



3.3.3.4 Tasa de mortalidad evitable de niños y relación de la madre con la Seguridad Social en Salud

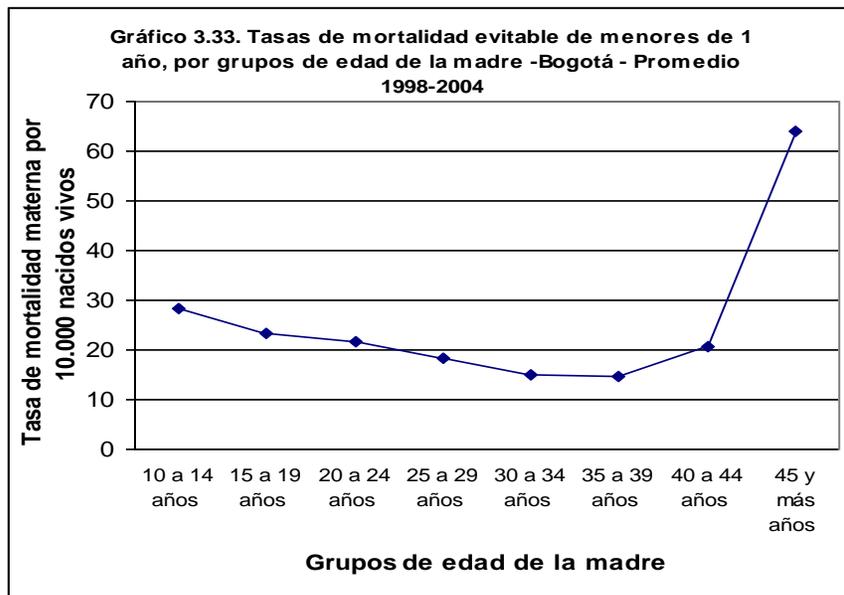
Las tasas de mortalidad evitable son más bajas en los menores de 5 y de 1 año con madre afiliada al régimen contributivo de salud. Son más elevadas en niños de madre afiliada al régimen subsidiado que entre los de madre que carece de afiliación (vinculadas), aunque en magnitud diferente según los grupos de edad considerados (Gráfico 3.32). En las tasas de menores de 1 año hay significativas diferencias entre las dos formas de relación con la seguridad social. Las de los niños de madre afiliada al régimen subsidiado son de 36 por 10.000 y los de madre vinculada de 16 por 10.000. En el caso de los niños menores de 5 años las tasas de mortalidad de mortalidad, para estas dos formas de relación con la seguridad social, son muy similares, lo que quiere decir que no hay un efecto apreciable de la afiliación a ese régimen sobre la mortalidad en los 5 primeros años de vida. Estos resultados ponen en duda nuevamente los logros del régimen subsidiado sobre la equidad en la salud, pero cabe preguntar una vez más si parte de esta diferencia no obedece específicamente a la situación particular de servicios a los vinculados en Bogotá o a la mayor concentración de pobreza y desventajas sociales en el grupo afiliado al Régimen Subsidiado que en el grupo de vinculados.



3.3.3.5 Diferencias por grupos de edad de la madre

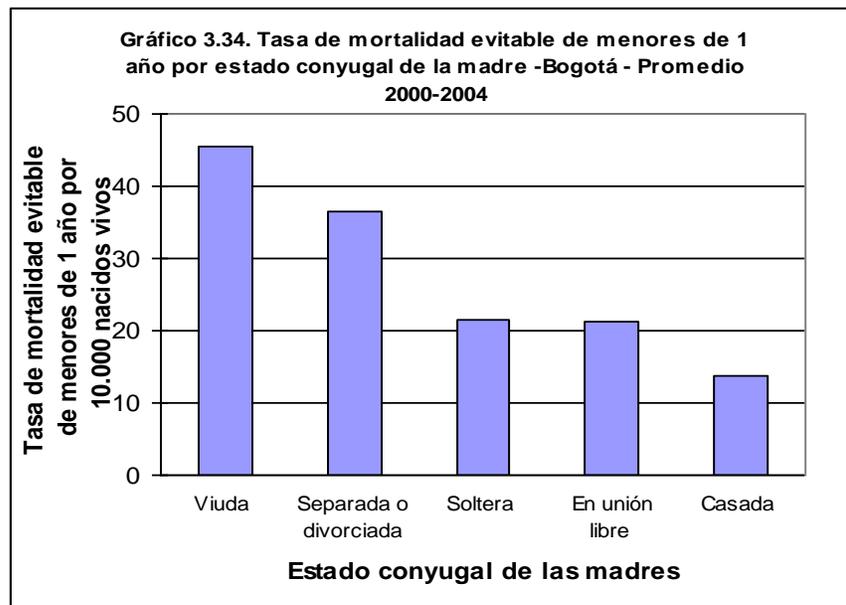
La tasa de mortalidad evitable de menores de 1 año es de 28 por 10.000 en los que tienen madre menor de 15 años, disminuye a 15 para los que tienen madre entre 35 y 39 años,

aumenta a 20 para los de madre entre 40 y 44 años y llegan a 64 para los hijos de madres de más de 45 años (Gráfico 3.33). Este transcurso es posiblemente efecto de los riesgos diferenciales ante el parto por edad de la madre y de la asociación, ya mencionada, entre la edad de las madres y su estado conyugal. Como en lo referente a la mortalidad materna, las diferencias encontradas en las tasas señalan posibilidades inequitativas de acceso a los servicios de salud materno infantiles para contrarrestar los riesgos superiores de determinados sectores sociales. Igualmente debe analizarse la concentración de embarazos adolescentes en los grupos sociales más desaventajados, lo que confirmaría una situación de inequidad.



3.3.3.6 Vulnerabilidad social: el estado civil

La tasa de mortalidad evitable de los menores de 1 año por estado conyugal de las madres es mayor en los hijos de mujeres sin pareja, aunque en orden distinto al de las tasas de mortalidad materna: viudas, con tasa de 46 por 10.000, separadas o divorciadas con tasa de 36, solteras con tasa de 21. En la mortalidad de menores de 1 año es mayor la mortalidad de niños con madre en unión libre (21), que de madres casadas (13, Gráfico 3.34).



3.3.4 Conclusiones

Una primera conclusión del análisis es la necesidad de mejorar las informaciones de base de los registros. Bogotá está en capacidad de tener mejores controles sobre la información que certifique la plena cobertura de los registros y que eviten las omisiones en las preguntas que permiten el análisis de temas clave para el análisis de la equidad como es el de la mortalidad evitable.

A partir de la fuente primaria y su procesamiento se concluye en el análisis de inequidades de la mortalidad por causas evitables:

Las diferencias en las tasas de mortalidad materna por nivel educativo de la madre ilustran la forma como se expresan los factores de desigualdad social en este fenómeno. La magnitud de las tasas disminuye a medida que la educación formal de las mujeres es mayor.

A su vez, la relación entre la escolaridad de las mujeres y su nivel socioeconómico se expresa en que a medida que los ingresos de los hogares son mayores tiende a ser elevado el número de años de educación formal que poseen. Las diferencias en la educación están asociadas con las condiciones del estándar de vida que dependen del nivel de ingresos, representan además la desigualdad en la distribución de un recurso del que dependen las posibilidades de participación y de respuesta ante situaciones que afectan la salud. Esta clara asociación de la mortalidad materna con la posición social completa la valoración de inequidad.

Se encuentra una asociación negativa entre los porcentajes de mujeres que no han tenido atención médica, acorde con los estándares establecidos, durante el embarazo (menos de seis consultas y sin ninguna consulta) y los niveles educativos de las madres, lo que indica la relación entre la condición social y el acceso a los servicios de salud. Las desigualdades en la atención adecuada y su relación con las variaciones en la tasa de mortalidad materna ilustra la asociación entre un determinante social, que se expresa en el nivel educativo, y determinantes intermedios que operan en el acceso en los servicios de atención. Las inequidades en la posición social, captadas por el nivel educativo, actúan a través de mecanismos como la frecuencia de las consultas prenatales en las mujeres embarazadas. Lo cual lleva a que las tasas de mortalidad materna presenten los diferenciales analizados.

Como en el caso de la mortalidad materna las tasas de mortalidad evitable de menores de 1 años guardan asociación con los niveles educativos de las madres. La tasa de los que tienen madre sin ningún nivel educativo es más de 9 veces superior a los hijos de madres con educación superior incompleta. La asociación no es perfecta en tanto no en todos los casos las tasas disminuyen con el aumento del nivel educativo, pero la tendencia es clara e indica la inequidad relacionada con una variable relacionada con la posición social.

Dado que no se cuenta en la fuente primaria información sobre las muertes infantiles que permita evidenciar la aparición diferencial del fenómeno entre grupos contruidos según variables de posición social, o ventaja / desventaja social, con el fin de establecer las diferencias de mortalidad infantil entre grupos de altos y bajos ingresos, de mayor o menor nivel educativo u otras variables significativas, se optó por analizar la concentración de la mortalidad en los grupos con mayores desventajas sociales, por una serie de información secundaria disponible para las localidades, dado que *“La ubicuidad, tanto en el tiempo como en el espacio, del patrón observado de vinculación sistemática de una peor salud y una esperanza de vida más corta se asocia con posiciones sucesivamente más bajas en cualquier sistema de estratificación social”*.⁸⁹

El análisis realizado en este sentido, muestra que las tasas de mortalidad evitable de los niños menores de 1 año y de 5 años tienen una alta asociación con las condiciones sociales relacionadas con las localidades donde habitan. A esta conclusión se llega al hallar la correlación entre estas tasas e indicadores que expresan diferencias en la posición social. Para el ejercicio se utilizaron indicadores relacionados con distintas dimensiones de la calidad de vida: porcentaje de población en indigencia (pobreza crítica), porcentaje de hogares en hacinamiento crítico, porcentaje de hogares en que algún miembro no hubiera consumido ninguna de las tres comidas uno o más días de la semana y porcentaje de hogares con educación promedio de 4 o menos años en mayores de 12 años. En todos los casos se encuentran asociaciones significativas entre las variables de desventaja social analizadas y las tasas de mortalidad por causas evitables en menores de 5 años y menores

⁸⁹ MacIntre S. *Social Inequalities and health in the contemporary World*. (citado por Krieger, Nancy. *Glosario de epidemiología social*. En: OPS- OMS. Boletín epidemiológico Volumen 23 Número 2 Junio de 2002. Página 10.

de 1 año, por localidad. Los coeficientes de determinación (R_2) son, sin excepción, superiores a 0.49 y en ocasiones superiores a 0,6, coeficientes que demuestran la concentración de la mortalidad en estos grupos con grandes desventajas sociales.

En síntesis, se encontraron asociaciones significativas entre las variables de desventaja social analizadas y las tasas de mortalidad por causas evitables en menores de un año y en menores de 5 años, por localidad.

Este primer estudio de mortalidad materna e infantil por causas evitables deja a su vez una serie de inquietudes en las que se requiere profundizar, por ejemplo las relacionadas con los resultados por Régimen de Afiliación a la Seguridad Social, o las características de las madres con embarazos en etapas muy tempranas con mayor tasa de mortalidad de menores de un año, o las asociaciones entre la mortalidad y la estructura de la familia y el trabajo de los padres.

Anexo 3.1.

