

**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Dirección de Planeación y Sistemas
Grupo Investigaciones y Cooperación**

**Encuentro Internacional,
Observatorios:
Una visión hacia las ciudades
sostenibles**

***Observatorio para la Equidad
en Calidad de Vida y Salud de Bogotá***

(Bogotá, 14 de diciembre de 2012)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

Marco normativo

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá D.C. fue creado mediante el Acuerdo 364 del 1 de abril del 2009.



Definición

El Observatorio es un instrumento para medir, analizar, divulgar y propiciar el debate público y promover la formulación de políticas públicas para la superación de las inequidades en salud, el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones ambientales, como garantía del derecho a la salud en Bogotá, D.C.



Objetivos

- 1. Medir, hacer seguimiento, evaluar e investigar las inequidades en calidad de vida y salud en Bogotá.**
- 2. Promover la formulación de las políticas públicas distritales, con orientación hacia la equidad en calidad de vida y salud.**

Objetivos

- 3. Aportar elementos para la movilización social e institucional por la equidad en calidad de vida y salud en el Distrito Capital.**
- 4. Divulgar la información que se genere para que sea útil a los tomadores de decisiones, servidores públicos, comunidad, técnicos, entre otros.**

Criterios orientadores del Observatorio

- **Criterio de autonomía.**
- **Criterio de incidencia.**
- **Criterio de veracidad.**
- **Criterio de participación y democratización.**
- **Criterio interdisciplinar y transdisciplinar.**
- **Criterio de articulación y cooperación.**



Antecedentes interinstitucionales

Cuatro Convenios Interadministrativos desarrollados con la Universidad Nacional de Colombia entre enero de 2006 – noviembre de 2012:

- 1. 0897-2005**
- 2. 1079-2006**
- 3. 0699-2008**
- 4. 1246-2011**

Un Convenio interadministrativo (1469-2009), desarrollado con la Universidad del Rosario



Desarrollo en cuatro fases

- **Fase 1: Diseño y primeros estudios (2006-2007).**
- **Fase 2: Selección de indicadores, estudios y escuela de líderes (2007-2008).**
- **Fase 3: Encuesta piloto y análisis de ECV-2007 desde enfoque de equidad (2009-2010).**
- **Fase 4: Análisis de tendencias y estudios específicos (2011-2012)**



Fase 1: Diseño (2006-2007)

- **Revisión de experiencias de observatorios de equidad en salud en grandes ciudades (Londres, Montreal y Bruselas).**
 - **Propuesta de diseño conceptual y modelo general (DSS modificado).**
 - **Procesos (*Global Equity Gauge Alliance*): monitoreo, evaluación, investigación; abogacía de políticas; comunicación, participación y movilización social pro equidad.**
 - **Debate con expertos internacionales (Seminario-taller 2006).**



Fase 1: Conceptos

- **Concepto positivo de salud como Desarrollo de potencialidades y capacidades humanas, para realizar proyectos de vida en las mejores condiciones.**
- **Equidad como una valoración de las desigualdades humanas, desde el principio de justicia distributiva y en relación con el derecho humano a la salud (Gracia, 1991; Braveman, 2001)**

Fase 1: Opciones

Dos maneras de entender lo justo:

- Igualdad del goce efectivo de derechos humanos interdependientes, según pactos internacionales.**
- Ausencia de desigualdades entre grupos humanos, derivadas de ventajas o desventajas sistemáticas, producto de la posición social, en razón de poder, riqueza o prestigio (clase social, género, raza, etnia, ciclo vital).**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

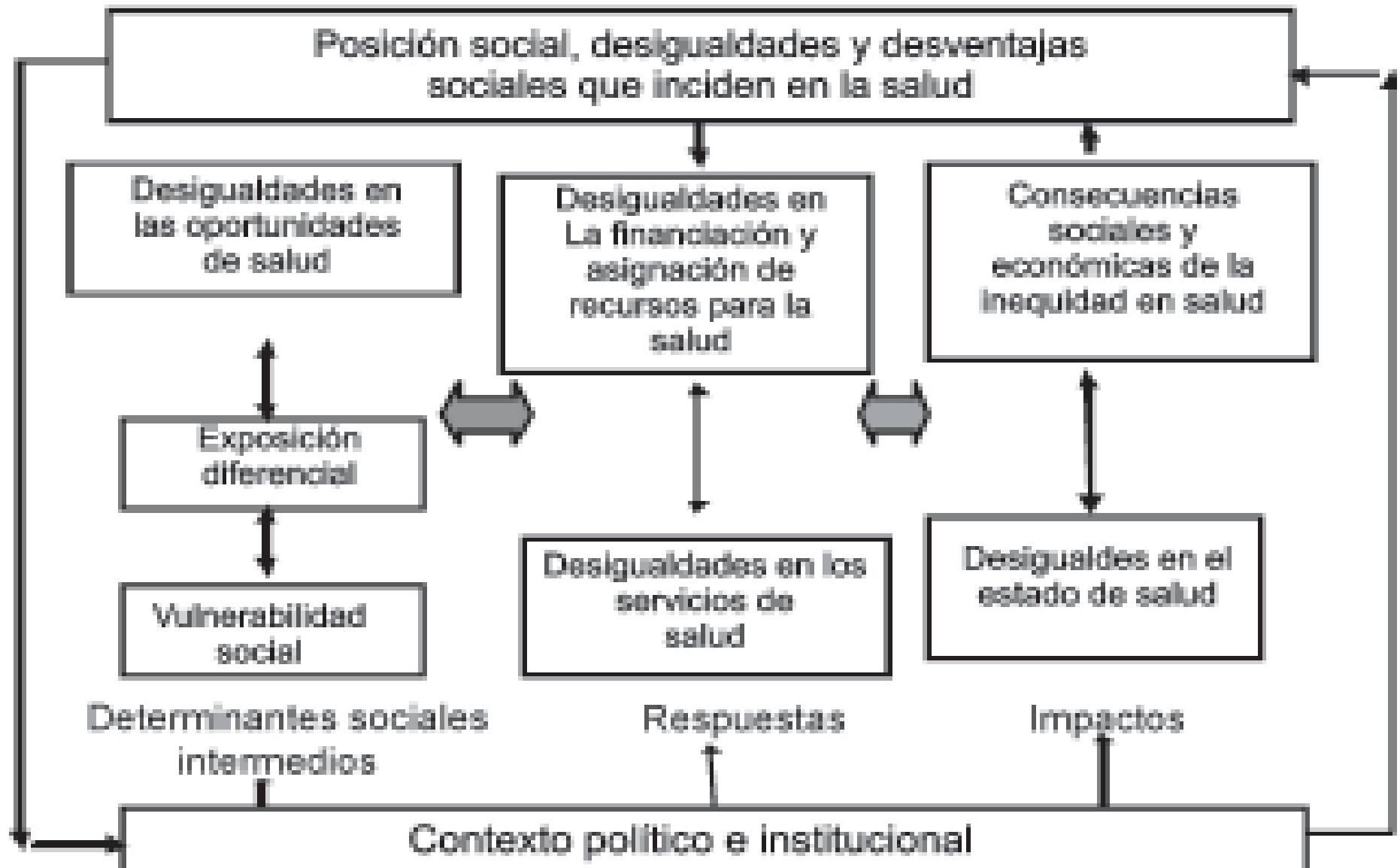
BOGOTÁ
HUMANANA

Fundamentación conceptual

El Modelo de Determinantes Sociales de la Salud plantea que las desigualdades en la salud no son fenómenos fortuitos ni aislados, sino que están explicadas por la configuración que asume la estructura social.

Determinantes sociales estructurales

Determinantes sociales estructurales



El concepto de calidad de vida

La calidad de vida se entiende en función de aquellas *capacidades* que representan logros valiosos para las personas, las cuales constituyen las oportunidades reales que les permiten ser más y conducir sus vidas dentro de un ámbito de libertad y expresan las potencialidades para obtener logros, por las propias decisiones y la acción de otros, y conservando un espacio para la convivencia de distintas concepciones morales (Sen y Nussbaum, 1996)



Fase 1: Primeros estudios (2006-2007)

- **Investigación sobre Mortalidad evitable materna y de menores de 5 años (1998-2004)**
- **Propuesta de indicadores a partir de diferentes fuentes.**
- **Investigación Macroeconomía y Equidad.**
- **Resultados publicados en el libro *Equidad y salud. Debates para la acción* (2007), un artículo en Revista de Seguridad Social en Salud, boletines, página web y debate público.**



Propuesta indicadores

Índices de calidad de vida, salud, riesgo y protección, según grupos poblacionales (ciclos de vida, género, etnia, capacidades) y desde el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (estructura, organización, financiación, cobertura, aseguramiento, acceso y calidad).



Desagregación de indicadores

Inequidades en las oportunidades básicas de salud.

- **Inequidades en la gestación (madres gestantes): Bajo peso al nacer / controles médicos prenatales.**
- **Inequidades en la infancia: Nutrición en los primeros años de vida, desnutrición infantil crónica.**
- **Prevalencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales en niños menores de cinco años.**
- **Atención especializada a niños discapacitados en aspectos cognitivos y neurológicos que reciben servicios de rehabilitación, entre estratos y localidades.**

Inequidades en los resultados de salud:

- **Desigualdades en el acceso a los servicios de salud, atención médica en la enfermedad.**
- **Atención médica para enfermedad crónica y consulta médica periódica.**

- **Inequidades en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá.**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

Fase 2: indicadores, estudios y encuesta piloto (2007-2008)

- **Selección de indicadores por trayectoria de vida y por oportunidades de salud, acceso a servicios y resultados en salud.**
- **Estudios sobre políticas y sobre prioridades:**
 - **Fiscalidad y equidad en la Nación y en Bogotá (1998-2007)**
 - **Discapacidad como huella de la inequidad social.**
 - **Condiciones de trabajo, informalidad y equidad.**
 - **Análisis de equidad en el acceso a servicios de salud en el programa de *Salud a su Hogar*.**
- **Escuela de líderes sobre equidad en calidad de vida y salud.**
- **Resultados publicados en el libro *Inequidad social en salud. El caso Bogotá* (2008), artículo en Revista de **SDS**, boletines, página web y debate público.**



Fase 3: Encuesta piloto y análisis de ECV-2007 desde enfoque de equidad (2009-2010)

- **Construcción de propuesta de encuesta de equidad en calidad de vida y salud y prueba piloto.**
- **Análisis de la ECV 2007 desde el enfoque de equidad utilizado por el Observatorio:**
 - **Profundización del concepto de posición social desde la categoría “clase social”.**
 - **Construcción de indicador compuesto de calidad de vida urbana y análisis por clase social.**
 - **Construcción de indicadores compuestos de riesgo y protección y análisis por estrato.**
 - **Análisis de desigualdad en el acceso a servicios de salud y protección por estrato.**
- **Resultados en Libro Inequidad Social en Salud: El caso de Bogotá (2010) y difusión en eventos.**



Fase 4: análisis de tendencias y estudios específicos (2011-2012)

- 1. Análisis de la tendencia de la equidad en calidad de vida y salud por clase social en Bogotá desde grandes encuestas (2003-2011).**
- 2. Análisis de la tendencia de la equidad en mortalidad evitable materna e infantil (1998-2010).**
- 3. Equidad en la disponibilidad de servicios de salud en Bogotá.**
- 4. Equidad en el acceso a servicios de salud en la población incluida en el programa de gratuidad (2007-2011).**
- 5. Formación para la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local.**



Fuente de datos

- **Encuesta Calidad de Vida 2003, 2007, 2008, 2010.**
- **Encuesta Multipropósito Bogotá 2011.**
- **Base de Datos del Registro Especial de Prestadores (base de habilitación), en 2004 y 2010.**
- **Base de datos Registro Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS 2008, 2010.**

Dimensiones de la calidad de vida *urbana*

1. Salud y alimentación
2. Condiciones de la vivienda
3. Calidad ambiental
4. Equipamientos y dotaciones urbanas
5. Movilidad urbana
6. Seguridad ciudadana
7. Trabajo
8. Educación
9. Ocio y recreación
10. Solidaridad y asociación
11. No discriminación
12. Capacidad de pago



Metodologías de medición

- **Diseñar y construir los indicadores para evaluar la evolución de la equidad en calidad de vida y salud, en Bogotá D.C., en el periodo 2003-2011.**
- **Obtener las frecuencias del total de nacimientos y de muertes evitables en el período 2005 – 2010 y calcular las tasas y tendencias de mortalidad materna e infantil por causas evitables en el periodo 2005 – 2010.**
- **Analizar las desigualdades sociales relacionadas con la mortalidad materna e infantil, por variables de posición social y por localidades.**
- **Revisar los registros de atención de la red pública distrital de servicios de salud en dos momentos, 2007 y 2010, para determinar si con la implementación de la política de gratuidad se incrementó en términos proporcionales la demanda y el acceso de servicios de los grupos poblacionales priorizados.**



Metodologías de medición

- **Revisar los resultados de las Encuestas de Calidad de Vida entre el periodo 2003-2010, para determinar si disminuyeron las barreras económicas y se incrementó la demanda y el acceso de servicios de los grupos poblacionales priorizados.**
- **Evaluar la disponibilidad de servicios de salud por tipo y nivel de complejidad en las localidades del Distrito, a partir del análisis de la Base de Datos del Registro Especial de Prestadores (base de habilitación), en 2004 y 2010.**
- **Construir indicadores per cápita sobre disponibilidad de servicios públicos y privados para cada localidad.**
- **Analizar la inequidad en el acceso geográfico a los servicios de salud en Bogotá por localidad, considerando variables de posición social y tiempos y costos de desplazamiento.**



Principales hallazgos cuarta fase OECVS

Inequidades en calidad de vida, riesgo, protección y deterioro en salud por posición social, con base en encuestas poblacionales entre 2003, 2007 y 2011:

- La **segmentación espacial** de la ciudad según la estructura de clases.
- El impacto de la política de **flexibilización laboral** de los 90: incremento de trabajadores por cuenta propia.
- Tendencia a **concentración de riqueza** y bienestar a pesar de mejoras (salud y educación).
- **Deterioro en calidad de vida** de los sectores medios, con menor protección.
- Fuerte gradiente de **discapacidad** por clase social.
- Índices de **riesgo y protección** siguen mostrando una relación inversa por posición social.
- **Inseguridad alimentaria** es fuertemente desigual.



Productos (1)

Nueve (9) investigaciones realizadas sobre equidad en calidad de vida y salud en el Distrito Capital.

Diseño e instrumentalización de tres índices de calidad de vida, riesgo en salud, y protección.

Productos (2)

Publicación de catorce (14) boletines.

Publicación de cuatro libros (4) libros:

- **Equidad y Salud: Debates para la acción (2007);**
- **Inequidad Social en Salud: El caso de Bogotá (2010);**
- **Equidad en calidad de vida y salud: avances y reflexiones (2012).**



Productos (3)

- **Realización del Foro Equidad en Salud y Emergencia Social (17 de marzo de 2010).**
- **Escuela de formación en derechos para la equidad en calidad de vida y salud para propiciar la incorporación institucional del enfoque de equidad en el escenario local, tanto en el análisis de la situación de salud como en la formulación de políticas y programas.**

Productos (4)

- **Realización del Foro La Defensa de los bienes públicos: El caso del Hospital San Juan de Dios de la Hortúa, (21 de octubre de 2011).**
- **Realización del Foro Crisis del Sector Salud, (21 de noviembre de 2011).**
- **Realización del Foro Ética de la Investigación y la atención en salud, (16 diciembre de 2011).**
- **Estado del Arte de las investigaciones en equidad y salud en Bogotá, 2006-2010.**

Productos (5)

Escuelas de formación en derechos para la equidad en calidad de vida y salud para propiciar la incorporación institucional del enfoque de equidad en el escenario local, tanto en el análisis de la situación de salud como en la formulación de políticas y programas.



Grupo de trabajo del Observatorio

SDS: Profesionales Especializados/as de las Direcciones de:

- **Salud Pública;**
- **Participación Social y Servicio al Ciudadano;**
- **Desarrollo de Servicios;**
- **Centro Regulador de Urgencia y Emergencias;**
- **Jurídica y Contratación;**
- **Aseguramiento;**
- **Financiera.**

Equipo Técnico de la Universidad Nacional de Colombia

Investigadores/as del Grupo de Protección Social, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia.

PROYECTO DE DECRETO REGLAMENTARIO DEL OBSERVATORIO



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

ESTRUCTURA DEL OBSERVATORIO

Un Consejo Consultivo

La Secretaría Técnica

Una Unidad Técnica de Apoyo

Dos (2) Mesas de Trabajo del Consejo Consultivo

Conformación del Consejo Consultivo

El Alcalde o la Alcaldesa Mayor de Bogotá, D.C., quien lo presidirá.

Ocho Secretarías:

- 1. Salud –quien ejerce la Secretaría Técnica;**
- 2. Planeación;**
- 3. Desarrollo Económico;**
- 4. Ambiente;**
- 5. Hábitat;**
- 6. Integración Social;**
- 7. Educación;**
- 8. Cultura, Recreación y Deporte.**



CONSEJO CONSULTIVO

**Alcaldía
Mayor de
Bogotá, D.C.**

**Secretaría
Distrital de
Salud**

**Secretaría
Distrital de
Planeación**

**Secretaría
Distrital de
Desarrollo
Económico**

**Secretaría
Distrital de
Ambiente**

**Secretaría
Distrital del
Hábitat**

**Secretaría
Distrital de
Educación**

**Secretaría
Distrital de
Integración
Social**

**Secretaría Distrital de
Cultura, Recreación y
Deporte**

**Universidades
Públicas y
Privadas**

**Organizaciones
Sociales de
Bogotá**

**Organizaciones
Internacionales
que promuevan
la equidad**

**BOGOTÁ
HUMANANA**

Conformación del Consejo Consultivo

- **Cuatro representantes de las Universidades Públicas ubicadas en el Distrito Capital;**
- **Cuatro representantes de las Universidades Privadas ubicadas en el Distrito Capital;**
- **Ocho representantes de las organizaciones sociales de Bogotá D.C.**



Conformación del Consejo Consultivo

- **Cuatro representantes de organizaciones internacionales que promuevan la equidad en el Distrito Capital.**
- **Seis representantes del Sector Privado – (salud, Cajas de Compensación, comercio, industria, financiero).**



Funciones del Consejo Consultivo

- 1. Promover la articulación del Consejo Consultivo con los Comités Sectoriales y las Comisiones Intersectoriales Distritales.**
- 2. Promover el debate público, que permita presentar a las instancias correspondientes, públicas y de la sociedad civil, un informe anual del estado de la equidad en calidad de vida, ambiente y salud en el Distrito Capital.**
- 3. Proponer estrategias para ser incorporadas en los planes, programas y proyectos de la Administración Distrital para la reducción de las brechas de desigualdades injustas y evitables en calidad de vida, ambiente y salud en Bogotá.**



Funciones del Consejo Consultivo

4. **Promover la gestión del conocimiento para la equidad en calidad de vida, ambiente y salud en el Distrito Capital, a través de la articulación e integración de los diversos sistemas de información (de carácter poblacional, social, ambiental, geográfico, económico y estadístico), que administren las diversas Secretarías y Entidades de la Administración Distrital, los grupos de investigación de las universidades, las organizaciones sociales, gremiales, sindicales, comunitarias, poblacionales, de la sociedad civil, internacionales, multilaterales, de cooperación, no gubernamentales, y del sector privado, que hacen parte del Consejo Consultivo.**



Funciones del Consejo Consultivo

5. Analizar, discutir, definir, proponer, establecer e implementar un Sistema de Indicadores Intersectoriales y Sociales, para el monitoreo de las inequidades en calidad de vida, ambiente y salud de la población bogotana.

El sistema de indicadores dará cuenta de tales desigualdades o desventajas entre los grupos de población derivadas de la posición socioeconómica, género, etnia o raza, entre otras y expresada en los siguientes ámbitos:

- **Oportunidad para el desarrollo humano.**
- **Exposición y vulnerabilidad diferencial al riesgo.**
- **Acceso desigual a las respuestas institucionales.**
- **Resultados desiguales en calidad de vida, ambiente y salud.**
- **Impactos desiguales en la posición social.**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ

BOGOTÁ
HUMANANA

MESAS DE TRABAJO



Funciones de la Mesa de Investigación y Monitoreo

- 1. Proponer, gestionar y articular el desarrollo de investigaciones para la equidad en calidad de vida, ambiente y salud en las diferentes instancias de la Administración Distrital.**
- 2. Definir las categorías, variables e indicadores de seguimiento de inequidades en calidad de vida, ambiente y salud en el Distrito Capital.**
- 3. Identificar las fuentes primarias y secundarias sistemáticas de seguimiento de la equidad en calidad de vida, ambiente y salud de las y los habitantes del Distrito Capital y proponer sus ajustes.**
- 4. Efectuar el monitoreo y evaluación de las inequidades en calidad de vida, ambiente y salud de la ciudad.**

Funciones de la Mesa de Investigación y Monitoreo

5. **Investigar las brechas de equidad en calidad de vida, ambiente y salud en el Distrito Capital a partir de encuestas, trabajos de campo o información proveniente de otros observatorios o unidades de análisis de la realidad de la ciudad.**
6. **Proponer modelos en los distintos campos o sectores de determinación de calidad de vida, ambiente y salud, para que la ciudad reduzca paulatinamente las brechas de desigualdad y se adopten modelos de desarrollo más equitativos.**
7. **Gestionar en las diversas Secretarías de la Administración Distrital y con otras Entidades, las fuentes de información primaria y secundaria que se requieran para el desarrollo de investigaciones y monitoreo del estado de la equidad en calidad de vida, ambiente y salud en Bogotá.**



Funciones de la Mesa de Políticas y Sistemas de Salud

- 1. Analizar las políticas públicas en salud, distritales y/o nacionales, desde la perspectiva de equidad en calidad de vida, ambiente y salud, y formular recomendaciones para la reducción de las inequidades.**
- 2. Revisar metodologías para analizar y evaluar las políticas públicas en salud y presentar propuestas para la investigación y monitoreo de la equidad en calidad de vida, ambiente y salud en el Distrito Capital.**
- 3. Elaborar propuestas para incorporar los resultados producidos por las Mesas de Trabajo del Consejo Consultivo, en programas y políticas públicas, en especial dirigidas a los procesos de toma de decisiones que incidan y produzcan transformaciones a favor de la equidad en la calidad de vida, ambiente y salud de la población bogotana.**



Funciones de la Mesa de Políticas y Sistemas de Salud

- 4. Hacer mapeo de actores con el fin de reconocer las tendencias e intereses que convergen en los procesos de transformación que promuevan la equidad en calidad de vida, ambiente y salud, a nivel local, nacional e internacional.**
- 5. Propiciar escenarios permanentes de discusión, socialización, de formación y construcción de conocimiento para la equidad en calidad de vida, ambiente y salud, con los actores sociales públicos y/o privados y de la sociedad civil.**
- 6. Socializar experiencias, propiciar alianzas y convenios, establecer redes y nodos, con otros observatorios e instancias institucionales, académicas y sociales de otras ciudades del territorio nacional y con diferentes países del mundo.**





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

EL PLAN DISTRICTAL DE DESARROLLO *BOGOTÁ HUMANA*, EL PLAN TERRITORIAL EN SALUD Y LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD.

