



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANA



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO -CID

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



BOGOTÁ
HUMANANA



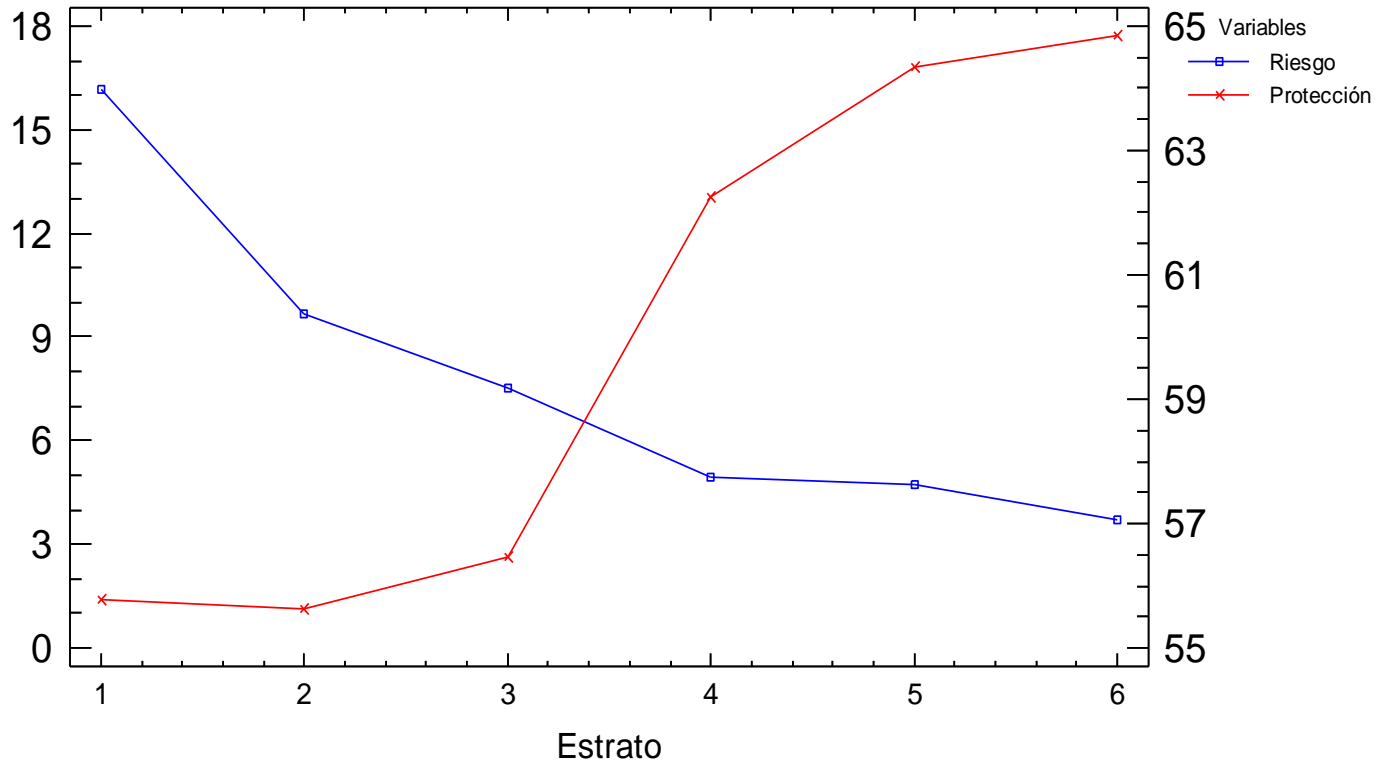
Objetivo general

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 2005 y 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 y tiempos y costos de desplazamiento.

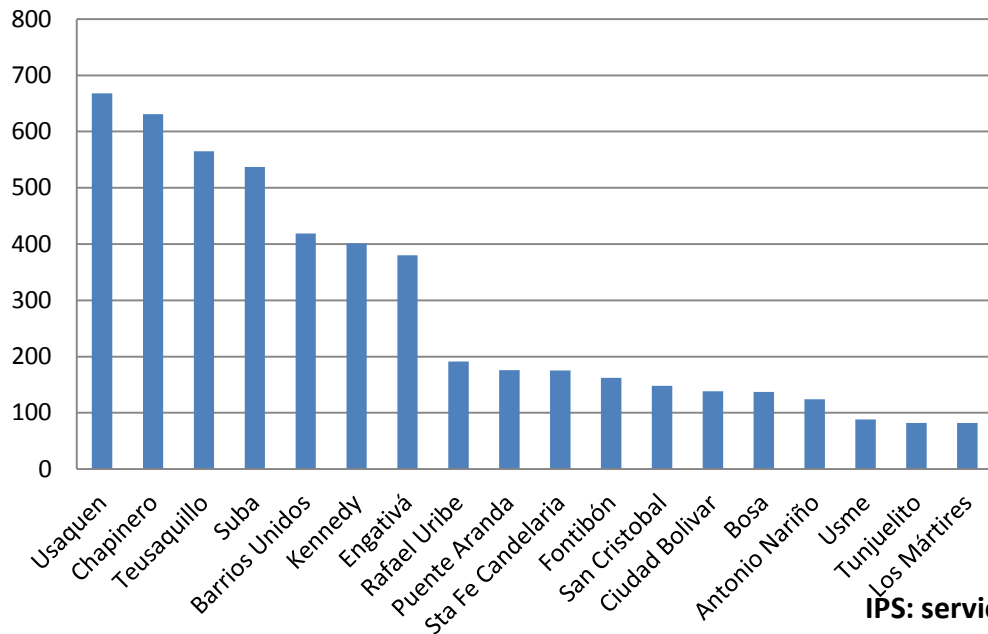
Indices de riesgo y protección por estrato



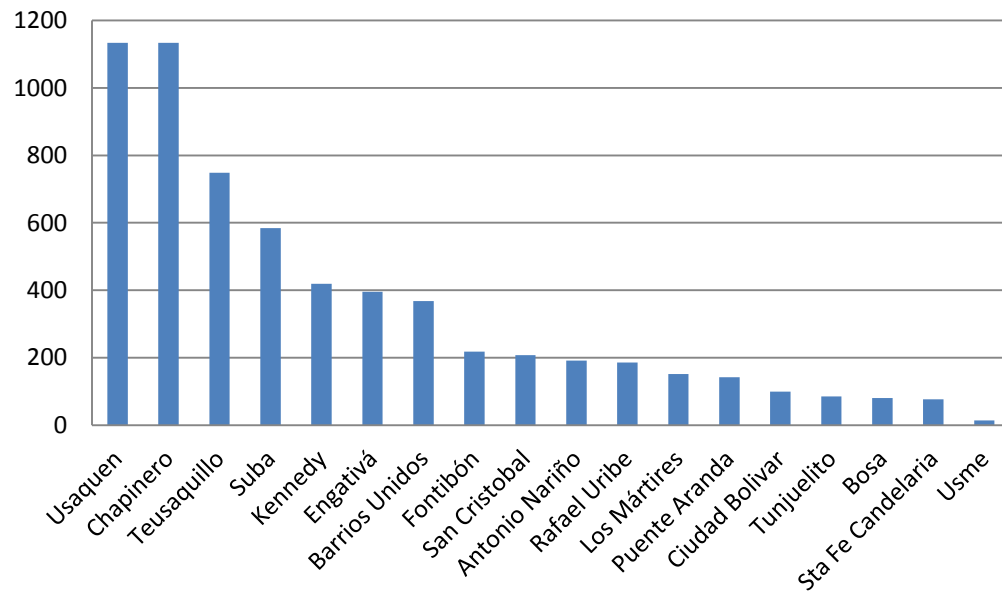
Primer análisis

- 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 este primer análisis se seleccionaron únicamente las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas o privadas, que están constituidas 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**



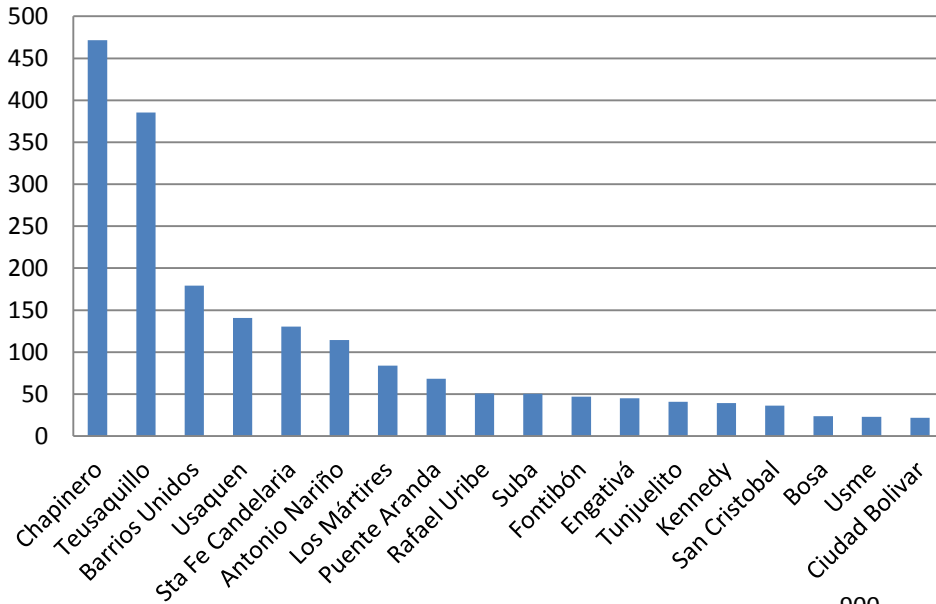
**IPS: servicios de consulta externa de mediana complejidad,
por localidad**



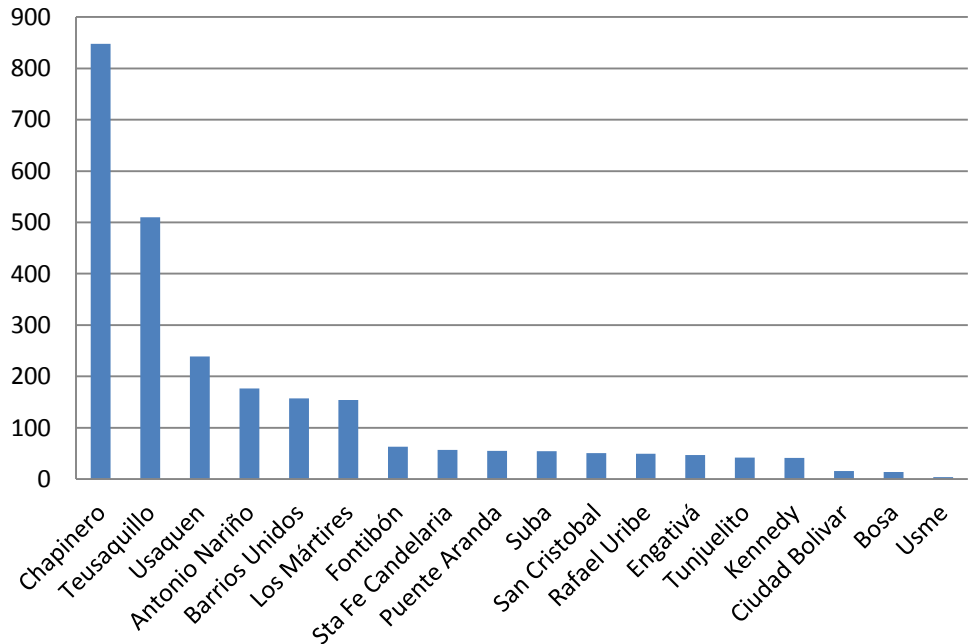
Denominador común

- La condición de desigualdad en la oferta de servicios entre localidades debe ser expresada por tanto en el número diferencial de servicios para un denominador común de habitantes, en este caso se analizarán los servicios disponibles por cada 100.000 habitantes para cada una de las localidades.
- Las diferencias en la oferta de consulta de primer nivel de complejidad resultan más dicientes, al reducir sensiblemente la disponibilidad de servicios por cada 100.000 habitantes en las localidades muy pobladas, como Suba, Kennedy y Engativá, que 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.

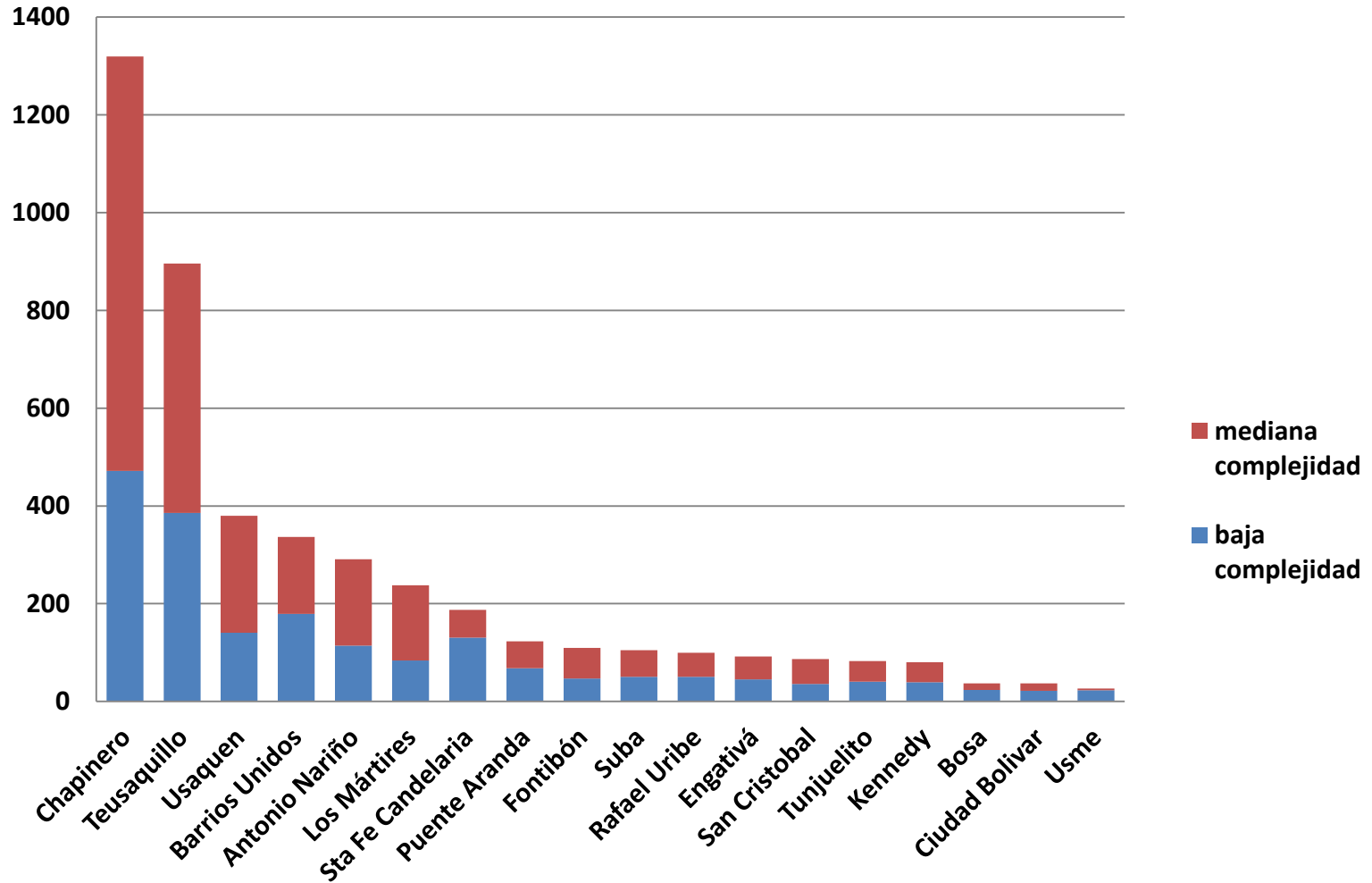
**IPS: servicios de consulta externa de baja complejidad
x 100.000 habitantes, por localidad**



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



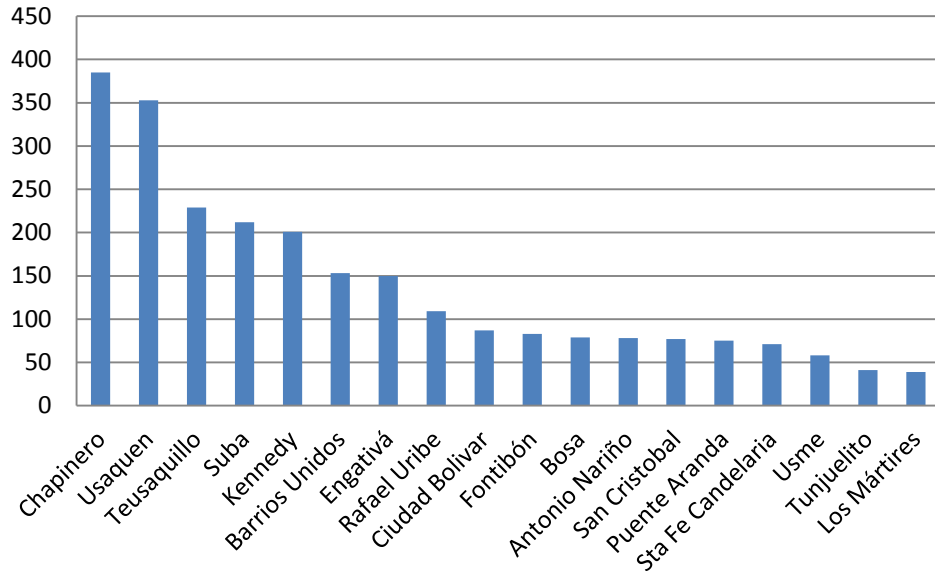
IPS servicios consulta externa x 100.000 habitantes, según complejidad, por localidad