Tabla A. Enfermedades evitables

Código en la Clasificación Internacional de enfermedades	Denominación
Mortalidad Materna	
A35	OTROS TETANOS
O00	EMBARAZO ECTOPICO
O02	OTROS PRODUCTOS ANORMALES DE LA CONCEPCION
O03	ABORTO ESPONTANEO
O05	ABORTO MEDICO
O06	OTRO ABORTO
O07	INTENTO FALLIDO DE ABORTO
O10	HIPERTENSION PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO
O11	TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PREEXISTENTES, CON PROTEINURIA AGREGADA
O12	EDEMA Y PROTEINURIA GESTACIONAL [INDUCIDOS POR EMBARAZO] SIN HIPERTENSION
O13	HIPERTENSION GESTACIONAL [INDUCIDA POR EMBARAZO] SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
O14	HIPERTENS GESTACIONAL [INDUCIDA POR EMBARAZO] CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
O15	ECLAMPSIA
O16	HIPERTENSION MATERNA NO ESPECIFICADA
O21	VOMITOS EXCESIVOS EN EL EMBARAZO
O22	COMPLICACIONES VENOSAS EN EL EMBARAZO
O23	INFECCIONES DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO
O24	DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO
O25	DESNUTRICION EN EL EMBARAZO
O26	ATENCION MATERNA POR OTRAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO
O28	HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE
O29	COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA ADMINISTRADA DURANTE EL EMBARAZO
O30	EMBARAZO MULTIPLE
O31	COMPLICACION ESPECIFICAS DEL EMBARAZO MULTIPLE
O32	ATENCION MATERNA POR PRESENTACION ANORMAL FETO
O33	ATENCION MATERNA POR DESPROPORCION
O34	ATENCION MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ORGANOS PELVIANOS DE LA MADRE
O35	ATENCION MATERNA POR ANORMALIDAD O LESION FETAL, CONOCIDA O PRESUNTA
O36	ATENCION MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES, CONOCIDOS O PRESUNTOS
O40	POLIHIDRAMNIOS
O41	OTROS TRASTORNOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO Y DE LAS MEMBRANAS
O42	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS
O43	TRASTORNOS PLACENTARIOS
O44	PLACENTA PREVIA
O45	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA
O46	HEMORRAGIA ANTEPARTO NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
O47	FALSO TRABAJO DE PARTO
O48	EMBARAZO PROLONGADO
O60	PARTO PREMATURO

O61	FRACASO DE LA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO
O62	ANORMALIDADES DE LA DINAMICA DEL TRABAJO DE PARTO
O63	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO
O64	TRABAJO DE PARTO OBSTRUIDO DEBIDO MALA POSICION Y PRESENTACION ANORMAL DEL FETO
O65	TRABAJO DE PARTO OBSTRUIDO DEBIDO A ANORMALIDAD DE LA PELVIS MATERNA
O66	OTRAS OBSTRUCCIONES DEL TRABAJO DE PARTO
O67	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR HEMORRAGIA INTRAPARTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
O68	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL
O69	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR PROBLEMAS DEL CORDON UMBILICAL
O70	DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO
O71	OTRO TRAUMA OBSTETRICO
O72	HEMORRAGIA POSTPARTO
O73	RETENCION DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS, SIN HEMORRAGIA
O74	COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA ADMINISTRADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO
O75	OTRAS COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
O85	SEPSIS PUERPERAL
O86	OTRAS INFECCIONES PUERPERALES
O87	COMPLICACIONES VENOSAS EN EL PUERPERIO
O88	EMBOLIA OBSTETRICA
O89	COMPLICACION DE LA ANESTESIA ADMINISTRADA DURANTE EL PUERPERIO
O90	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
O91	INFECCIONES DE LA MAMA ASOCIADAS CON EL PARTO
O92	OTROS TRASTORNOS DE LA MAMA Y DE LA LACTANCIA ASOCIADOS CON EL PARTO
O95	MUERTE OBSTETRICA DE CAUSA NO ESPECIFICADA
O96	MUERTE MATERNA DEBIDA A CUALQUIER CAUSA OBSTETRICA QUE OCURRE DESPUES DE 42 DIAS PERO ANTES DE UN AÑO DEL PARTO
O97	MUERTE POR SECUELAS DE CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS
O98	ENFERMEDADES MATERNAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO
O99	OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO
Mortalidad de menores de 5 años	
EDA	
A00	COLERA
A02	OTRAS INFECCIONES DEBIDAS SALMONELLA
A03	SHIGELOSIS
A04	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES BACTERIANAS
A05	OTRAS INTOXICACIONES INTESTINALES BACTERIANAS
A06	AMEBIASIS
A07	OTRAS ENFERMEDADES INTESTINALES DEBIDAS A PROTOZOARIOS
A08	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A VIRUS Y OTROS ORGANISMOS ESPECIFICADOS
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
IRA	
J00	RINOFARINGITIS AGUDA
J01	SINUSITIS AGUDA

J02	FARINGITIS AGUDA
J03	AMIGDALITIS AGUDA
J04	LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDAS
J05	LARINGITIS OBSTRUCTIVA AGUDA [CRUP] Y EPIGLOTITIS
J06	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS MULTIPLES O NO ESPECIFICADOS
J10	INFLUENZA DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO
J11	INFLUENZA DEBIDA A VIRUS NO IDENTIFICADO
J12	NEUMONIA VIRAL NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
J13	NEUMONIA DEBIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE
J14	NEUMONIA DEBIDA A HAEMOPHILUS INFLUENSAE
J15	NEUMONIA BACTERIANA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
J16	NEUMONIA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS INFECCIOSOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
J17	NEUMONIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO
J20	BRONQUITIS AGUDA
J21	BRONQUIOLITIS AGUDA
Inmuno-prevenibles	
A33	TETANOS NEONATAL
A35	OTROS TETANOS
A36	DIFTERIA
A37	TOS FERINA [TOS CONVULSIVA]
B05	SARAMPION
B06	RUBEOLA [SARAMPION ALEMAN]

3.3.5 Referencias bibliográficas

- Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (Global Equity Gauge Alliance-CEGA). 2003. El monitoreo de la Equidad: conceptos, principios y pautas. Durban: GEGA, Consorcio de Sistemas de Salud.
- Foster, J. y Sen, A., 2001. “La desigualdad económica después de un cuarto de siglo”, Anexo a la edición ampliada del libro de Sen, *La desigualdad económica* pp. 228 y ss, en la edición del FCE, México DF.
- Organización Panamericana de la Salud –OPS. 1998, La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director. Washinton, D.C.: OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud –OMS. 2005. Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. Bull World Health Org.
- PNUD, Informe Mundial de Desarrollo Humano, 2005.
- Sen, Amartya, 1981. *Poverty and Famines. An Ensay on Entitlement and Deprivation*. Claredon Press, Oxford.
- Sistema de Naciones Unidas y Cepal, DNP/PNUD, ACCI, GTZ, 2004. *Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio*. Bogotá.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the Social Determiants of Health. 2005. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health. Draft.

4 Memorias: Taller Internacional: Hacia la generación e impulso de políticas públicas para garantizar el derecho a la salud

4.1 Presentación

Uno de los acuerdos originales entre la Secretaría de Salud del Distrito y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID a través del Grupo de Protección Social de la fue reconocer la necesidad del carácter participativo del observatorio sobre equidad en calidad de vida y salud en Bogotá. Tanto el diseño, la concreción de las acciones y estrategias y la puesta en funcionamiento deben llegar a ser participativas, es decir, apropiadas por los actores sociales, políticos e institucionales llamados a ser los protagonistas del observatorio.

El corto tiempo de la primera fase del convenio entre las partes se dedicó a sentar las bases conceptuales y metodológicas del observatorio con el fin de emprender varias iniciativas de socialización y concertación en las fases venideras. En este sentido, se convino la realización de un seminario y un taller para presentar los albores de la propuesta, aprender de otras experiencias y recibir insumos en aras de mejorar los productos de esta primera fase del diseño.

En particular, el seminario del día miércoles 31 de mayo tuvo los siguientes objetivos:

- Presentar los avances de la propuesta a todas las dependencias de la secretaría de salud del distrito; funcionarios de las cuales aportaron insumos importantes en las diferentes discusiones sobre cada componente de la propuesta de diseño.
- Empezar a ambientar la idea del observatorio entre los líderes y organizaciones sociales que mayor relación tienen con las iniciativas de la secretaría y los temas de salud en las localidades.
- Compartir los objetivos, las metodologías, los alcances y los productos del observatorio sobre equidad en calidad de vida y salud con otras experiencias de observatorios impulsadas por la administración del distrito.
- Relacionar de manera explícita la construcción del observatorio con los diagnósticos, la discusión de las causas y las políticas de la administración sobre la equidad en la ciudad y, en particular, en relación con los resultados discriminatorio sobre calidad de vida y salud en la población del distrito.
- Aprender y confrontar los enfoques utilizados en la construcción del observatorio de Bogotá con varias experiencias internacionales.
- Debatir el estado actual de los análisis a nivel internacional sobre inequidad en salud y la evaluación de los impactos de los sistemas de seguridad social y las políticas públicas de salud en este sentido.

El taller del 1 y 2 de junio mantuvo los objetivos anteriores con el atenuante de presentar y discutir en detalle, paso por paso, todos los componentes teóricos, metodológicos e instrumentales de la propuesta de diseño del observatorio. Una lista selecta de invitados de la secretaría, varias dependencias del distrito, invitados internacionales participantes de otros observatorios y expertos en el tema de equidad en salud realizaron importantes aportes a la propuesta.

El sentir general de los asistentes fue reconocer la calidad de las discusiones y la pertinencia de las acciones que quiere impulsar el observatorio. Esto no implica que la totalidad de los aportes, comentarios y sugerencias hayan sido introducidos dentro de los textos de diseño del observatorio. En algunos casos porque no es el momento, en otros porque no corresponden a las opciones teóricas básicas asumidas o, finalmente, porque sobre una serie de materias todavía existen discusiones no saldadas que serán abordadas en fases y productos diferentes del observatorio.

Sin embargo, el nivel de los asistentes y la pertinencia de las discusiones y aportes contribuyeron a mejorar los productos aquí entregados, así como fortalecieron la certeza de que existe la suficiente claridad y voluntad para emprender una segunda fase en la construcción del observatorio sobre equidad en calidad de vida y salud en Bogotá.

Además, el taller fue una ocasión importante para tejer una red institucional de aliados alrededor de la necesidad de impulsar los observatorios y el tema de la equidad en Bogotá. También el taller dio inicio a la inserción del observatorio bogotano dentro de redes de discusión, intercambio y acciones pro equidad a nivel internacional.

A continuación se presentan el las relatorías de los diferentes bloques temáticos que resaltan las principales posturas y dilemas teóricos, metodológicos y operativos que enfrenta la construcción del observatorio sobre equidad en calidad de vida y salud. Se recogen las principales conclusiones del seminario taller que sugieren las acciones y fases a continuar en el montaje y puesta en funcionamiento de la propuesta. Finalmente, en el Anexo 4.1. Se presentan los programas de los días 31 de mayo y 1 y 2 de junio; en el anexo 4.2. Se recopilan las presentaciones de los ponentes en ambos eventos; el anexo 4.3. Se entregan los listados de los participantes al seminario.

4.2 Relatorías del seminario-taller internacional

A continuación se exponen los aspectos que guiaron el debate y los puntos de encuentro principales sobre los temas expuestos en el marco del diseño de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para la ciudad de Bogotá.

Los comentarios y planteamientos de los asistentes entran a formar parte del proceso de construcción del Observatorio que tiene como una de sus premisas fundamentales la discusión participativa de todas las personas interesadas por el tema de la equidad.

Ante mano se agradece a los asistentes por sus comentarios y disposición para la discusión, garantizándoles que con su apoyo a la propuesta del observatorio contribuyen a la búsqueda de alternativas que nos permitan construir una sociedad más justa en la cual los derechos de las personas puedan convertirse en realidades.