Enfoque teórico y político del PDD:

- **El propósito general:**
 - “Elevar las condiciones de bienestar de la ciudadanía”;
 - “Sentar las bases de un cambio de enfoque de la acción pública”.
- **El objetivo que orienta la acción:**
 - “[...] remover las condiciones de segregación e inequidad relacionadas con las capacidades de las personas, la persistencia de situaciones de exclusión y riesgos ambientales y la apuesta por el fortalecimiento de la gestión pública”.
- **De lo anterior resultan los tres ejes y los tres mensajes centrales: no segregar, no depredar, no robar.**

Enfoque central:
Desarrollo Humano
(capacidades)
vs. visión **neoliberal** del desarrollo (crecimiento económico).

Fundamento de los ejes del PDD

- **Derechos humanos interdependientes:** ordenador de la acción del Estado respecto de la ciudadanía (condiciones y medios para la autonomía).
- **Equidad:** la ausencia de desigualdades injustas que deben ser superadas para lograr desarrollo humano y superar la segregación socioespacial (Eje 1).
- **Sustentabilidad ambiental:** comprensión del impacto del cambio climático sobre la estructura ecológica principal de la ciudad y la región (Eje 2)
- **Participación efectiva:** transparencia y eficacia de la gestión pública, ajustada a las demandas y necesidades de la población, a través de procesos participativos para la toma de decisiones. (Eje 3).

El PTS plantea una combinación entre enfoque de derechos y de interseccionalidad:

Su propósito [del enfoque de derechos] es analizar y actuar sobre las desigualdades y las inequidades que se encuentran en el centro de los problemas del desarrollo y así, corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder (Alcaldía Mayor-SDS, 2012: 14)

Una forma de organizar las respuestas es a partir de la comprensión de las inter-seccionalidades, lo cual significa trascender la mirada segmentada de las poblaciones que surge desde el énfasis por una característica, condición o situación, hacia una comprensión de las relaciones que existen entre estas características y los distintos grupos de poblaciones: etnias, discapacidad, desplazamiento, género, identidad de género, orientaciones sexuales, situaciones y condiciones, ciclo vital, entre otros.

(Alcaldía Mayor-SDS, 2012: 29-30)



1. La aproximación de los enfoques entre los planes (PDD y PTS) y el Observatorio

Propósito central de PTS

[...] aportar a la transformación de las condiciones sociales, económicas y culturales que permitan disminuir la discriminación y la segregación. Se trata de remover barreras tangibles e intangibles que le impiden a las personas aumentar sus opciones en la elección de su proyecto de vida, gozando del mejor nivel de salud (Alcaldía Mayor-SDS, 2012: 17)

Enfoque de capacidades humanas para ejercer la libertad (A. Sen) que sustenta la propuesta de Desarrollo Humano.



El enfoque del Observatorio:

- **Equidad es la ausencia de desigualdades injustas y evitables.**
- **Las desigualdades entre grupos humanos se valoran como injustas cuando son el resultado de ventajas o desventajas sistemáticas debidas a la “posición social” de las personas y los colectivos humanos, bien sea por el poder, la riqueza o el prestigio derivados de su lugar en la estructura socioeconómica, educativa, de género, de raza, de etnia o del ciclo vital en que se encuentran.**
- **Las desigualdades son injustas cuando son el resultado de una falta sistemática de garantía de derechos humanos interdependientes, en especial a la salud, definidos en el pacto constitucional y en los pactos internacionales de derechos humanos.**



ALCALDÍA MAJOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

Proximidades entre Desarrollo Humano, derechos humanos interdependientes y determinantes sociales de la desigualdad en salud

- **Superar las inequidades significa afectar los determinantes sociales de la desigualdad. Esto implica afectar las relaciones de poder (económicas, ideológicas y políticas) que sustentan la estructura social.**
- **El universalismo con enfoque diferencial o discriminación positiva es una orientación general para las políticas públicas pro equidad.**

2. Propuestas de acción para avanzar en equidad en el período de gobierno (ámbitos local, distrital, nacional).

Ámbito local

- **Afinar la escala de comprensión del territorio desde equidad, transectorialidad e interseccionalidades:**
 - **Ejercicios participativos de comparación entre grupos, sectores, zonas o microterritorios, desde una perspectiva integral que permita identificar las relaciones entre los resultados y los determinantes intermedios y estructurales de las desigualdades.**
 - **Desde el qué, el dónde, a quién y cómo, contrastar con más precisión la oferta institucional con las inequidades y la diversidad de demandas en cada zona o microterritorio.**
- **Desarrollo de APS-RISS ajustado a nueva comprensión de equidad entre territorios y poblaciones.**
- **Alianza estratégica con sector académico en redes universitarias (formación, servicio y CTI) en agencias locales de CTI.**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ

BOGOTÁ

HUMANANA

2. Propuestas de acción para avanzar en equidad en el período de gobierno (ámbitos local, distrital, nacional).

Ámbito Distrital

- Fortalecimiento de la **rectoría sectorial**:
 - Construcción de infraestructura pública que el mercado no ofrecerá.
 - Ejercer la rectoría territorial por medio de los instrumentos normativos del Plan Maestro de Equipamientos en Salud.
 - Propiciar nuevas formas de contratación en red entre las administradoras de planes de beneficio (APB) de los dos regímenes y la red pública adscrita (en modelo APS-RISS).
- En CTSSS, lograr compromisos fuertes con todos los actores del sistema en **problemas prioritarios** como calidad de atención materno-infantil y control de enfermedades crónicas.
- Concertación intersectorial en Consejo de Gobierno para **asuntos estratégicos**: segmentación espacial, sustentabilidad ambiental.



2. Propuestas de acción para avanzar en equidad en el período de gobierno (ámbitos local, distrital, nacional).

Ámbito Nacional

- **Gestión con Ministerio de Salud y Súper Intendencia Nacional de Salud para lograr **mayor gobernabilidad** a través de acreditación de SDS para Inspección, Vigilancia y Control territorial.**
- **Gestión en MSPS para **liberación de recursos territoriales** y gestión del Régimen Subsidiado sin intermediación y el rescate de la red adscrita.**
- **Avanzar política de **trabajo decente y calidad del trabajo en salud** con recursos frescos y negociación de condiciones con Ministerio del Trabajo.**
- **Alianzas estratégicas para la **reapertura del HSJD** (Universidad Nacional, gobierno nacional, gobierno departamental, sectores sociales y políticos).**
- **Participación activa en el debate público y la **gestión legislativa de un nuevo sistema de salud** que garantice el derecho fundamental a la salud.**



Observar, medir e investigar la producción y la reproducción de las inequidades en calidad de vida y salud no necesariamente produce o genera cambios en la realidad que se estudia. Pero sí puede aportar elementos a los afectados por las decisiones públicas para desarrollar sus propias luchas.



BOGOTÁ
HUMANANA

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

Objetivo general

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

Objetivos específicos

- **Evaluar la disponibilidad de servicios de salud por tipo y nivel de complejidad en las localidades del Distrito, a partir del análisis de la Base de Datos del Registro Especial de Prestadores (base de habilitación), en 2011.**
- **Construir indicadores per cápita sobre disponibilidad de servicios públicos y privados para cada localidad.**
- **Analizar la inequidad en el acceso geográfico a los servicios de salud en Bogotá por localidad, considerando variables de posición social.**



Equidad en la disponibilidad de servicios de salud

- **Evidente concentración de la oferta de servicios en el norte.**
- **Falta de oferta de primer nivel con alta capacidad resolutive y de hospitales de segundo nivel en zonas sur y occidental de la ciudad.**
- **Desproporción preocupante entre servicios de obstetricia y pediatría y distribución de la población materno-infantil en la ciudad.**
- **La libertad que le fue otorgada a los agentes privados para localizar la oferta de los servicios de salud en función de su rentabilidad ha profundizado las desigualdades en el acceso entre clases y estratos sociales.**

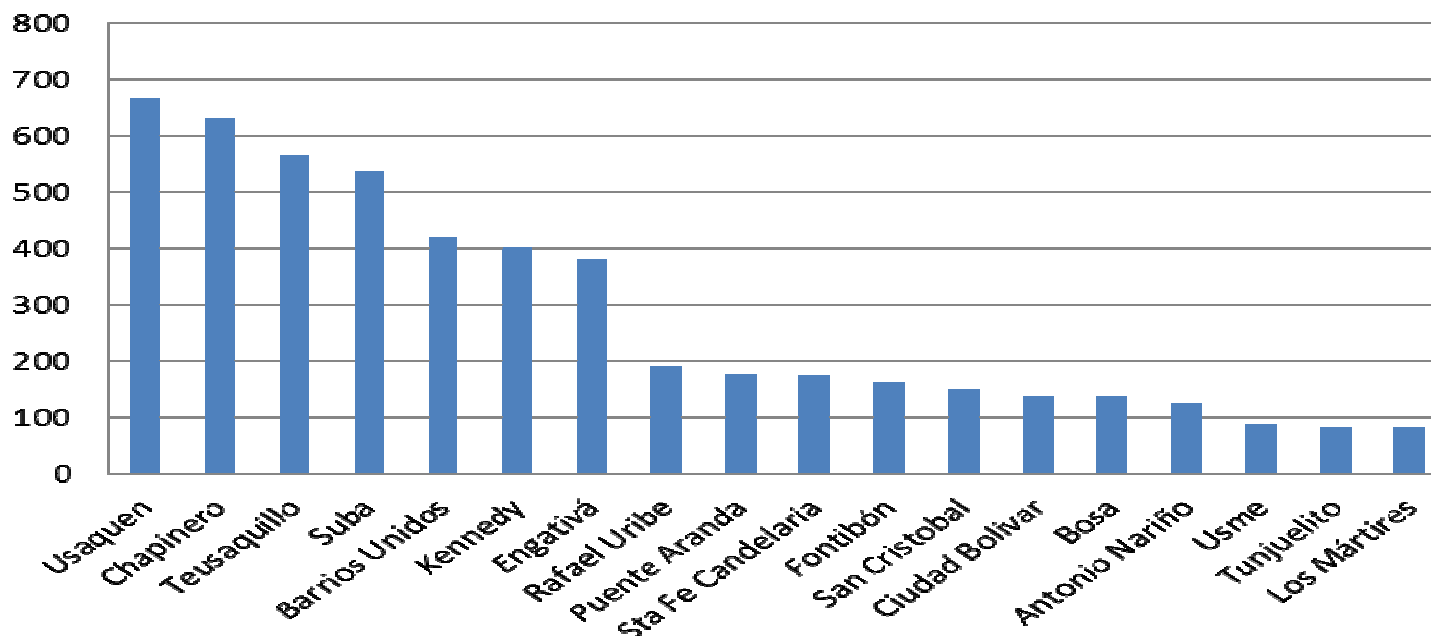


Primer análisis

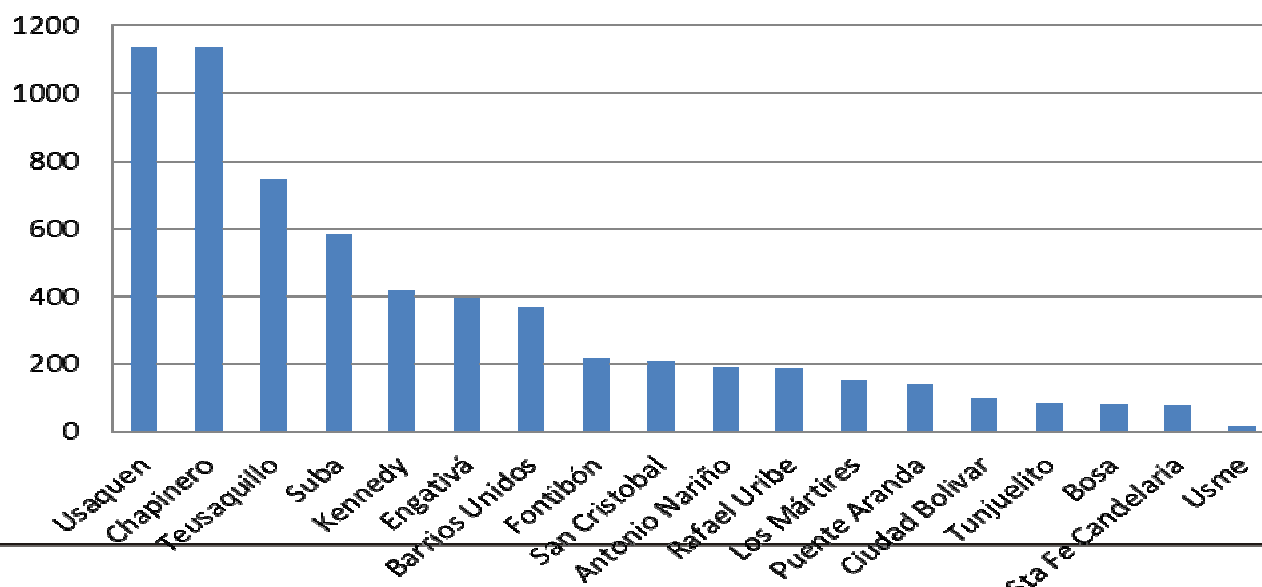
- **Un primer análisis, a partir la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) a Julio de 2011 permite evidenciar las enormes diferencias en la disponibilidad de servicios de salud en la ciudad en cada una de las localidades.**
- **Para la investigación se seleccionaron únicamente las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas o privadas, que están constituidas como persona jurídica y se registran como tal.**
- **Para el análisis por localidad se unieron dos localidades, Santa Fé y Candelaria, dado que, a más de estar la segunda incluida en el territorio de la primera, separadamente cuentan cada una con muy escasa población, hecho que afectaría los resultados del análisis por localidades.**



IPS: servicios de consulta externa de baja complejidad, por localidad



IPS: servicios de consulta externa de mediana complejidad, por localidad



Denominador común

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

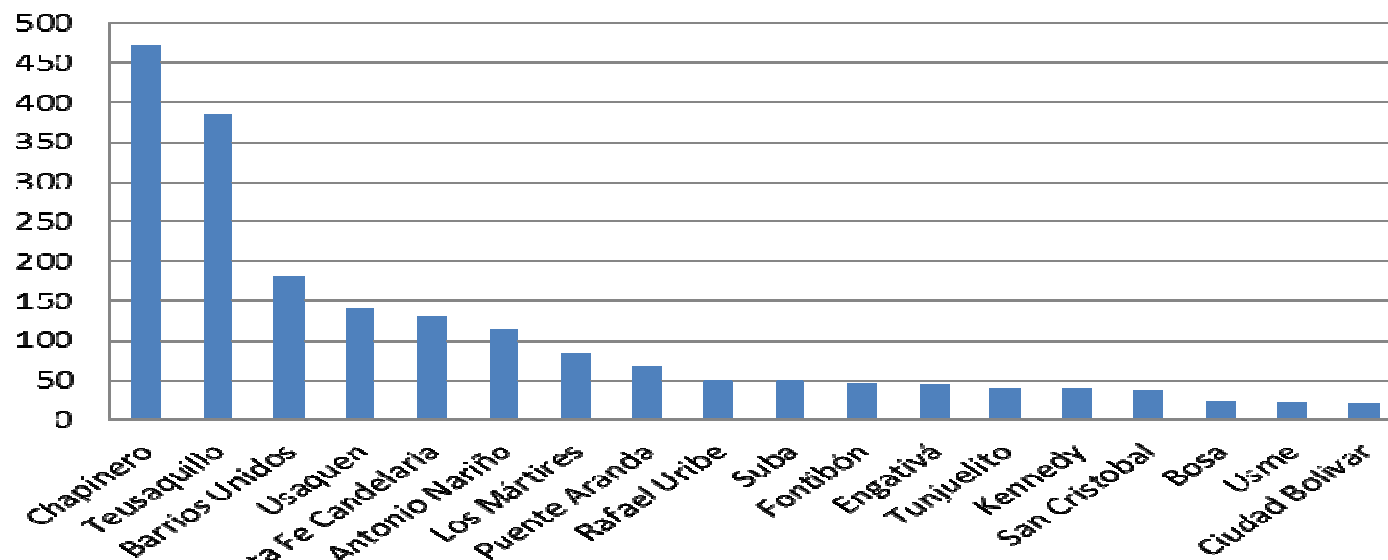


Denominador común

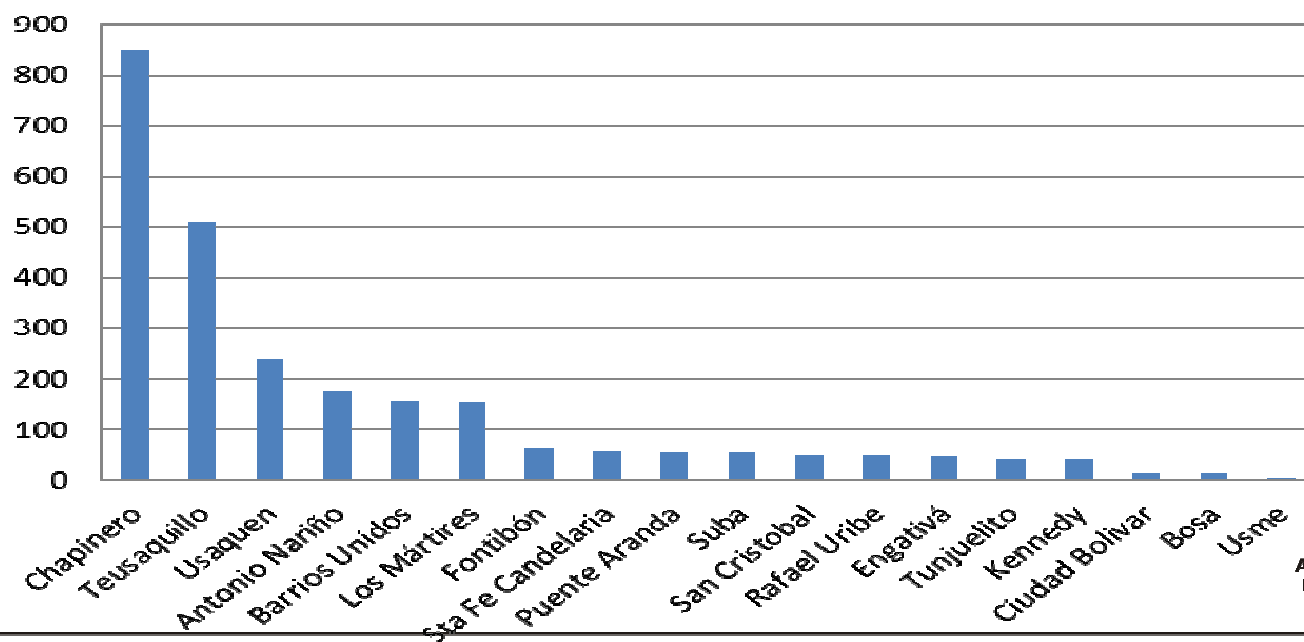
- **Las diferencias en la oferta de consulta de primer nivel de complejidad resultan más dicientes, al reducir sensiblemente la disponibilidad de servicios por cada 100.000 habitantes en las localidades muy pobladas, como Suba, Kennedy y Engativá, que en los gráficos anteriores aparecían con un buen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



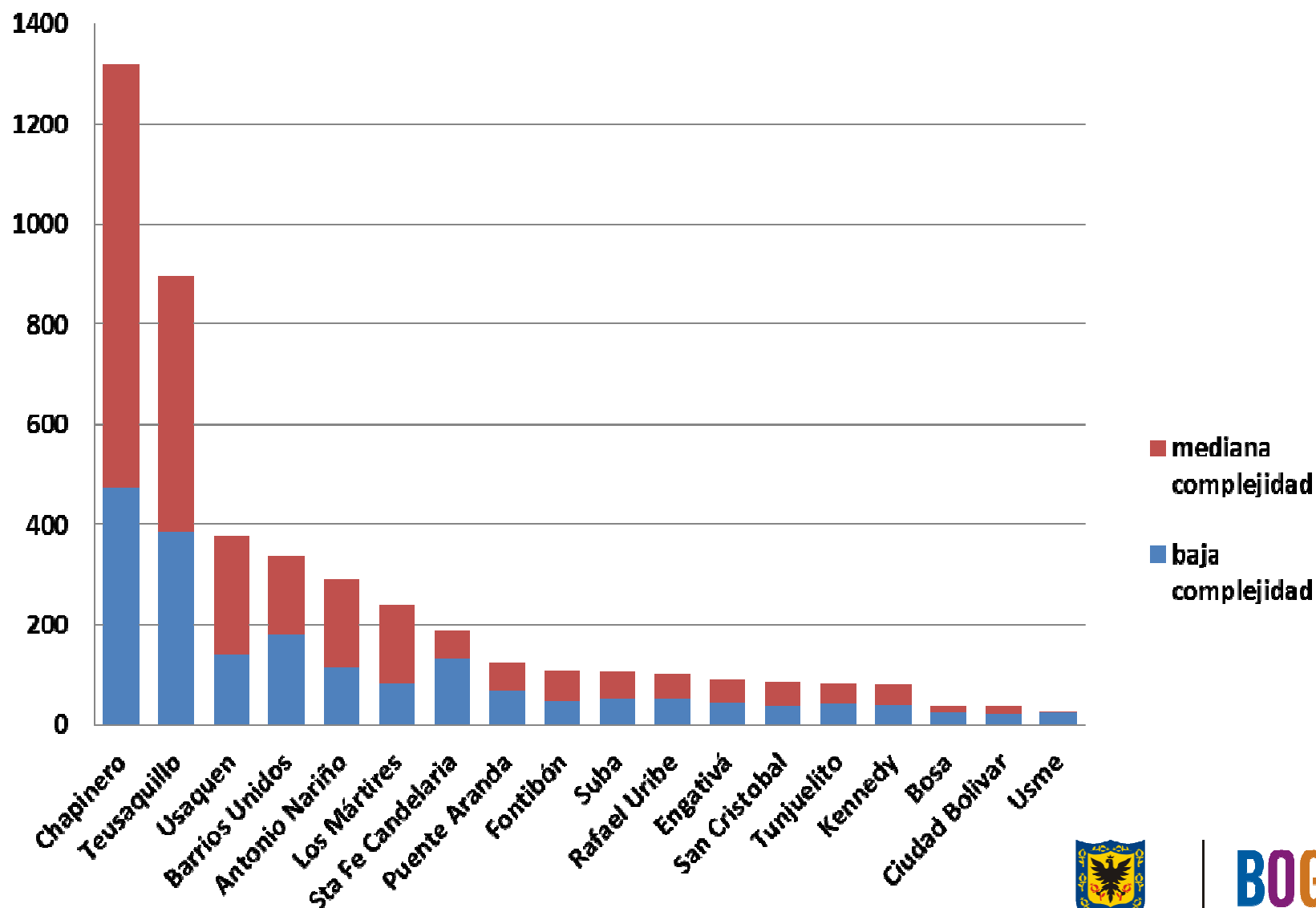
**IPS: servicios de consulta externa de baja complejidad
x 100.000 habitantes, por localidad**