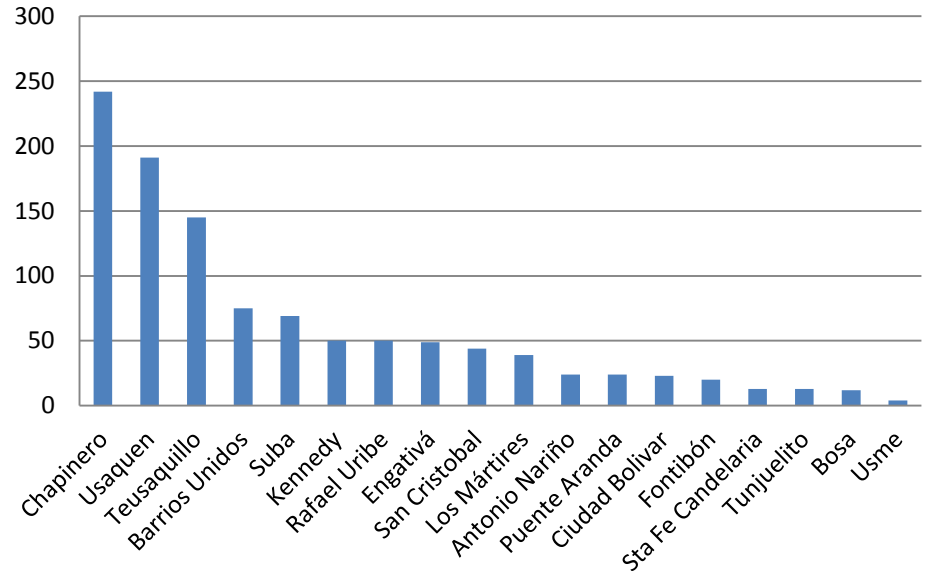
Análisis de la Evidencia

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

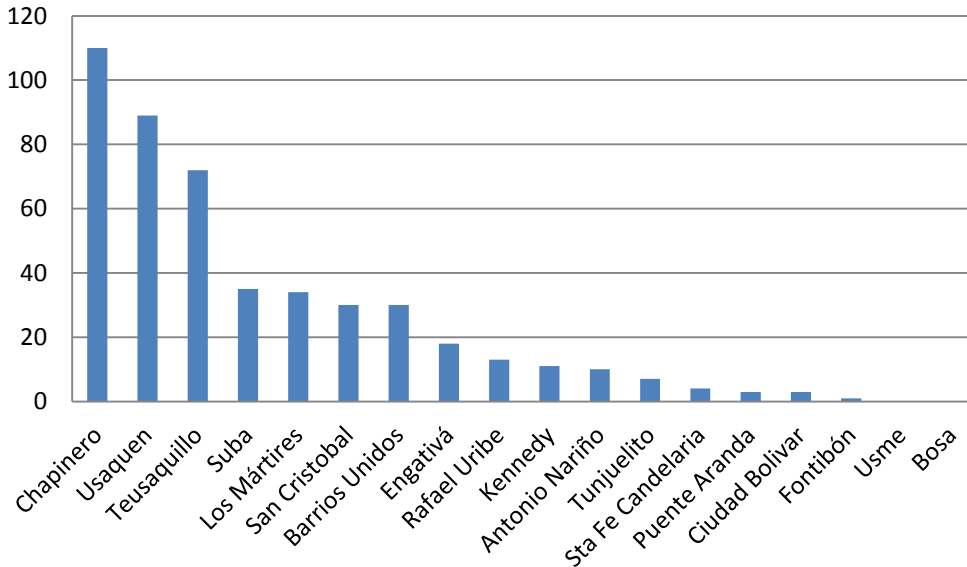
IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad, por localidad



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



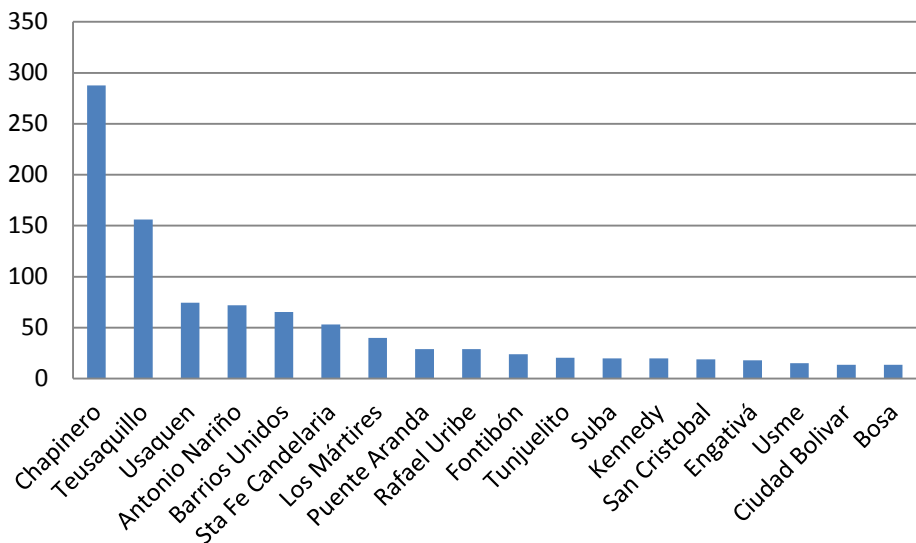
IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad, por localidad



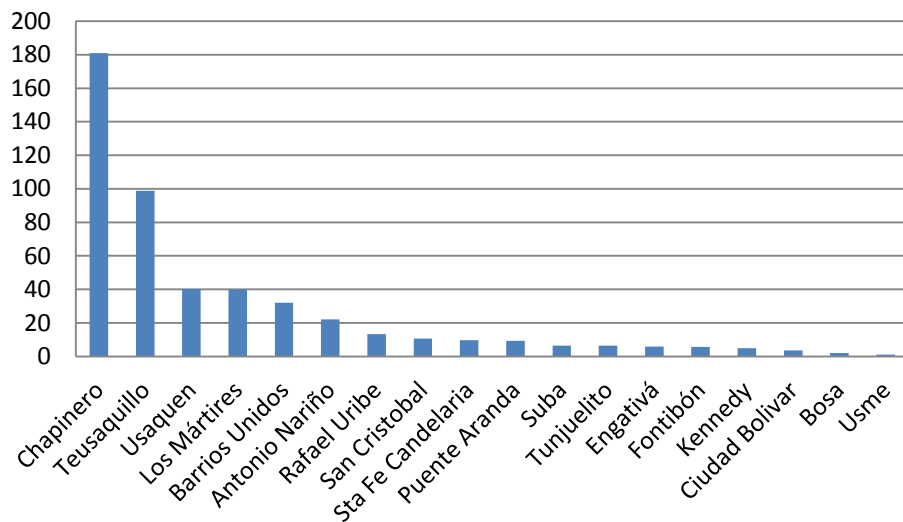
Denominador común

- Nuevamente se señala, la condición de desigualdad en la oferta de servicios entre localidades debe ser expresada por tanto 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.

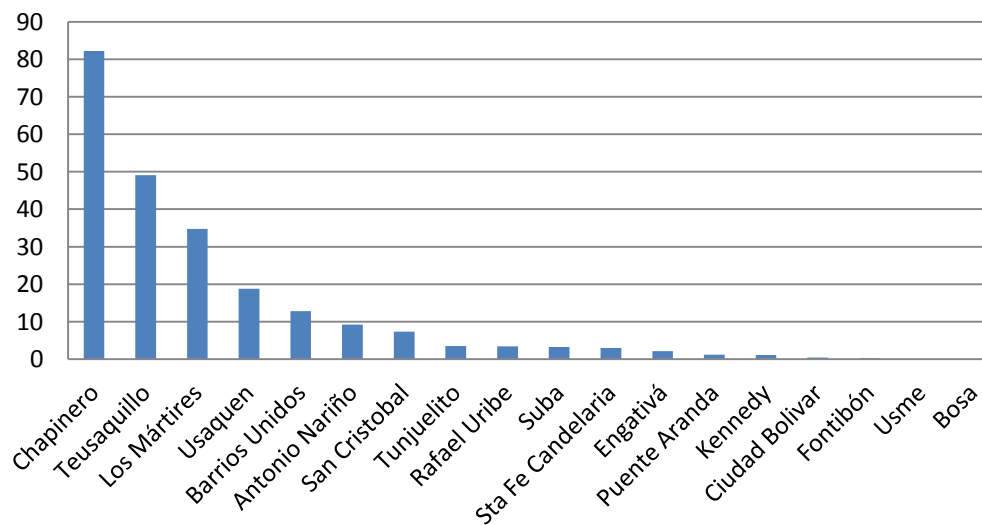
**IPS: servicios apoyo diagnostico y complementación
terapéutica de baja complejidad X 100.000 habitantes,
en cada localidad**



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



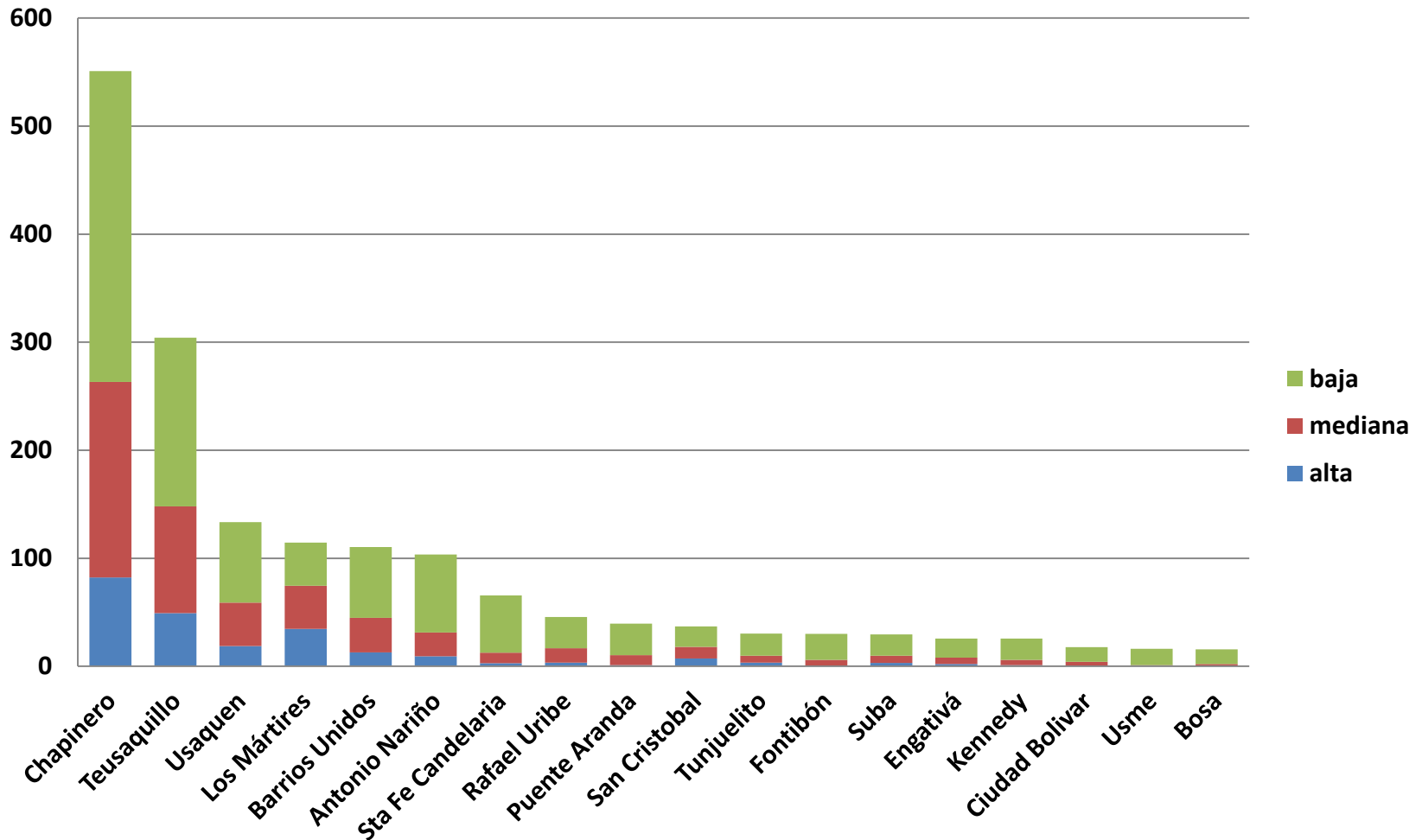
**IPS: servicios apoyo diagnostico y complementación
terapéutica de alta complejidad x 100.000 habitantes,
en cada localidad**



Disponibilidades cercanas a “0”

- Esta desigualdad en la oferta por parte de las IPS se torna mucho más grande 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 que se complementará posteriormente con variables de posición social. (Gráfica 12)

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



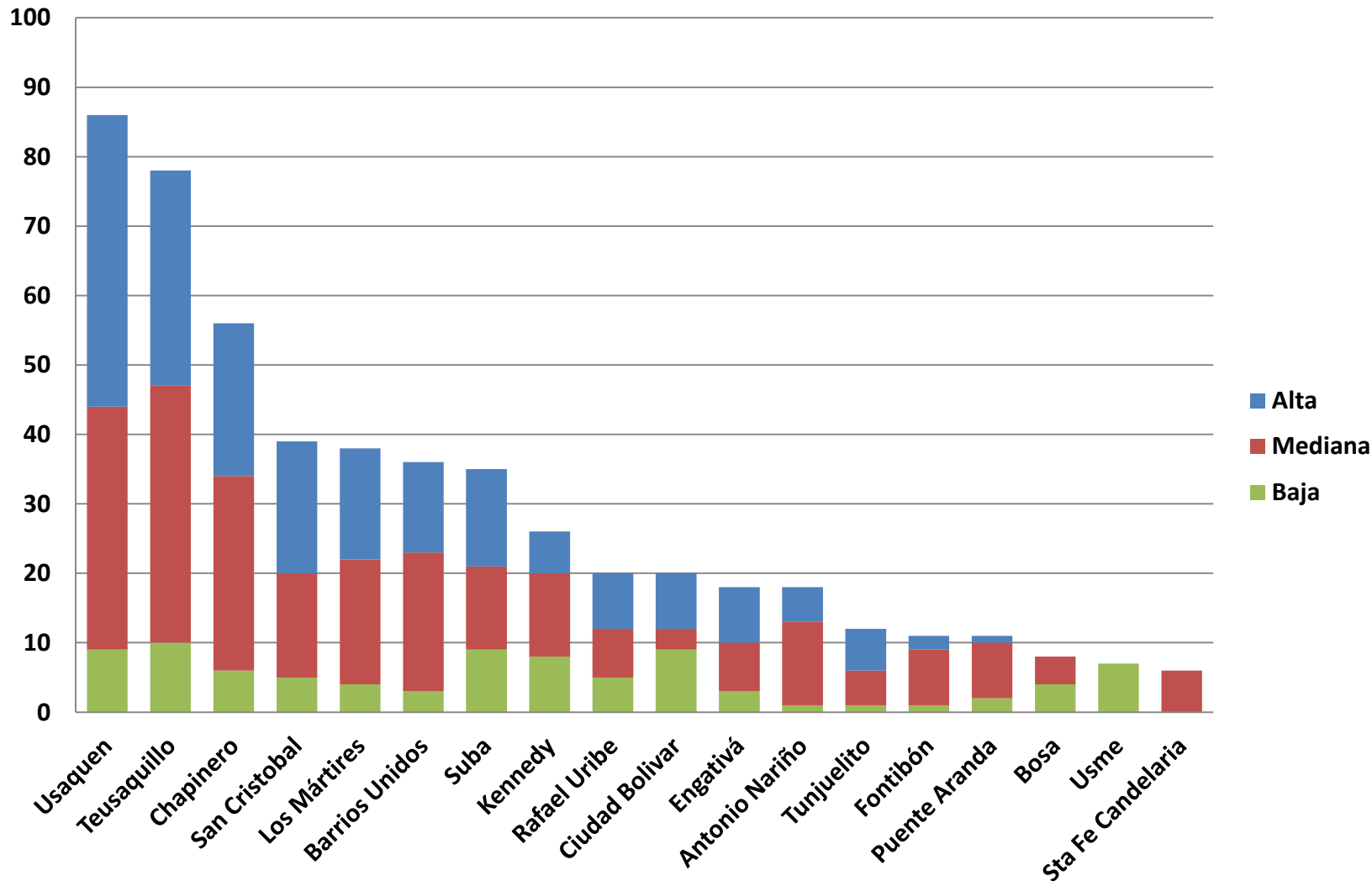
Análisis de la Evidencia

- Una vez más resulta evidente que 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.
- Cabe destacar igualmente, que 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.

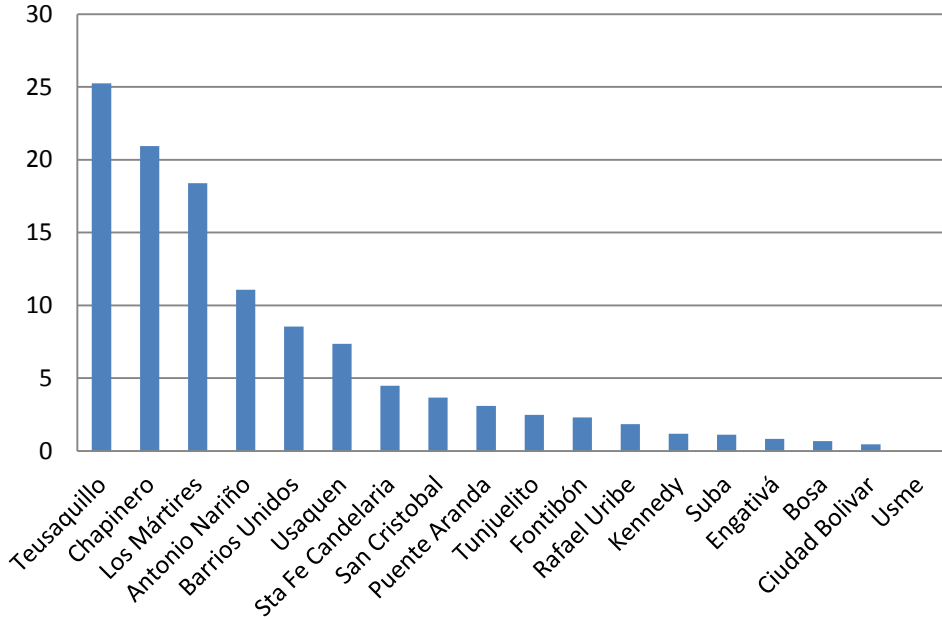
Servicios de Hospitalización

- 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.