4.2.1 Marco Económico y Político de la Equidad

Expositor: Oscar Rodríguez
Comentarista: Bethoven Herrera
Moderadora: Decsi Arévalo
Relator: Paola García R.

El objetivo de la primera exposición era servir como introducción y evidenciar las relaciones entre la dinámica macroeconómica y la equidad en salud. Si bien las sociedades capitalistas son inequitativas, algunas lo son más que otras, dependiendo de sus políticas macroeconómicas, pues ellas organizan la distribución de la riqueza y la pobreza. Esta distribución determina los resultados desiguales en salud. Indudablemente el desempleo y las condiciones de pobreza a las cuales están expuestos muchos ciudadanos los hacen más vulnerables frente a situaciones y condiciones que conducen a la mala salud y la enfermedad. El profesor Oscar Rodríguez presentó estas relaciones para Colombia y Bogotá en la última década.

El comentarista, profesor Bethoven Herrera, hizo énfasis en las relaciones entre macroeconomía y equidad en salud a partir del análisis de la política monetaria, la política fiscal y la política social, en una dinámica de crecimiento del sector financiero mundial y de endeudamiento progresivo del país. Junto al pago de la deuda, es necesario examinar con detalle aspectos como el manejo de los recursos de los fondos de pensiones, de los recursos disponibles para salud y de las transferencias. En estos ejes se han configurado las inequidades en salud en la última década.

Las preguntas planteadas por la moderadora que guiaron el debate se relacionaron con los siguientes temas:

1. Si la inequidad se construye o se genera por la organización general de la economía a partir de las políticas macroeconómicas, ¿cuál es el papel del Observatorio? ¿Identificar las inequidades? ¿Mitigarlas? ¿Ofrecer soluciones profundas?

Indagar sobre las causas profundas de la inequidad en salud, demuestra que la intención del Observatorio va mucho más allá de proponer la mitigación de los resultados injustos. Su propuesta consiste en realizar un conjunto de acciones básicas que permitan evidenciar desigualdades injustas, explorar alternativas para atacar las causas o determinantes de dichas inequidades y propiciar espacios para que la sociedad conozca el problema y participe en el proceso de construcción de una sociedad más justa.

Los derechos sociales deben ser universales, otorgados por la condición de ciudadanía y no estar supeditados a barreras administrativas, geográficas y condicionantes políticos que convierten a las personas en parte de una clientela política, que espera recibir un favor en vez de poder ejercer un derecho. La responsabilidad crítica del Observatorio lo lleva a tomar posiciones políticas no neutrales, puesto que en su concepción de sociedad el Estado debe garantizar el ejercicio de los derechos de forma activa y positiva. Y por eso el Observatorio debe plantearse como constructor de ciudadanía en ejercicio de los derechos.

2. Ciertos grupos sociales ejercen amplio poder en la construcción de las reglas de la sociedad. ¿Habría alguna forma de escapar de la profundización de las inequidades, mientras esta forma de organización social prevalezca?

Si bien las reglas de la sociedad están estrechamente relacionadas con la capacidad de influencia de las élites en la gestión política, se debe tener en cuenta que una sociedad democrática permite que sus gobernantes sean elegidos por mayoría y es en este punto donde radica el verdadero poder de los desfavorecidos para modificar la estructura injusta de la sociedad, porque ellos son mayoría. Sin embargo, la falta de información y divulgación de las injusticias e inequidades puede constituir un obstáculo enorme en el proceso electoral; por ello el Observatorio no pretende modificar directamente la estructura social injusta sino evidenciarla e incentivar la movilización comunitaria de los ciudadanos para que ellos a su vez sean los encargados de motivar la voluntad política de los gobernantes.

3. Una política social que pretenda reducir la inequidad debe contemplar una política de empleo. Entendida ésta como la generación de ingreso para que las familias puedan acceder a la salud en una economía de mercado y disminución del empleo precario ya que éste tiende a acentuar los problemas de vulnerabilidad y exposición al riesgo de ciertos grupos sociales, e incrementa la probabilidad de entrar en el círculo vicioso de mala salud y pobreza.

La equidad es una lente que nos permite leer y evaluar los indicadores sociales, económicos y las situaciones políticas desde otra perspectiva. La dinámica macroeconómica y las características institucionales influyen de forma contundente sobre las inequidades pero sólo reflejan su impacto vistas desde la lente de la equidad. De esta forma podemos encontrar diferentes realidades en donde cambian los excluidos y los beneficiados. Por tanto se hace prioritario releer la información más allá de los promedios y las generalizaciones que ocultan la realidad de los desfavorecidos y muestran una aparente evolución de la sociedad a pesar del verdadero retroceso que padece a causa del incremento de la injusticia.

Si bien hay consenso al afirmar que existe relación entre los aspectos macroeconómicos y las inequidades en salud, no debe caerse en el determinismo

económico, puesto que la relación también se encuentra en otras esferas de la sociedad como la legislación, las relaciones políticas e institucionales, entre otras. Queda todavía un amplio camino por recorrer en la dilucidación de los determinantes de la salud, sin embargo algunos factores claves ya pueden ser identificados.

El carácter legal al que se sujete el Observatorio, determinará en gran medida sus alcances, por eso vale la pena dedicar esfuerzos encaminados a reflexionar su configuración jurídica a de fin no limitar sus acciones por barreras administrativas o legales.

4.2.2 Fundamentos de un observatorio de equidad en calidad de vida y salud

Expositor: Felix Martínez

Comentarista: Paula Braveman

Moderador: Mario Hernández

Relator: Paola García R.

La exposición de Félix Martínez fue el resultado de una juiciosa revisión de los conceptos relacionados con la justicia, la equidad y la salud, a partir de los cuales se hace una propuesta que considera las características particulares de la sociedad bogotana y que intenta hacer operativa la concepción de equidad, a fin de articularla a los objetivos generales del Observatorio.

Para definir equidad en salud debe tenerse una idea clara del significado de la palabra salud, la cual juega un papel fundamental a la hora de concebir la equidad. Se propone entender la salud como el desarrollo de las capacidades y potencialidades del cuerpo humano desde que se nace y la conservación de las mismas, hasta convertirse en adulto mayor, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados.

Por otra parte la literatura internacional sobre equidad en salud y la revisión de los principios teóricos de justicia distributiva, permitieron al equipo investigador dilucidar la que consideran la noción de equidad más apropiada, que consiste en considerar “la equidad en salud como la valoración deliberada de las desigualdades en la situación de salud de los grupos sociales, desde una concepción de justicia que tiene dos referentes centrales:

- Lo justo en salud es aquello que permite a todas las personas gozar de oportunidades para desarrollar sus capacidades y realizar sus proyectos de vida.
- Lo justo en salud se realiza cuando se garantiza a todas las personas los derechos humanos interdependientes y no solamente la asistencia médica cuando se está enfermo.”

La orientación del debate a cargo del moderador partió del reconocimiento de unos macrodeterminantes de la equidad en salud, que marcan la diferencia entre desigualdades e inequidades: éstas últimas son las desigualdades que se originan en las ventajas o desventajas derivadas de la posición social de grupos o personas.

Las inquietudes y comentarios que motivaron pueden ser agrupados en tres categorías:

- Acerca de las definiciones adoptadas y sus implicaciones operativas.

La definición de equidad adoptada es de gran importancia puesto que determina la posición teórica y política del Observatorio, y las formas de influir sobre las relaciones sociales y económicas de la sociedad. Los conceptos se traducen en modelos de análisis que son puntos de partida para abordar el problema y, a la vez, ponen a prueba la eficacia del Observatorio en su capacidad para generar tensión y sensibilizar a la sociedad sobre la injusticia de las causas de la mala salud. La posición social injusta que engendra inequidades está relacionada con un complejo mecanismo de estratificación que contempla categorías como género, ciclo vital, posición ocupacional y educativa, ubicación territorial, características culturales, entre otras. Cada una de ellas se relaciona con las inequidades, cuando se muestra que genera ventajas o desventajas que explican las desigualdades en salud de grupos humanos concretos.

Hablar de desigualdades implica realizar comparaciones entre dos o más personas o grupos. Para hablar de inequidades se requiere valorar las desigualdades como injustas; sin embargo, se planteó una clara la preocupación por determinar cuál debe ser el grupo de referencia para dicha comparación, ¿debería ser un parámetro nacional o internacional? ¿Efectivamente el grupo de mayor estatus debe ser el más indicado hacer la comparación con respecto a los más desfavorecidos? ¿Puede ser considerado el grupo de referencia que permita generar mayor polémica y por tanto mayor sensibilidad política frente al tema de la equidad? o ¿Es necesario exponer antemano una norma que permita superar los cuestionamientos anteriores?

Estas preguntas merecen mucha atención, pero no deben convertirse en obstáculos para la acción, pues existen acuerdos básicos sobre los cuales se puede empezar a trabajar en pro de la equidad. Los parámetros de comparación pueden determinarse según la desigualdad que se este considerando, por ello el referente no es lo más importante, sino la misión del Observatorio como productor de incentivos para el cambio social.

Por otra parte, se reconoce que algunas condiciones sociales no requieren comparación para se consideradas injustas; por ejemplo, el hambre de los niños y las niñas debe ser una condición inaceptable e intolerable para cualquier sociedad. En este sentido, se resalta la importancia del Estado como garante de los derechos de los individuos, puesto que una negación de los derechos constituye en sí mismo un hecho social injusto.

No se debe descartar el planteamiento de Margaret Whitehead sobre mortalidad evitable, porque sin duda constituye un punto de referencia fundamental en el análisis de las inequidades en salud y vale la pena profundizar sobre sus planteamientos. Sin duda, en ocasiones la dificultad para considerar una desigualdad como evitable tiende a excluir asuntos que desde ya son injustos. Por ejemplo, la mayoría de las muertes maternas de causa conocida. Pero el mensaje central de Whitehead consiste en convocar a los estados y a las sociedades al reto social y político de superar en una sociedad concreta desigualdades que ya han sido superadas en otras.

- Comentarios para complementar para las definiciones propuestas

Los conceptos observatorio, equidad, calidad de vida y salud deben definirse mejor y relacionarse con la medición, para hacer operativos los planteamientos y poder reflejar las inequidades en calidad de vida y salud a través de indicadores. Pero existen muchas maneras de medir. La definición de desigualdad injusta no siempre está respaldada por la significancia estadística de la asociación entre la causa próxima y su efecto medible, de manera que la herramienta estadística es un medio pero no puede constituir el único utilizado en las actividades del Observatorio.

La noción de justicia debe tener en cuenta la visión de desarrollo socioeconómico establecido, para plantear los retos en el ámbito político a partir de indicadores fuertes sobre el impacto de las inequidades en la sociedad.

El significado de salud no puede responder a una visión reducida y lineal; por el contrario, debe incluir factores políticos, económicos, sociales y culturales integrados en un modelo social explicativo amplio.

La calidad de vida parece no estar incluida expresamente en la exposición sobre los conceptos básicos; sin embargo, ésta se encuentra en un ámbito más complejo, porque incluye un conjunto más amplio de derechos, no solo a la salud. Se trata de dar cuenta de las relaciones entre salud y calidad de vida, desde la convicción de que las condiciones de vida de las personas determinan sus resultados en salud, y que las desigualdades en calidad de vida y salud son injustas cuando se derivan de la posición social desigual.

Dado el predominio de políticas sociales focalizadas, es necesario profundizar en la relación entre focalización y equidad. La pregunta es: ¿qué tanto logran las políticas de focalización avanzar en equidad? ¿existen otras alternativas?

- ¿A quiénes convoca el enfoque de equidad planteado?