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



IPS servicios consulta externa x 100.000 habitantes, según complejidad, por localidad



Análisis de la Evidencia

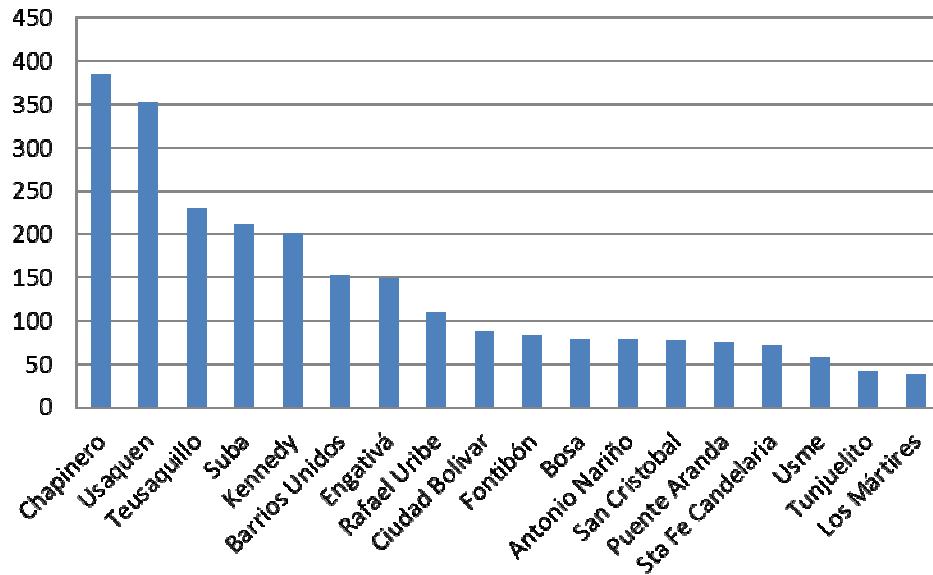
- **Los habitantes de las localidades con mayor población cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios de consulta externa general y especializada en las IPS por cada 100.000 habitantes, lo que implica en primera instancia una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios -concentrados en otras localidades que tienen un excedente de estos servicios para su población-, lo que en resumen constituye una doble barrera, geográfica y económica para el acceso a los servicios.**

Análisis de la Evidencia

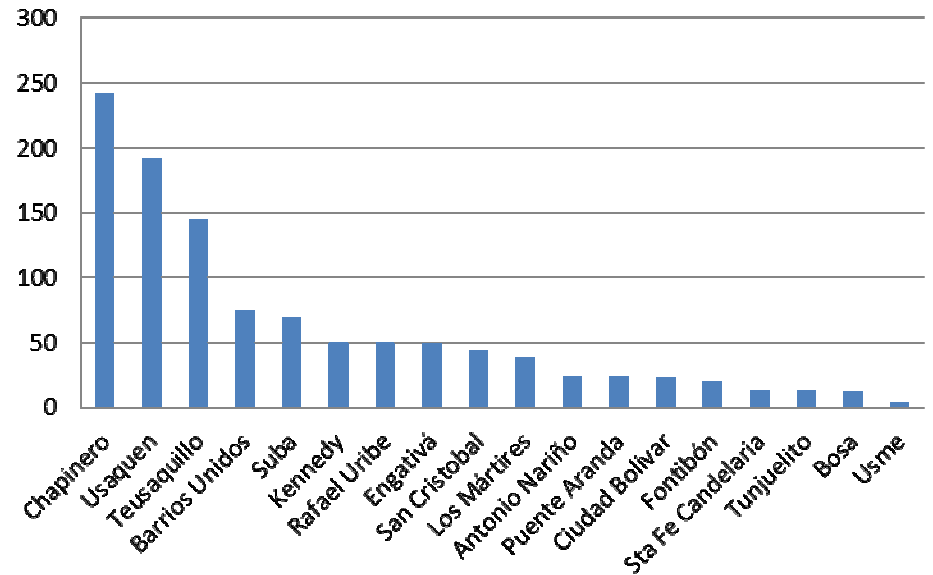
- **Cabe destacar que si bien podría justificarse en algún grado la concentración de algunos especialistas en zonas de la ciudad, el hallazgo de una gran desigualdad en disponibilidad de servicios de consulta de primer nivel de complejidad es prueba de que la igualdad establecida por la cobertura de la seguridad social de estos servicios en el Régimen Contributivo y Subsidiado, no se ha traducido en una igual oportunidad para el acceso a los servicios básicos, ni en razón de que esté disponible su pago mediante un seguro, ni en virtud de la demanda supuestamente generada por el sistema prepagado de aseguramiento.**



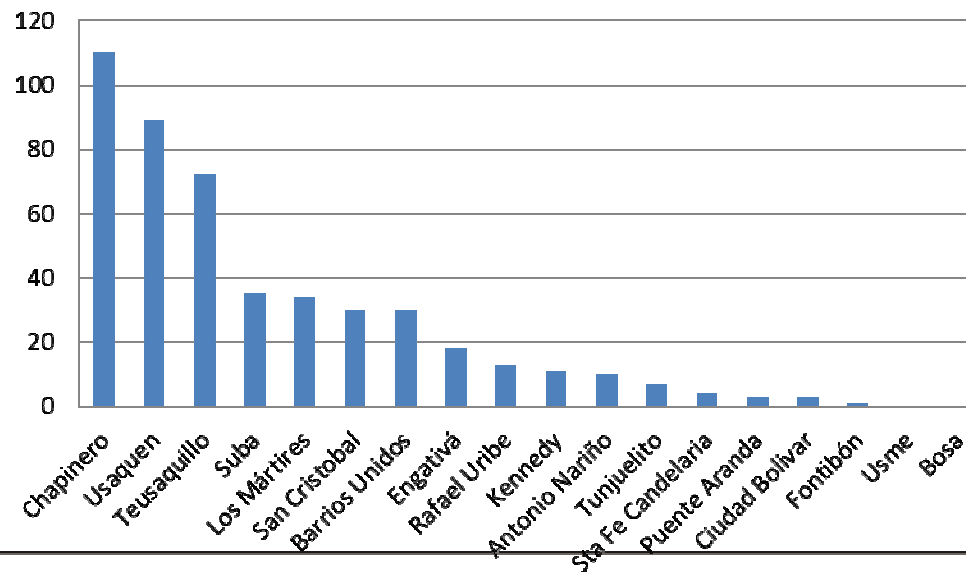
IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad, por localidad



IPS: servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de mediana complejidad, por localidad



IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad, por localidad

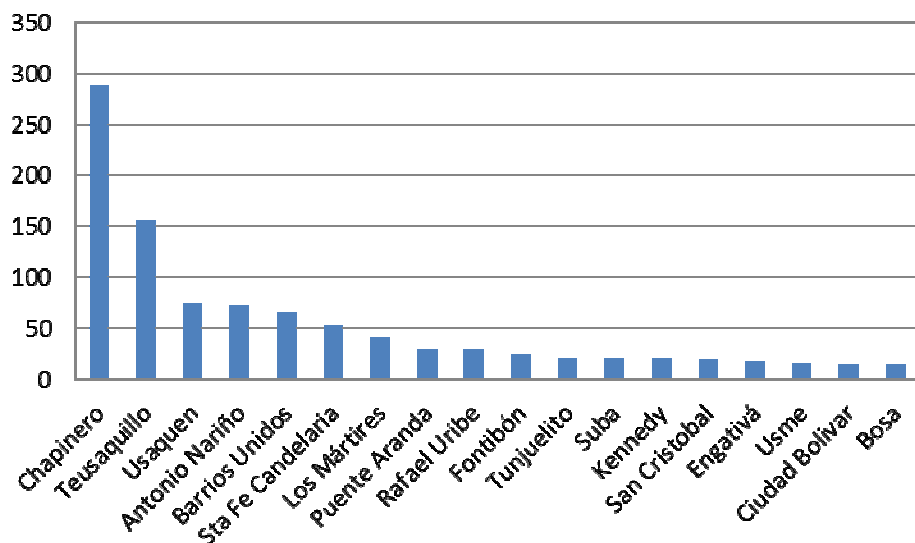


Denominador común

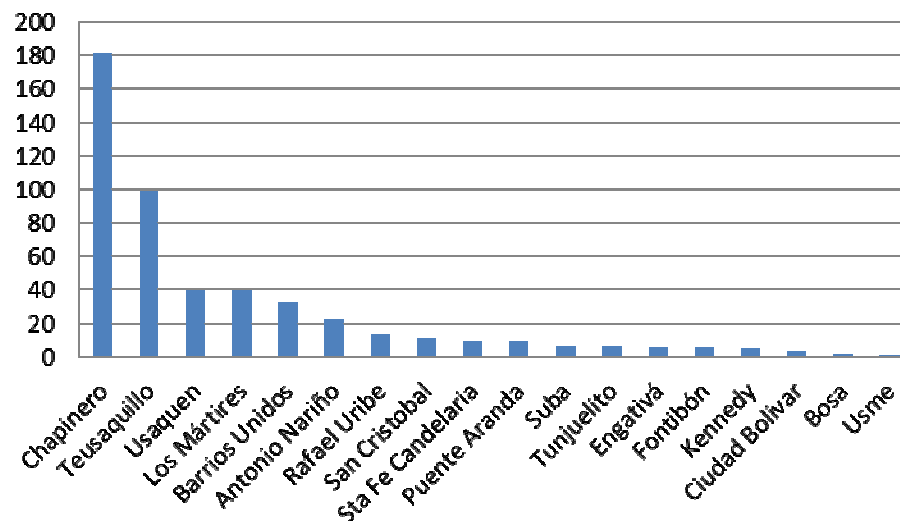
- **Nuevamente se señala, la condición de desigualdad en la oferta de servicios entre localidades en el número diferencial de servicios para un denominador común de habitantes, en este caso se analizan los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica habilitados y disponibles por cada 100.000 habitantes para cada una de las localidades.**
- **En el primer nivel de complejidad, que debería mostrar la mayor igualdad de oferta de estos servicios, nuevamente se encuentra una enorme deficiencia en las localidades de mayor población del sur y occidente de la ciudad.**



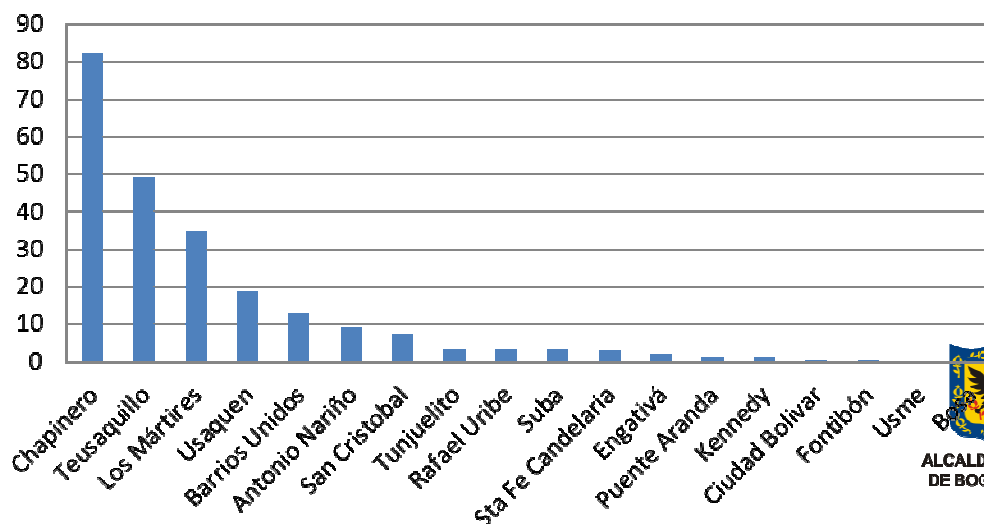
**IPS: servicios apoyo diagnostico y complementación
terapéutica de baja complejidad X 100.000 habitantes,
en cada localidad**



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



**IPS: servicios apoyo diagnostico y complementación
terapéutica de alta complejidad x 100.000 habitantes,
en cada localidad**

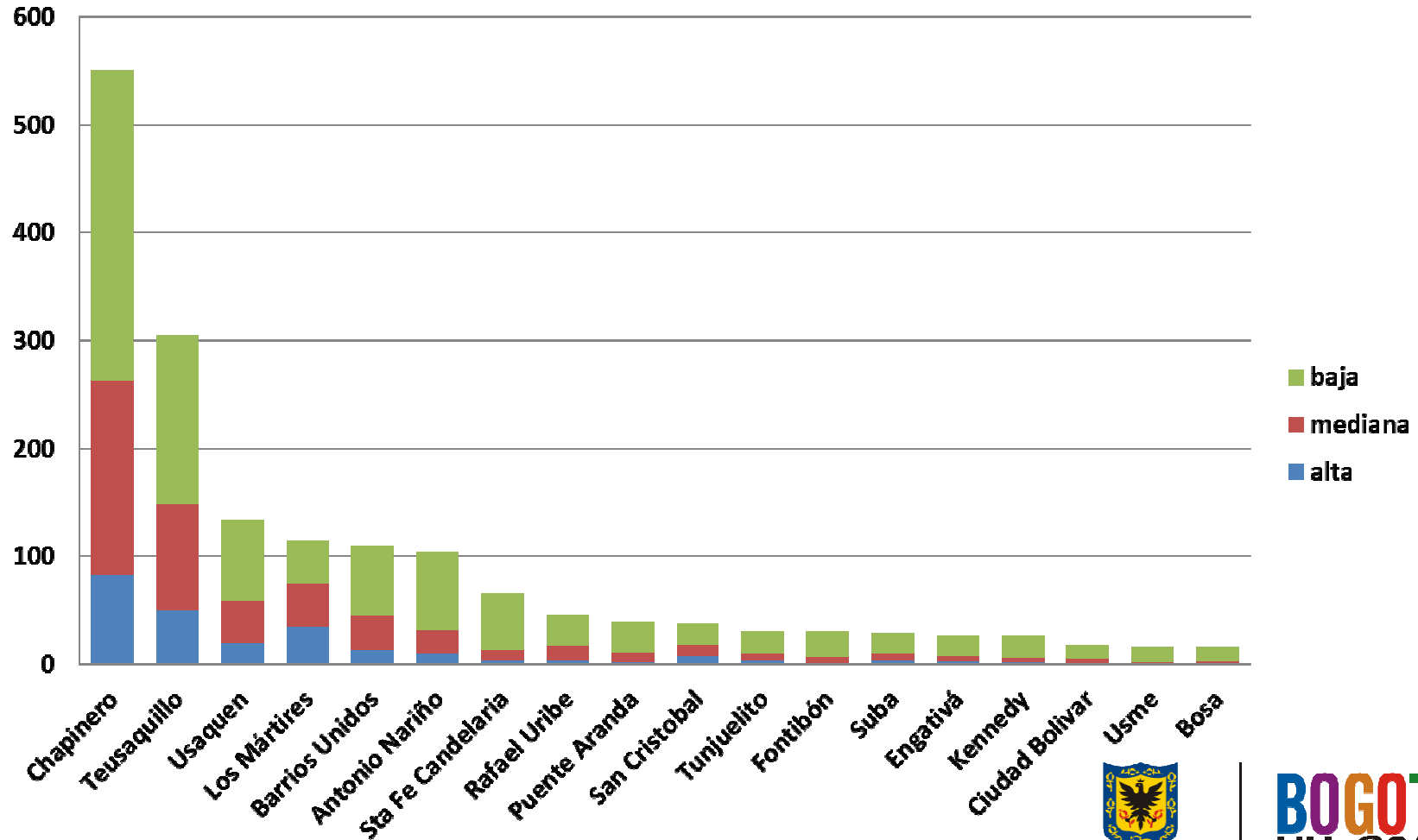


Disponibilidades cercanas a “0”

- **Esta desigualdad en la oferta por parte de las IPS se amplía en los servicios de apoyo diagnóstico de mediana complejidad, donde se observan prácticamente disponibilidades cercanas a cero x 100.000 habitantes en las localidades más pobladas del occidente y sur de la ciudad.**
- **Sumados los tres niveles de complejidad, baja, alta y media, la diferencia en disponibilidad de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica se torna abrumadora en contra de las localidades más pobladas y más pobres y a favor de las menos pobladas y más ricas, (análisis con variables de posición social).**



IPS: servicios apoyo diagnostico y complementación terapéutica según complejidad X 100.000 habitantes, en cada localidad



Análisis de la Evidencia

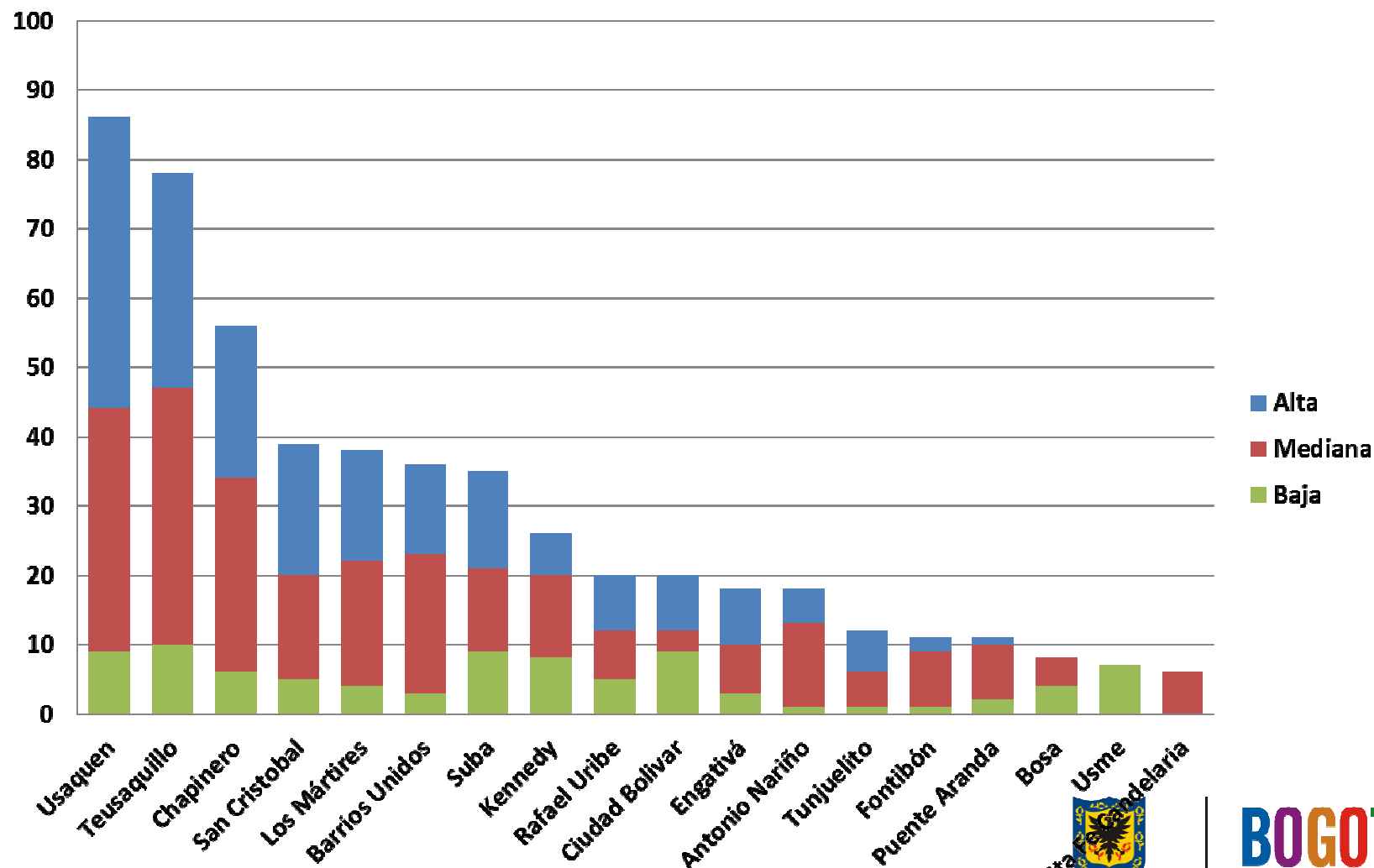
- **Los habitantes de las localidades con mayor población cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica en las IPS por cada 100.000 habitantes, lo que implica nuevamente, una necesidad adicional de desplazamiento para obtener los servicios -concentrados en otras localidades-, lo que refuerza la doble barrera, geográfica y económica para el acceso a los servicios.**
- **Si bien podría justificarse en algún grado la concentración de algunos servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad en algunas zonas de la ciudad, el hallazgo de una gran desigualdad en disponibilidad de servicios de baja complejidad es prueba igualmente de que la igualdad establecida por la cobertura de la seguridad social de estos servicios en el Régimen Contributivo y Subsidiado, no se ha traducido en una igual oportunidad para el acceso a los servicios.**