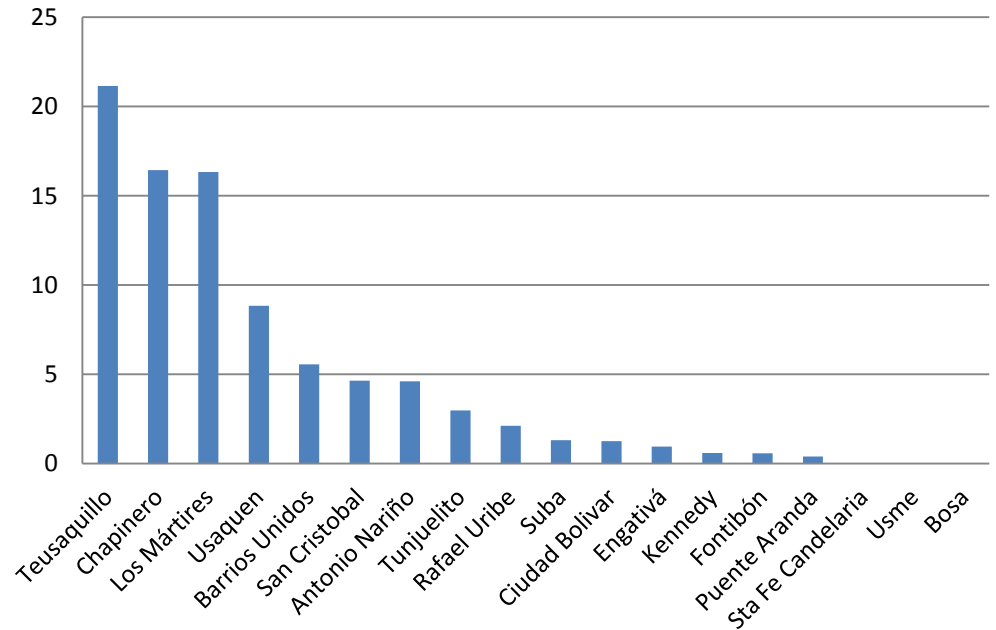
Servicios hospitalarios habilitados, según nivel de complejidad, por localidad



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



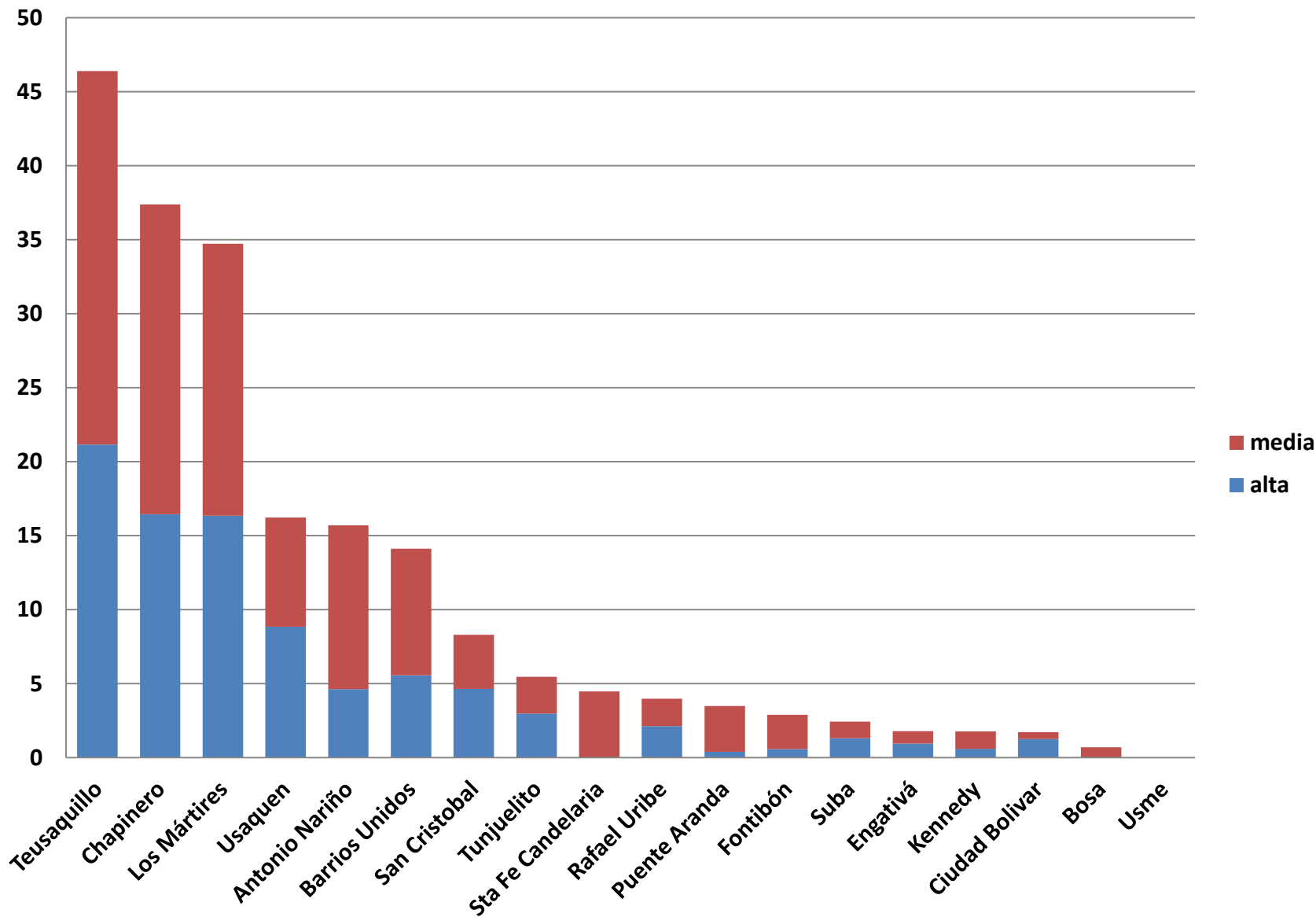
**Servicios hospitalarios de alta complejidad
x 100.000 hab. en cada localidad**



Disponibilidades cercanas a “0”

- En este punto es importante señalar que en la norma internacional, el hospital básico, capaz de atender una urgencia médica o quirúrgica, como un apéndice, una cesárea, una fractura, un herida o trauma cerrado sangrante, o una neumonía infantil, que en nuestro país denominamos de segundo nivel o de mediana complejidad, debe estar a menos de una hora de camino, (en una ciudad como la nuestra a menos de un trancón) 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, hace pensar que la vida de millones de habitantes de Bogotá está en juego por física falta de oferta de servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios de mediana complejidad para estas localidades.
- Esta información dejaría de ser cierta tan sólo si los muy escasos servicios disponibles fueran de gran tamaño y capacidad para solventar el déficit en conjunto del número de servicios hospitalarios en las localidades señaladas, hecho que se comprobará más adelante en el análisis.

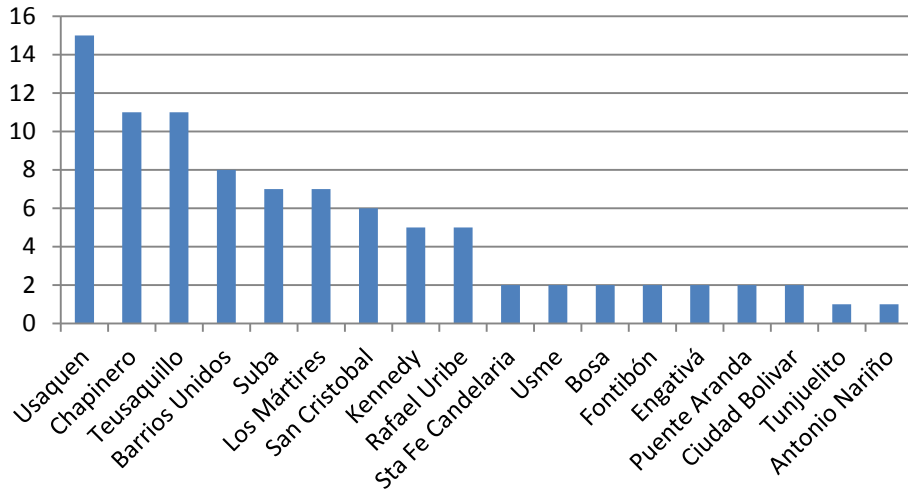
Servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad x 100.000 hab. en cada localidad



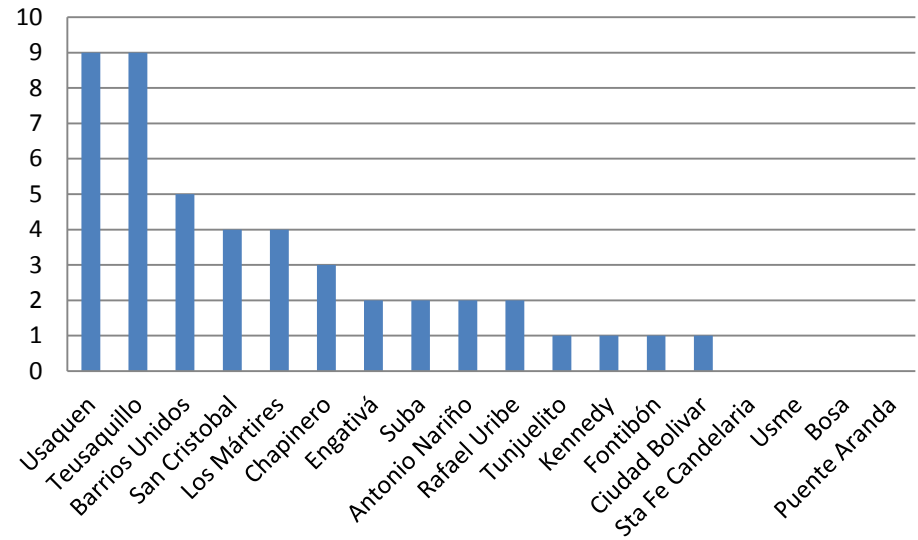
Desagregar por ciclo vital

- 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.

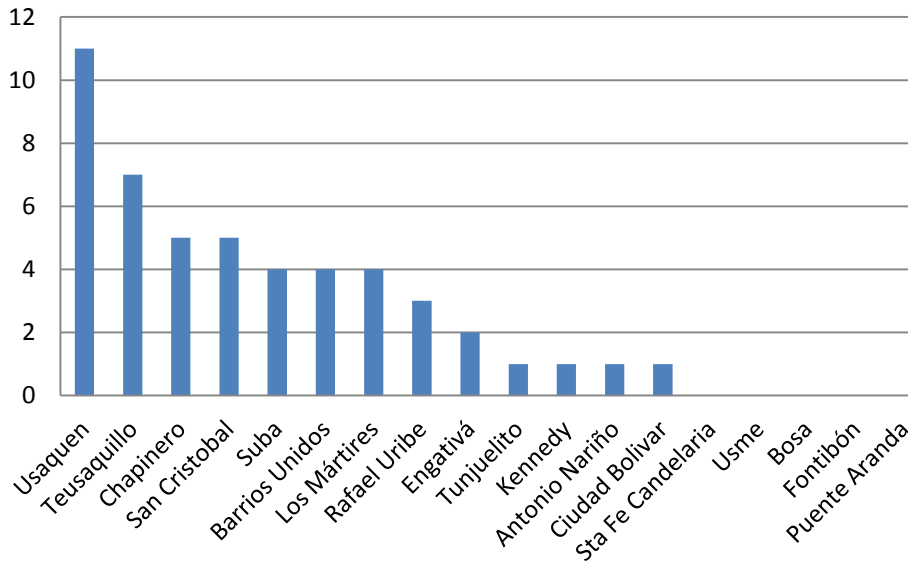
Servicios Hospitalización general adultos, por localidad



Servicios cuidado intermedio adultos, por localidad



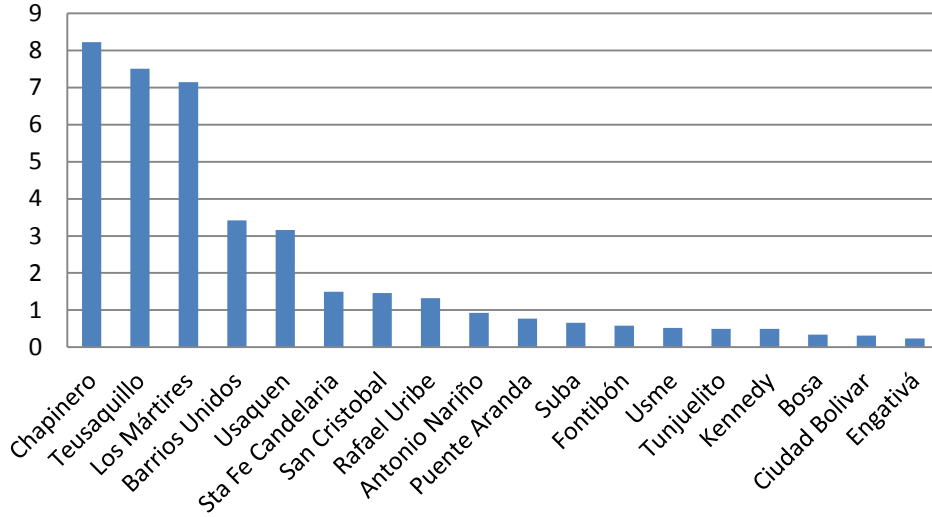
Servicios de cuidado intensivo adultos, por localidad



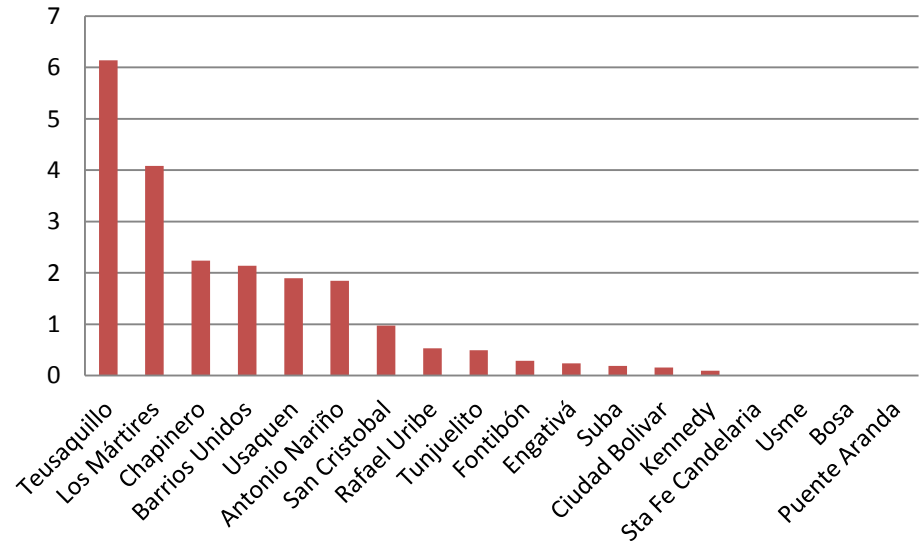
Denominador común

- Una vez más se señala que 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 analizan 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.