El enfoque propuesto para el Observatorio involucra instancias y actores que se encuentran por fuera de la esfera de la asistencia sanitaria, puesto que muchas políticas de salud son incapaces de atacar las causas sociales o la estructura social injusta; por

tanto, otros actores deben ser convocados si se quiere tener el impacto esperado. Algunos de ellos son:

- a. Las formas de organización de la sociedad civil, para propiciar su reflexión frente a la evidencia de las inequidades en salud y su demanda y construcción del cambio social.
- b. Instituciones del Estado a las que les concierne el tema la justicia social en el marco de un sistema capitalista.
- c. Otros actores interdisciplinarios convocados por el tema, tales como académicos, organizaciones no gubernamentales, entre otros.

Es necesario concretar la responsabilidad de cada uno de los actores y su rol en el Observatorio, y reconocer que, a pesar de centrarse en temas distritales, inevitablemente las condiciones nacionales y regionales entran a formar parte del análisis.

- ¿Cuáles son las relaciones con otros observatorios como el de participación, derechos humanos o relaciones políticas constituidos por la Secretaría de Gobierno para Bogotá?

Sobre esta pregunta, está claro que el enfoque de equidad demandará información que estos observatorios manejan. Además, la perspectiva interinstitucional incluye este tipo de iniciativas. No obstante, es prematuro definir el tipo de relación y los detalles técnicos que de ella se deriven.

Finalmente, otras valiosas intervenciones invitaron a contemplar la teoría de juegos no cooperativos y otras herramientas multianálisis y multinivel para el análisis de las inequidades en salud. En todo caso, se trata de dar cuenta de los determinantes y/o las causas profundas de la desigualdad, más que de la salud de un grupo poblacional dado. Existen diferencias en salud de las cuales no se conocen exactamente las causas, por ejemplo, del bajo paso al nacer, pero lo que sí se conoce es su relación sistemática con una posición social.

4.2.3 Indicadores, Sistemas de información y Líneas de Información

Expositor Oscar Fresneda.

Comentarista: Walter Flores e Iris Delgado

Moderador: Félix León Martínez.

Relator: Nelson Chaparro

La presente relatoría se descompone en 1) la presentación de la posición del grupo de Investigadores del CID respecto a los indicadores de inequidad en salud 2) los principales aspectos tratados en la discusión sobre los indicadores y 3) unas conclusiones finales.

1) Propuesta del grupo de Investigadores respecto a los indicadores

El objetivo de la exposición del profesor Oscar Fresneda fue mostrar el marco conceptual bajo el cual se sustentarían los indicadores que podrían ser elegidos y poner en discusión el conjunto de indicadores propuestos.

El marco conceptual propuesto⁹⁰ muestra como los determinantes socioeconómicos y el contexto político e institucional influyen en: 1) los determinantes sociales intermedios: las oportunidades en salud (entendidas como la posibilidad que tienen los niños y jóvenes para un buen desarrollo), en la exposición en salud (originada en el ambiente social y físico en el que vive una familia) y en la vulnerabilidad en salud (el respaldo familiar y social que tiene una persona); 2) las respuestas del Estado, la sociedad, la familia y las personas ante los problemas que acarrea la mala salud o mantener una buena salud (las respuestas se ven en la oferta de los servicios de salud y la disponibilidad de recursos financieros, físicos y humanos); 3) los resultados de largo plazo en la salud, los cuales a su vez impactan en los determinantes socioeconómicos y políticos, convirtiéndose el sistema en un círculo (vicioso o virtuoso).

El anterior esquema conceptual indica que las diferencias sistemáticas en salud están asociadas a la posición social y económica que ocupan las personas⁹¹. Por tanto, los indicadores planteados no se deben mirar como la simple *comparación* de la cual se deduce una desigualdad, sino como la *relación* entre posiciones sociales reflejadas en los resultados en salud⁹², en este sentido el profesor Félix Martínez señala que los indicadores son la medición de desigualdades, pero su lectura, matizada por el conjunto de valores que caracterizan a una sociedad, puede dejarlos tal cual o llevarlos a ser indicadores de equidad en salud.

Variables como el desempleo y la calidad del empleo (según grupos sociales) se asocian a la posición social de los individuos en una sociedad y a la estructura económica y por ello es fundamental analizarlas respecto a sus consecuencias en la salud (el vínculo de una persona con el mercado laboral determina, por ejemplo, régimen de seguridad social al que pertenece); por ejemplo, la política flexibilización laboral, la política económica y social, la legislación, entre otras, juegan un papel esencial tal y como lo propone el profesor Oscar Rodríguez. Por esto la estructura de indicadores pretende ser el puente con el cual se revelan las estructuras sociales que sobrepasan al individuo pero que finalmente tienen efectos en este.

⁹⁰ Basado en elementos teóricos y conceptuales del GEGA-Global Equity Gauge Alliance y del libro publicado por la Organización Panamericana de la Salud que aparecen en el libro “Desafío a la falta de equidad en salud: De la ética a la acción. Dimensiones Éticas de la Equidad en Salud”. Editado por Peter, F; Evans, T. Fundación Rockefeller. 2002.

⁹¹ Premisa dos del profesor Félix Martínez

⁹² Profesores Darío Restrepo y Mario Hernández

Si bien el conjunto de indicadores propuestos no habla de relaciones causales sino de asociaciones, el cuadro conceptual expuesto pretende ser una idea de cómo serían las determinaciones causales. Sin embargo, El profesor Darío Restrepo propone el desarrollo de un conjunto de indicadores básicos para el monitoreo (no necesariamente implican causalidades) y crear líneas de investigación teórico-empíricas que efectivamente den cuenta de las relaciones causales y con las cuales puedan determinarse indicadores mucho más sustentados que posiblemente capten la causalidad. Esto no significa que los indicadores propuestos no puedan servir como guía para las relaciones causales. Las determinaciones causales son importantes en el observatorio pues como lo dice el profesor Félix Martínez no se trata de eliminar las desigualdades injustas en salud, sino de la estructura social que las causa.

El conjunto de indicadores muestra que el objetivo del observatorio no es producir información primaria, sino basarse en la información que suministran entidades como el DANE o la Secretaría de Salud entre otros.

A continuación se presentan las opiniones y comentarios que se realizaron respecto a los indicadores y su marco conceptual. Para esto se intentó identificar la persona que opino en el pie de página.

2) Indicadores y metodología

Indicadores cualitativos y las Barreras para la Equidad

Las desigualdades en salud muchas veces son generadas por barreras (en el acceso, de lenguaje, por falta de información o comprensión de la misma, por discriminación entre etnias o géneros etc). Las barreras se identifican por medio de medidas cualitativas y el set de indicadores planteado es principalmente cuantitativo. El análisis de las inequidades en salud debe ser, así no se estén mirando las barreras, cualitativo y cuantitativo⁹³.

Por otra parte la identificación de barreras es importante porque permite hallar desigualdades injustas en salud, sus causas directas y por tanto poner en marcha medidas que puedan atacar el problema, es decir, si se identifica que los puestos de salud están muy alejados de las personas que más se enferman se pueden tomar medidas rápidas para solucionar el problema⁹⁴ lo cual es importante, pues, el observatorio no solo debe criticar sino también proponer soluciones⁹⁵. Los indicadores precisamente contribuyen en la solución porque por sí mismos resaltan los problemas de inequidad que se suponen más importantes y ayuda a identificar quienes son los que más sufren con la inequidad.

⁹³ Walter Flores. Universidad de San Carlos Guatemala

⁹⁴ Walter Flores.

⁹⁵ Iris Delgado. Directora del Observatorio de Equidad en Chile.

El marco de los derechos humanos no se puede aplicar basados únicamente en los objetivos epidemiológicos debido a que no necesariamente abarcan a toda la población, en cambio los derechos humanos propenden por la universalización. Así que los indicadores, si bien pueden traer a colación los conceptos epidemiológicos deben ser indicadores de equidad en salud⁹⁶.

La Información y la Complejidad de las Mediciones

No importa cuan sofisticado y refinado sea el método de la medición, lo importante es que lo que se mida tenga relevancia política y que los resultados se puedan comunicar de la manera mas simple para que las personas no peritas en el tema comprendan el mensaje que se desea transmitir (esto no significa ser simplistas en los análisis). En unos casos las metodologías simples pueden dar los mismos resultados que una metodología muy compleja⁹⁷. Esto permitiría realizar interpretaciones participativas en las que no solamente el experto interpreta sino que los resultados de los indicadores están abiertos a la interpretación de cualquier persona⁹⁸. Sin embargo el observatorio puede tener una línea de investigación de las inequidades en salud miradas en el largo plazo y además de un nivel académico mas profundo⁹⁹. Por lo general los estudios mas simples van acompañados de estudios con métodos mas refinados para comprobar los resultados de los métodos simples.

Sugerencias puntuales para el cálculo de Indicadores

¿Qué se puede calcular? En muchos casos la información disponible no esta a la mano, en el caso chileno se hizo un listado muy extenso de indicadores, pero no fue posible calcularlos debido a que no hubo información disponible¹⁰⁰. Cuando se hace monitoreo las evaluaciones de la inequidad en salud son de corto plazo y por tanto los datos deben recopilarse con intervalos de tiempo no muy amplios, de lo contrario no se puede hacer el monitoreo.

El coeficiente de Gini y el desempleo no sirven para el monitoreo debido a que son muy volátiles y dependen de la coyuntura económica; por otra parte es recomendable mirar la tasa de deserción escolar y no el nivel educativo debido a que este tiene una tendencia a elevarse. También se puede analizar la tasa de repitencia comparando entre sexos¹⁰¹.

Gran parte de los indicadores propuestos son de Razón de Tasa, sin embargo se debe tener en cuenta que esta medición ignora completamente los grupos intermedios que

⁹⁶ Walter Flores.

⁹⁷ Iris Delgado. Directora del Observatorio de Equidad en Chile - Walter Flores Universidad de San Carlos Guatemala-Armando Negri. Presidente Internacional Association For Equity in Health.

⁹⁸ Iris Delgado

⁹⁹ Iris Delgado y Armando Negri

¹⁰⁰ Iris Delgado

¹⁰¹ Walter Flores

existen en los cuales también se pueden presentar desigualdades en los resultados en salud aun mas grandes que las que se presentan entre el grupo con peor posición socioeconómica y el grupo mas favorecido¹⁰².

Considerar de forma más adecuada el ciclo de vida y la incorporación de un análisis más complejo, en particular, la incorporación del análisis multimétodo y la triangulación de la información¹⁰³. También se recomienda usar la información de los indicadores de mortalidad evitable ya que los datos de mortalidad son confiables para Bogota.

Los indicadores, los análisis y las políticas que se promueven deben territorializarse y sobre todo cuando el proceso de descentralización aun no ha culminado¹⁰⁴, en este sentido no pueden olvidarse los problemas de falla geológica¹⁰⁵ y las restricciones que existen cuando se trasladan las conclusiones, derivadas de la comparación entre unidades territoriales, a los individuos. Para esto el avance en la georeferenciación es muy valiosa ya que permite un nivel de desagregación de la información bastante elevado¹⁰⁶.

Las categorías de posicionamiento social no incluyen las que se derivan de la etnia o la raza, se sugiere considerarlas y en caso de que no exista información promover la generación de la misma, para poder analizar la equidad considerando estas categorías¹⁰⁷.

El grupo de referencia a tomar en las comparaciones que se hacen en los indicadores no es claro¹⁰⁸, debe ser nacional e internacional, pues las influencias externas en muchos casos han generado crisis internas o nacionales¹⁰⁹, debe ser internacional, pero alcanzable¹¹⁰ y puede ser cualquiera y puede cambiar según se necesite¹¹¹.