Servicios de Hospitalización

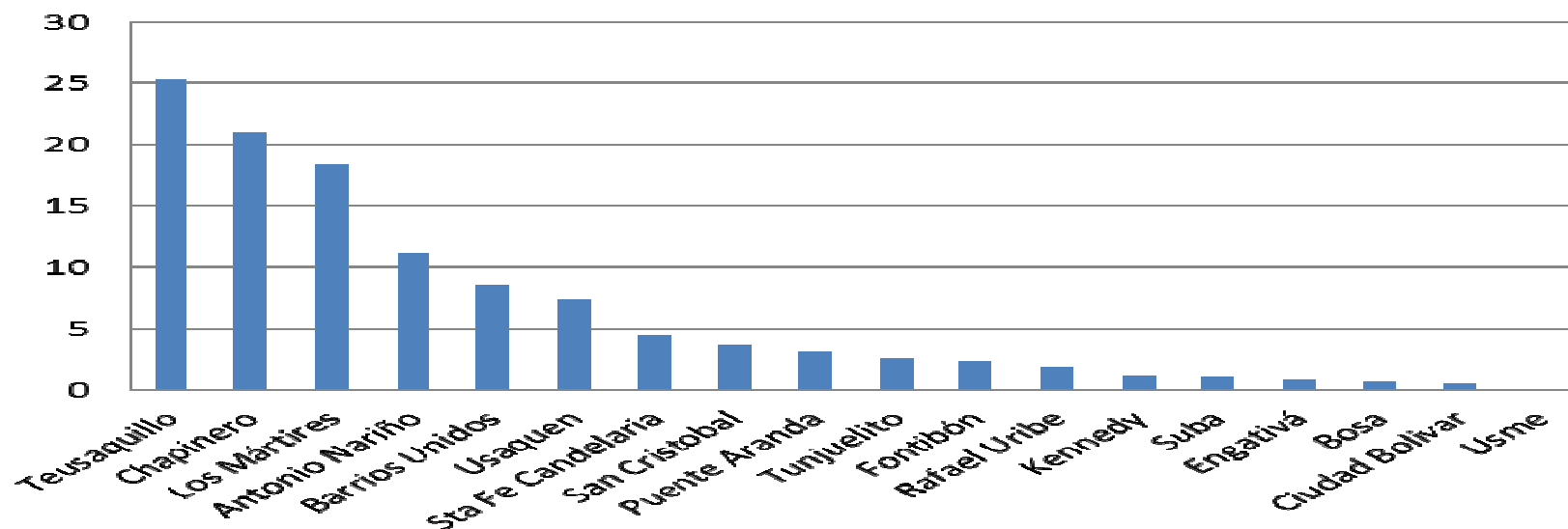
- **La distribución por localidad de servicios hospitalarios habilitados por las IPS muestra un patrón similar a la de los servicios de consulta externa y apoyo diagnóstico, incluso con diferencias menos acentuadas en la distribución por localidad, lo que significaría que la oferta de servicios hospitalarios tiene un patrón de comportamiento diferente, pues no se abren en conjunto tantos servicios de este tipo en las localidades con población de estratos más altos.**
- **Podría plantearse la hipótesis inicial de que la oferta no es tan elástica como la de los servicios previamente analizados, en función de los altos costos de inversión requeridos.**
- **Sin embargo, al observar la disponibilidad de estos servicios x 100.000 habitantes en las distintas localidades, se encuentran nuevamente grandes desigualdades en mediana y alta complejidad. No se analiza la baja complejidad hospitalaria, pues no es propia de las ciudades sino de poblaciones marginadas, que tan sólo cuentan con médico general.**



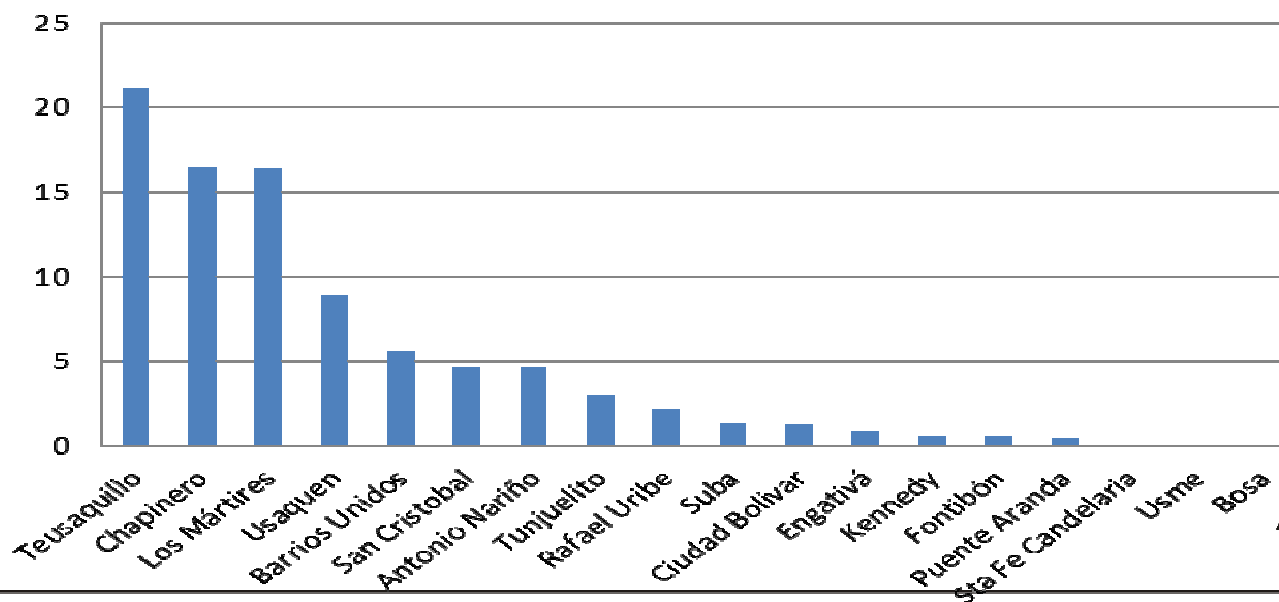
Servicios hospitalarios habilitados, según nivel de complejidad, por localidad



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



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



Disponibilidades cercanas a “0”

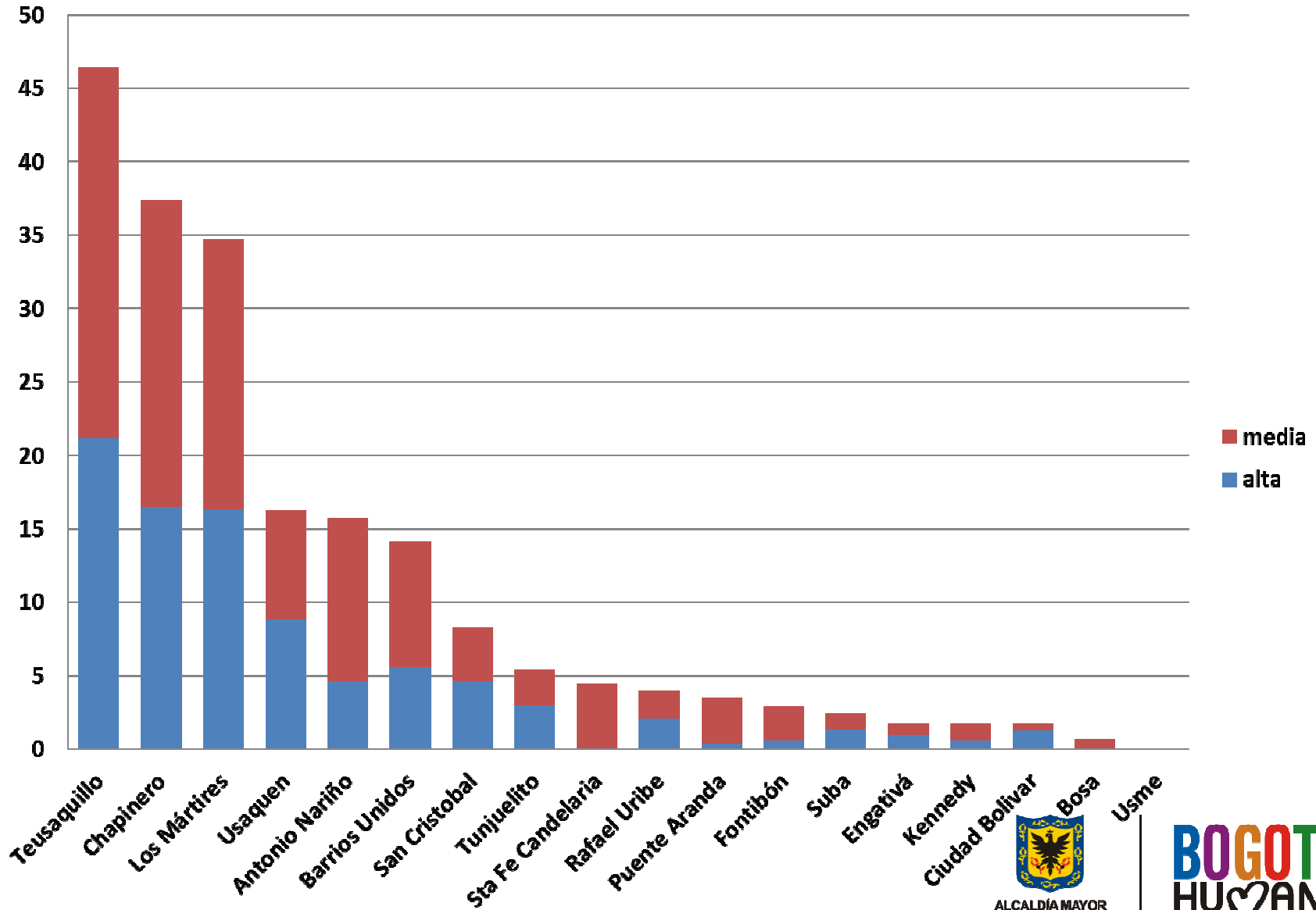
- **La norma internacional señala que el hospital básico, capaz de atender una urgencia médica o quirúrgica, como un apéndice, una cesárea, una fractura, un herida o trauma cerrado sangrante, o una neumonía infantil, que en nuestro país denominamos de segundo nivel o de mediana complejidad, debe estar a menos de una hora de camino, para garantizar la conservación de la vida.**
- **La disponibilidad cercana a cero por cien mil habitantes de estos servicios en las localidades muy pobladas del occidente y sur de la ciudad, e incluso en Suba, sumada a los graves problemas de movilidad, señala que la vida de millones de habitantes de Bogotá está en juego por la falta de oferta de servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios de mediana complejidad para estas localidades (a menos que los muy escasos servicios disponibles fueran de gran tamaño y capacidad para solventar el déficit en conjunto del número de servicios hospitalarios en las localidades señaladas)**



ALCALDÍA MAYOR
BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

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



Desagregación por ciclo vital

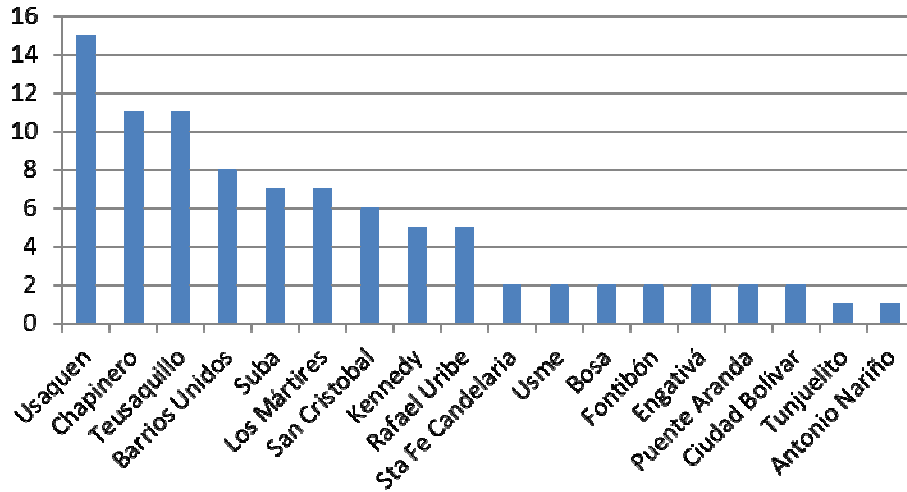
- **En este momento, es necesario comenzar a desagregar la oferta y disponibilidad por localidad de los servicios hospitalarios por atención a grandes grupos según ciclo vital, en principio cuatro: los adultos, los niños y las mujeres gestantes con sus neonatos.**
- **Los servicios hospitalarios para adultos repiten el patrón de distribución por localidad de los servicios hospitalarios en conjunto, concentrados en las localidades del Norte con población de mayores recursos, fenómeno que se acentúa cuando aumenta el nivel de complejidad a segundo y tercero, es decir cuidados intermedios y cuidados intensivos, servicios que empiezan a desaparecer prácticamente en las localidades más pobres del sur de la ciudad.**



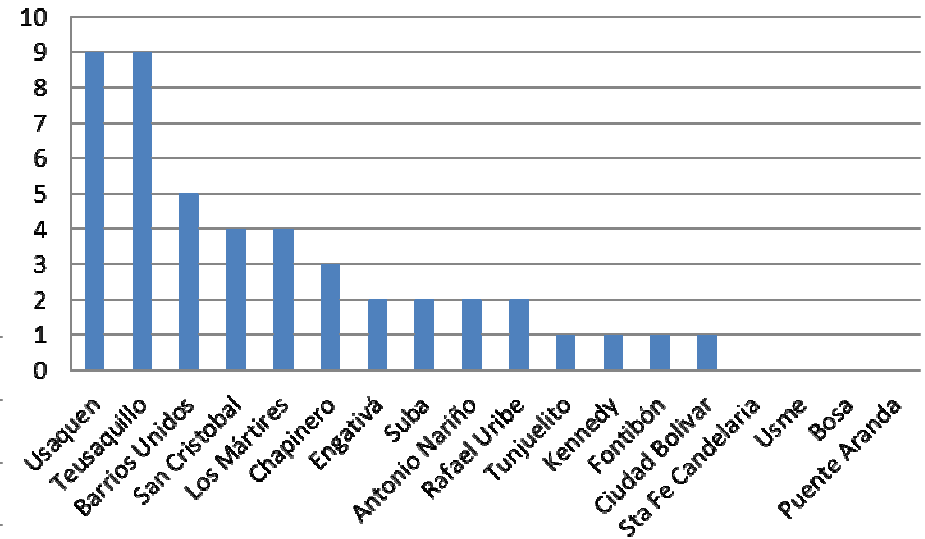
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

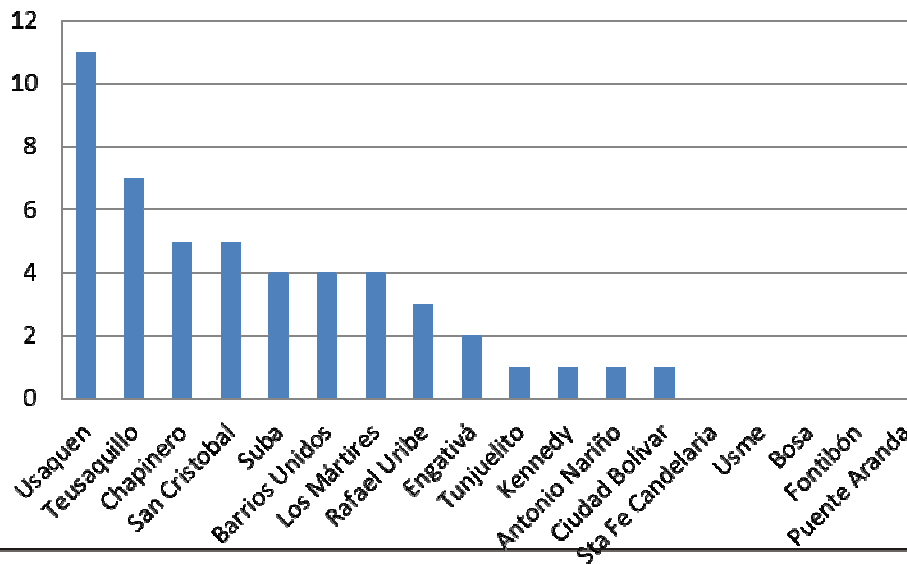
Servicios Hospitalización general adultos, por localidad



Servicios cuidado intermedio adultos, por localidad



Servicios de cuidado intensivo adultos, por localidad



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.



Denominador común

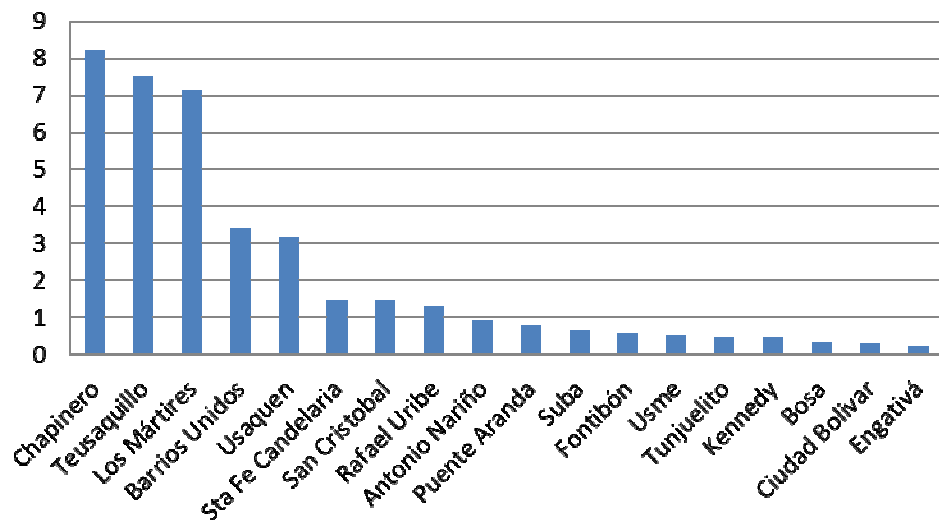
- **La condición de desigualdad en la oferta de servicios entre localidades a partir de los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica habilitados y disponibles por cada 100.000 habitantes para cada una de las localidades.**
- **Dos localidades se agregan en este caso a las de mayor oferta, Los Mártires y Barrios Unidos, en función probablemente de oferta institucional de las antiguas instituciones de la seguridad social, ISS y distintas Cajas, pero una vez más las localidades con gran número de habitantes del occidente y sur de la ciudad e incluso Suba, muestran un déficit importante de oferta y una enorme desigualdad en cuanto a la disponibilidad de servicios hospitalarios para adultos.**
- **En este caso, el nivel de mediana complejidad, con disponibilidad de cuidado intermedio, especialmente importante para adultos mayores, debería mostrar la mayor igualdad de oferta de estos servicios, pero nuevamente se encuentra una enorme deficiencia en las localidades de mayor población del sur y occidente de la ciudad.**



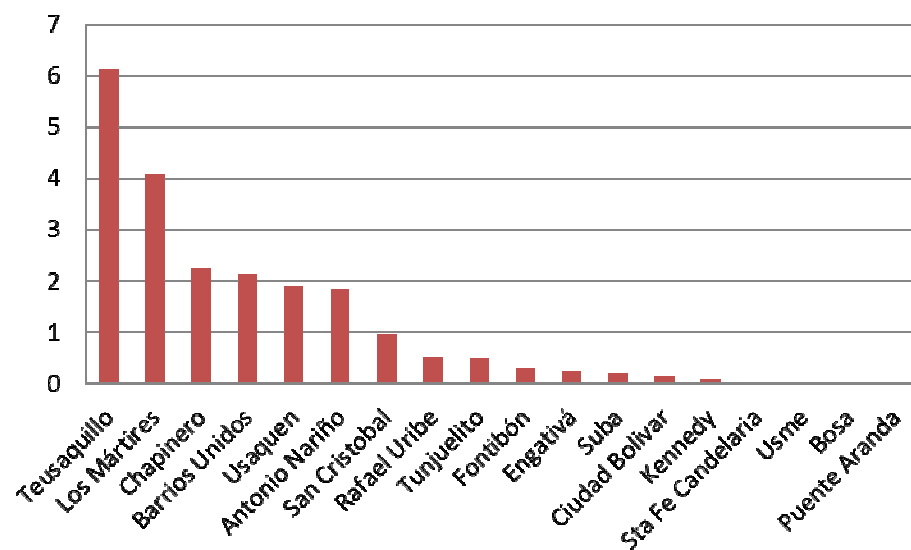
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ

BOGOTÁ
HUMANANA

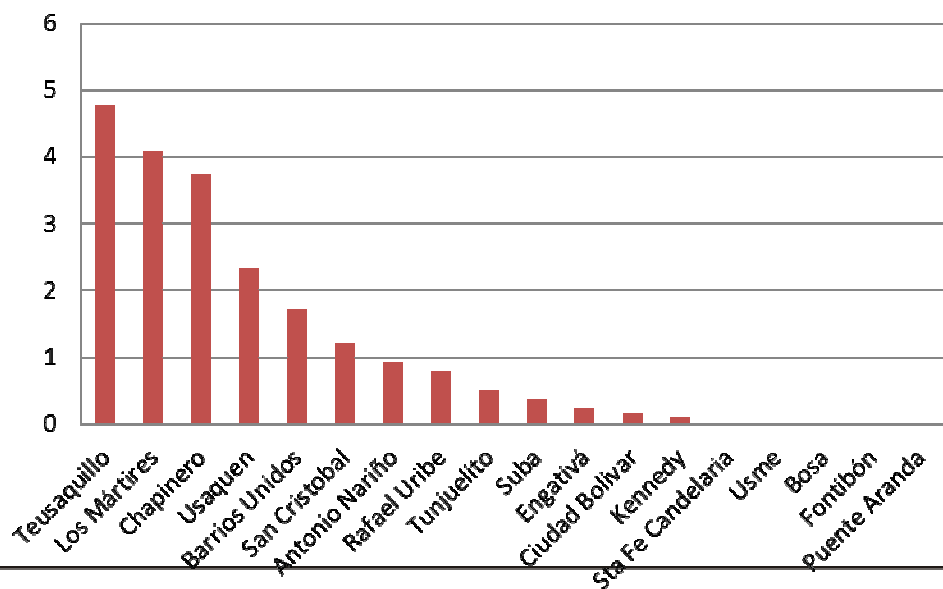
Servicios Hospitalización general adultos x 100.000 habitantes en cada localidad



Servicios cuidado intermedio adultos x 100.000 habitantes en cada localidad



Servicios de cuidado intensivo adultos x 100.000 habitantes, en cada localidad



Hospitalización pediátrica

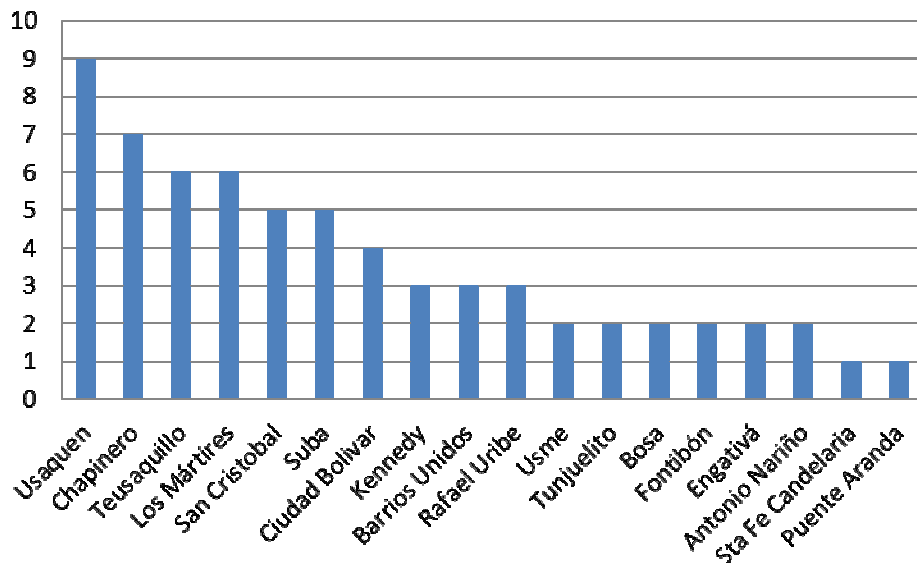
- **Respecto a los servicios de hospitalización pediátrica, escasos en conjunto en la ciudad desde hace algún tiempo, el patrón de concentración en las localidades se repite.**
- **Las diferencias en la oferta son preocupantes en cuidados intermedios y cuidados intensivos pediátricos, servicios inexistentes en la práctica en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad, justamente las localidades con mayor concentración de población de 1 a 17 años.**