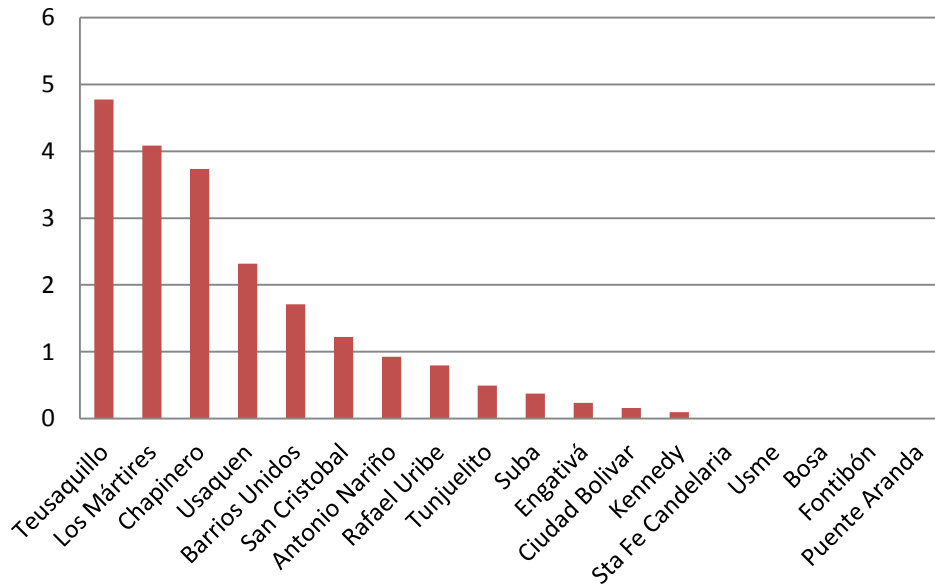
**Servicios Hospitalización general adultos
x 100.000 habitantes en cada localidad**



**Servicios cuidado intermedio adultos x
100.000 habitantes en cada localidad**



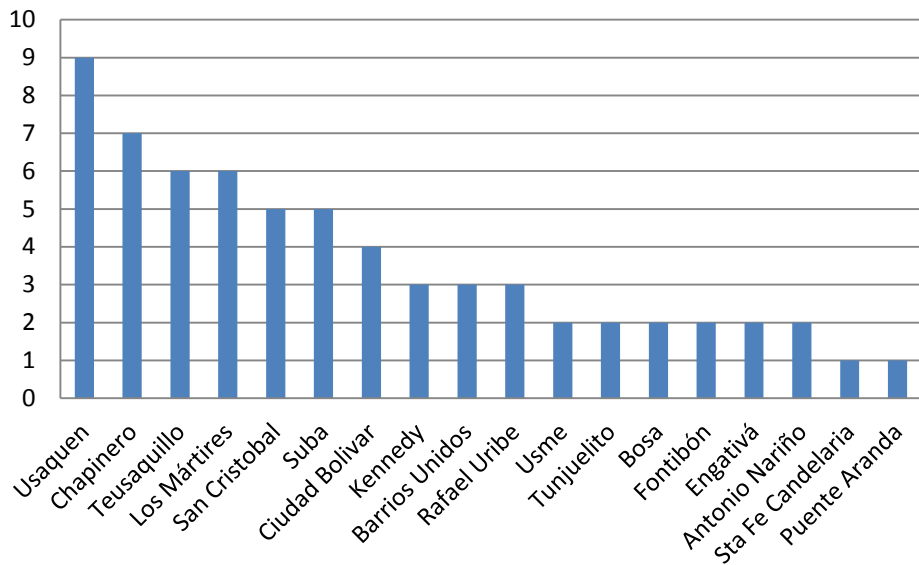
**Servicios de cuidado intensivo adultos x 100.000
habitantes, en cada localidad**



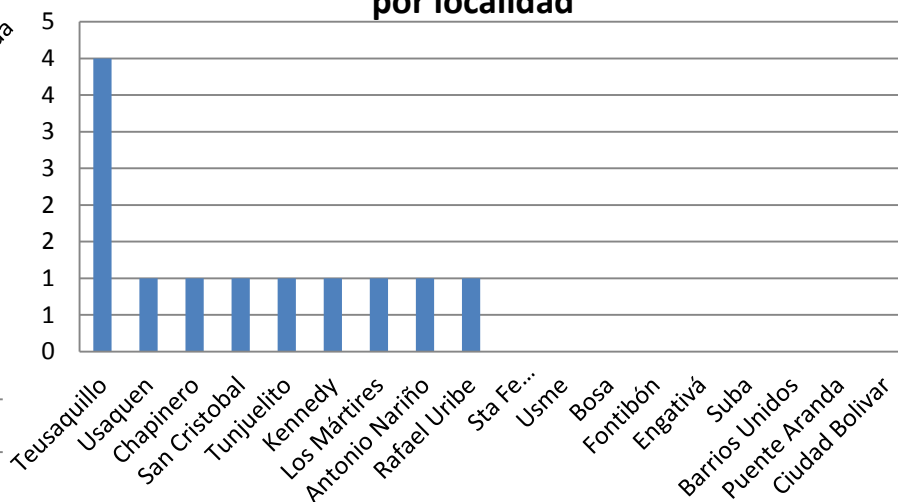
Hospitalización pediátrica

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

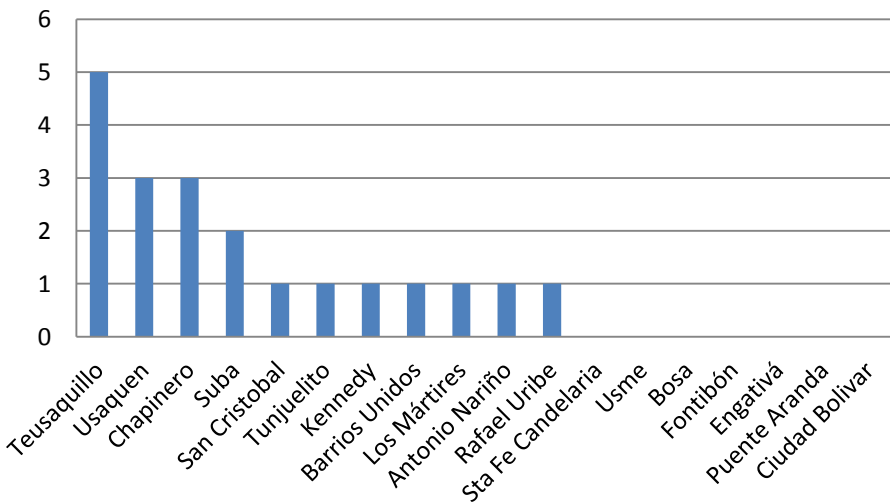
Servicios Hospitalización pediátrica, por localidad



Servicios de cuidado intermedio pediátrico, por localidad



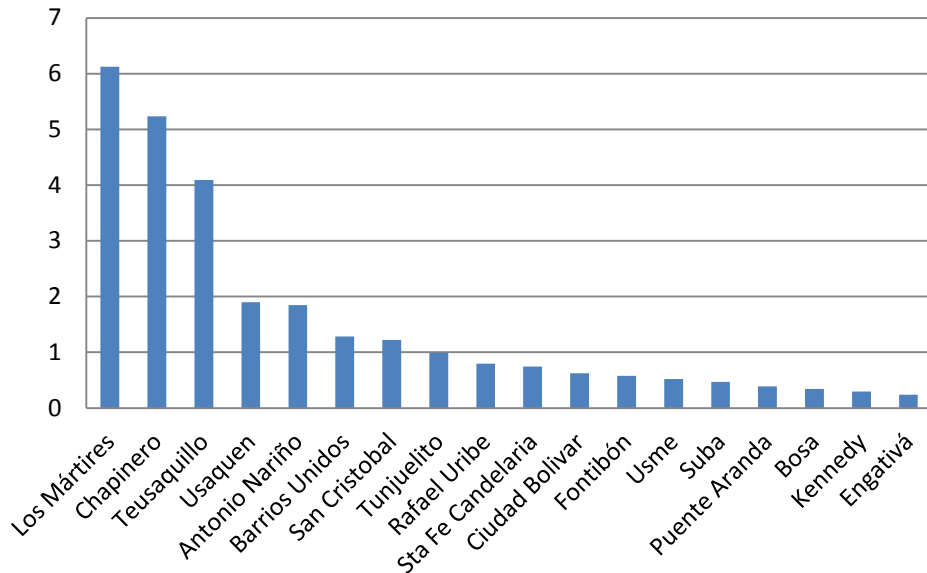
Servicios de cuidado intensivo pediátrico, por localidad



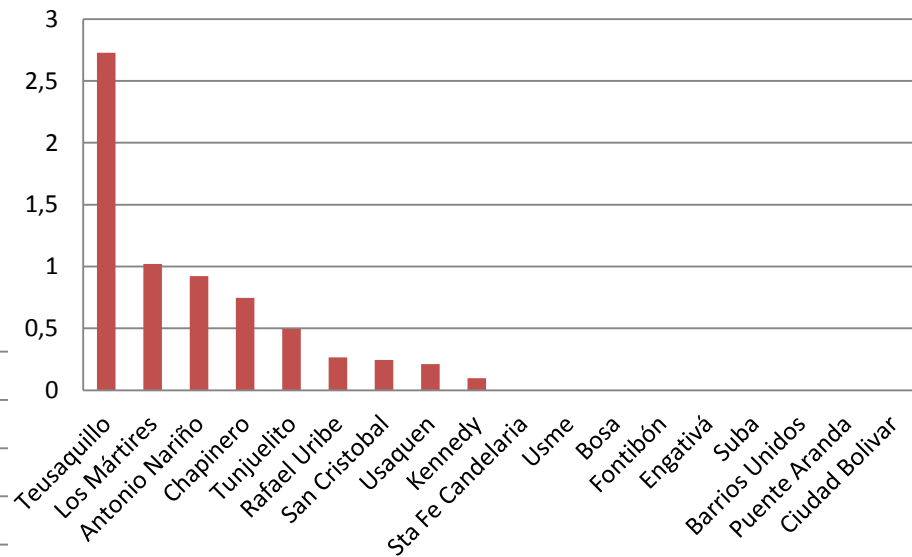
Denominador común

- 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.

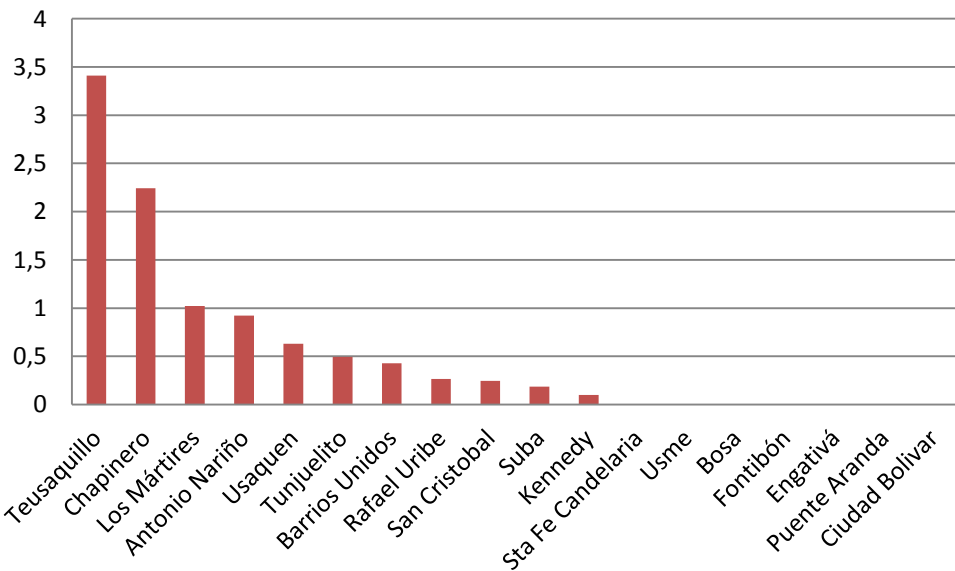
Servicios Hospitalización pediátrica X 100.000 habitantes, en cada localidad



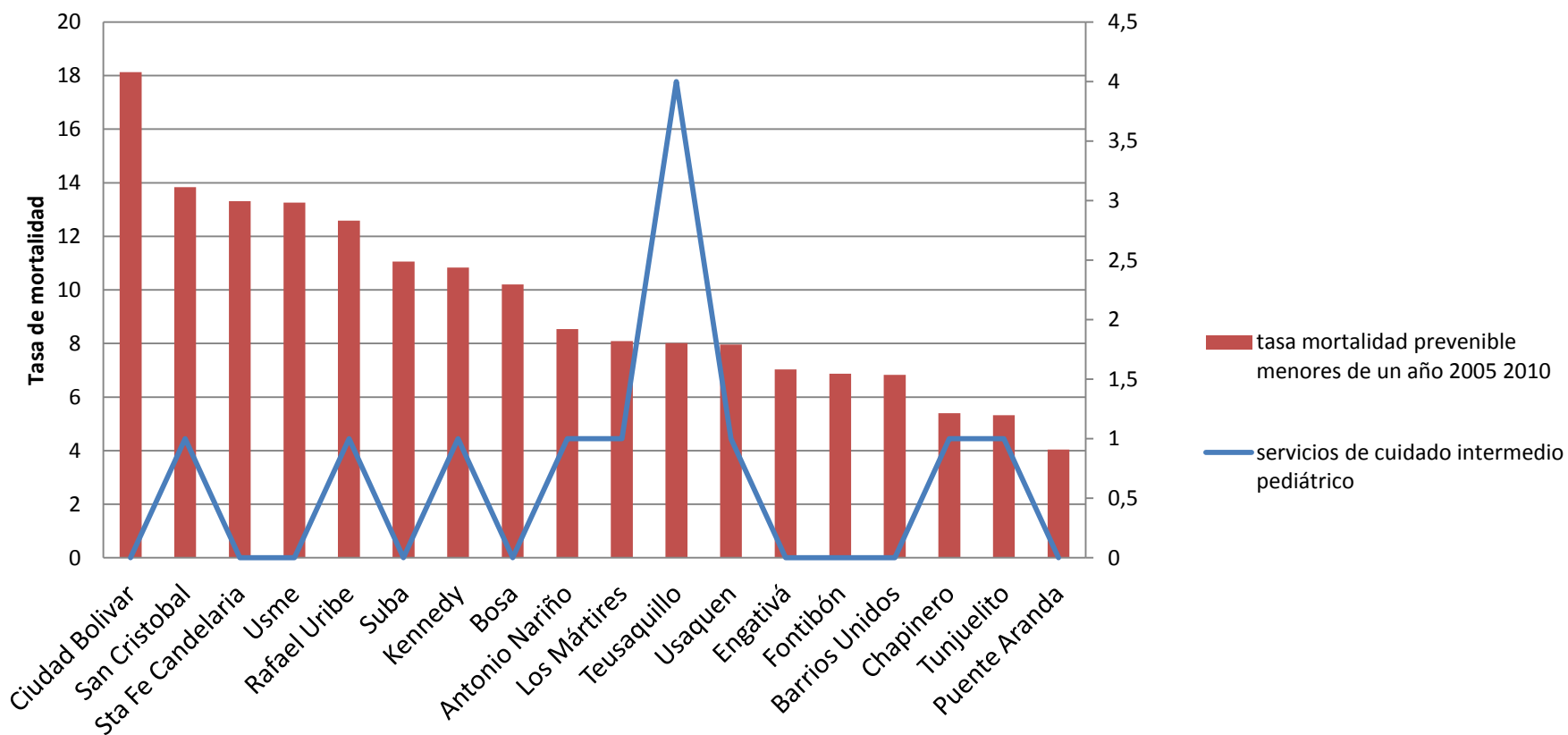
Servicios de cuidado intermedio pediátrico x 100.000 habitantes, en cada localidad



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



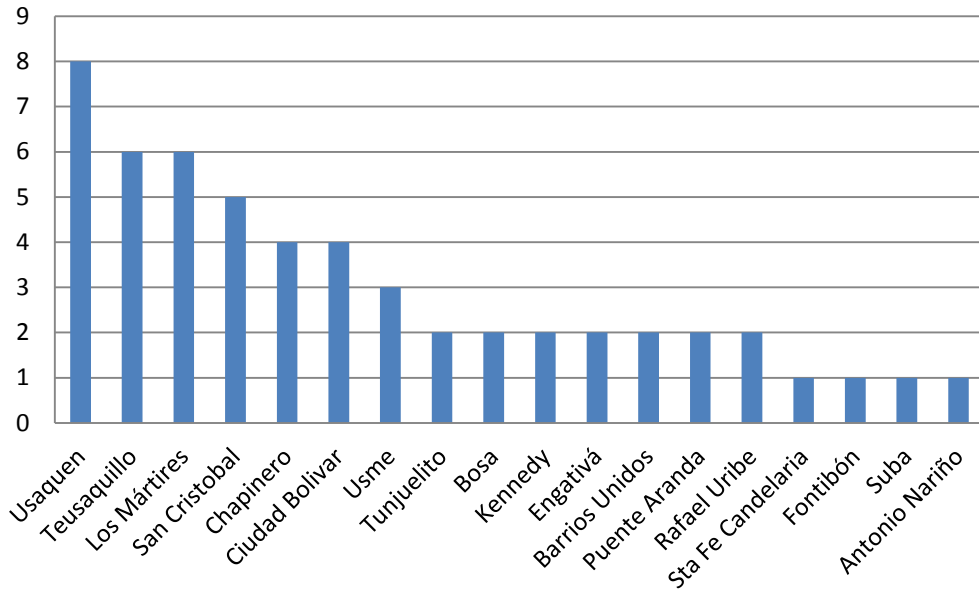
**Tasa de mortalidad menores de un año por enfermedades prevenibles
(EDA, IRA e inmunoprevenibles) x 1000 nacidos vivos,
según residencia de la madre, promedio 2005-2010,
y servicios de cuidado intermedio pediátrico, por localidad**



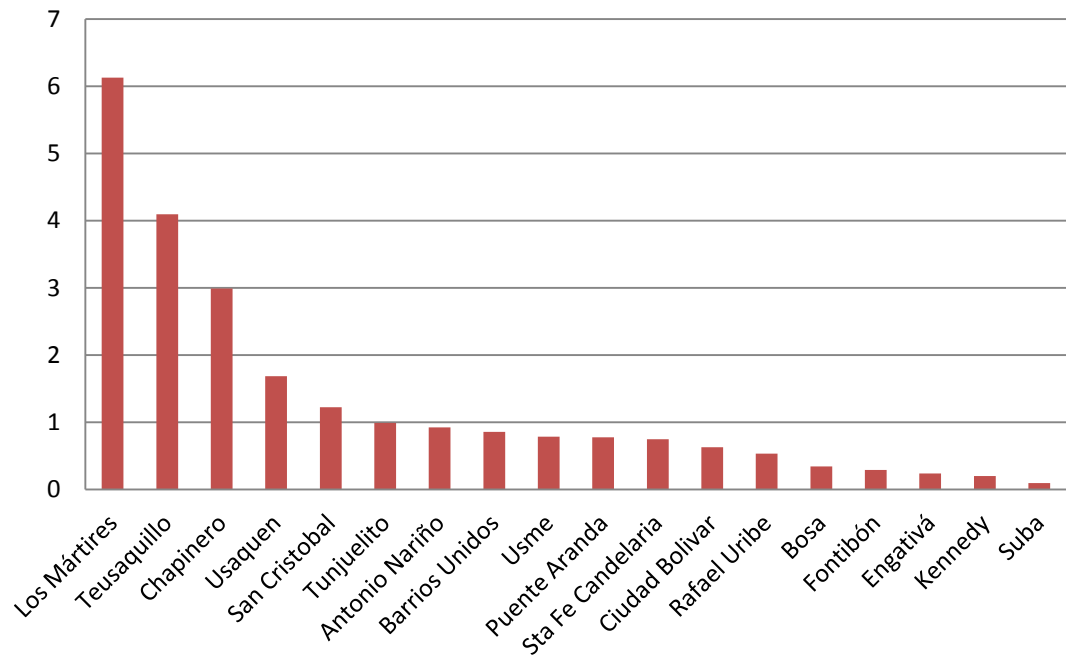
Servicios obstétricos y neonatales

- 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.