El planteamiento de la medición desigualdad en salud a partir de los diferenciales de riesgo (según posiciones sociales y económicas de los grupos) estadísticamente significativos¹¹² no siempre es el adecuado¹¹³.

Finalmente se propone la generación de indicadores a partir de metodologías participativas¹¹⁴ en las que la población objetivo pueda plantear las preguntas de

¹⁰² Walter Flores. Universidad de San Carlos Guatemala

¹⁰³ Jorge Hernández. Funcionario de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud-SDS

¹⁰⁴ Darío Restrepo- Profesor Universidad Nacional – Director Proyecto Observatorio CID

¹⁰⁵ Walter Flores

¹⁰⁶ Asistente y Félix Martínez. Investigador CID- Grupo de Protección Social

¹⁰⁷ Jhon Ariza. Estudiante de la maestría en salud pública de la Universidad Nacional.

¹⁰⁸ Oscar Fresneda . Investigador CID- Grupo de Protección Social

¹⁰⁹ Armando Negri. Presidente Internacional Association For Equity in Health.

¹¹⁰ Paula Braveman- Director of Center on Social Disparities in Health. Professor of Family & Community Medicine

¹¹¹ Liliana Jadue. Directora Instituto de Epidemiología y Políticas de Salud de Chile

¹¹² Félix Martínez

¹¹³ Walter Flores

¹¹⁴ Nelly Cáliz Romero. Universidad UDCA.

investigación, definir cuáles son las posiciones sociales que existen según ellos, cómo entienden esas posiciones y responder a cuál posición pertenecen¹¹⁵, en las que puedan decir si se sienten enfermos o no, hablar de la calidad o falta de los servicios de salud, entre otros aspectos.

3) ¿Qué busca el observatorio según los indicadores?

El marco conceptual de los indicadores está bien diseñado, pero no es un modelo de análisis ya que el modelo de análisis tiene un objetivo con hipótesis previas que no se han vislumbrado en la presentación de los indicadores. Se puede trabajar con menos variables y además la gran cantidad de indicadores propuestos refleja que no hay un objetivo claro para el observatorio¹¹⁶. Sin embargo, lo que importa no es la cantidad de indicadores sino el cómo se conectan y por que el observatorio esta en su fase inicial, es prematura la determinación de las inequidades a resaltar y como tal, debe definirse qué es lo que es sensible políticamente¹¹⁷, ¿Cómo se va a influenciar al conjunto de la población y a los políticos en particular?

Los indicadores deben ser útiles a quienes toman las decisiones ¿pero de que forma?

Se sugirió tomar como punto de referencia las agendas políticas de coyuntura y las metas del Milenio (mirando como se cumplen desde el punto de vista de la equidad en salud)¹¹⁸. Las metas del milenio pueden ser un punto de referencia, pero no se puede reducir el observatorio a su seguimiento y los políticos pueden tener metas muy fáciles de cumplir o metas que no sean prioritarias desde el punto de vista de la equidad en salud¹¹⁹.

Este punto es importante, resalta que la utilidad de los indicadores a los políticos y tomadores de decisiones tiene dos interpretaciones: 1) los indicadores para hacer seguimiento de las políticas y metas de los políticos y gobiernos, es decir, unos indicadores bastante funcionales al gobierno distrital y a los políticos¹²⁰ y 2) aquellos que consideran que los indicadores deben servirle a los políticos y tomadores de decisiones, pero basados en las necesidades mas sentidas de la comunidad¹²¹.

4) Indicadores y Socialización

¹¹⁵ Armando Negri Presidente Internacional Association For Equity in Health. Román Vega Profesor- Investigador Universidad Javeriana

¹¹⁶ Armando Negri

¹¹⁷ Oscar Fresneda: Investigador CID- Grupo de Protección Social

¹¹⁸ Jorge Hernández Funcionario de Salud Pública Secretaría Distrital de Salud-SDS

¹¹⁹ Oscar Fresneda

¹²⁰ Gustavo Herrera: Funcionario Grupo de Investigaciones Secretaría Distrital de Salud

¹²¹ Armando Negri

Indicadores, Electorado y Políticos

Lo más importante no son los indicadores. Es importante comprender que en muchos casos las decisiones relacionadas con la Equidad no dependen de la falta de información sino de la falta de movilidad política¹²². Por tanto hay que movilizar a las comunidades, al electorado porque es así como finalmente se va a generar voluntad política.

El observatorio debe ir de arriba hacia abajo y viceversa¹²³. Esto significa que se debe mantener el contacto con los tomadores de decisiones y al mismo tiempo captar las necesidades de las personas para las cuales se van a diseñar las políticas. Si no se hace por arriba, las recomendaciones del observatorio no serán puestas en práctica y perderá legitimidad porque no estará dando los resultados que la gente espera; si no se hace por abajo, el observatorio puede no estar captando los intereses de las personas a las que se supone quiere ayudar, por tanto el observatorio no tendrá las bases que garantizan su legitimidad y sostenibilidad (si no tiene el respaldo del electorado, no tendrá el respaldo de los políticos).

Las decisiones que toman los políticos se hacen con base en las necesidades del electorado y no en los indicadores¹²⁴. Por tanto a la hora de diseñar los indicadores se deben escoger aquellos que toquen los puntos neurálgicos en que puede estar interesado el electorado (o intentar hacer que el electorado se interese por los puntos que se quieren resaltar a través de los indicadores) de tal forma que el político atienda lo que quieren las personas que lo eligen. Si el observatorio logra tocar al electorado no solamente alcanzará a promover políticas destinadas a reducir las inequidades, sino que conseguirá la sostenibilidad del observatorio porque para el político será una especie órgano con el que se capta cuáles son algunas de las necesidades más sentidas por los votantes.

Una vez realizadas las mediciones de las inequidades y teniendo en cuenta cuáles podría la comunidad considerar más importantes, debería invitarse a los políticos a que discutan, tan rápido como sea posible, los resultados encontrados de la inequidad en salud y de tal forma que la ciudad sepa cuál fue su postura, es decir, la discusión se debe dar usando los medios masivos de comunicación¹²⁵. Esto hará que los políticos tomen una postura, que el tema empiece a ser importante para la ciudad y finalmente que se comiencen a impulsar soluciones. Lo anterior implica que los indicadores deben ser muy simples, de tal forma que los pueda entender cualquier persona que lee el periódico o mira la televisión.

Pero cabe la pregunta ¿Cuáles son las inequidades que más importan? esta pregunta es bastante útil pues invita a la reflexión: las inequidades que más importan ¿Se establecen a

¹²² Luz Ángela (Asistente)

¹²³ Asistente

¹²⁴ Walter Flores - Universidad de San Carlos Guatemala

¹²⁵ Iris Delgado- Directora del Observatorio de Equidad en Chile

priori? y a partir de ello ¿Cuáles deben ser los indicadores mas adecuados para captarlas?, o por el contrario ¿Las inequidades se descubren una vez que se ha hecho la medición? y obtenidos esos resultados ¿Cómo jerarquizar entre las diferentes inequidades que pueden coexistir?¹²⁶ Son preguntas que hacen referencia a lo metodológico, pero también a lo político ya que si se logran jerarquizar las inequidades se pueden dirigir acciones mucho más contundentes para reducir la inequidad.

Sin embargo, la respuesta a estas preguntas es aun prematura y no es posible jerarquizar con seguridad (o mediana seguridad)¹²⁷. Se debe determinar, como se ha dicho, qué es lo sensible políticamente. Con respecto a esto se sugirió que con el contexto de la política del alcalde, con su programa “Bogotá sin Hambre”, entonces, se puede estudiar la desnutrición como un tema que es de gran importancia hoy en día para la ciudad¹²⁸, lo cual conlleva a otra pregunta ¿las inequidades importantes se definen a partir de la opinión publica o existe alguna base objetiva que defina que inequidades son mas importantes? Según los expositores internacionales lo que realmente define las inequidades importantes es el electorado. Esto conlleva a la pregunta ¿qué tan coherente es el electorado en sus decisiones? (hoy puede decidir que la inequidad es muy importante, mañana puede decidir que no lo es, aunque subsistan grandes inequidades).

5) Coordinación Institucional

Es muy importante, para atacar la Inequidad en salud, que halla coordinación entre las instituciones responsables de la educación, la salud, las finanzas del distrito, entre otras, debido a que el problema de la Inequidad en Salud no es un problema unidimensional, todo lo contrario, esta imbricado con múltiples factores y el descuido en uno de ellos puede ser el talón de Aquiles para que las inequidades se prolonguen. En el caso de Chile, para el proyecto “Chile Solidario”, fue muy importante la coordinación entre los diferentes ministerios de tal forma que se ha podido dar una lucha integral contra la inequidad¹²⁹. Por otra parte la coordinación interinstitucional es muy importante pues permite la recopilación rápida de información relevante y la complementariedad entre expertos en diferentes disciplinas y áreas en las que el estado interviene.

Aunque la coordinación es importante, tal y como están empezando a hacerlo la Secretaria y el CID, se debe aclarar que el observatorio debe estar en libertad de escoger que datos usa, como los interpreta y que temas de investigación escoge¹³⁰. La coordinación no significa la cohesión o restricción en las investigaciones del observatorio. Por lo cual esta pregunta resulta muy pertinente ¿Están la Universidad Nacional y la

¹²⁶ J. Eslava. De estas preguntas depende la respuesta de la pregunta de P. Braveman icomo priorizar entre indicadores?

¹²⁷ Oscar Fresneda. Investigador CID- Grupo de Protección Social

¹²⁸ Mario Hernández: Profesor Investigador Universidad Nacional

¹²⁹ Iris Delgado. Directora del Observatorio de Equidad en Chile -

¹³⁰ Negri Armando y Darío Respeto. Presidente Internacional Association For Equity in Health. Profesor Universidad Nacional – Director Proyecto Observatorio CID

Secretaria de Salud realmente interesadas en solucionar los problemas de Equidad en salud o este fin es superficial?¹³¹

6) Indicadores para la Autoevaluación del observatorio

La evaluación del observatorio es muy importante, se deben generar metas e indicadores que den cuenta de la efectividad del observatorio. Si esto no se hace, se va a caer en lo mismo que se esta criticando¹³². Dentro de la gama de indicadores no aparecen los indicadores que den cuenta de la autoevaluación del observatorio.

7) Conclusión de la sesión final respecto a indicadores

Dentro de las tareas que quedan por realizar se destaca priorizar en 6 indicadores que deben estar vinculados a las necesidades mas sentidas de la comunidad, deben basarse en información que este rápidamente y regularmente al alcance de la mano, para que en cualquier coyuntura política puedan ser utilizados. Deben ser fácilmente comprensibles para el público al cual pretenden llegar. Y su interpretación puede ir de la mano con una interpretación participativa¹³³.

Hace falta profundizar más en indicadores de tipo cualitativo, en los indicadores que den cuenta de la efectividad del observatorio, en indicadores que incorporen variables como la etnia o la raza. Se debe propender por la generación de indicadores originados a partir de metodologías participativas.

Para el grupo de investigadores la hipótesis que se maneja, en el marco conceptual y en los indicadores propuestos, es que las diferencias sistemáticas en los resultados de la salud están determinados por la posición social que ocupan las personas en una sociedad y estudiar las causas últimas de esta asociación es imprescindible para eliminar las inequidades en salud. Pero no hubo consenso respecto al marco conceptual de los indicadores, ya que para algunos no revela las relaciones causales que determinan la inequidad en salud, pero para otros capta los componentes esenciales que podrían estar determinándola, aunque se acepta que hace falta ir refinándolo por medio las líneas de investigación que determinen las relaciones causales que influyen la equidad en salud.