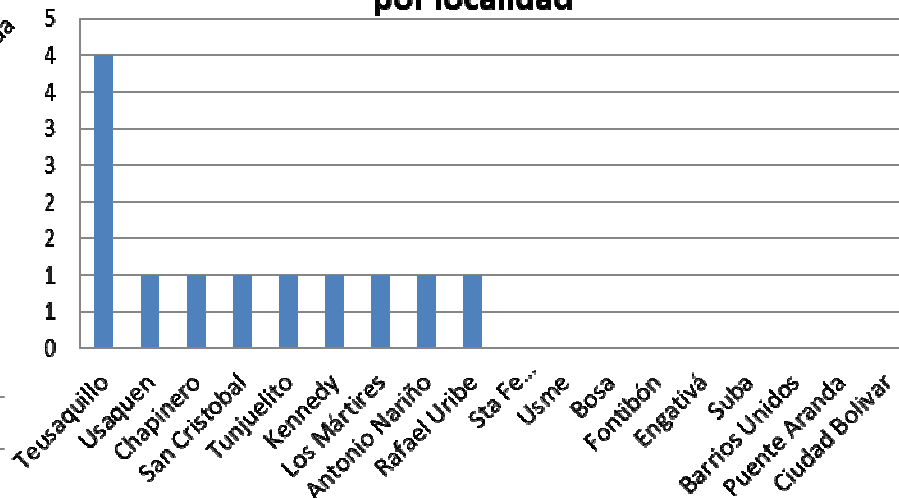
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

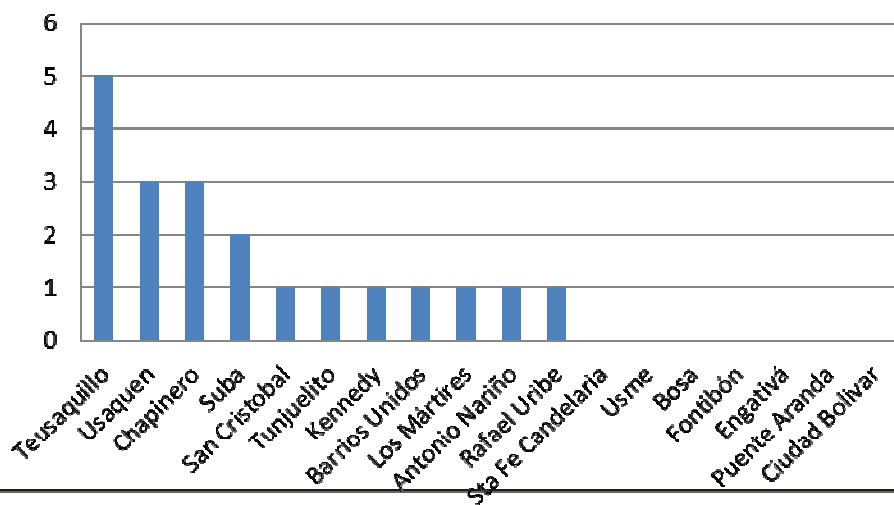
Servicios Hospitalización pediátrica, por localidad



Servicios de cuidado intermedio pediátrico, por localidad



Servicios de cuidado intensivo pediátrico, por localidad

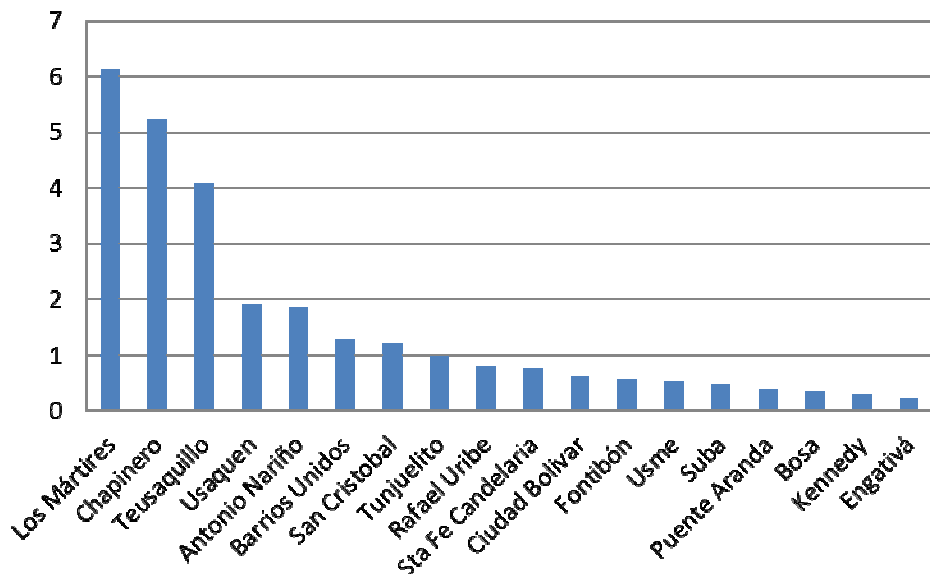


Denominador común

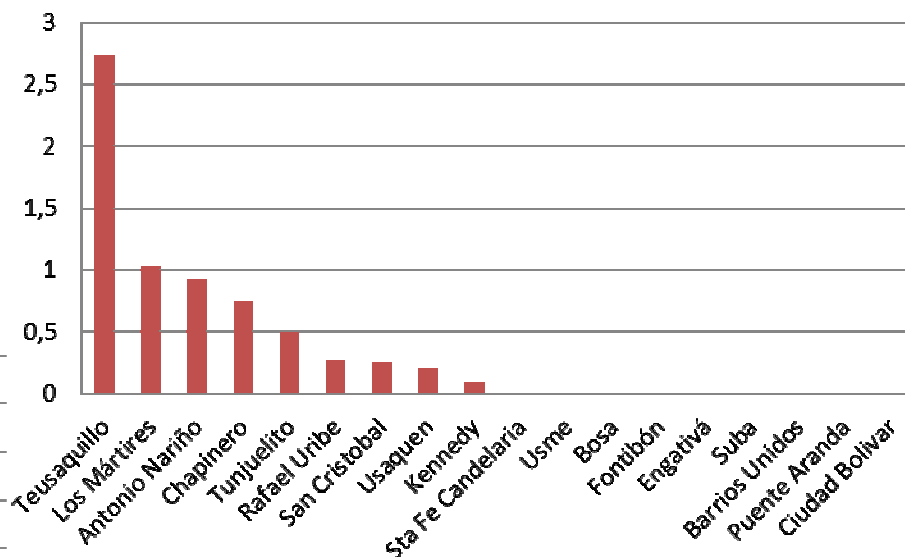
- **Expresados en disponibilidad por cien mil habitantes (entre tanto se analiza por población infantil), los servicios de hospitalización pediátrica por cien mil habitantes dejan en notoria desventaja por mínima oferta de servicios a las localidades con mayor población y esto resulta especialmente crítico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



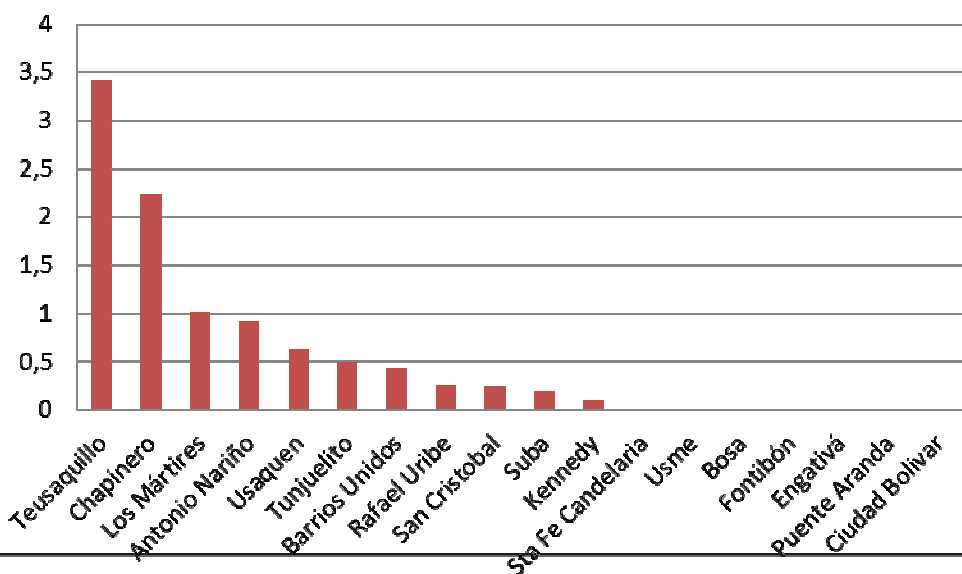
Servicios Hospitalización pediátrica X 100.000 habitantes, en cada localidad



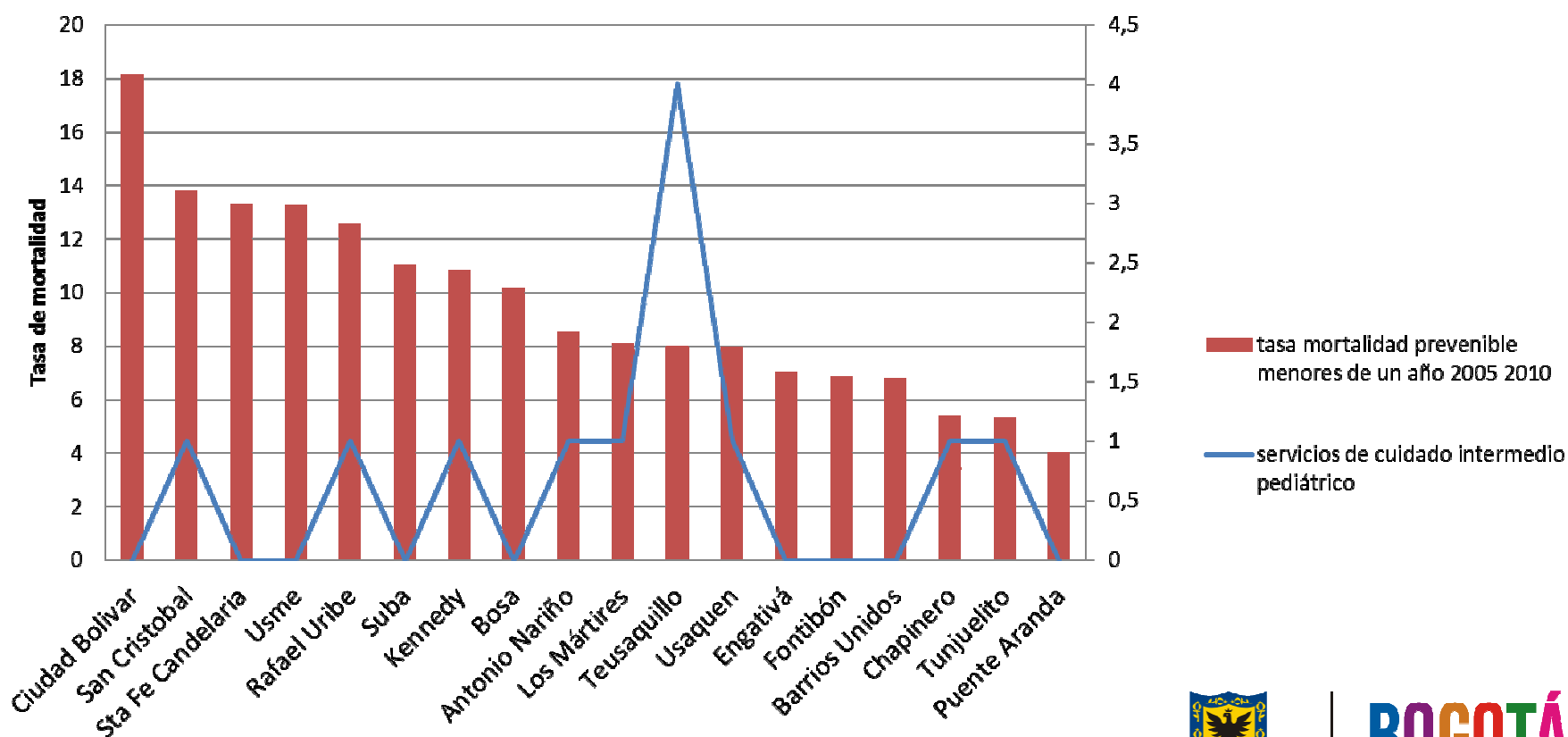
Servicios de cuidado intermedio pediátrico x 100.000 habitantes, en cada localidad



Servicios de cuidado intensivo pediátrico X 100.000 habitantes, en cada localidad



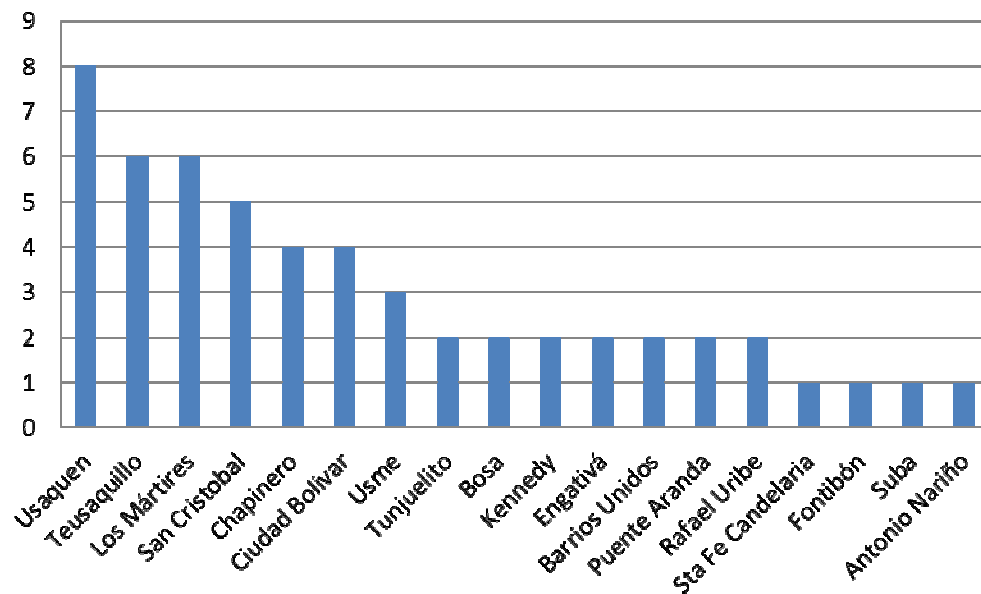
Tasa de mortalidad menores de un año por enfermedades prevenibles (EDA, IRA e inmunoprevenibles) x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, promedio 2005-2010, y servicios de cuidado intermedio pediátrico, por localidad



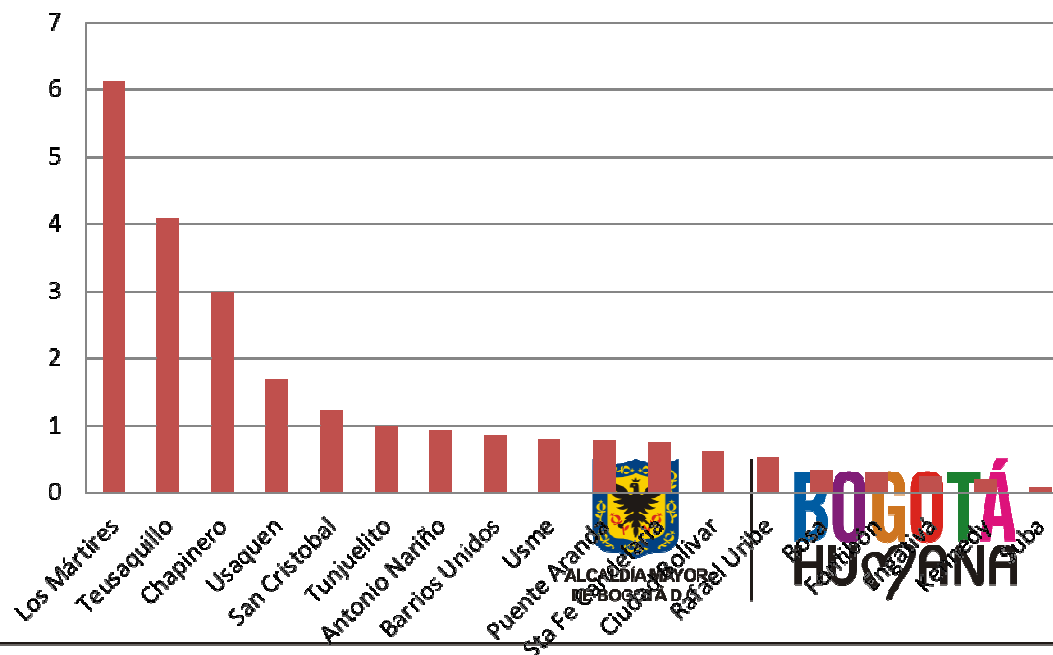
Servicios obstétricos y neonatales

- **En cuanto a los servicios obstétricos y neonatales, basta decir que estos se encuentran concentrados en las localidades donde hay menos número de mujeres embarazadas que dan a luz niños y que son deficitarios en términos generales, como en disponibilidad por cien mil habitantes, o disponibilidad en relación con los nacidos de cada localidad en las localidades más pobladas del occidente y sur de la ciudad, como se comprobará ulteriormente.**
- **El fenómeno de desigualdad entre localidades con sus consecuencias se repite en los servicios de obstetricia, tanto en términos generales como en disponibilidad por cien mil habitantes, con el agravante de una mayor natalidad en las localidades de mayor población (pendiente) y mucha menor disponibilidad de servicios.**

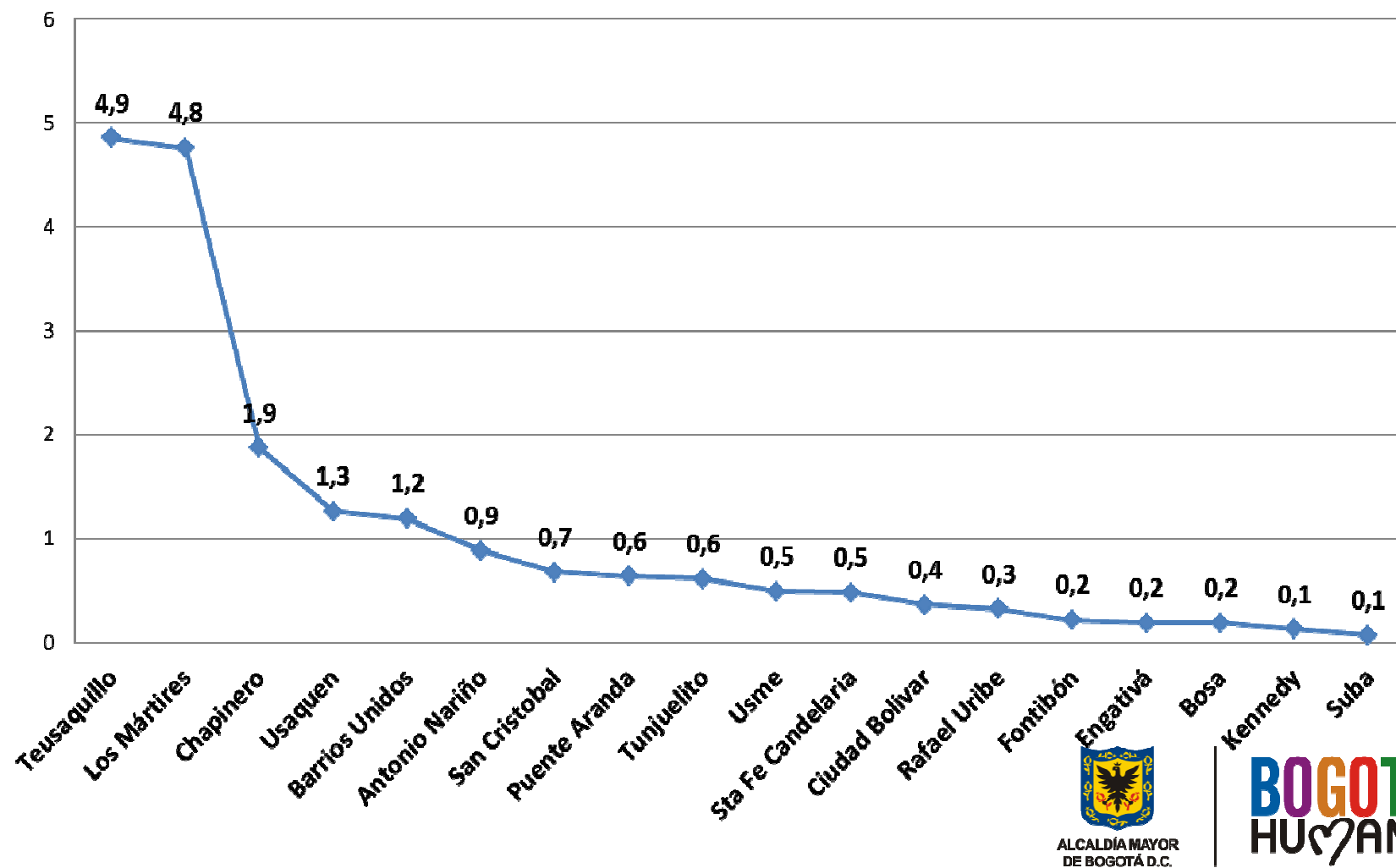
Servicios de hospitalización en Obstetricia, por localidad