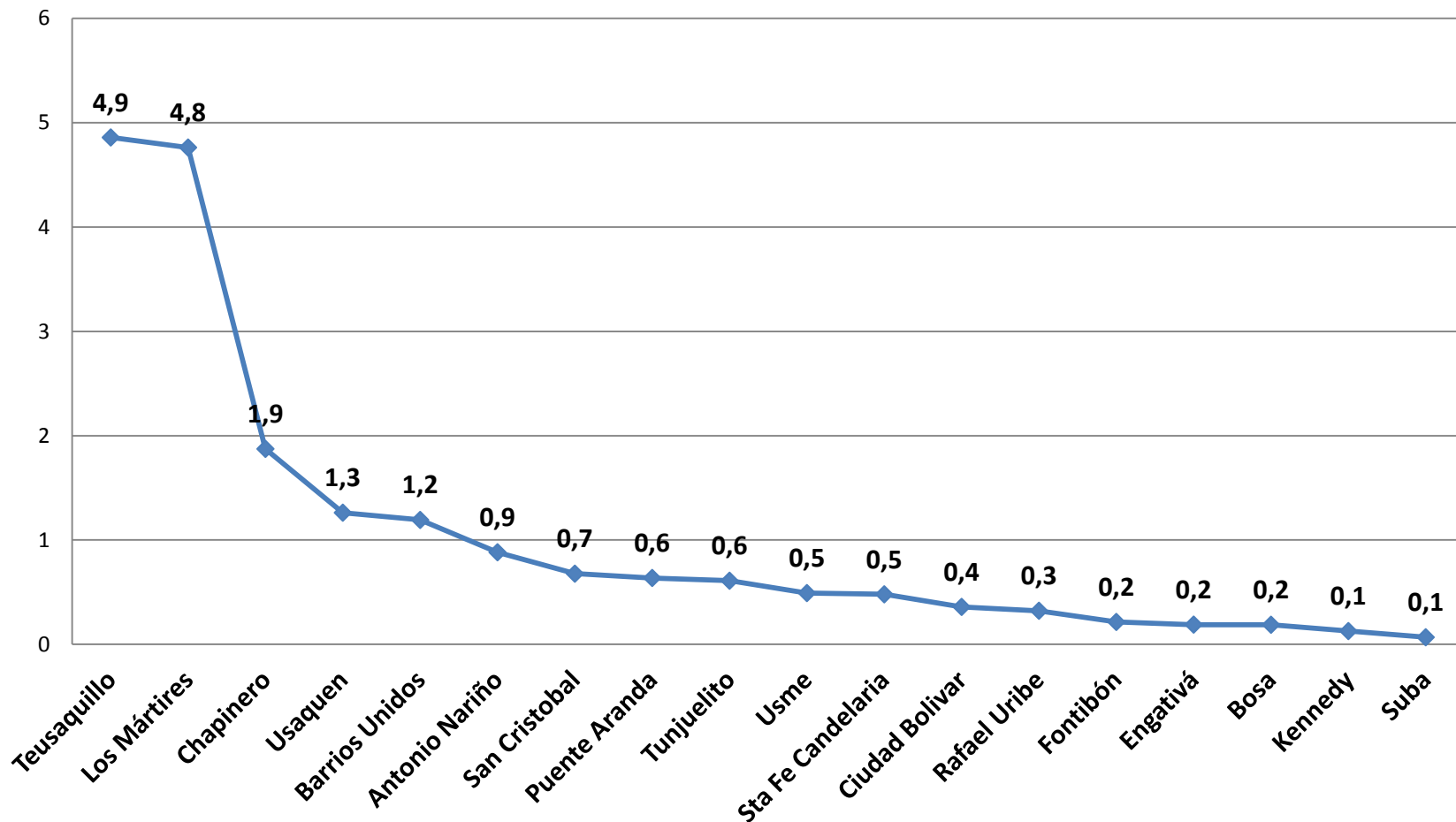
Servicios de hospitalización en Obstetricia, por localidad



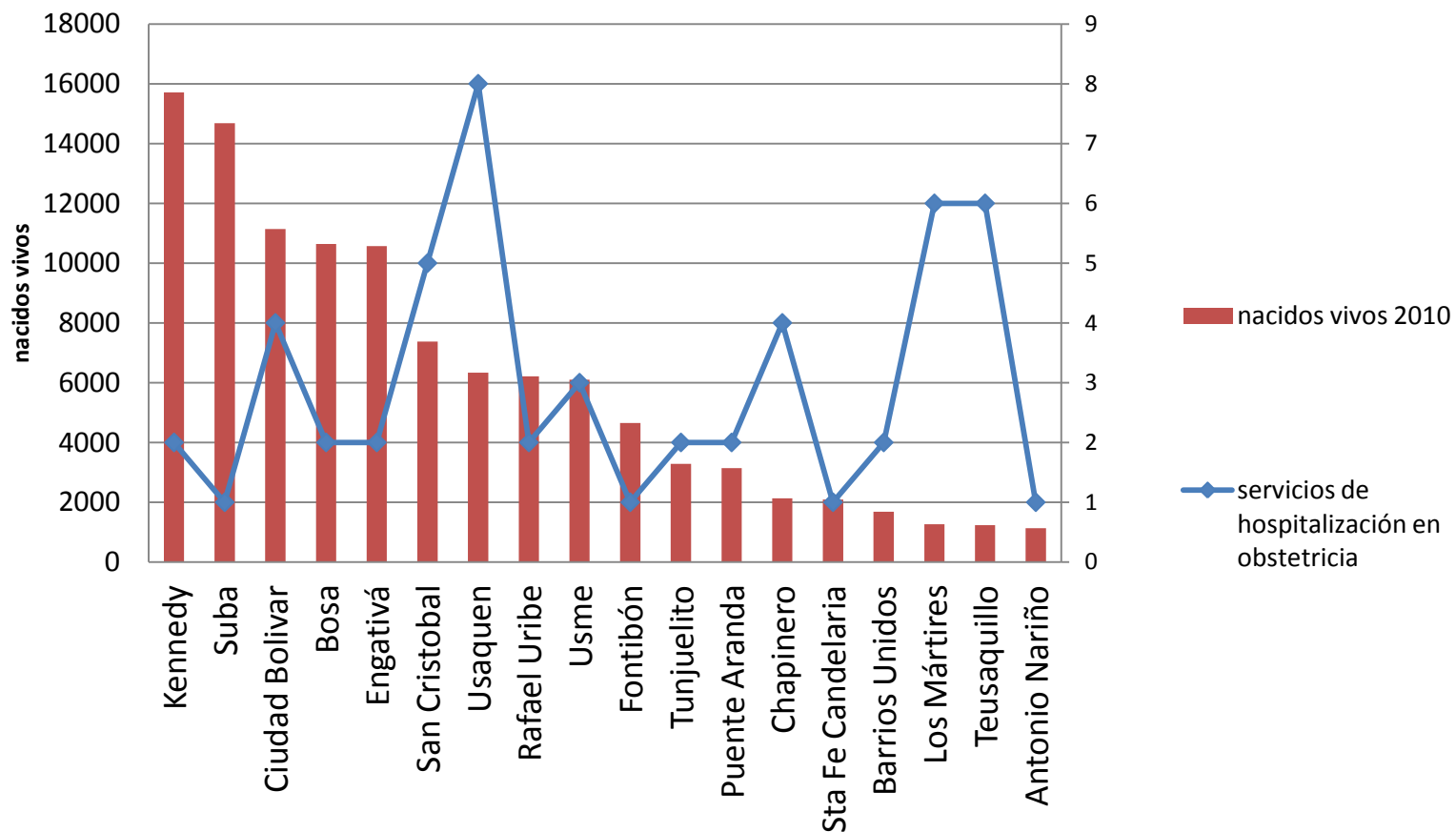
Servicios de hospitalización en Obstetricia x 100.000 habitantes, en cada localidad



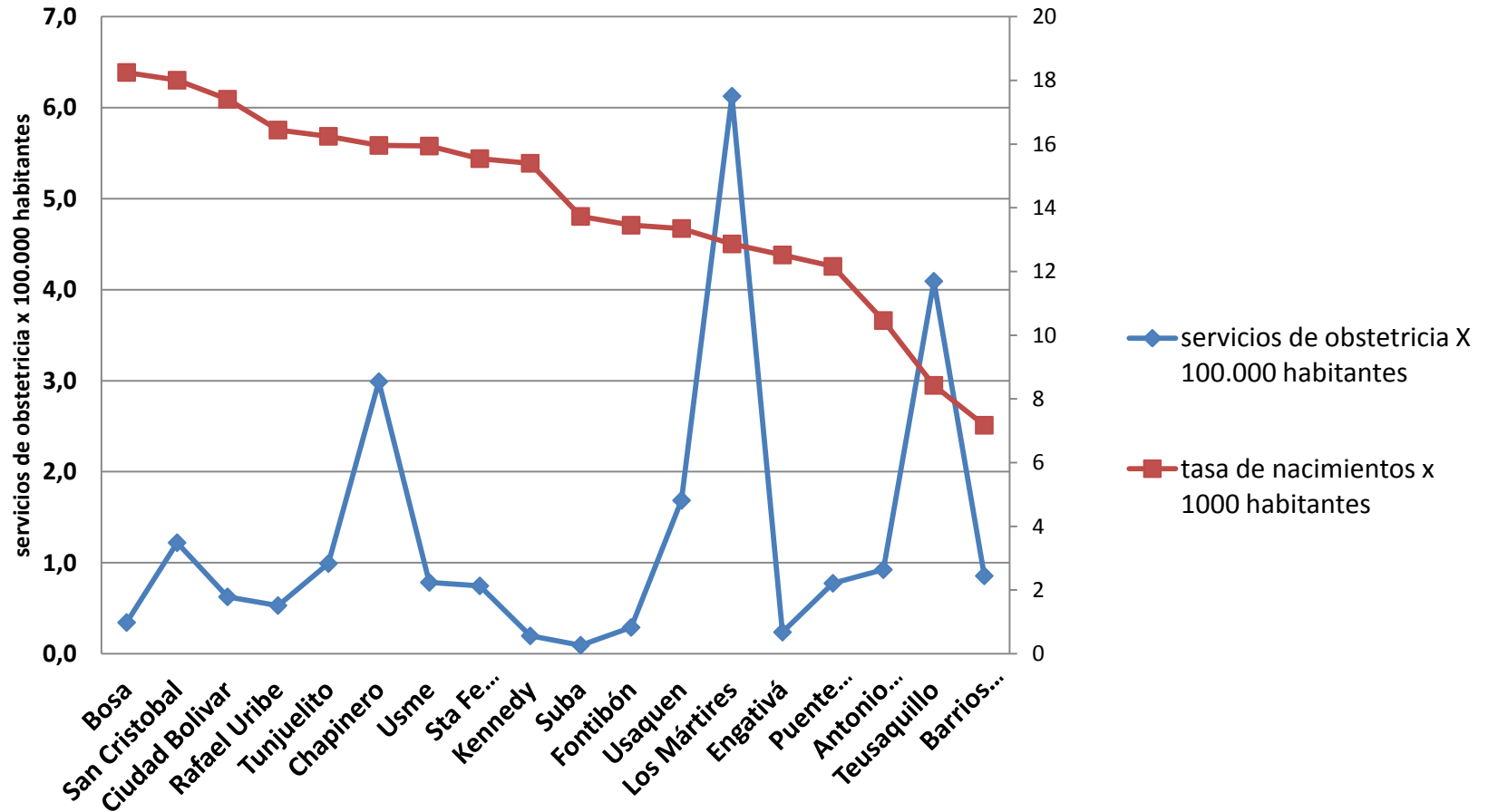
Servicios hospitalarios de obstetricia x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, en cada localidad 2010



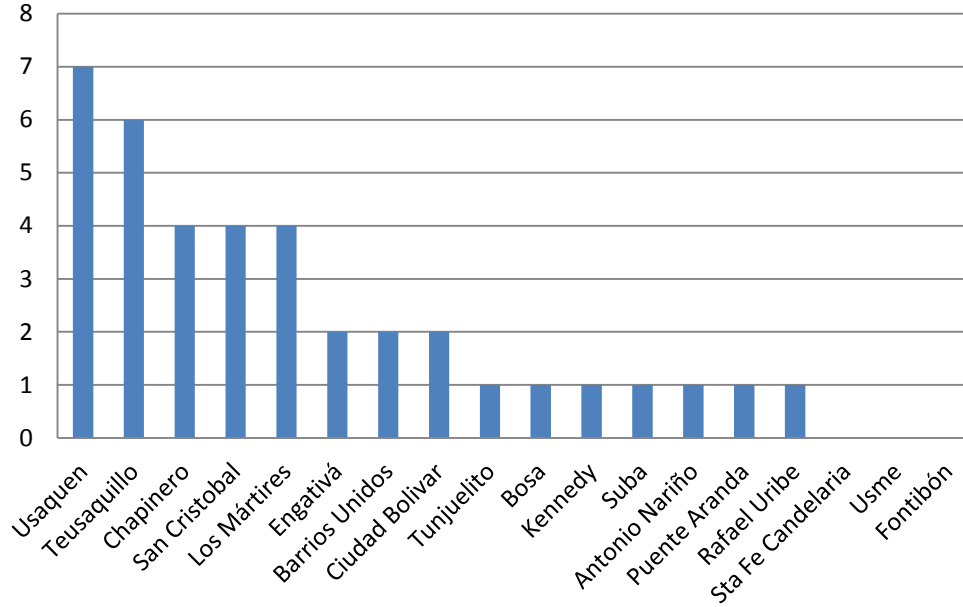
Nacidos vivos 2010, por residencia de la madre, y servicios de hospitalización en obstetricia, por localidad



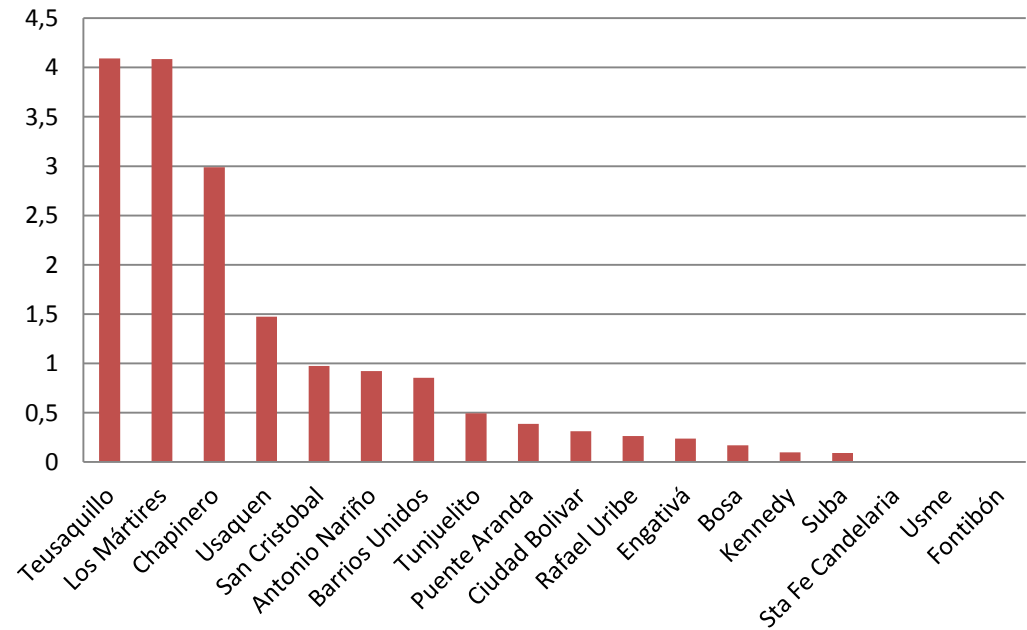
Tasa de nacimientos X 1000 habitantes y servicios de obstetricia X 100.000 habitantes en cada localidad



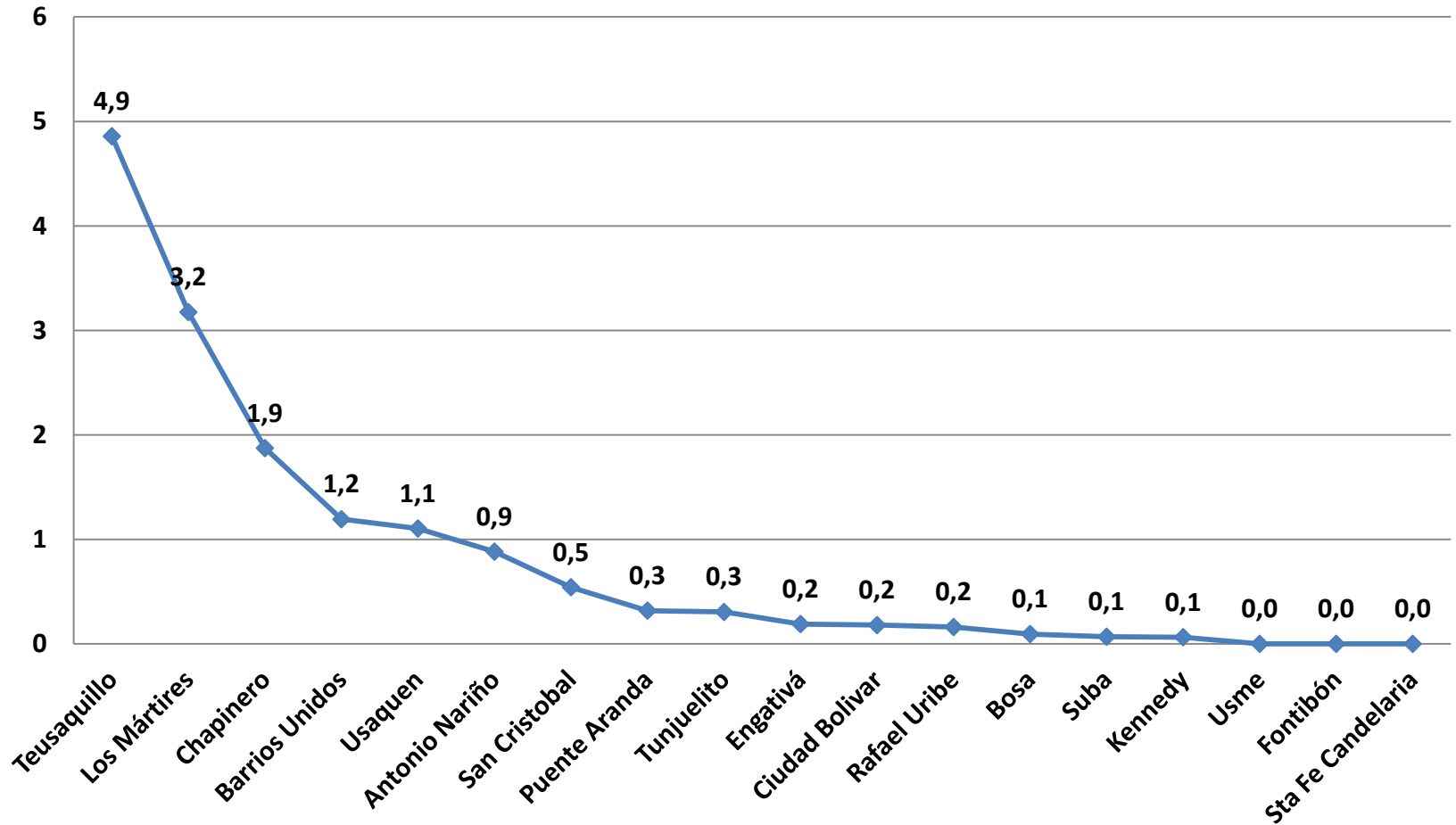
Servicios de Cuidado Intermedio neonatal, por localidad