4.2.4 Relatoría sobre estructura organizacional del observatorio

Expositor: Darío I Restrepo:
Comentarista: Liliana Jadue.

¹³¹ Iris Delgado. Investigador CID- Grupo de Protección Social

¹³² Iris Delgado y Asistente.

¹³³ Darío Restrepo. Profesor Universidad Nacional – Director Proyecto Observatorio CID

Moderador: Oscar Rodríguez Salazar
Relator: John Florian Guzmán

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA E INCIDENCIA

El observatorio es un espacio en el que confluyen un conjunto de actores para crear conocimiento sobre inequidades en salud y los efectos sobre la calidad de vida y la salud misma. El Universo de estudio en este sentido es extenso, y es por ello que un gran conjunto de reflexiones se dirigen a concentrar esfuerzos sobre un tema de alta sensibilidad en la sociedad bogotana y que sin duda pueda ilustrar las injusticias de la sociedad y sus efectos en la salud. Entre los temas para la campaña de inequidades en salud destacó el conocido paseo de la muerte, el cáncer y las diferencias de atención para los distintos regímenes de aseguramiento, la niñez y en general lo que significa una postura sistemática en contra de ciertos grupos y que puede considerarse como genocidio social¹³⁴.

El objeto de concentrar esfuerzos en temas capaces de movilizar grandes sensibilidades se debe a que el observatorio no puede ser productor de conocimiento que sólo gasta papel y tinta. Este conocimiento debe crear dinámicas que logren transformar la realidad social y para lograrlo se debe tener un tema de gran interés para toda la población Bogotana.

Una de las grandes ganancias obtenidas con esta estrategia es la de poder monitorear el uso y ciclo de los productos del observatorio¹³⁵, además de poder ejercer con mayor éxito la creación de discursos y argumentos alternativos que defiendan posturas políticas en favor de una sociedad más justa y equitativa. Esto en consonancia con la idea de que observar es un caso específico de intervención y no es políticamente neutral, es por ende que es necesario contar con actores que puedan ejercer el principio de autonomía.

Y ¿cuál debe ser la estructura organizacional para alcanzar este grado de incidencia y autonomía? ¿Cuáles deben ser los actores sociales que deben y pueden participar en el observatorio? ¿El observatorio debe ser compuesto por todos los sectores de la sociedad, es decir, funcionar como asamblea? ¿Será operativo un observatorio con todos los sectores sociales? ¿Existirá un “trade off” entre operatividad y legitimidad entendida esta última como múltiples representaciones?

La discusión es sumamente rica en torno a los actores que deben atravesar las dinámicas del observatorio. Pero la polémica es mayor cuando se menciona sobre quien debe detentar el observatorio, quién la institución que toma las decisiones. La alternativa

134 En este caso el genocidio social consiste en una actitud deliberada de eliminar a quienes no tienen salud. Cuando no hay los recursos físicos, humanos y técnicos necesarios a falta de voluntad política para atender a ciertos grupos sociales, entonces se confirma sistemáticamente la intención del daño.

135 La experiencia acumulada debe ser traducida en un mejor desempeño, medido por el impacto de los productos del observatorio. Esto requiere transparencia y que exista como en el observatorio de Montreal, disposición para seguir el ciclo de estos productos, desde que salen, quién los consume y hasta quién los desecha u omite. La sistematización de este proceso, de sus fracasos y éxitos, conduce a acumular experiencia y embocar los procesos hacia una vía progresista y en ascenso. Es decir, ser mejor cada vez.

inicial es la crear un consejo directivo o comité técnico que lidera y toma decisiones y por otro lado un consejo de gestión que puede estar compuesto por múltiples actores. Este consejo busca crear sinergias para lograr el mejor grado de incidencia.

Las preguntas que asaltan esta estructura obviamente son: ¿quién o quienes deben ser el comité técnico? y ¿cuáles deben ser los actores que componen el comité de gestión? Primero, el comité técnico puede encontrarse en la Universidad o en la SDS con el respectivo conjunto de ventajas y desventajas que cada uno significa, como bien lo indica el cuadro de síntesis a continuación.

Dependencia del gobierno (SDS)	Dependencia de la UNAL
1. Presupuesto regular y seguro, además de infraestructura necesaria para el funcionamiento.	1. Presupuesto por gestión y menores recursos
2. Análisis de corto plazo dependiente de la entrada y salida de los gobiernos.	2. Un análisis de largo plazo sin los avatares del ciclo político. Sin duda puede llevar a un análisis más comprensivo.
3. El principio de autonomía para interpretar y sugerir puede verse muy afectado por la intromisión de los gobiernos.	3. La autonomía ¹³⁶ que brinda la cátedra garantiza un espíritu crítico.
4. Capacidad de diálogo con los dirigentes y responsables de las políticas en la ciudad. Además la SDS tiene una mayor trayectoria y caminos recorridos entorno a la incidencia.	4. El grado de incidencia puede ser difusa.
5. Cercanía al conjunto de información que provee la SDS y demás entidades públicas.	5. La cercanía a la Universidad genera un circuito de creación y sistematización de conocimiento mediante seminarios en pregrados, especializaciones, diplomados, postgrados entre otros.
6. La secretaría se ha acercado a la academia y ha adquirido un nivel crítico que no es desdeñable. De hecho, la categoría intermedia de funcionario y académico, puede aportarle a la SDS un diálogo más regular con la academia.	6. La Universidad como su nombre lo indica es un Universo de saberes que puede nutrir la discusión sobre equidad en salud.
7. Por lo general hay un recorte del problema de estudio para obtener un nivel gobernable. Lo que puede proporcionar eficacia, aunque no asegura eficiencia.	7. Los tiempos de creación del conocimiento son más largos e implican que la operacionalización no pueda servir como puente entre el conocimiento y las urgencias de política.

Una salida a este asunto puede ser el lograr un punto intermedio en el que se busque rescatar los beneficios de cada una de las dos instituciones. Con el riesgo de reunir los defectos de las dos. Pero lo que está claro es que este comité debe ser muy operativo y articularse con discursos de largo aliento.

¹³⁶ La autonomía es frente a los grupos de interés y no debe plantearse como una autonomía frente al gobierno sino que además debe considerarse las posiciones de distintos sectores y entre sectores.

Es importante además, una mayor confluencia interinstitucional y de otros sectores sociales (la red de Universidades por la salud, ONGs, agencias y sectores de la sociedad civil) que aseguren la sostenibilidad en el marco del largo plazo, siempre y cuando los actores que confluyen sobre esta estructura sean sectores con el sesgo propio del discurso de las inequidades sociales. Y es por esta razón el observatorio no funciona como una asamblea social, lo que en ningún momento lo hace ilegítimo. Por el contrario, la operatividad puede ser una virtud a favor de acciones legítimas y emancipadoras.

De igual manera los actores y redes interinstitucionales que participan en cooperación o dentro del comité de gestión deben compartir el ideario de una sociedad más justa y comprometida. El vínculo de esa red interinstitucional busca que estos esfuerzos no estén encaminados a descargar funciones y tareas, sobre los hombros del observatorio. El objetivo en ningún momento es buscar sustitutos institucionales. El asunto de la eliminación de las inequidades en salud es el de orientar esfuerzos multisectoriales, es el de problematizar la equidad en salud y lograr incluirla en la agenda social de Bogotá mediante el encuentro de responsabilidades diversas. Debe además destacarse que este asunto público no puede restringirse al ámbito de lo Estatal¹³⁷.

En Latinoamérica existe una trágica asociación entre lo público y lo estatal, de hecho el Estado¹³⁸ es apropiado por ciertos sectores con mucho prestigio, poder y riqueza, por lo cual el apellido del Estado no garantiza su calidad de bien público. Y es tanto la Universidad Nacional a pesar de su régimen de autonomía especial y la Secretaría Distrital de Salud de su experiencia y criticismo en la actualidad, actores necesarios pero insuficientes para fundar un observatorio¹³⁹.

Sobre este último punto, yace la necesidad de sistematizar el mapa de actores y públicos sobre los cuales se vierte este proceso de sistematización de resultados e impactos del observatorio. En particular, cuando se menciona sobre temas de relevancia amplia y de alta sensibilidad, es necesario cuestionar los enfoques que sólo ven a los menos favorecidos, a los más expuestos y vulnerables, población que sin duda es objeto de la reflexión de equidad. Sin embargo, la salud es de interés general. Las políticas de promoción de la “participación” o como estas últimas que buscan públicos diversos, necesitan considerar también a los más favorecidos, a los mejor posicionados en la jerarquía social y económica. Esto significa que se considera un objetivo en si mismo, el posicionamiento del observatorio como una pedagogía de emancipación y conciencia de clase. Es necesario que **todos** repudien las acciones, políticas y concepciones de un

137 Debe haber un lugar para el análisis del papel de las ARS (Administradora de Régimen Subsidiado), fondos de pensiones y grupos privados como la ACEMI. Su accionar político es de importancia absoluta ya que su incidencia es tal, que en la actualidad tienen fuerza para detener una reforma en salud.

138 La diferencia entre Estados y gobiernos no es lo suficientemente clara para América Latina, como para hacer esta distinción.

139 El debate ha sido amplio y puede centrarse en cuanto al grado de suficiencia de las entidades oficiales para captar el observatorio. Mucho más cuando en Bogotá a existido relativamente con respecto al resto del país, una serie de gobiernos que han reconocido los avances de los gobiernos anteriores en políticas sociales y económicas y que han permitido un acercamiento a la academia en tal manera que muchos funcionarios pertenecen al mundo académico.

mundo injusto, en donde pueda escindirse el concepto de ciudadanía entre aquellas ciudadanías de primera y segunda clase. Porque los derechos y la ciudadanía se tienen o no, no son cuestiones de grado.

Por eso el observatorio es de la ciudad y se constituye un bien público que produce otros bienes públicos. Su apropiación es ilegítima y va en contra de lograr una sociedad más justa, así en vez de visibilizar a los invisibles de las políticas y denunciar y divulgar lo inequitativo, se corre el riesgo de perpetuar el status quo. De allí que el principio de incidencia y autonomía jerarquice el accionar de esta estructura mucho más cuando la reflexión del observatorio es de carácter político y su impacto afecte a ciertos intereses.

Principio de sostenibilidad y la participación social

El seminario fue muy provechoso en cuanto a la necesidad de consolidar el observatorio como instrumento público. De hecho uno de los mayores consensos logrados fue el de relacionar la sostenibilidad con la legitimidad y convocatoria social. Así el principio de sostenibilidad no es sólo materia financiera sino que además, y mucho más importante es el logro de voluntad política.

No obstante lo alcanzado con los gobiernos distritales anteriores y con el de Luis Eduardo Garzón, es primordial que el observatorio se constituya en una necesidad social. Que sea la población quien demande permanentemente esta instancia o institución. En otras palabras, sea cualquier el conjunto de movimientos partidistas en el consejo y la alcaldía de la ciudad, el observatorio debe permanecer firme con su propósito.

Entonces ¿cuál debe ser la metodología que propicie la sostenibilidad del observatorio?

La misma existencia del observatorio es problemática, ya que más observatorios no significan una mayor participación social. Uno de los mayores temores es que la llegada del observatorio sirva como desmembramiento de las dinámicas de participación. No obstante, el concepto en permanente discusión es el de equidad en salud, que reúne a múltiples sectores en la búsqueda de la eliminación de las diferencias sistemáticas en salud de varios grupos sociales. Diferencias que superan el campo de la salud e invaden temas como la educación, calidad del empleo, seguridad alimentaria, racismo, exclusión étnica y el impacto social de las políticas macroeconómicas entre otras. Es de esta manera como el observatorio se alza no como un organizador de la sociedad civil, sino como un mediador y articulador de los distintos esfuerzos en favor de la calidad de vida.