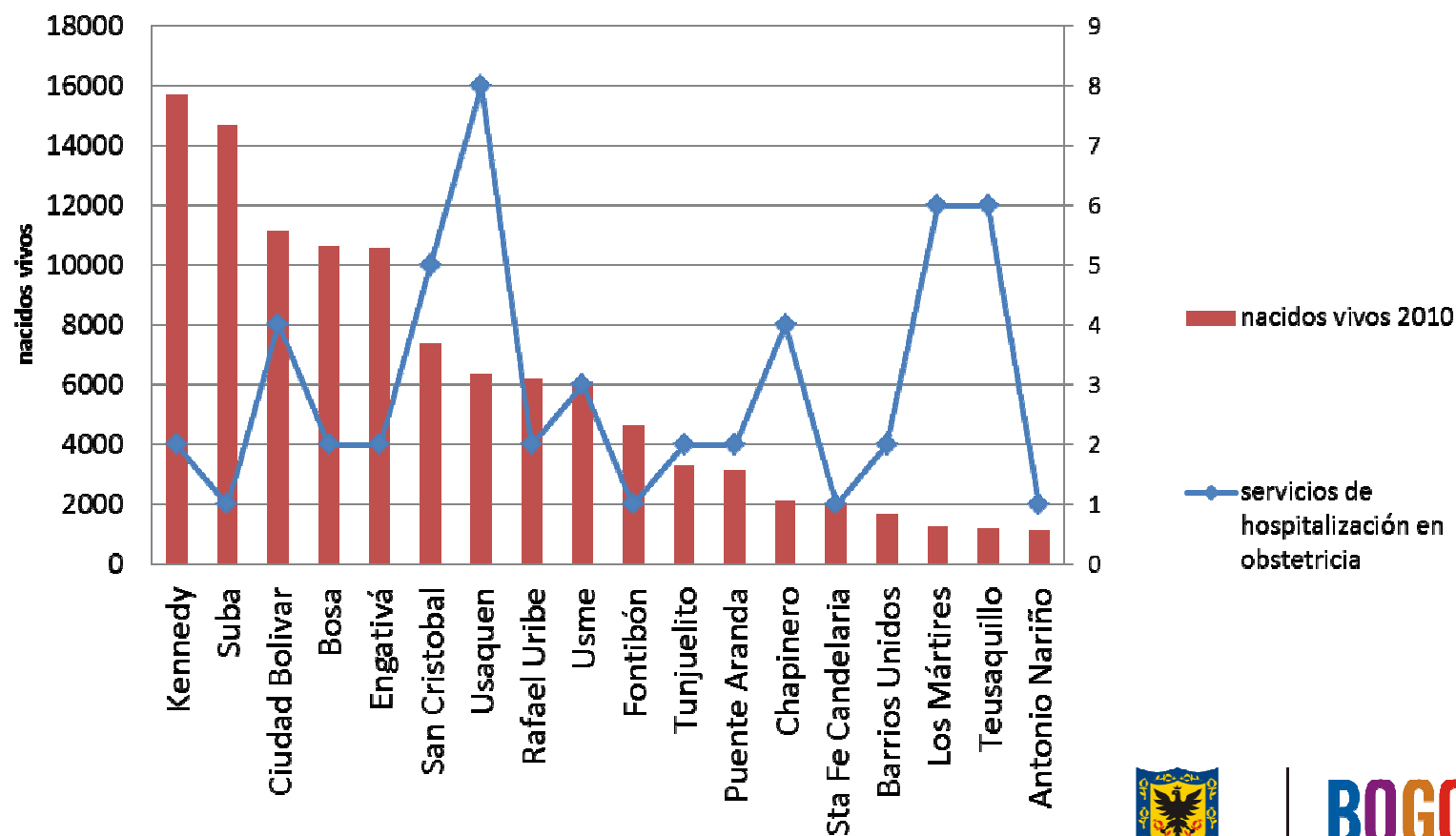
Servicios de hospitalización en Obstetricia x 100.000 habitantes, en cada localidad



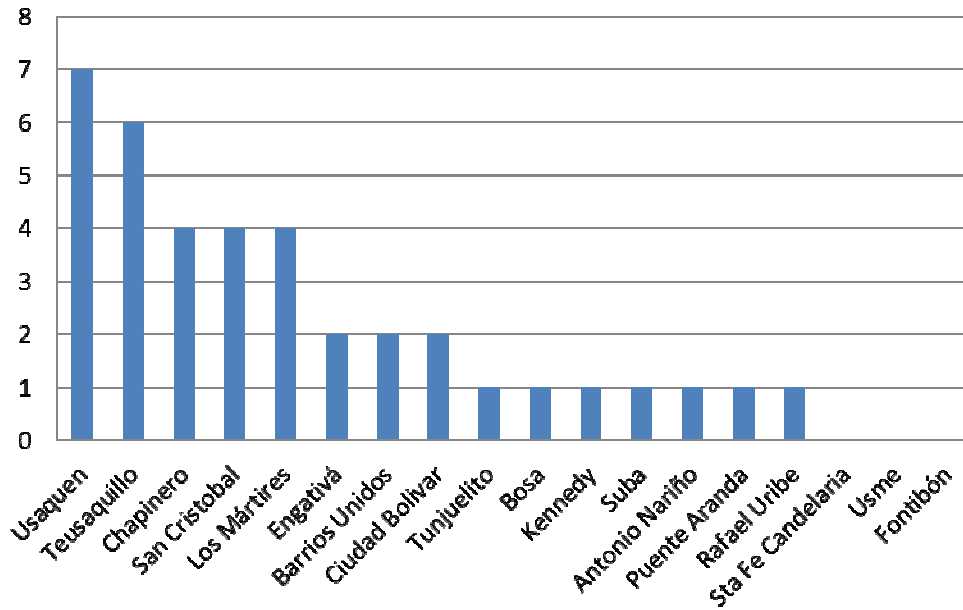
Servicios hospitalarios de obstetricia x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, en cada localidad 2010



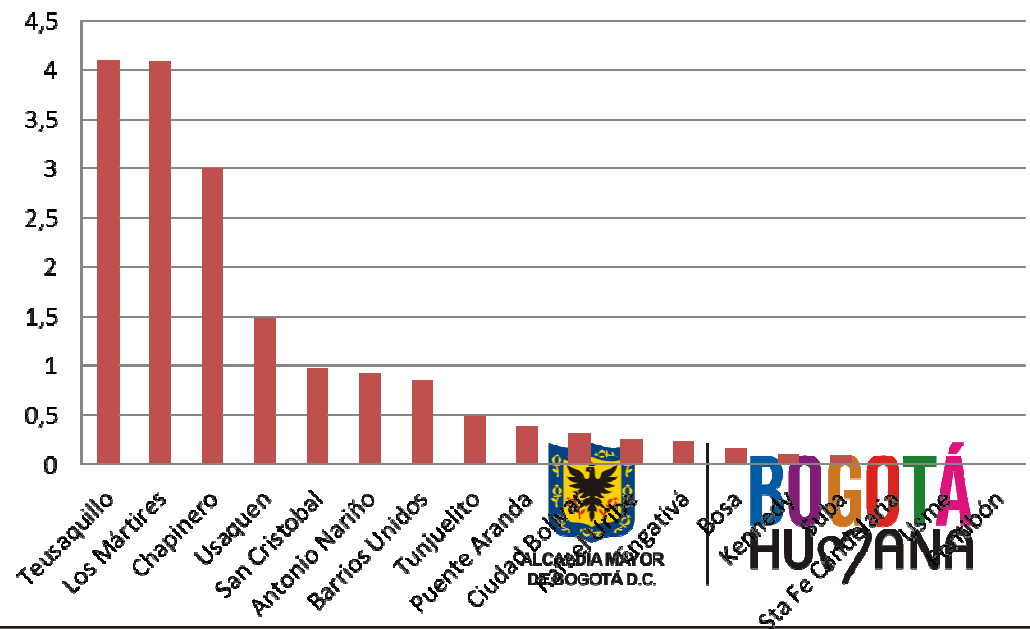
Nacidos vivos 2010, por residencia de la madre, y servicios de hospitalización en obstetricia, por localidad



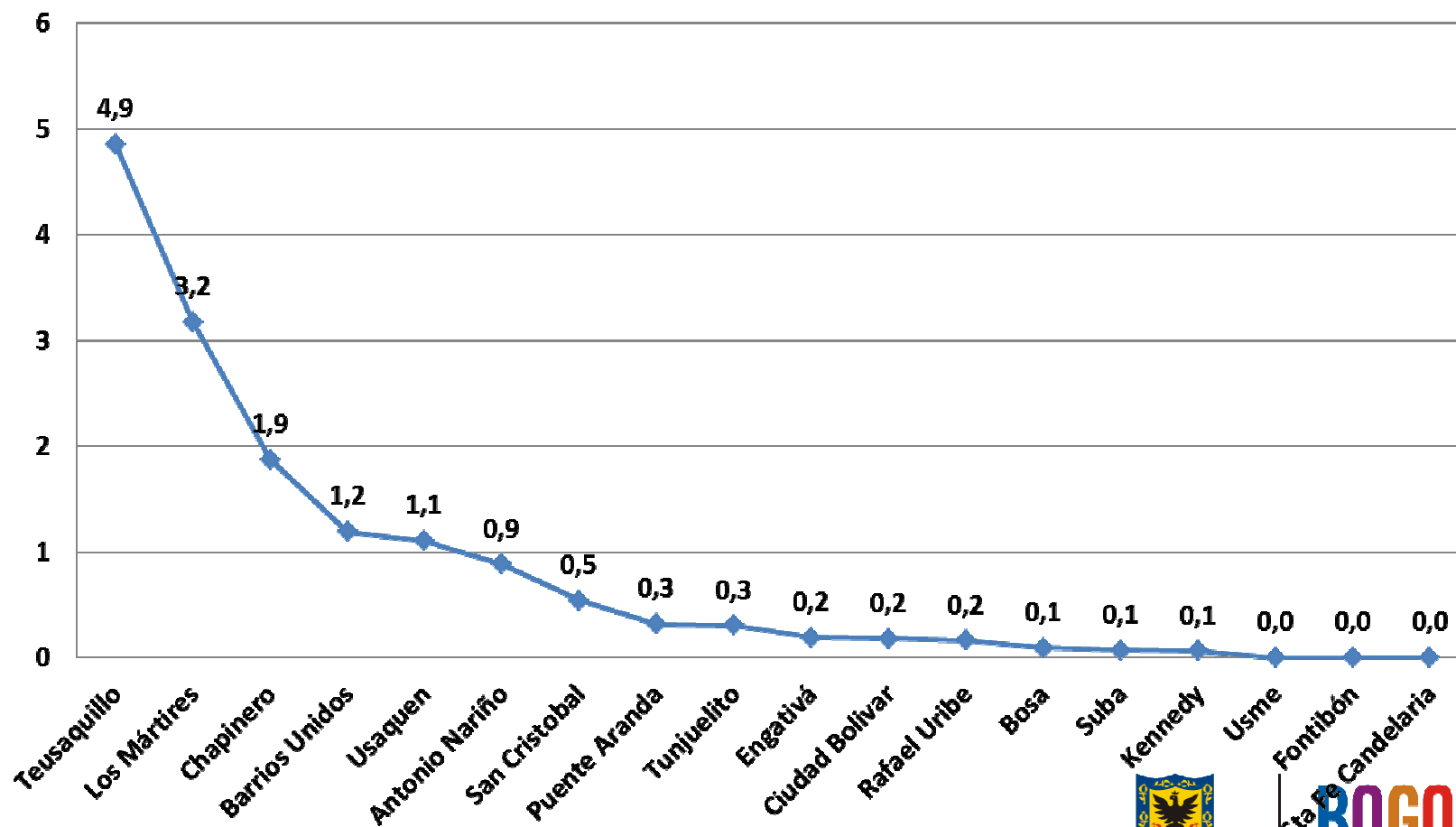
Servicios de Cuidado Intermedio neonatal, por localidad



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



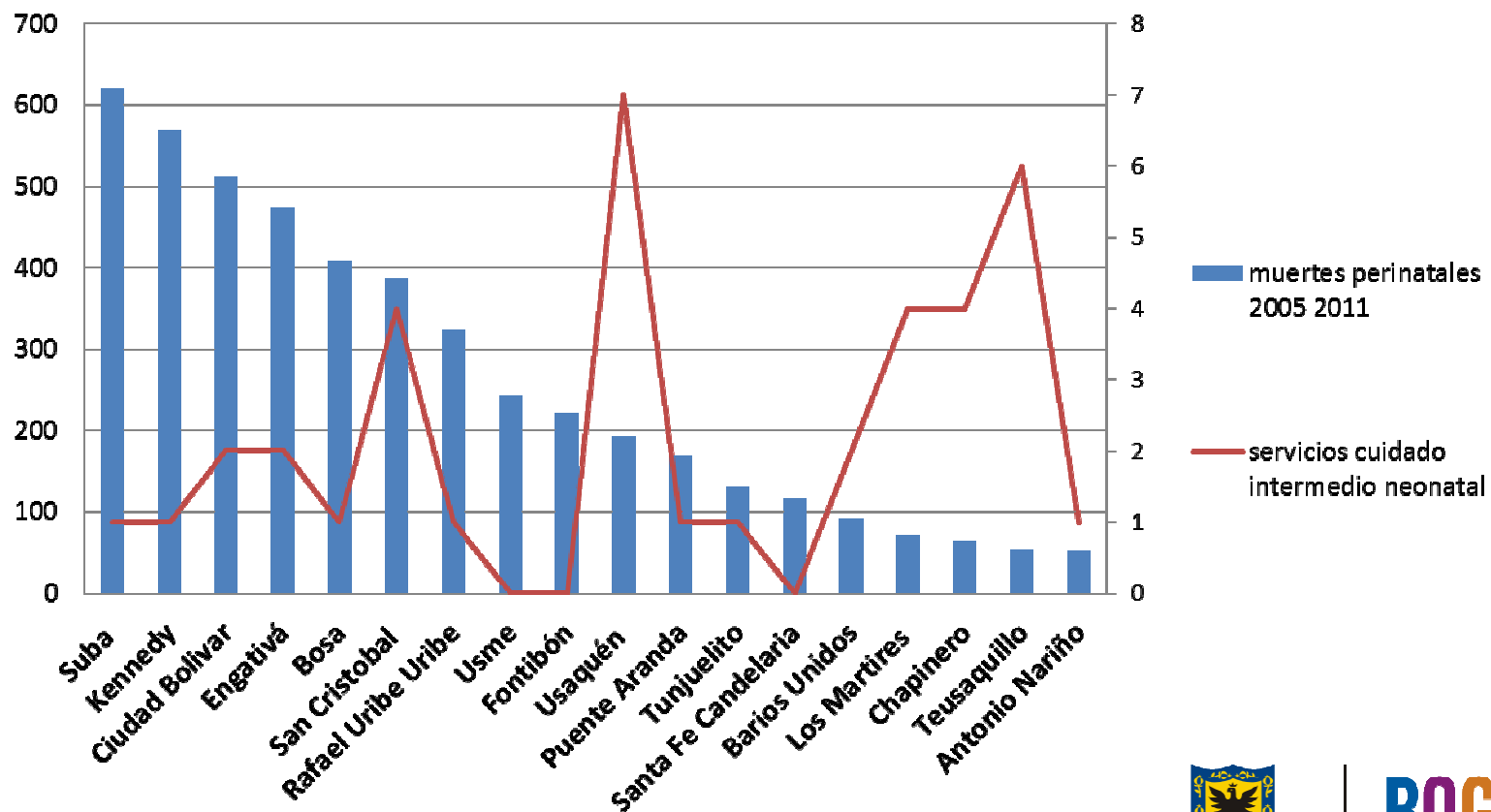
Servicios de cuidado intermedio neonatal x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, en cada localidad 2010



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



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



Análisis

- **Es necesario agregar que esta inexistencia de servicios en las grandes localidades también implica una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios y visitar a los hijos hospitalizados, lo que en resumen constituye una vez más una barrera, geográfica y económica y una diferencia en términos de derechos de estas poblaciones.**
- **En cuanto a los servicios obstétricos y neonatales, basta decir que estos se encuentran concentrados en las localidades donde hay menos número de mujeres embarazadas que dan a luz niños y que son deficitarios en términos generales, como en disponibilidad por cien mil habitantes, o disponibilidad en relación con los nacidos de cada localidad en las localidades más pobladas del occidente y sur de la ciudad, como se comprobará ulteriormente.**
- **La ausencia de servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo neonatal en algunas localidades pobres del sur plantea un problema de derechos.**



Análisis de equidad

- **Las ventajas o desventajas derivadas de la posición que ocupan las personas en esa estructura social (posición social):**
 - **condicionan el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos desde el nacimiento,**
 - **condicionan las formas de enfermar y morir (conforme a exposiciones a riesgos diferenciales) y**
 - **condicionan la posibilidad real de recibir de la sociedad y el Estado servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, conforme a los sistemas organizados de protección social.**
- **En este caso interesa el tercer ítem, la posibilidad real de recibir de la sociedad y el Estado servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, conforme a los sistemas organizados de protección social, en términos de la disponibilidad de la oferta para la población en distintas localidades del distrito.**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

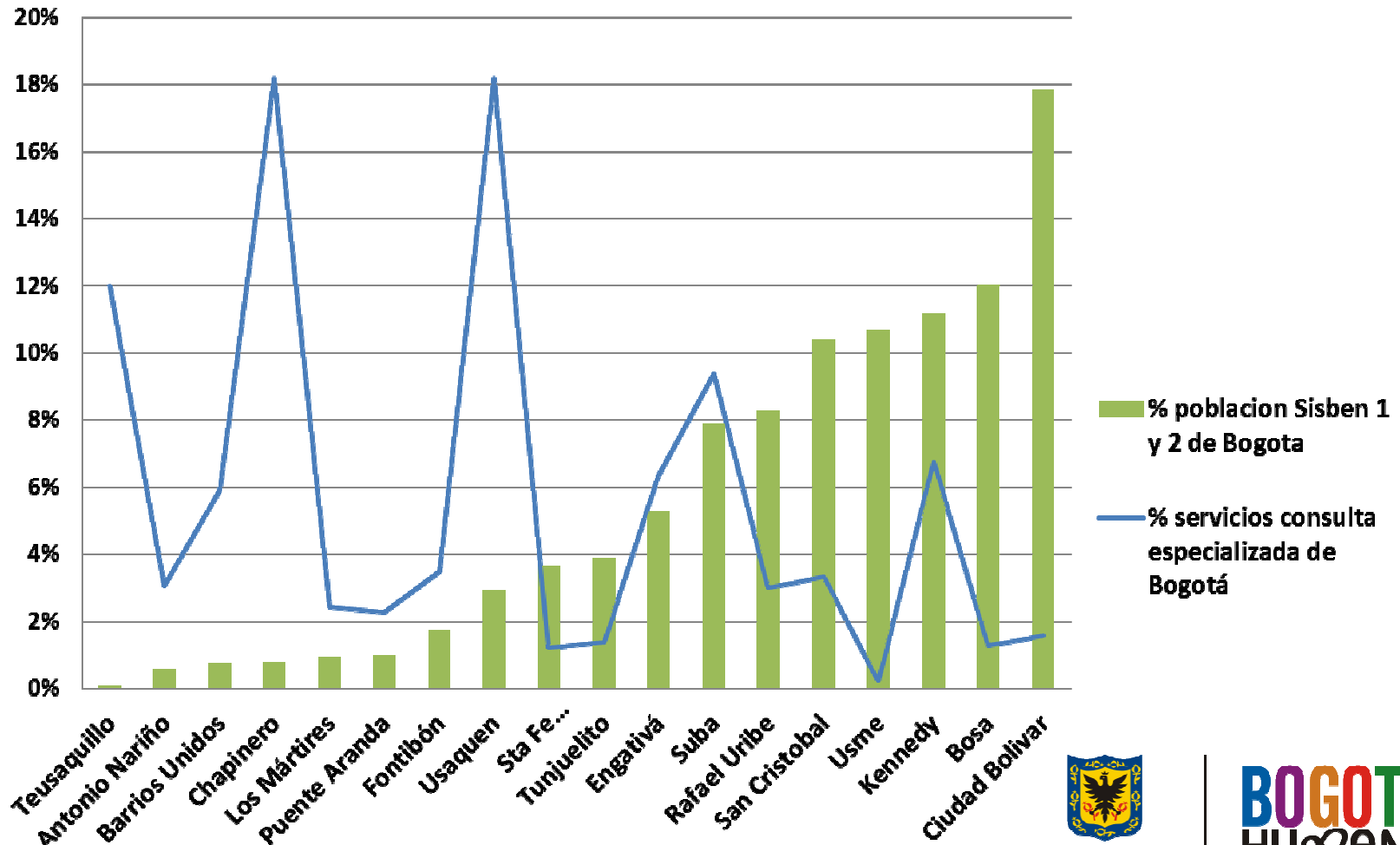
BOGOTÁ
HUMANANA

Análisis de equidad

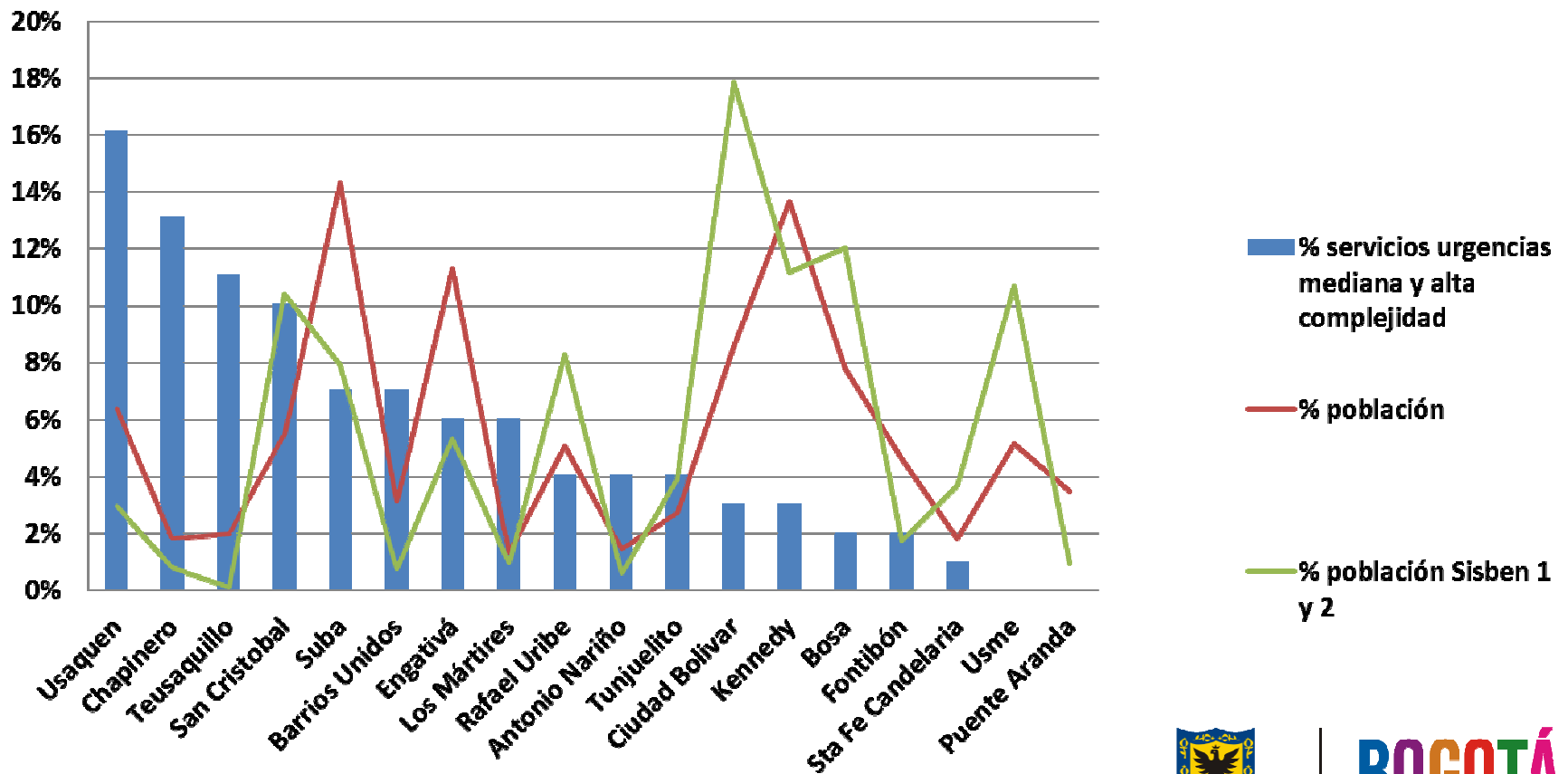
- **El análisis de equidad/inequidad en salud se centra en evidenciar que una condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social o la exclusión del mismo. Por sus características, el análisis de inequidades se realiza en función de variables que 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.**
- **Un primer análisis con una variable proxy de posición social, a partir de la población identificada por el SISBEN en los Niveles 1 y 2 (que familias en condición de pobreza y que requieren subsidios de salud y otros sectores), con el fin de observar la relación entre concentración de población pobre y oferta de servicios por localidad.**
- **En las siguientes gráficas se sintetiza la enorme inequidad en Bogotá en oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS del Distrito en detrimento de la población más pobre y por tanto más necesitada en términos de salud.**