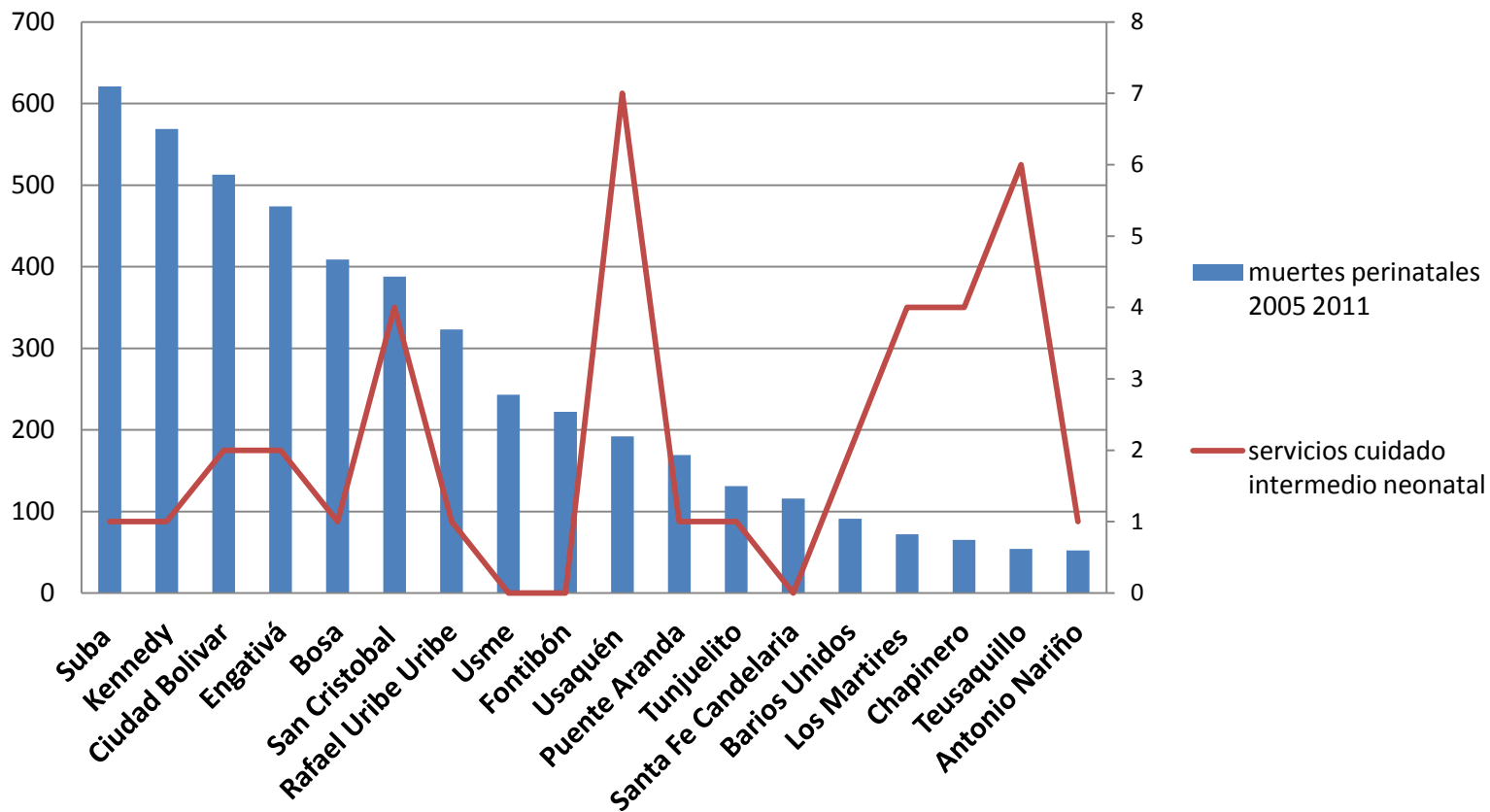
Servicios de Cuidado Intermedio neonatal x 100.000 habitantes, en cada localidad



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



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.

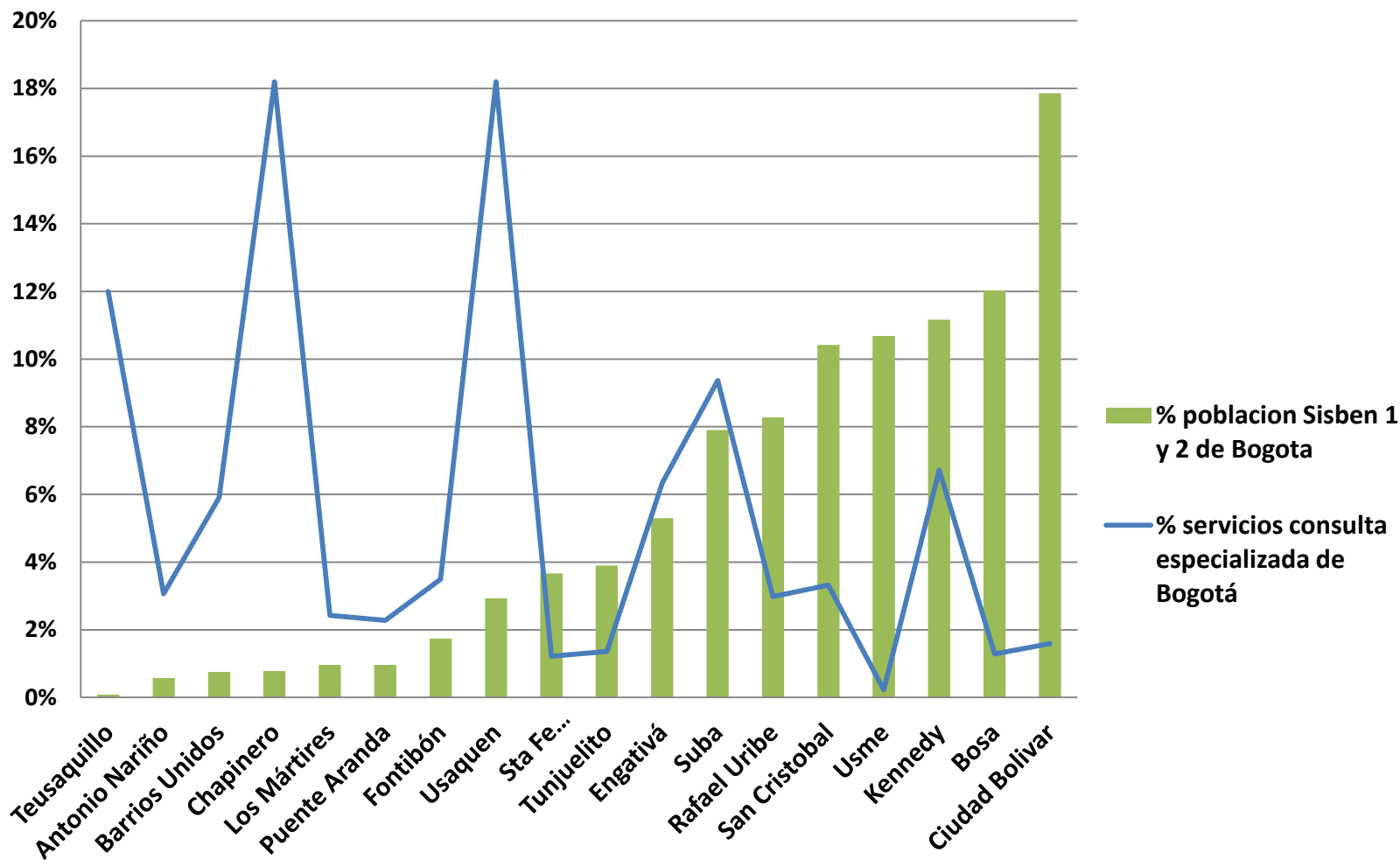
Análisis de equidad

- El marco teórico desarrollado en el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá reconoce que:
- 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.

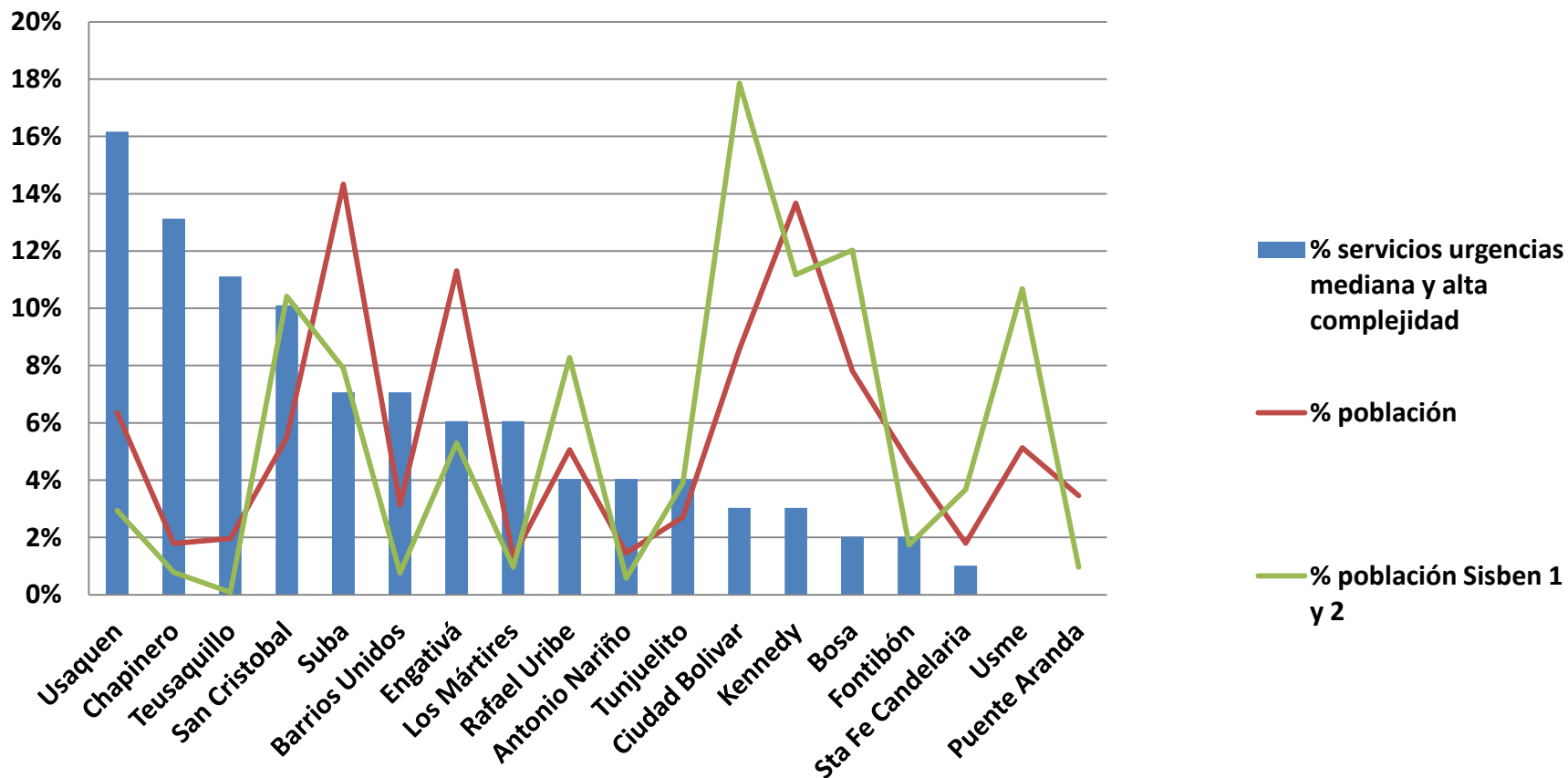
Análisis de equidad

- 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. (Martínez 2007) (Braveman y Gruskin 2003) (OPS 1998) .
- En este caso realizamos un primer análisis con una variable proxy de posición social, es aquella utilizada precisamente por el Estado para determinar que familias se encuentran en condición de pobreza y requieren subsidios de salud y otros sectores. Utilizaremos la población identificada por el SISBEN en los Niveles 1 y 2, según cifras de la propia Secretaría para el 2011, con el fin de observar la relación entre concentración de población pobre y oferta de servicios por localidad.
- En las siguientes gráficas se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS del Distrito se aleja consistentemente de la población más pobre y por tanto más necesitada en términos de salud.

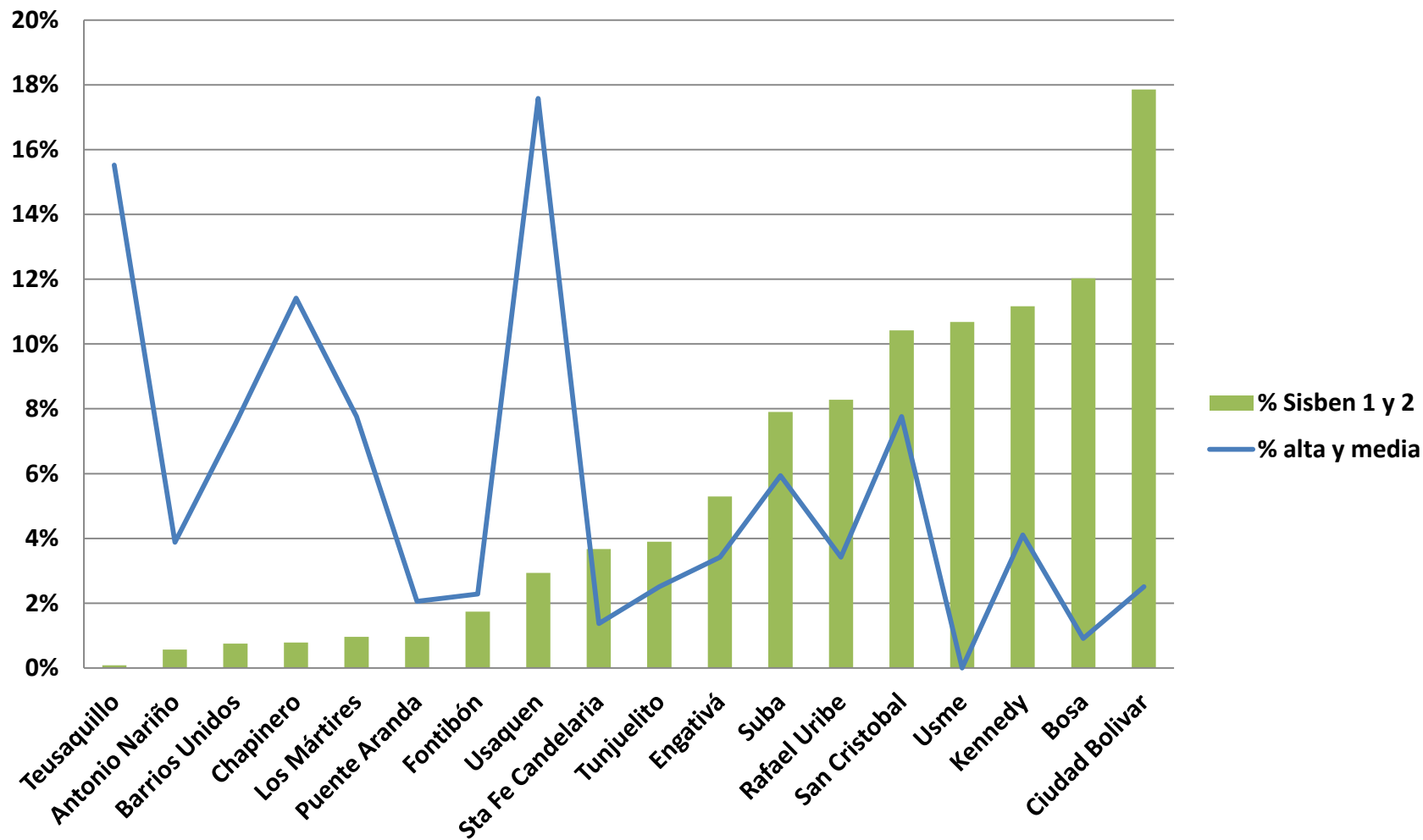
Porcentaje de servicios de consulta especializada de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad en cada localidad