Este reto sin duda obliga a la elaboración sistemática de un mapa de actores. Para así ubicar las posibles sinergias que puede crear y de las que puede participar el observatorio en materia de calidad de vida.

La búsqueda de aliados y la responsabilidad de brindar información confiable, comprensible y útil no es suficiente para alcanzar la sostenibilidad del observatorio. Ya que el respaldo que se busca de la población bogotana no es el de una opinión

desarticulada. Sino el de la sociedad organizada y consciente de lograr cambios para una sociedad mejor. Claro haciendo la aclaración que lo que es mejor se encuentra en permanente cambio y discusión.

Es de esta manera como se planteo una metodología que contenga los siguientes elementos:

- Es imprescindible que se entienda como una unidad inseparable la reflexión y la acción para conducir al despliegue de su potencialidad.
- El proceso de concientización elaborado para el observatorio no esta constituido por la dictadura de los concientizadores o algún tipo de mesianismo. La concientización es empleada en términos freirianos, como un proceso de acción para transformar la realidad y transformarse a si mismos. Es la forma “...en que confrontamos la cultura. Significa ver la cultura como un problema, no dejar que se vuelva estática, que se convierta en un mito y nos mistifique ...debe entenderse como un proceso continuo que implica una praxis, en el sentido de la relación dialéctica entre acción y reflexión....que implica una inserción crítica en la historia”¹⁴⁰.
- Por último, debe entenderse los interlocutores como productos de lógicas espaciales específicas. Debido a que la ciudad de Bogotá no es en ningún momento una caja negra. De hecho, cuando se quiere medir, analizar, interpretar e incidir sobre las desigualdades injustas de una ciudad es necesario comprender el contexto nacional, ubicar a Bogotá con respecto a la región. Como centro capital e industrial la ciudad no es ajena al conflicto en el área rural, de allí que gran número de desplazados lleguen a Bogotá. Este fenómeno debe ser comprendido por el observatorio, ya que el encuentro entre lo rural y urbano es un acontecimiento diario en las periferias de la ciudad que se resuelve violentamente, en contra de las condiciones y calidad de vida de los desplazados. De hecho la distribución barrial y organización deliberada o no de la planeación territorial dentro de la ciudad, confluye en condiciones o lugares que inducen a la reproducción de inequidades en y entre los territorios. Sin duda este fenómeno urbanístico no puede ser marginal al estudio de los determinantes sociales de las inequidades en salud y que a su vez exige una comprensión de categorías de naturaleza urbanística en la ciudad, y categorías asociadas a lo que es Bogotá en el contexto de región y país.

Finalmente la participación social no es una instancia a la que se recurre para cubrirse de una ilegítima legitimidad o aceptación. Más que un concurso de aplausos es en verdad un asunto que atraviesa la lógica del observatorio y de su dinámica. Puede ser mejor comprendido como una relación dialéctica entre el movimiento social y el observatorio, ya que es necesario estar en creación y cambio permanente. Además, es esta relación la única que puede dar sostenibilidad a este tipo de observatorio de equidad en salud y calidad de vida.

¹⁴⁰ Freire, Paulo. 1975.- Acción cultural para la libertad.- Buenos Aires. Tierra Nueva. Citado por

4.2.5 Participación y movilización social e institucional por la equidad en salud

Expositor: Nelly Cáliz

Comentarista: Armando De Negri

Moderador: Oscar Fresneda

Relator: Mario Hernández

La presentación de Nelly Cáliz se centró en el reto de superar dos problemas prioritarios de la dinámica social que se relacionan con la producción y permanencia de las inequidades en salud: la “apolitización” de los sujetos, esto es, la pérdida del sentido político de las acciones individuales y colectivas de los sujetos; y la “naturalización” de las desigualdades en calidad de vida y salud por parte de los mismos afectados. El Observatorio debe propiciar un nuevo ejercicio de ciudadanía en salud y de construcción colectiva de la salud como bien público para la superación de las inequidades. De allí que la participación social se convierta en un medio y en un fin en sí misma, en el marco del Observatorio propuesto. Si se trata de visibilizar las inequidades y ponerlas en el debate público para propiciar su superación, los primeros que deberán hacer parte del proceso son quienes sufren las desigualdades derivadas de desventajas sociales.

Con base en lo anterior, la propuesta consiste en propiciar los mecanismos y escenarios de participación y representación de las comunidades en todos los procesos del Observatorio, y en la movilización social que conduce al logro de equidad y a la exigibilidad del derecho a la salud. Se plantea un componente pedagógico central del Observatorio y se propone incluir a las comunidades en todos los procesos: en la recolección de información, la selección de indicadores y el reconocimiento de diversas percepciones para la identificación de inequidades; en el análisis e interpretación de las inequidades; en el uso de la información para la toma de decisiones en los escenarios correspondientes.

Los comentarios de Armando De Negri se concentraron en los siguientes aspectos:

- Es necesario encontrar un punto medio entre los extremos de una organización totalmente institucional y técnica, y otra totalmente participativa y abierta. La propuesta tiende a lo segundo y esta opción hace inviable el trabajo sistemático del Observatorio. Se requiere precisar los mecanismos de representación y afianzar los procesos de participación en las comunidades concretas, sin que esto implique comités extremadamente numerosos.
- El Observatorio puede verse como un bien público en sí mismo, en la medida en que el público lo reconozca como tal. No debería ser una dependencia de gobierno ni una unidad académica. Debe ser interinstitucional, más allá de las instancias

estatales. La equidad es un tema político que implica legitimidad social, más que identidad estatal. De lo anterior se deriva que el Observatorio deba entenderse como un espacio público que produce bienes públicos.

- Un componente fundamental de la participación social es la organización. Este tema requiere profundización en la propuesta. La pregunta es: ¿cómo garantizar formas de organización social estables y dinámicas? En tal sentido, se trata de construir desde las diversas percepciones de la realidad, en la perspectiva de los mapas sociales.
- La manera como dialogan los mapas sociales con el discurso del sector salud y la capacidad del Observatorio para propiciar debate y transformación, puede convertirse en uno de los elementos de la autoevaluación de su trabajo.
- Otro aspecto central para la participación y la movilización social consiste en tener muy claro cómo llegan los productos del Observatorio a las comunidades, o mejor, a los diferentes públicos. Y una vez llegan estos productos a la gente, cómo los utilizan. La experiencia del Observatorio de Montreal muestra que es muy importante identificar todo el ciclo de formulación de políticas públicas, comprender las relaciones entre agentes y verificar cómo se ven afectados por los aportes del Observatorio para decidir y actuar en pro de la equidad. El objetivo sería tratar de responder a necesidades sociales de información para promover la equidad.
- La participación ayuda a definir un para qué y un cómo del Observatorio, en tanto sentido político de la acción y en cuanto a formas de operación.
- El concepto de calidad de vida debe entenderse como mediador entre las condiciones de vida de las personas y los resultados desiguales en salud. Si se logra mostrar con precisión y simpleza estas relaciones, se puede generar mejor la participación y la movilización social por la equidad.

Los comentarios de los asistentes se pueden sintetizar en los siguientes aspectos:

- Los excluidos tienen nombres y apellidos; ellos son sujetos de derechos. Por lo tanto, ellos deben decidir cuáles son los énfasis de la medición de las inequidades. De esta manera, la medición, el seguimiento y la investigación se supeditan a la acción colectiva. De la utilidad que tenga el Observatorio para la acción colectiva depende su sostenibilidad. No obstante, es necesario diferenciar el Observatorio de una “comisión social”.
- La participación social en el Observatorio también debe servir para hacer seguimiento y evaluación de políticas públicas. Con base en ello se pueden prevenir acciones que puedan conducir a más inequidad o valorar los efectos positivos o negativos de las políticas sobre la equidad.
- La Secretaría Distrital de Salud (SDS) ha querido avanzar en equidad e inclusión social por medio de la Atención Primaria en Salud (APS). Por esto, el Observatorio tendrá que incluir la evaluación de esta decisión. No obstante, tampoco se trata de suplir las deficiencias institucionales que la SDS tenga para realizar sus políticas.

- Se proponen escenarios de participación muy grandes que parecen asambleas temáticas. Esto puede ser inviable. Es preferible contar con lo que existe en materia de participación y conformar redes en torno eje de equidad. Pero también debe reconocerse que la participación en salud no es la mejor en este momento. Se debe desarrollar una dinámica de monitoreo crítico con capacidad científica y política. Los límites de la participación están en la capacidad de decisión y esto no depende del Observatorio.
- Desde una perspectiva sistémica, observar es una forma especial de intervención. En este marco, ¿qué lugar ocupa la participación social? Aquí lo social implica diversidad, multiplicidad de concepciones, enfoques y posibilidades de acción respecto de la equidad. Asumir el tema de “equidad relativa desde los sujetos concretos” implica partir de quienes están sufriendo las inequidades.
- Cabe la advertencia de la necesidad de poner el debate sobre la inequidad en quienes no la sufren. Sin la movilización de los que están mejor, no es posible superar las inequidades. De allí la necesidad de hablar de inequidades intolerables. De esta forma, se logran mejores conexiones entre participación y movilización social por la equidad.
- La sostenibilidad depende también de la autonomía del Observatorio y ésta debe estar garantizada tanto desde el punto de vista financiero como jurídico. Esto no significa crear una instancia aislada; por el contrario, exige multiplicidad institucional desde su conformación.
- La iniciativa del Observatorio fue de la SDS, pero debe ir más allá, para involucrar a otras entidades del gobierno distrital, como el Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD). De hecho, se destinaron recursos del Plan de Desarrollo para ello. De esta forma se garantiza un mayor impacto del Observatorio, a partir de una función de “consejería” para la toma de decisiones públicas.

Para el cierre de la sesión, la ponente y el comentarista avanzaron en los siguientes aspectos, a partir de los comentarios:

- El Observatorio es, sin duda, una herramienta para incidir en las políticas de calidad de vida y salud, desde la perspectiva de la equidad.
- Respecto del componente de representación social, se trata de contar con la mayor diversidad de discursos posible, más que de organizaciones concretas. Pueden ser mecanismos de diferente nivel, con viabilidad, pero los discursos sí deben estar representados.
- Se ratifica la idea de que el Observatorio es un bien público en sí mismo y, por lo tanto, no debe asimilarse a un sector del Estado ni a una instancia aislada de la administración distrital.
- El Observatorio es, en sí mismo, un escenario de construcción de política pública, en la medida en que contribuye a orientar la acción colectiva a partir de la construcción de agendas sociales por la equidad en calidad de vida y salud. De allí la importancia de involucrar a las personas y organizaciones en todo el proceso.

- El asunto central está en cómo se incorpora lo que la gente cree que es importante. Se trata de involucrar tanto a los que ya están en escenarios de participación social como a los que no están. De allí la idea de buscar temas generadores que aglutinen. En el caso colombiano, el tema del “paseo de la muerte” puede ser uno de ellos, pero esto debe abordarse desde un seguimiento de prensa y no solamente por indicadores rígidos o distantes.
- En el mismo sentido debe transitar el esfuerzo de abogacía de políticas pro equidad. Se trata de generar en diferentes públicos la necesidad de superar inequidades, a partir de la transformación de las condiciones sociales que las generan.
- Se propone avanzar en el montaje del Observatorio con el siguiente plan:
 -
 - Definición de un tema prioritario o generador. Por ejemplo “paseo de la muerte” o las diferencias de los planes de salud.
 - Realización de un evento con movimientos y organizaciones sociales para discutir el tema de equidad y construir una agenda social.
 - Definir los indicadores de base que serán utilizados, tanto en el tema generador como en temas específicos según la agenda social.
 - Desarrollo de la estrategia de abogacía.