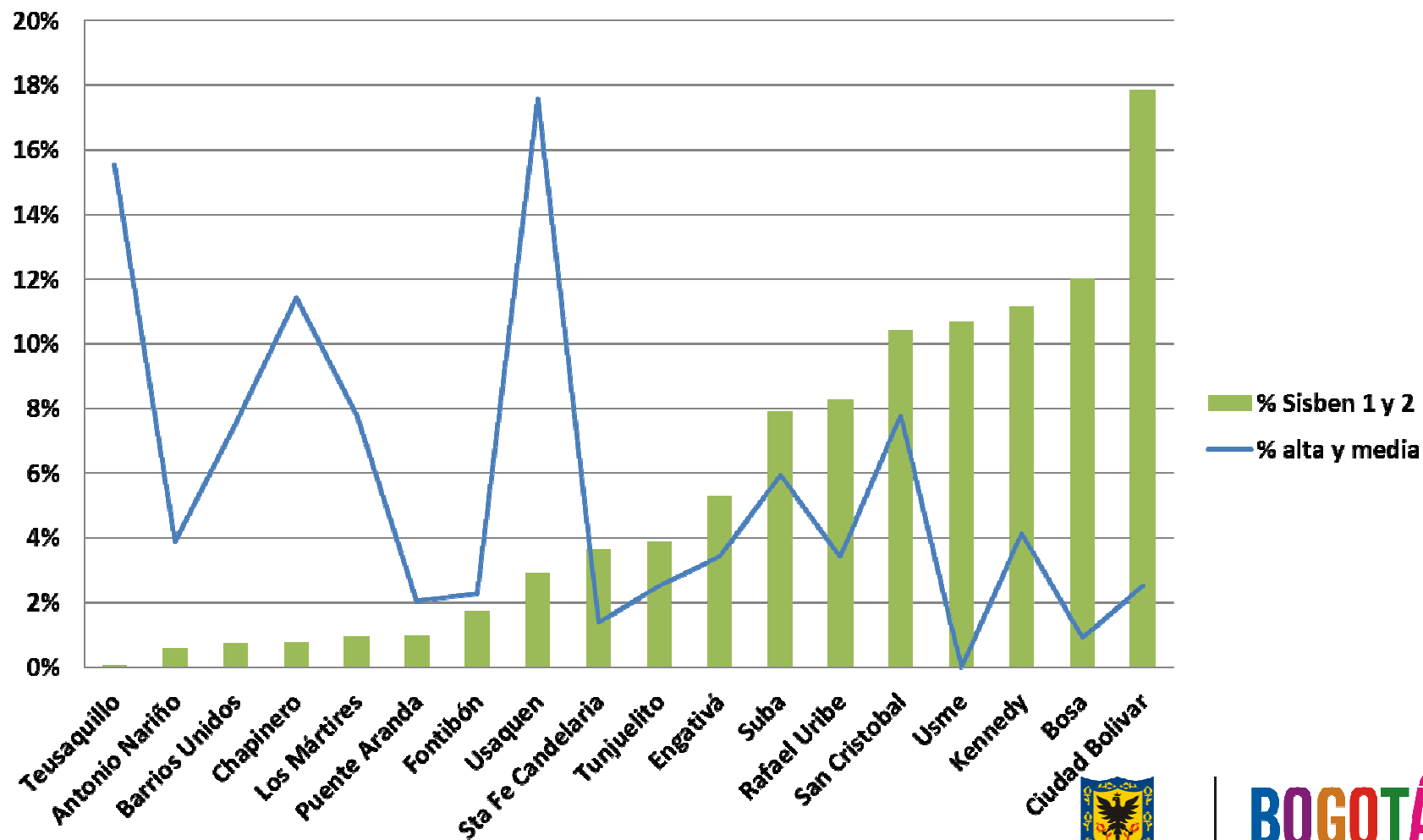
Porcentaje de servicios de consulta especializada de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad en cada localidad



Porcentaje de servicios de urgencias de mediana y alta complejidad en la ciudad respecto a porcentaje de población total y porcentaje de población Sisben 1 y 2 en la ciudad, por cada localidad

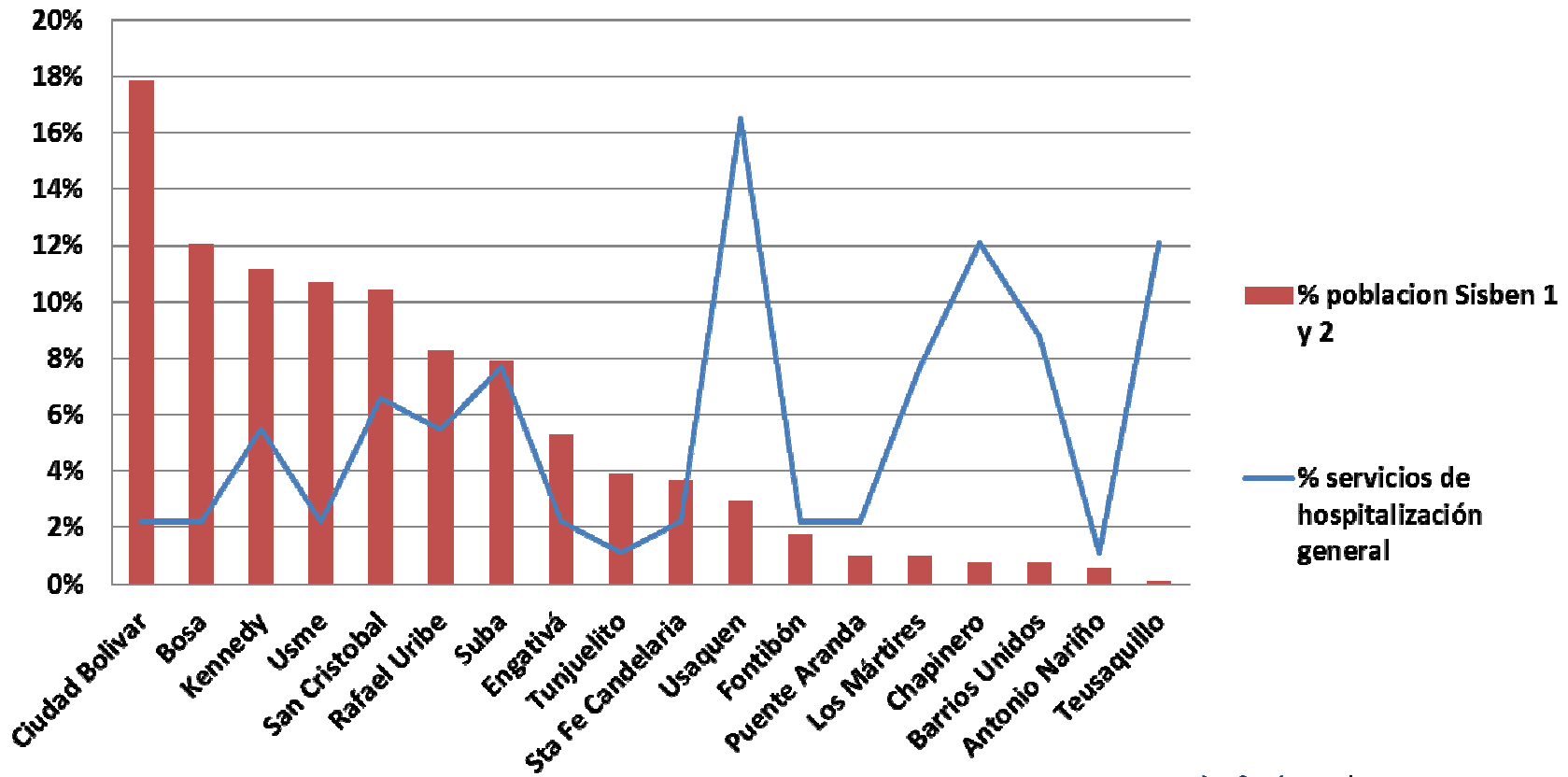


Porcentaje de servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad en la ciudad y porcentaje de población Sisben 1 y 2 en la ciudad, por cada localidad

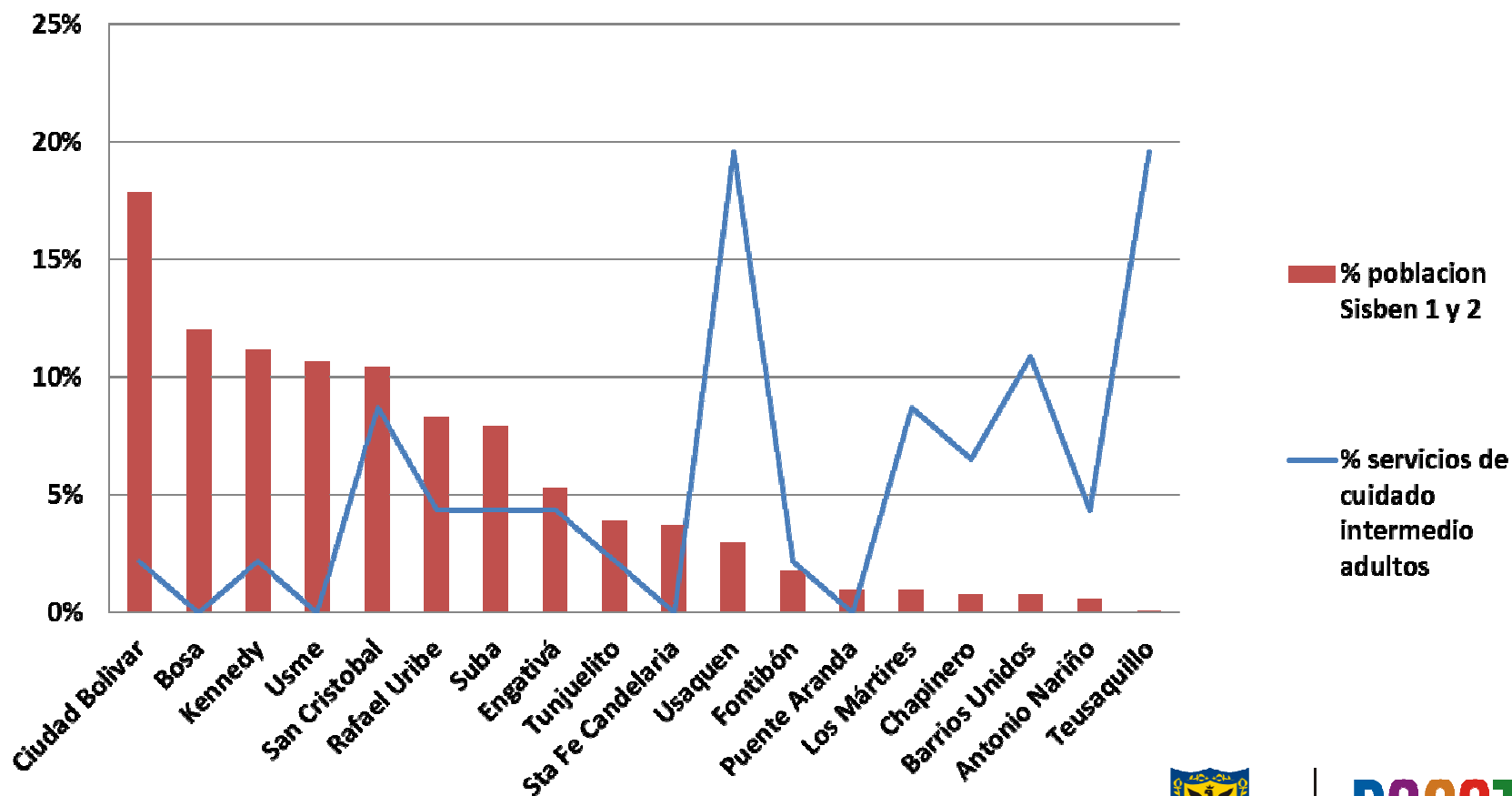


BOGOTÁ
HUMANANA

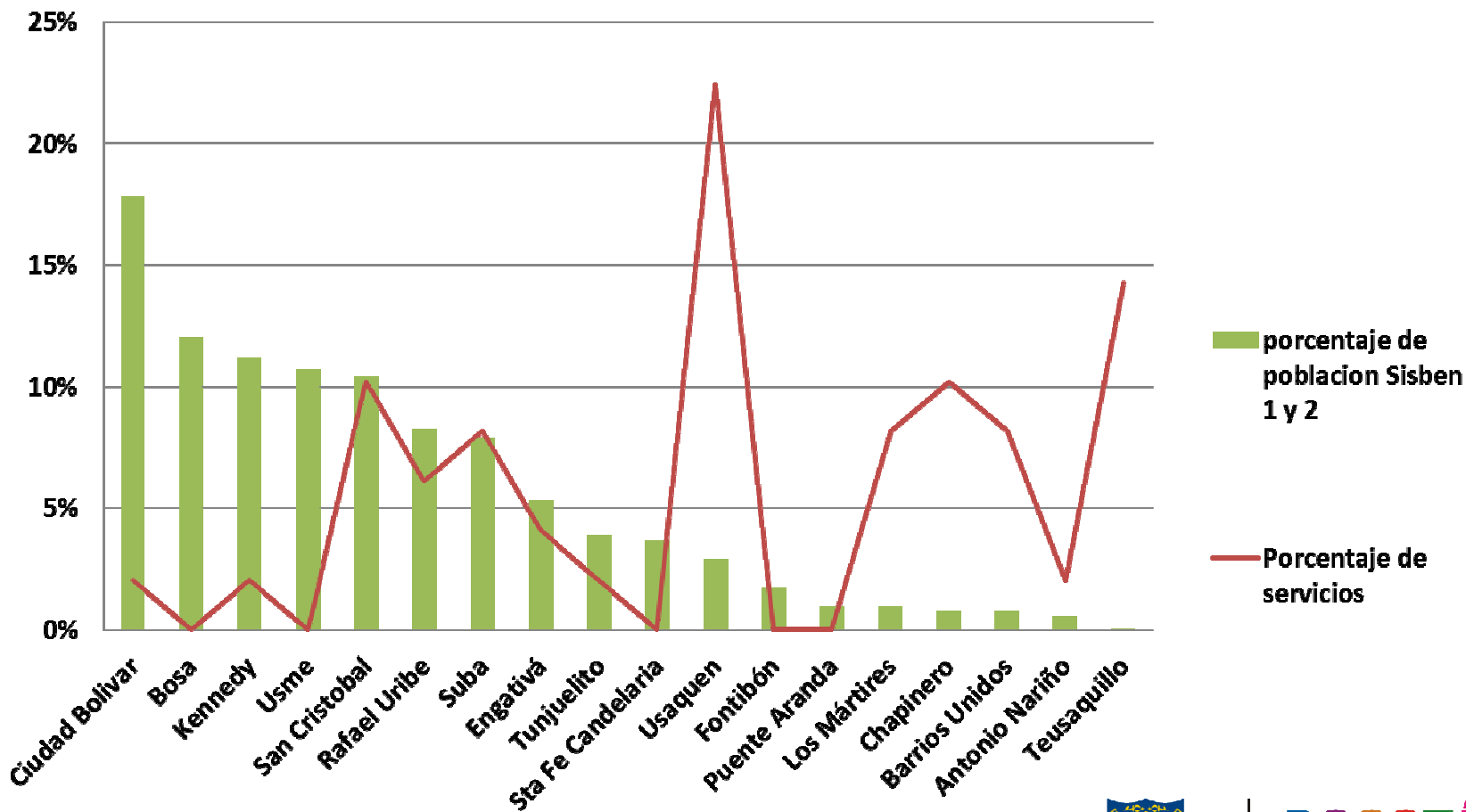
Porcentaje de servicios de hospitalización general adultos de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



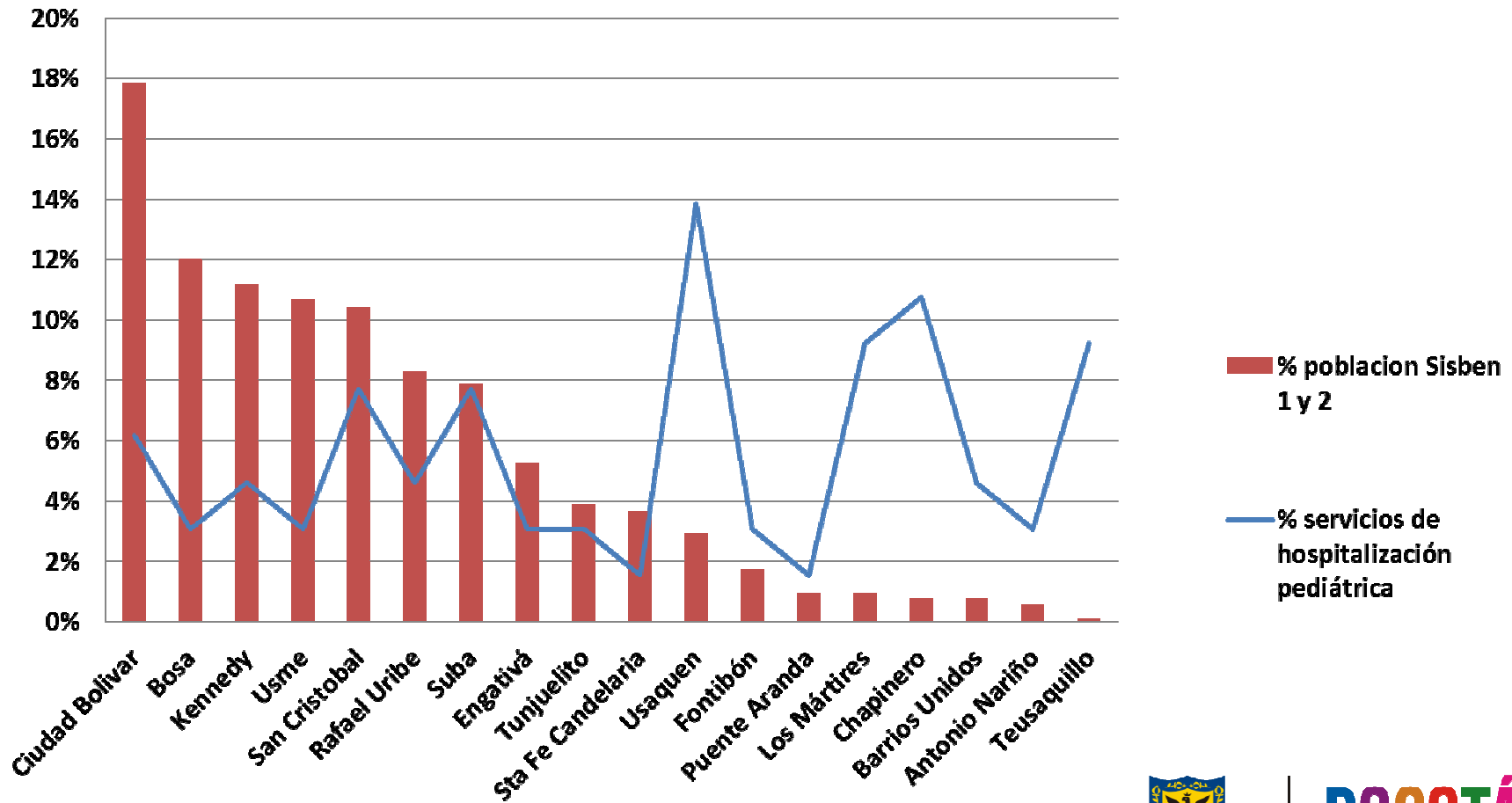
Porcentaje de servicios de cuidado intermedio adultos de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