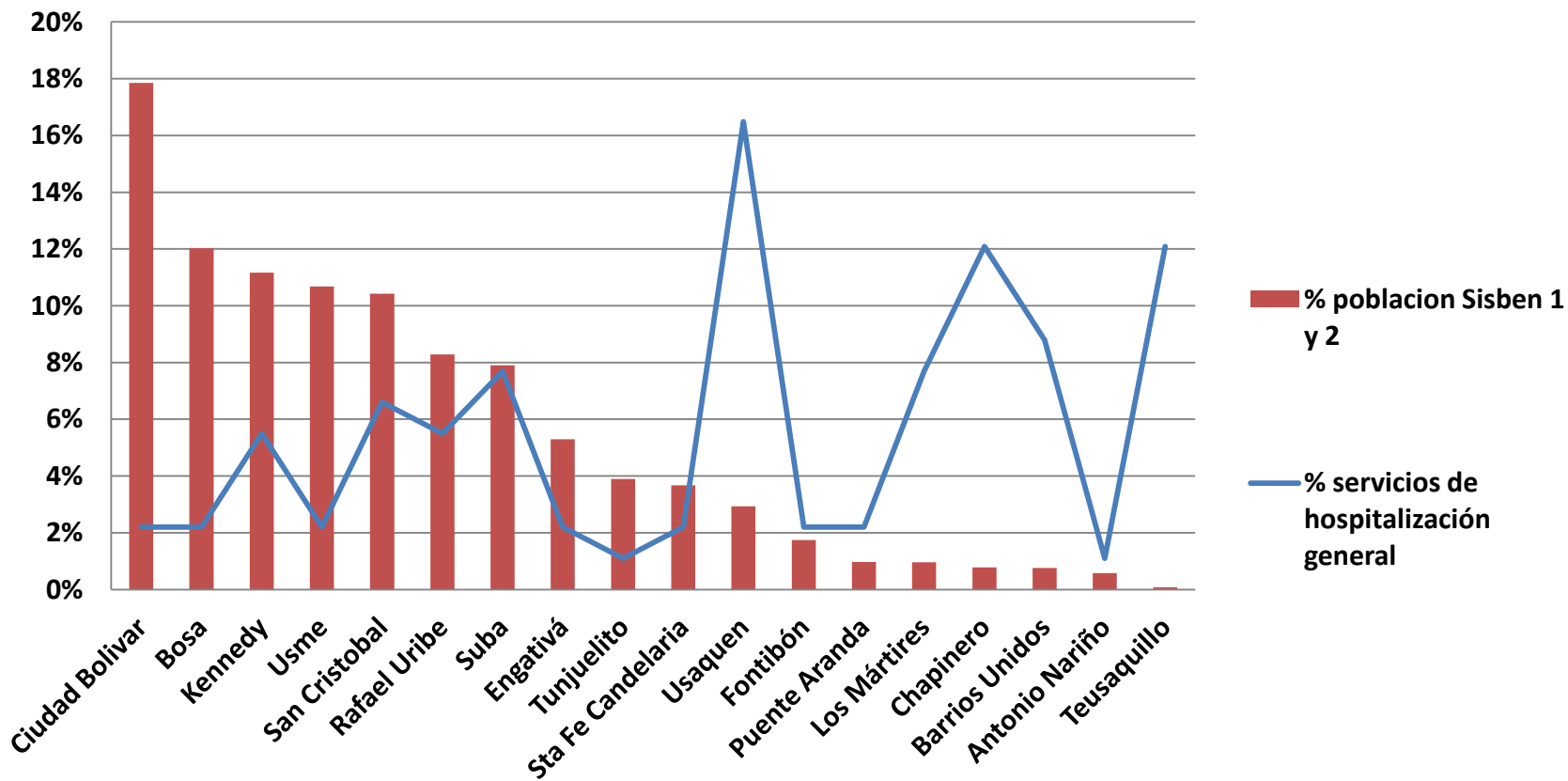
Porcentaje de servicios de urgencias de mediana y alta complejidad en la ciudad respecto a porcentaje de población total y porcentaje de población Sisben 1 y 2 en la ciudad, por cada localidad



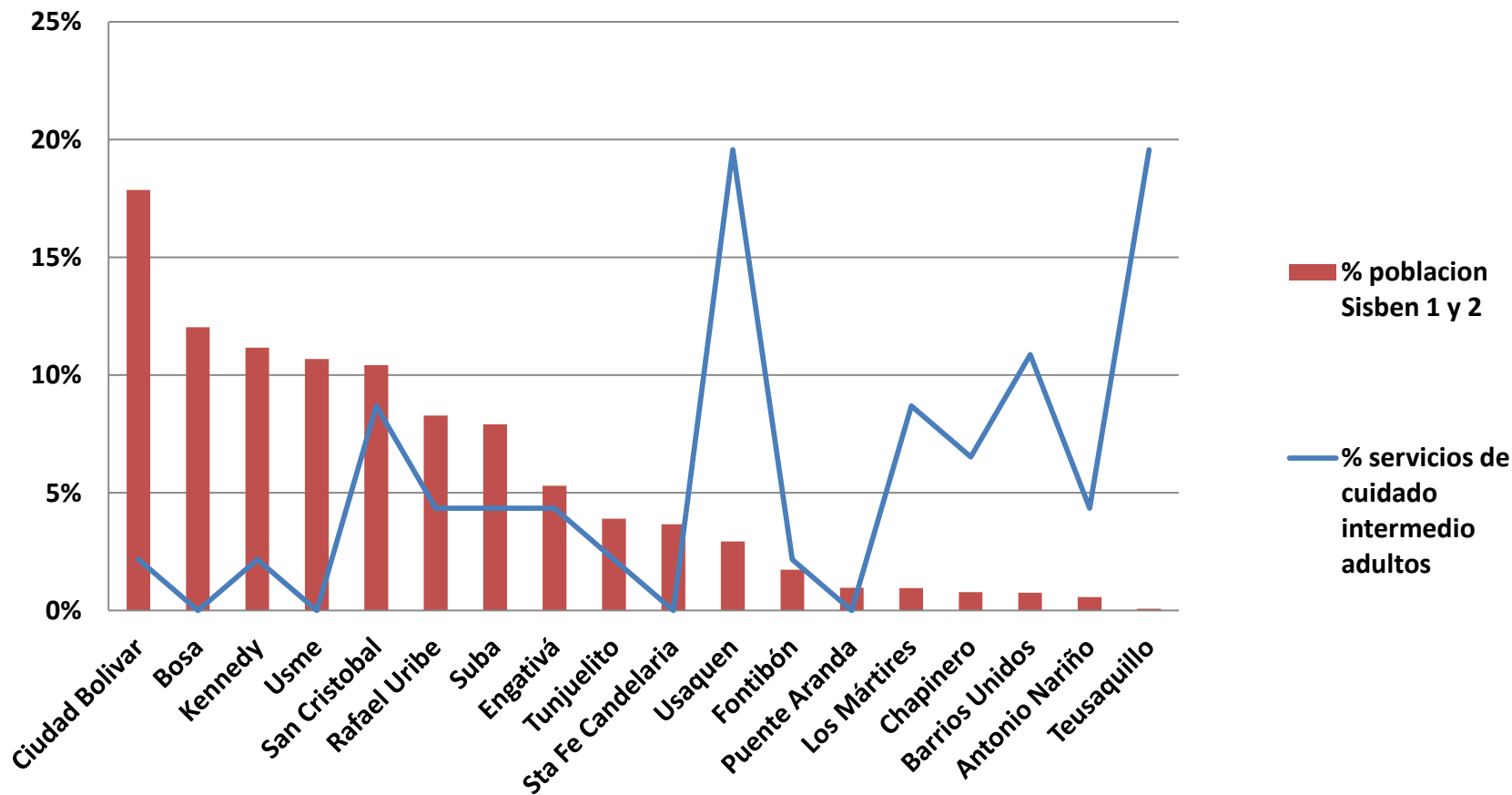
Porcentaje de servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad en la ciudad y porcentaje de población Sisben 1 y 2 en la ciudad, por cada localidad



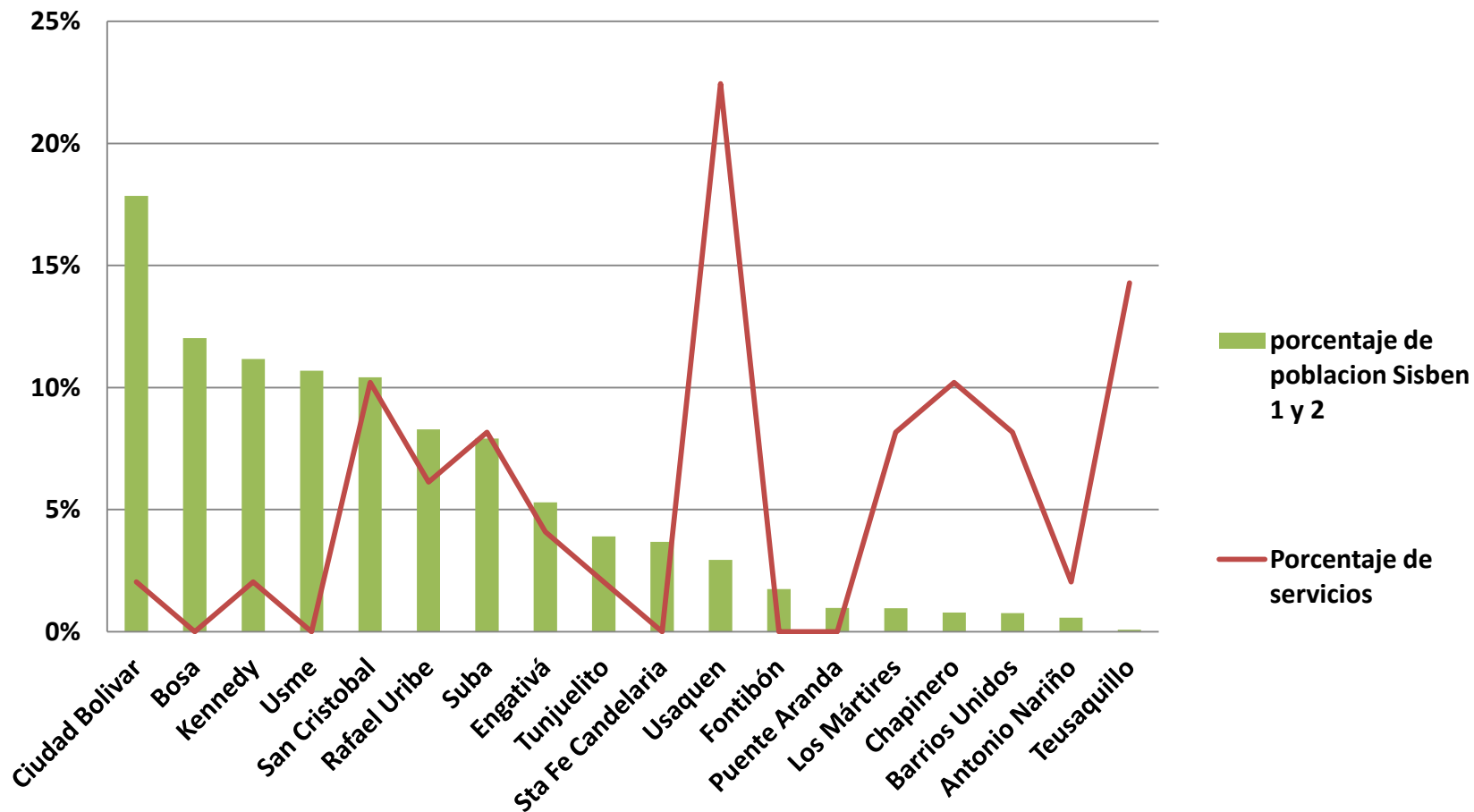
Porcentaje de servicios de hospitalización general adultos de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



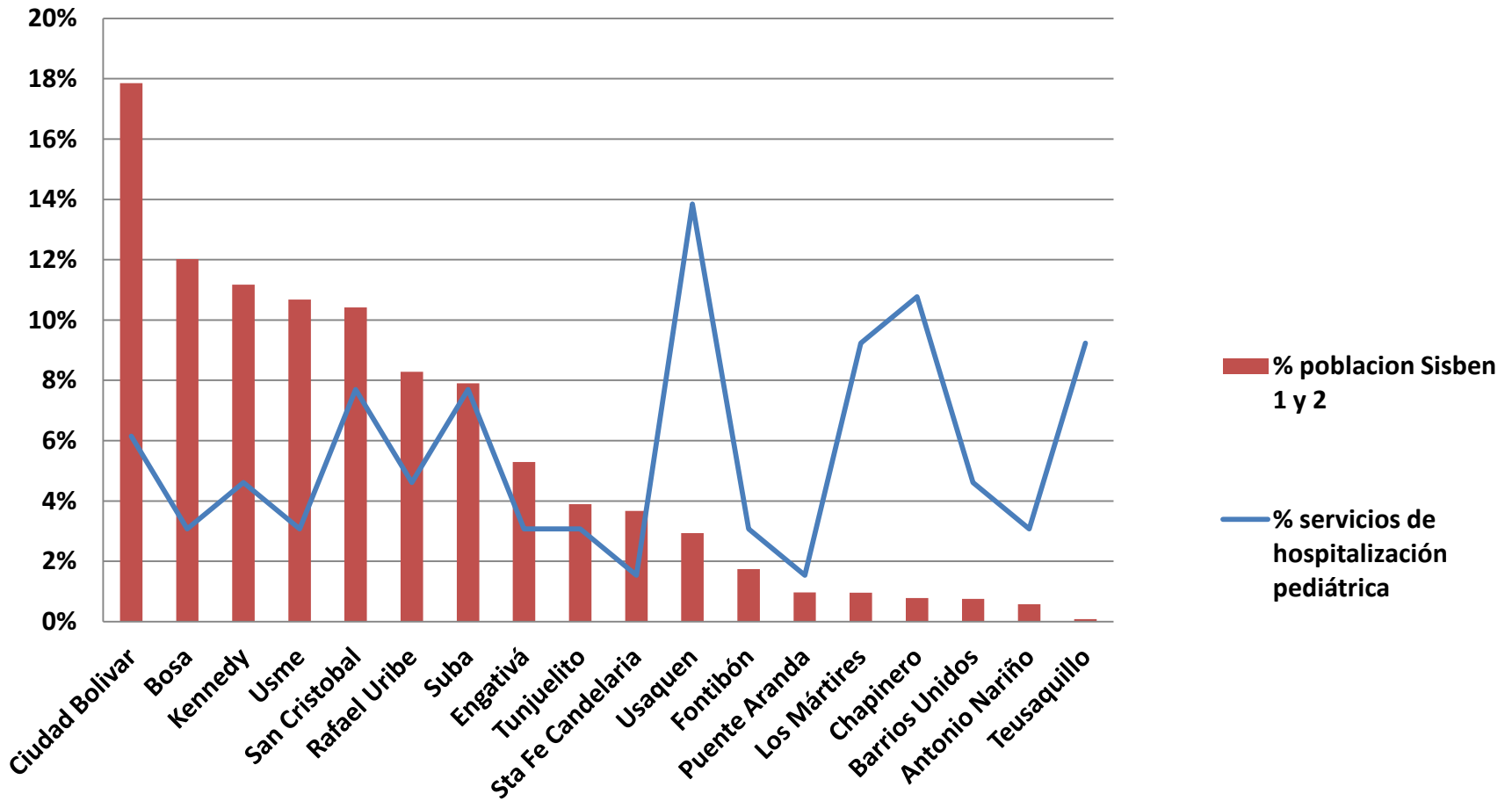
Porcentaje de servicios de cuidado intermedio adultos de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



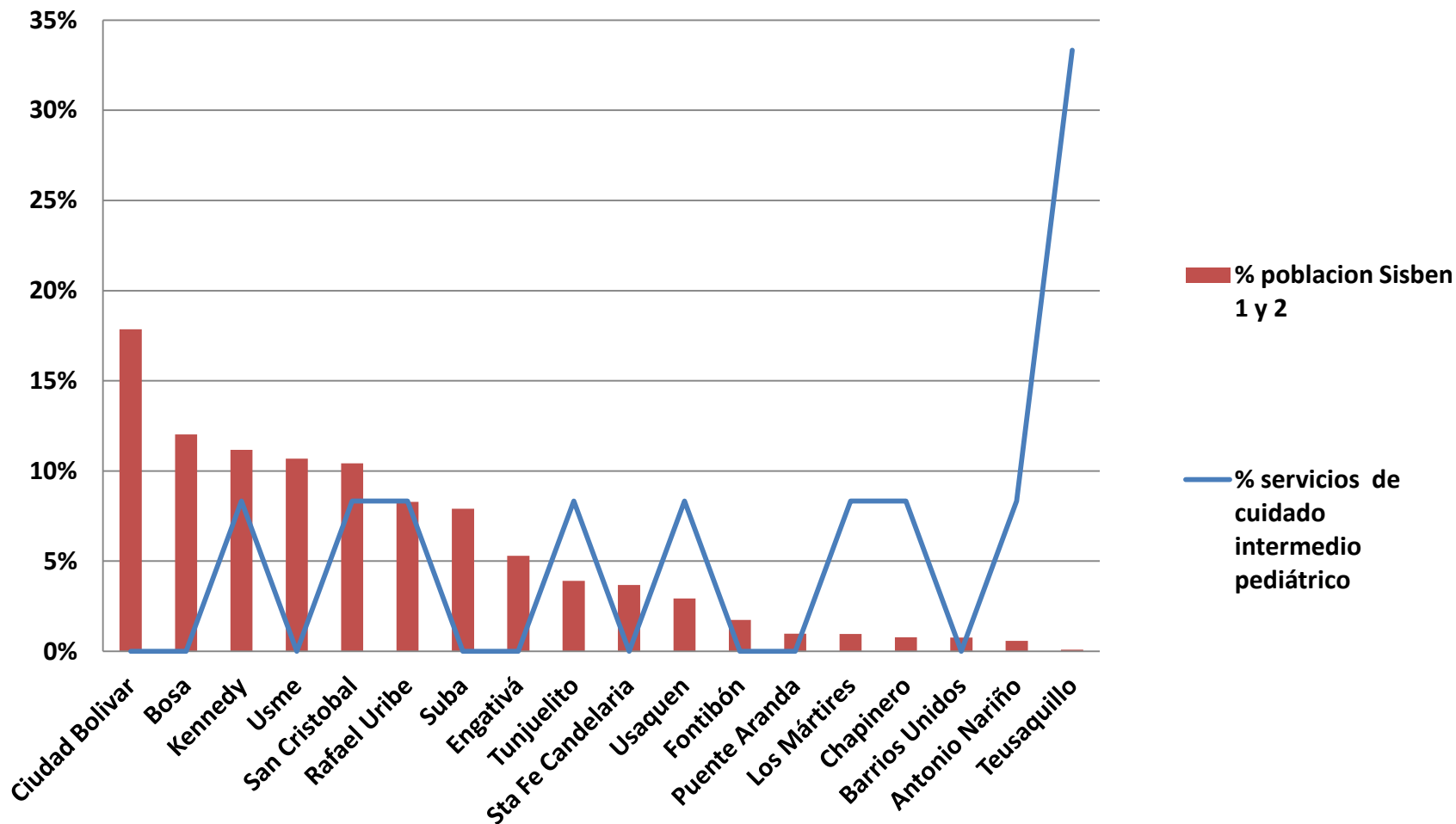
Porcentaje de servicios de cuidado intensivo adultos de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad en cada localidad