A partir de las anteriores reflexiones se produjeron varias intervenciones sobre los siguientes aspectos:

- Es necesario mostrar desde el primer momento, a través de medios masivos de comunicación, las relaciones entre lo coyuntural y lo estructural. Por ejemplo, la manera como se articulan las políticas macroeconómicas sobre la supuesta sobrevaloración del empleo en Colombia, la regresividad del sistema impositivo y el sostenimiento de prácticas clientelistas en el manejo del Estado, entre otros aspectos, con la generación o perpetuación de inequidades.
- Se requiere, en todo caso, profundizar en la definición de aspectos metodológicos y operativos para la participación social en el Observatorio. La experiencia del al Veeduría Distrital en este sentido puede ser útil, incluso para no repetir errores. Podrían identificarse diferentes escenarios y trabajar en nodos o capítulos o grupos temáticos, en una estructura de red.
- Temas como el “paseo de la muerte” pueden tratarse con niveles de explicación de diferente profundidad y con diferentes agentes, para generar el debate público y nuevas formas de movilización social. Éste es el reto político más importante del Observatorio. Por ejemplo, respecto de la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es necesario incorporar el tema de equidad en los debates del Congreso de la República, pero también, por fuera de él, en debate público abierto.
- Se propone acudir a las Metas del Milenio para priorizar la medición de inequidades y la movilización social por la equidad. Esta ruta permitiría una mayor cohesión con la dinámica nacional e internacional.

- El tema tiene una dimensión internacional que el Observatorio deberá incorporar desde el principio. Tanto en el terreno de la medición, como en la movilización social por la equidad, existen movimientos, procesos, entidades, redes y proyectos que deberán ser articulados a este esfuerzo de ciudad.

4.3 Conclusiones del Seminario

¿Observatorio de equidad en salud u observatorio de salud?

El observatorio que se propone es de equidad en calidad de vida y salud para la ciudad de Bogotá. No es por tanto, un observatorio de salud, es decir sobre el conjunto de resultados y de determinantes de las enfermedades y muertes de los bogotanos.

Una primera implicación gruesa se deriva del hecho de ser un observatorio sobre equidad. Esto significa identificar las desigualdades, por lo tanto comparar poblaciones en territorios, y verificar si esas desigualdades son causadas por ventajas o desventajas derivadas de la posición social de las personas, esto es, por la distribución del poder, la riqueza o el prestigio de una sociedad concreta. Por otra parte, existen injusticias que no requieren comparación, porque resultan de la carencia sistemática de los derechos constitutivos de la dignidad humana. Por ejemplo, el hambre es injusta así azote la población de todo un territorio sin discriminar entre unos y otros. En uno y otro caso, es decir cuando la inequidad se constata por comparaciones que discriminan a unos de otros, o en el caso en que se violan estándares históricos de la dignidad humana, la equidad tiene como referente la garantía de los derechos humanos interdependientes.

Una segunda implicación consiste en que el Observatorio también evalúa las respuestas sociales, institucionales y comunitarias que contribuyen a mejoras en equidad. Por lo tanto, las acciones de la Secretaría de Salud de Bogotá, así como del conjunto de instituciones privadas, estatales y sociales que intervienen en el sistema de aseguramiento y en la prestación de servicios serán sujeto de observación y evaluación de resultados e impactos sobre la equidad en calidad de vida y salud de los bogotanos. También pueden considerarse las políticas, regulaciones y acciones de otras entidades de la administración pública local que se inscriben en el ámbito de las políticas sociales y que explican resultados diferentes en salud, como por ejemplo las que intervienen sobre la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, la infraestructura de servicios, el tráfico y la malla vial. Más allá de la salud y de lo social, son sujeto de observación y evaluación otras políticas, como por ejemplo, las laborales, cuando tengan relación demostrada y significativa con resultados inequitativos sobre la salud de diferentes grupos humanos. El logro de equidad interpela también las acciones de los particulares, sean estos empresas privadas o sociales, de tal suerte que las acciones intrasociales de las características de los mercados, -de lo que se produce y consume-, la política fiscal y de subsidios podrán ser evaluadas por el observatorio cuando estas afectan de manera importante resultados en calidad de vida y salud.

¿Quién observa?

Se deriva de las consideraciones anteriores una conclusión tan clara como importante en la adscripción del observatorio. No debe ser este una dependencia interna a una división de la secretaría de salud, porque no es un observatorio que meramente va a considerar la acción de la administración local de salud. Por el contrario, el observatorio debe abrirse en su conformación e impulso a la presencia de otras entidades del distrito. Tampoco debe ser el observatorio una mera oficina académica, sino que debe albergar representantes sociales de grupos, organizaciones e instituciones que representan o apadrinan los derechos de la sociedad ante el Estado y el mercado. El observatorio que se propone propicia el debate público sobre los condicionantes de la equidad en calidad de vida y salud y, por lo tanto, alberga diferentes instancias de la administración local, como a la academia y a representantes sociales. La participación social dentro del observatorio se estimula desde la recolección y producción de la información, el uso, interpretación y debate sobre los resultados de equidad y sobre sus condicionantes; la participación que se quiere, por último, ejercita la formulación de programas y políticas públicas pro equidad.

¿Con quién se observa y para quién lo hace?

En el entendido de que el estudio y la acción sobre la equidad supone analizar las intersecciones y procesos mediante los cuales se producen de manera estable resultados injustos sobre la salud de las personas, son muchos actores los llamados a ejercer la observación, el análisis de la información, el debate de las políticas y los condicionantes y a formular políticas públicas pro equidad. En particular, deben existir mecanismos de adscripción de las autoridades y administraciones locales en los ejercicios del observatorio; así como de organizaciones y grupos sociales activos alrededor de los temas de la equidad y los derechos a la salud y la buena vida. Una conformación plural del observatorio y una pedagogía de la discusión pública abierta a las localidades y los ciudadanos obedece al interés del observatorio de contribuir a hacer público la política pública de equidad en calidad de vida y salud en Bogotá.

La equidad y el derecho a la salud y la vida digna

Diferentes resultados en salud pueden ser consecuencia de una serie de circunstancias, algunas son genéticas, de género y biológicas, otras están estrechamente relacionadas con la repartición de oportunidades, capacidades y medios de diferentes grupos ante la calidad de vida y la salud. Un observatorio de equidad supone una opción por los determinantes que generan resultados diferentes en salud que provienen de situaciones evitables, de condiciones injustas, de circunstancias remediabiles por la acción humana. La equidad supone, por lo tanto, una valoración ética sobre lo justo e injusto, sobre una canasta de prioridades de la acción social, política y empresarial alrededor de los determinantes de la salud. Un observatorio en equidad está directamente relacionado con una apuesta acorde con el derecho universal a la salud y la vida digna.

Autonomía, incidencia y sostenibilidad

Un observatorio que propicia el debate y la acción por la equidad debe garantizar la autonomía en sus juicios, acciones, comunicaciones y propuestas de política. La entidad a crear no puede ser una oficina de apoyo a una dependencia de la administración, ni a toda la administración. La información que pone a disposición de la opinión pública, los debates que convoca, las propuestas que agencia y las controversias que estimula no deben estar supeditadas al mando jerárquico que caracteriza a los funcionarios públicos respecto de sus jefes inmediatos. La capacidad de incidencia está determinada por la credibilidad e independencia de criterio del observatorio, así como por los puentes que teje con diferentes actores institucionales del orden central y descentralizado en el distrito y con grupos, organizaciones y empresas privadas y sociales. La calidad de la información que produce y divulga, el conocimiento que genera sobre la equidad, el debate que propicia y la pertinencia de sus propuestas de política concurren en garantizar la incidencia y la sostenibilidad del observatorio; en el entendido en que solo si este es apropiado por muchos actores pro equidad, valorado por la opinión pública, respetado y tenido en cuenta por la administración se puede convertir en patrimonio de la ciudad.

Pasos a seguir

En la medida en que el plan de desarrollo de la alcaldía de Luís Eduardo Garzón valora la lucha contra la pobreza, la extensión de los derechos y el repudio a las discriminaciones y, en la medida en que es voluntad de la Secretaría de Salud la medición, divulgación, debate y acciones que promuevan la equidad en salud en Bogotá y, finalmente, teniendo en cuenta los antecedentes y el acumulado de la Universidad Nacional de Colombia en la promoción de la justicia y la equidad, se poseen las mejores condiciones para iniciar las actividades de un observatorio de equidad en calidad de vida y salud para la ciudad de Bogotá con las características del aquí descrito. Por lo tanto se propone pasar de la etapa de diseño del observatorio, a la de implementación y consolidación de la propuesta; para lo cual se podrían adoptar los siguientes objetivos y acciones que se explyen hasta el final del año 2007:

1. Continuar la relación estratégica

Se estima conveniente continuar la relación entre la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional mediante la prolongación del convenio entre las partes con el objeto de llevar a cabo las siguientes fases de Observatorio, desde la etapa de diseño hasta su perfeccionamiento y puesta en funcionamiento. Tales actividades debieran arrojar productos de impacto en la ciudad y serían evaluados hacia septiembre-octubre del año 2007.

2. Ampliar los socios estratégicos

Se propone adelantar una serie de entrevistas con varias dependencias de la administración del distrito, organizaciones sociales y académicas con el fin de seleccionar los socios estratégicos convocados a participar de las estructuras centrales básicas del observatorio.

3. Montaje de las estructuras básicas del observatorio

Precisar las funciones, los integrantes, las acciones y los costos básicos de las estructuras mínimas del observatorio, de las cuales hasta ahora se han visualizado dos: el comité de gestión y el comité técnico-académico.

4. Socialización y concertación de la propuesta

Adelantar un proceso de socialización y concertación sobre el observatorio con instituciones públicas, privadas y sociales del nivel distrital y local, así como con instituciones y agencias internacionales con el fin de ambientar la puesta en funcionamiento del observatorio, construir alianzas y recibir insumos que mejoren su diseño y desempeños.

5. Selección de indicadores básicos

Revisar las bases de datos existentes para evaluar su capacidad de aportar los insumos imprescindibles de una pequeña cantidad de indicadores de alta sensibilidad sobre equidad en calidad de vida y salud en la ciudad, con el fin de producir un seguimiento regular que será motivo de divulgación periódica. Otros indicadores suplementarios serán utilizados por las investigaciones y evaluaciones de políticas que el observatorio decida adelantar.

6. Selección de un tema de alta sensibilidad e impacto

Convenir, entre la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional, un amplio proceso de consulta y concertación que conduzca a escoger un tema de alto impacto y sensibilidad en la opinión pública sobre equidad en calidad de vida y salud en la ciudad. Adelantar una campaña de movilización institucional, social, política y académica alrededor del tema pactado y desplegar un conjunto amplio de actividades del observatorio: el monitoreo y seguimiento, la evaluación de políticas, la investigación, la promoción de debates públicos, además de un campaña de comunicación dirigida a diversos actores.

7. Promoción de debates locales y en el nivel distrital

Una vez el observatorio posea suficientes evidencias sobre desempeños de equidad en calidad de vida y salud diferentes entre localidades y sectores sociales de Bogotá podría

suscitar debates locales y en el distrito con el fin de apoyar la lucha por la equidad entre los bogotanos.

8. Alianzas locales, nacionales e internacionales

Continuar los contactos conducentes a la inserción del observatorio en redes locales, nacionales e internacionales de investigación y acción sobre la equidad en calidad de vida y salud.

9. Consecución de recursos

Emprender una búsqueda de financiación de las estructuras, actividades y dotaciones físicas y técnicas básicas del observatorio.