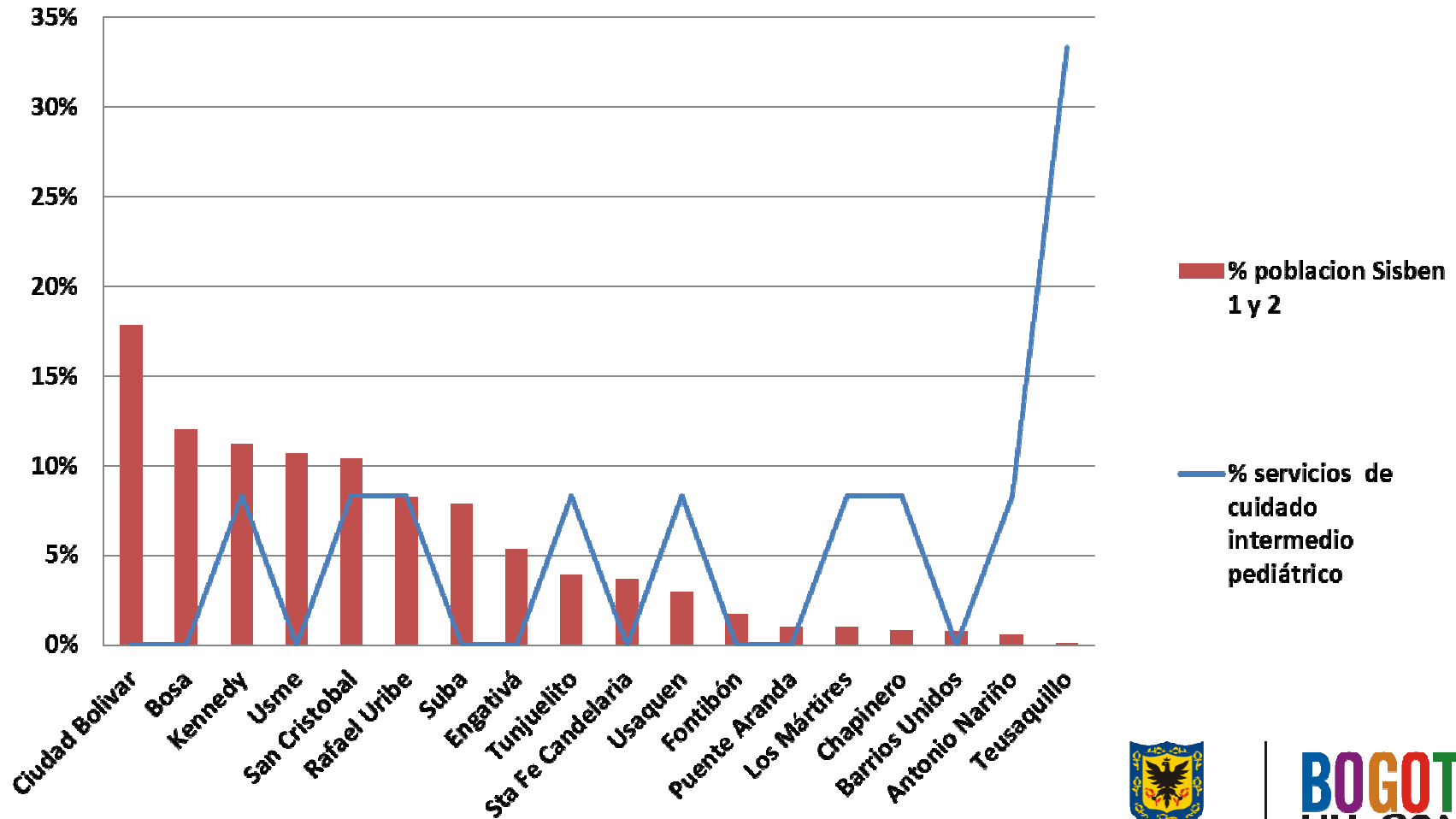
Porcentaje de servicios de cuidado intensivo adultos de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad en cada localidad



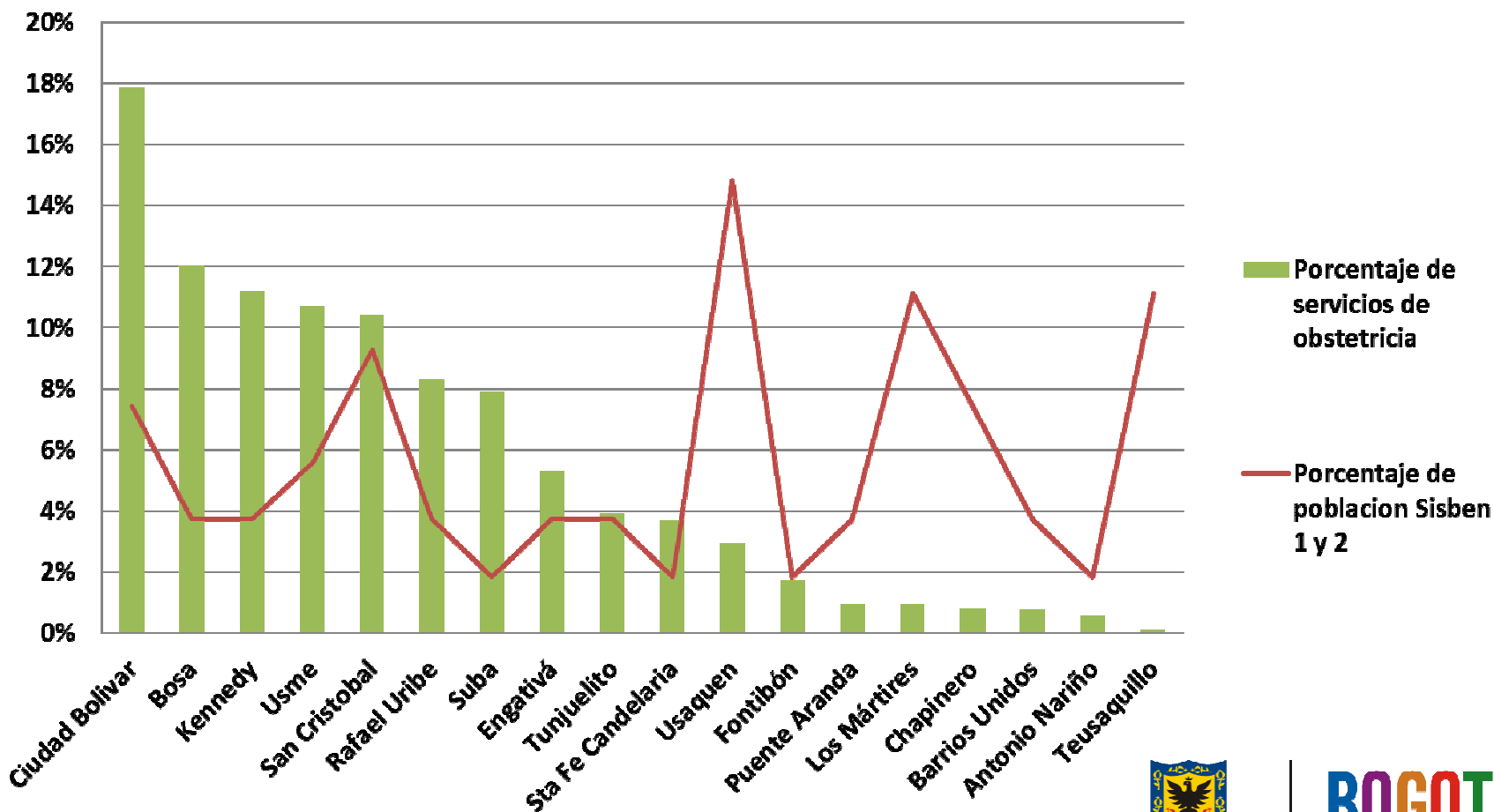
Porcentaje de servicios de Hospitalización Pediátrica de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad en cada localidad



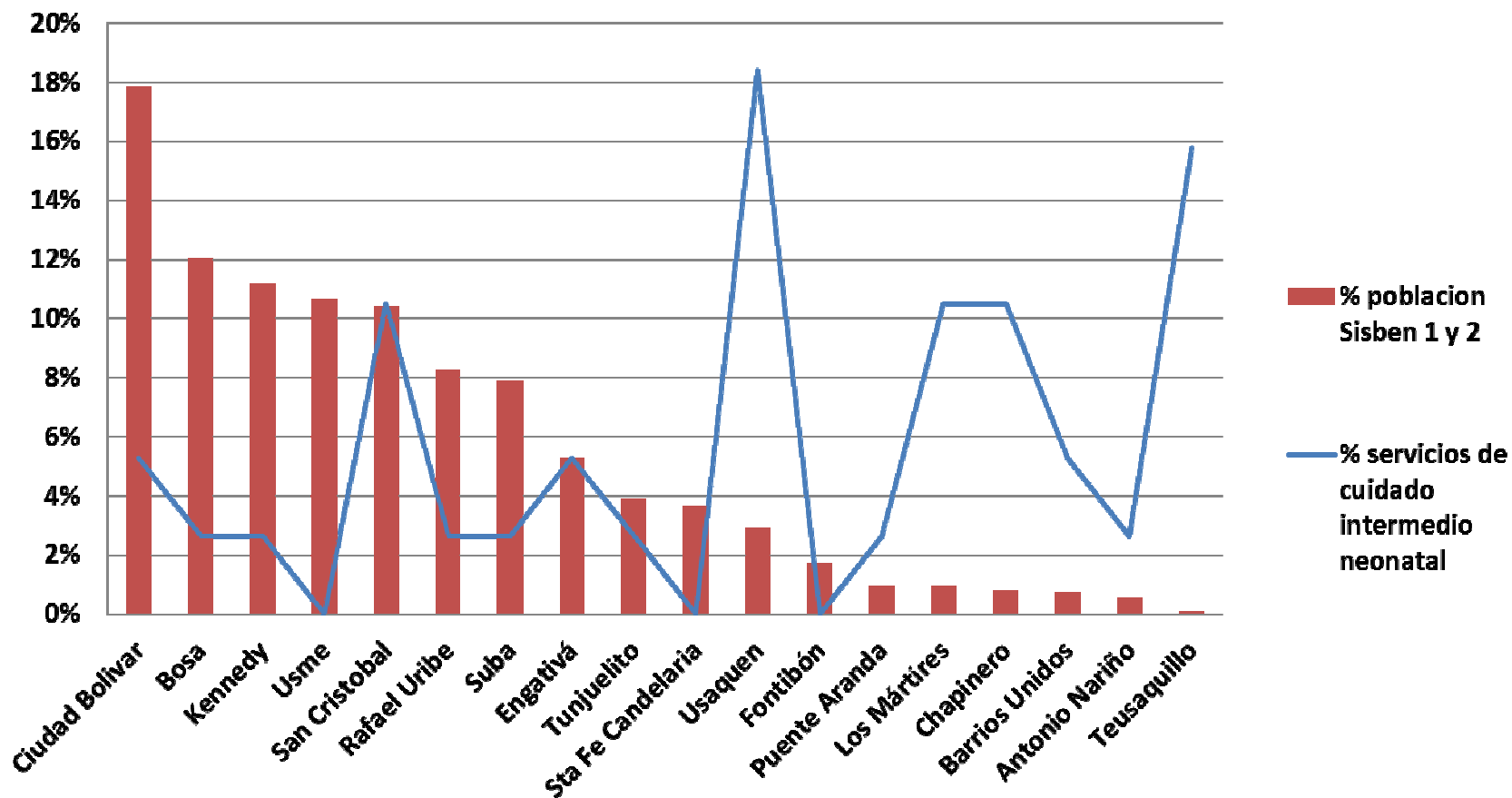
Porcentaje de servicios de cuidado intermedio pediátrico de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad en cada localidad



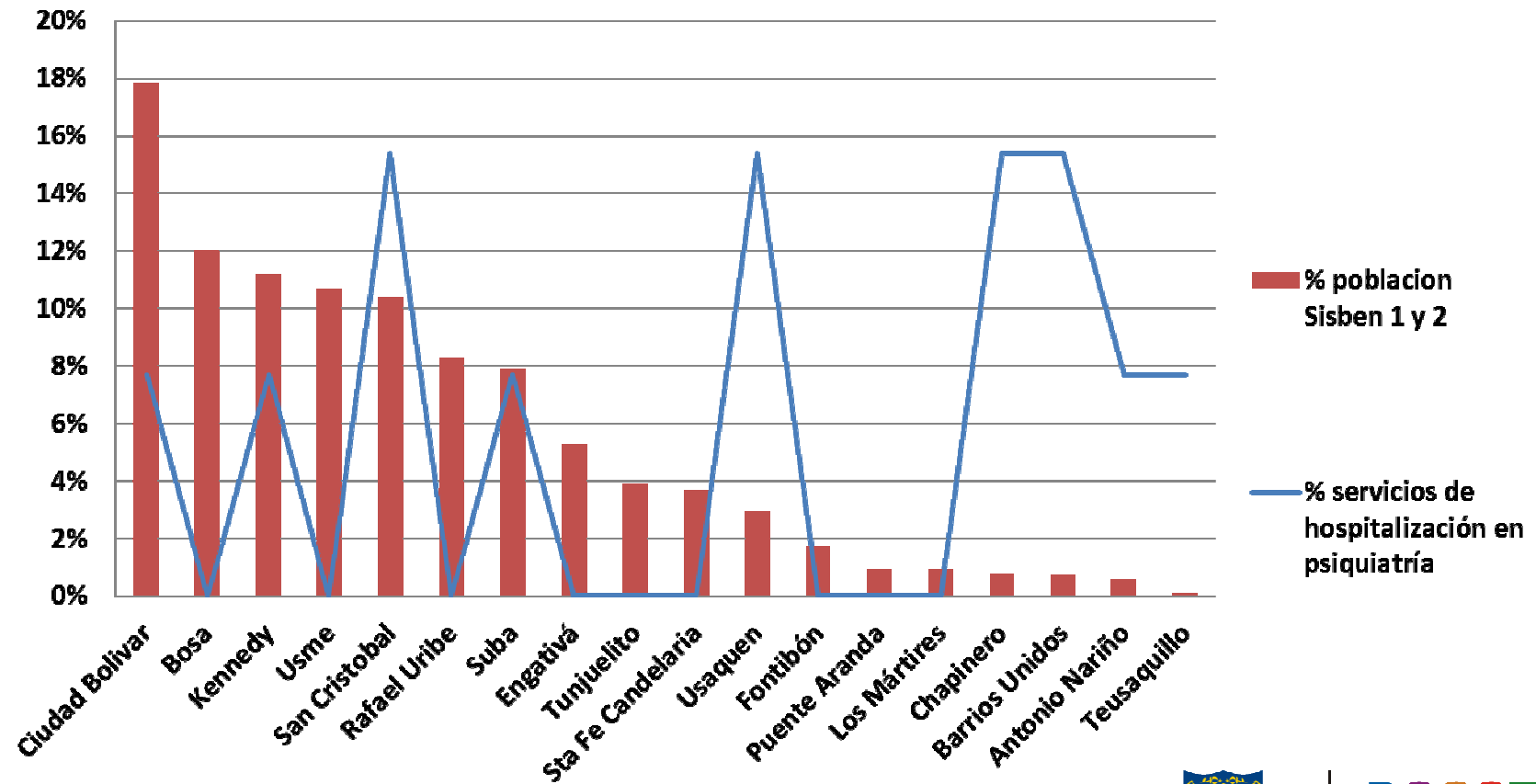
Porcentaje de servicios de hospitalización en obstetricia de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



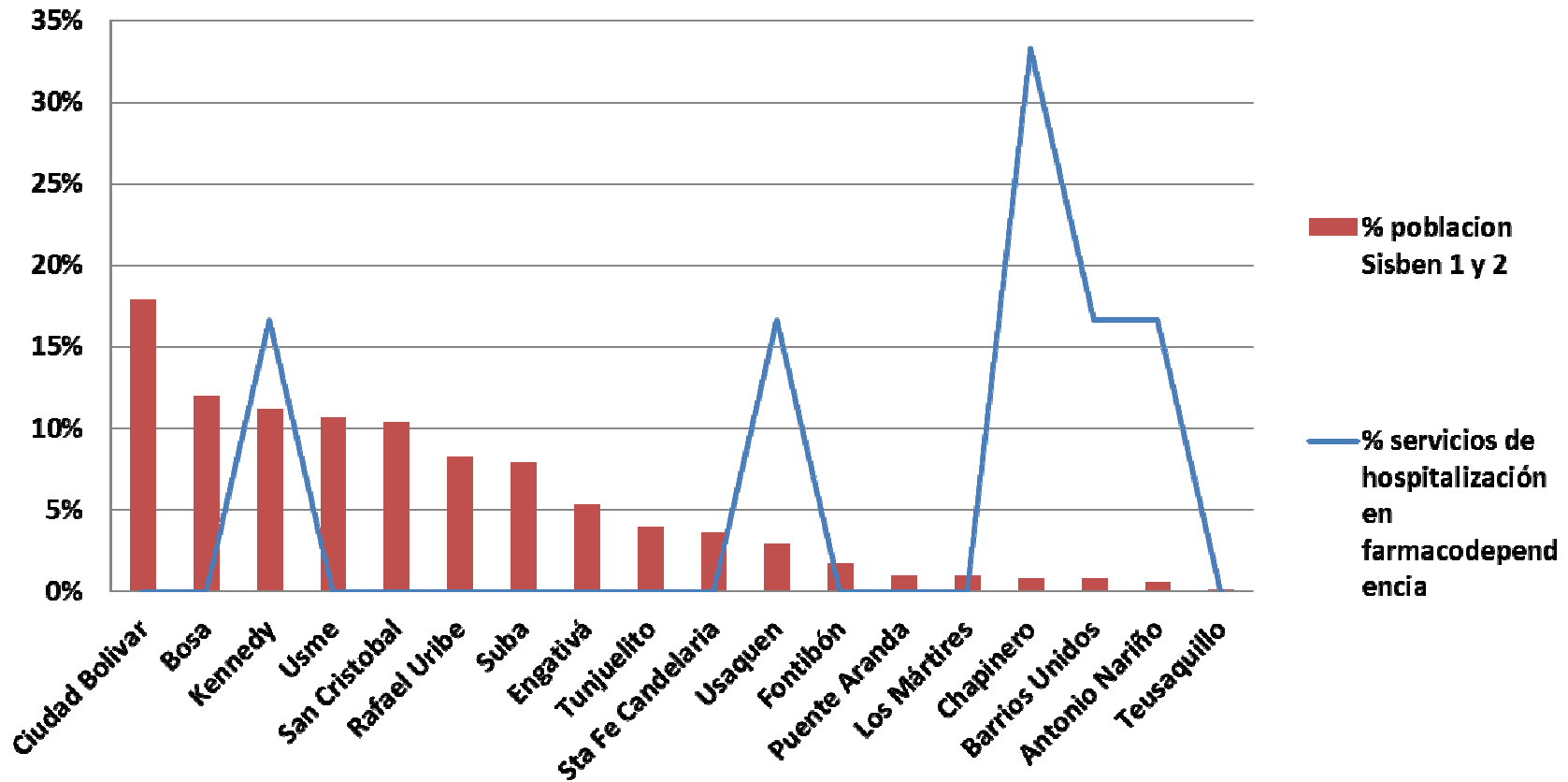
Porcentaje de servicios de cuidado intermedio neonatal de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



Porcentaje de servicios de hospitalización en Psiquiatría de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



Porcentaje de servicios de hospitalización en Farmacodependencia de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



Inequidad profunda y estructural

- **Informes de organismos internacionales como el PNUD, la CEPAL o el mismo Banco Mundial ubican a Colombia como uno de los países más inequitativos del mundo en términos de desigualdad del ingreso.**
- **Las diferencias sociales en una sociedad inequitativa, suponen mayores riesgos en salud y menores oportunidades de protección efectiva frente a la enfermedad.**
- **Bogotá está segmentada geográficamente según clases sociales, que se ubican correspondiendo a esas diferencias de clase y de derechos en el espacio geográfico del Distrito y evidencian que a las posiciones más bajas en la escala social no les llega la oferta de servicios de salud.**



Interrogantes y desafíos

- **La investigación deja, por otra parte, abierta la pregunta ¿cómo asigna el mercado?, pues supuestamente el aseguramiento universal y por tanto la garantía de la demanda previamente financiada iban a garantizar el acceso igualitario y sin discriminación de la población a los servicios.**
- **Podrá argumentarse, que las restricciones a la libre contratación en el Régimen Subsidiado son las responsables de la deformación del mercado, aunque estas no se dieran en la primera etapa de la reforma. Sin embargo la prestación de servicios aquí estudiada incluye ambos regímenes y las restricciones de oferta afectan también severamente a las familias del Régimen Contributivo. Ya en el año de 1993 el mayor número de trabajadores del régimen contributivo, afiliado al Instituto de Seguros Sociales, vivía con sus familias en las localidades de Engativá, Kennedy y Suba, que casi 20 años después siguen sin la oferta necesaria de servicios para tan grandes poblaciones.**

Interrogantes y desafíos

- **¿Qué intereses y fuerzas deciden crear y ubicar un servicio de salud en la actualidad?**
- **¿Por qué la oferta de servicios no sigue a la demanda ni siquiera en el régimen contributivo?**
- **¿Puede el Estado desprenderse de la obligación de garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios o si los esfuerzos son insuficientes para compensar el desastre en términos de desigualdad que este sistema genera?**

Interrogantes y desafíos

- **La distribución parece ser hoy aún más inequitativa, en los tres niveles de atención, pero llama sobremanera la atención el segundo nivel, en términos de las posibilidades de atención ambulatoria y hospitalaria en las especialidades básicas, prácticamente inexistente en las localidades que hoy cuentan con la mayor población de Bogotá, como Suba, Engativá, Kennedy y Ciudad Bolívar.**
- **Se señaló que en la norma internacional, el hospital básico, capaz de atender una urgencia médica o quirúrgica, como un apéndice, una cesárea, una fractura, un herida o trauma cerrado sangrante, o una neumonía infantil, que en nuestro país denominamos de segundo nivel o de mediana complejidad, debe estar cercano al lugar de residencia, para garantizar conservación de la vida.**



Interrogantes y desafíos

- **Un hospital básico de esta naturaleza, cercano al lugar de residencia, se planificó en el Sistema Nacional de Salud por cada 100.000 habitantes, o menos en caso de población dispersa. A nivel de grandes ciudades se consideraba necesario al menos por cada 200.000 habitantes a nivel urbano. Así nacieron en los años 60 y 70 los hospitales distritales.**
- **Pero la ciudad siguió creciendo hacia su anillo exterior y la creación de instituciones hospitalarias de segundo nivel de complejidad no acompañó a los nuevos asentamientos de millones de ciudadanos, entre tanto las anteriores instituciones, del viejo Bogotá, se convertían cada vez más en hospitales de tercer nivel de complejidad.**



Interrogantes y desafíos

El estudio deja en claro por tanto la profunda responsabilidad y el enorme desafío del Estado, a nivel nacional y distrital, para corregir el desastre ocasionado por las tesis del mercado autorregulado y las profundas desigualdades e inequidades generadas, algunas que rayan en un problema de derechos humanos, como el de los niños de Ciudad Bolívar.





Gracias por su atención



BOGOTÁ
HUMANA