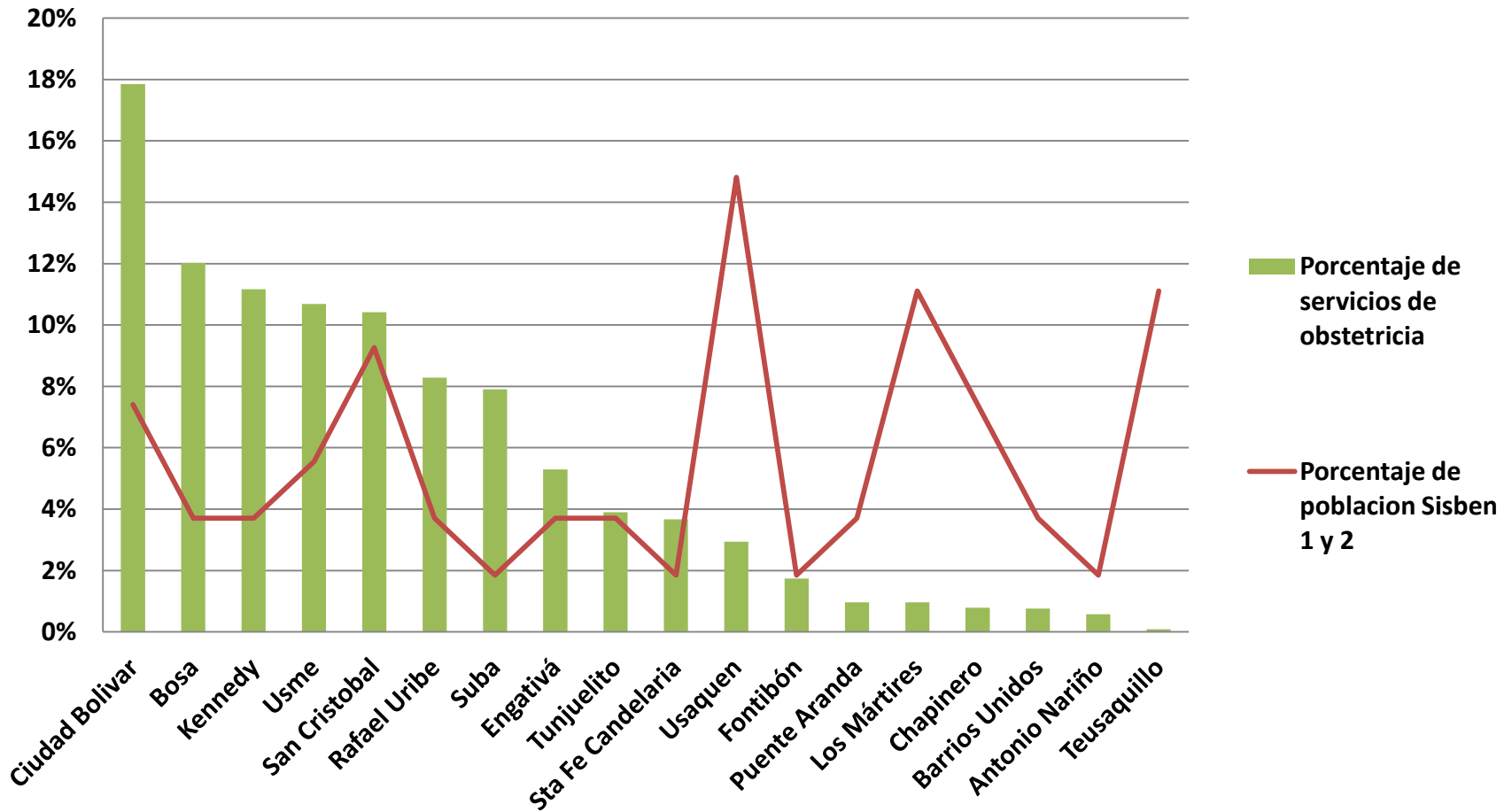
Porcentaje de servicios de Hospitalización Pediátrica de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad en cada localidad



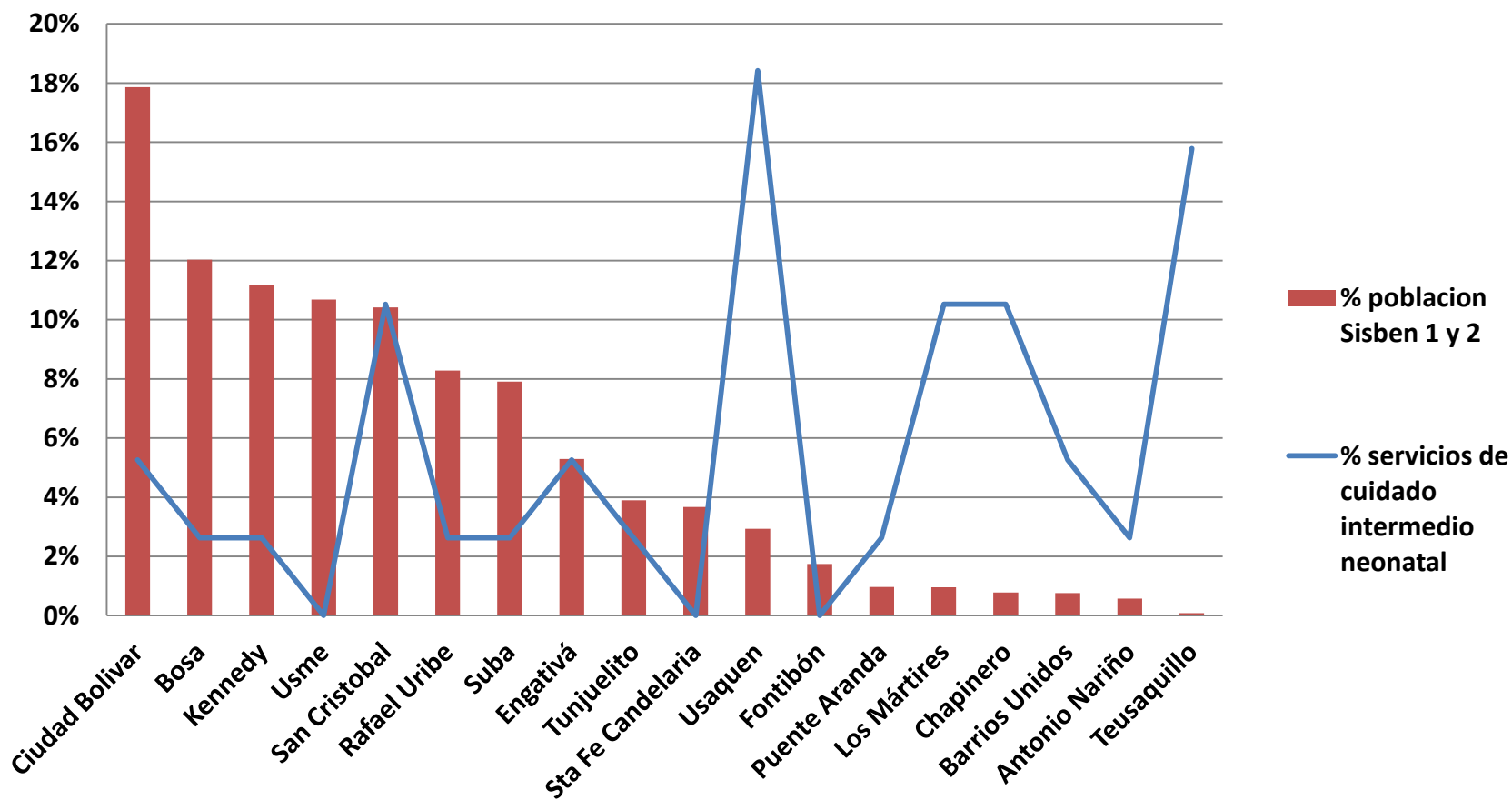
Porcentaje de servicios de cuidado intermedio pediátrico de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad en cada localidad



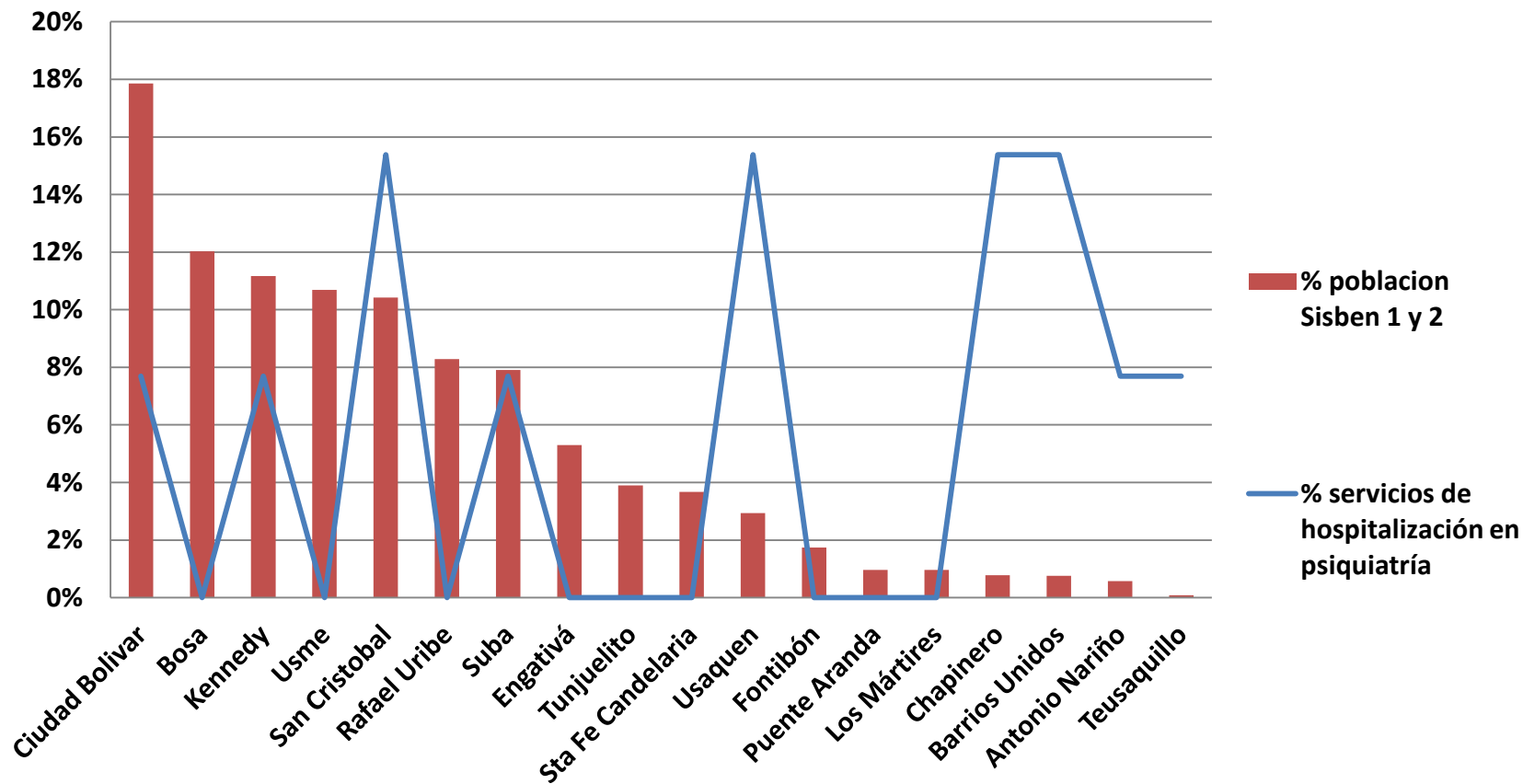
Porcentaje de servicios de hospitalización en obstetricia de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



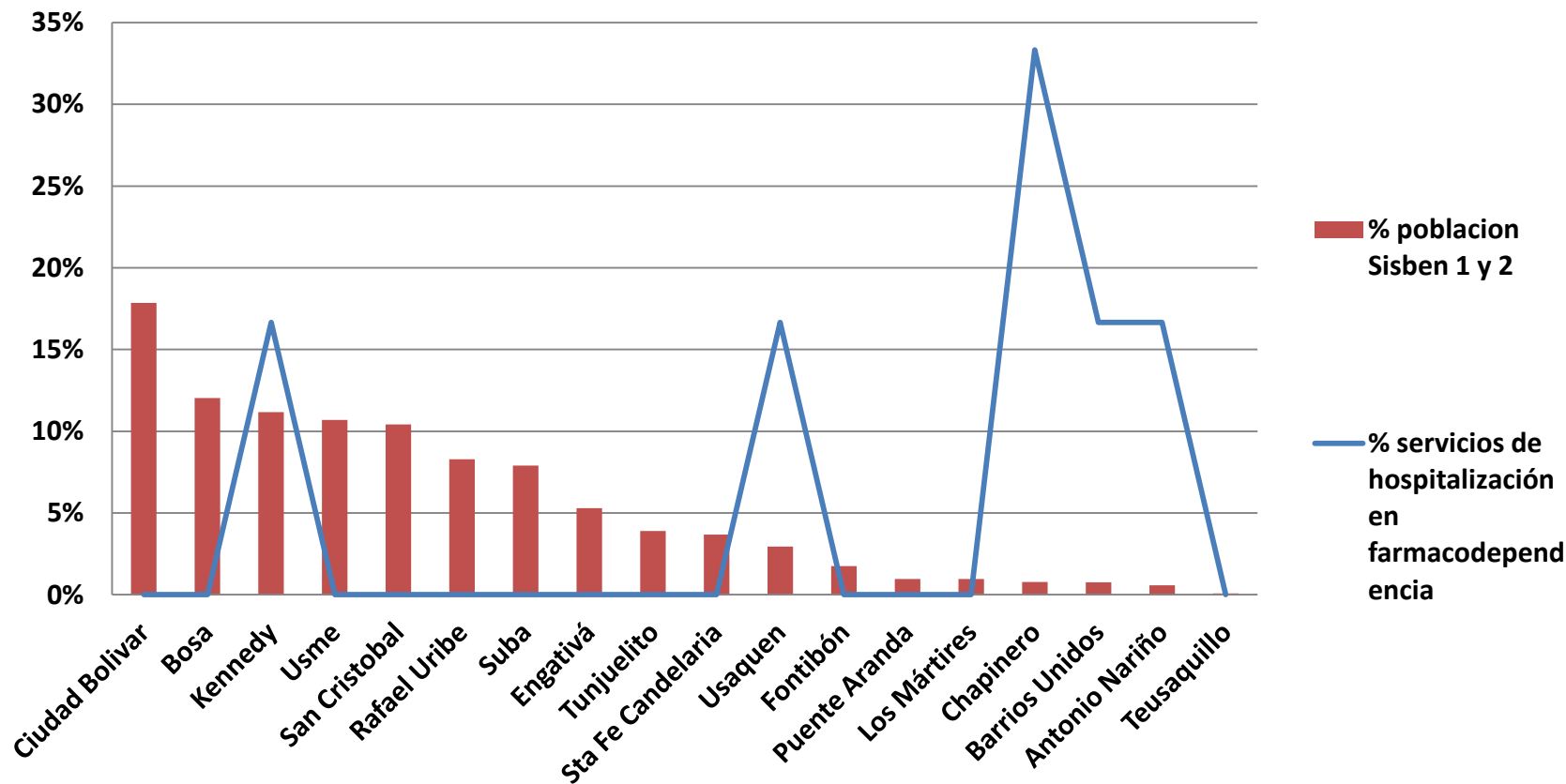
Porcentaje de servicios de cuidado intermedio neonatal de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, en cada localidad



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

- Este informe de avance demuestra cuan profunda y estructural es la injusticia de nuestra sociedad, catalogada en los últimos informes de organismos internacionales como el PNUD, la CEPAL o el mismo Banco Mundial como una de las sociedades más inequitativas del mundo.
- Las diferencias sociales son algo mucho más complejo que la diferencia de ingresos en una sociedad tan inequitativa, suponen como muestran los estudios de equidad en salud mayores riesgos en salud y menores oportunidades de protección efectiva frente a la enfermedad.
- Muestran estos avances igualmente una ciudad profundamente fraccionada por clases sociales, que se ubican correspondiendo a esas diferencias de clase y de derechos en el espacio geográfico del Distrito y evidencian que a las posiciones más bajas en la escala social no les llega la oferta de servicios de salud mientras que a las más altas les llega en demasía.

Interrogantes y desafíos

- Deja abierta la pregunta de cómo asigna el mercado, si supuestamente el aseguramiento y la garantía de la demanda iban a garantizar el acceso igualitario a los servicios.
- Deja el interrogante de que como se decide crear y ubicar un servicio de salud, si por la necesidad de los usuarios o por la comodidad de los profesionales de la salud.
- Deja en claro la profunda responsabilidad y el enorme desafío del Estado para corregir tan grandes inequidades.