COLECCIÓN LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ENCRUCIJADA

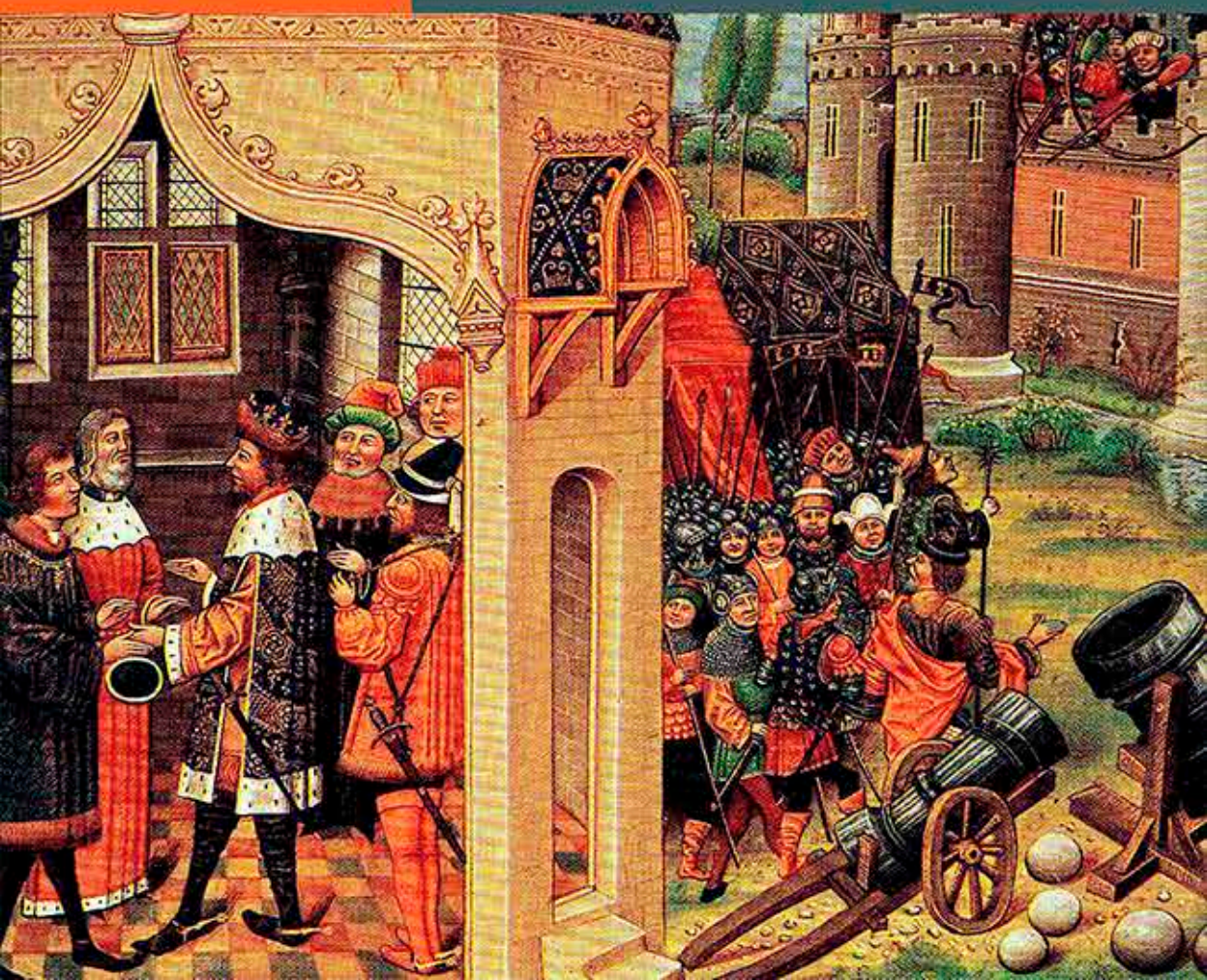
Inequidad en salud en Bogotá

Convocatoria: para la acción colectiva

DARÍO I. RESTREPO B.
MARIO E. HERNÁNDEZ
(EDITORES)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO - CID

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ HUMANA



COLECCIÓN

LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ENCRUCIJADA

Inequidad en salud en Bogotá

Convocatoria:
para la acción colectiva

COLECCIÓN **LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ENCRUCIJADA**

Inequidad en salud en Bogotá

Convocatoria:
para la acción colectiva

Darío I. Restrepo B.
Mario E. Hernández
(Editores)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO - CID

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ HUMANA

Bogotá D.C., Diciembre de 2012

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Restrepo Botero, Darío Indalecio –1958, Hernández Álvarez, Mario Esteban –1962.

Inequidad en Salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva • La seguridad social en la encrucijada • Decsi Astrid Arévalo Hernández, Oscar Fresneda Bautista, Daniel Alfonso Garavito Jiménez, Mario Esteban Hernández Álvarez, Jorge Martínez Collantes, Félix Martínez Martín, Oscar Rodríguez Salazar, Darío Indalecio Restrepo Botero • Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID, 2012.

ISBN: 978-958-761-389-6

1. Salud pública – Bogotá 2. Política social – Bogotá 3. Indicadores de condiciones de salud – Bogotá 4. Seguridad social 5. Calidad de vida – Bogotá 6. Política pública – Bogotá 7. Equidad 8. Posición social I. Arévalo Hernández, Decsi Astrid II. Fresneda Bautista, Óscar III. Garavito Jiménez, Daniel Alfonso IV. Hernández Álvarez, Mario Esteban V. Martínez Collantes, Jorge VI. Martínez Martín, Félix VII. Rodríguez Salazar, Óscar VIII. Restrepo Botero, Darío Indalecio.

CDD-14. 353.6 / 2012

Colección: La seguridad social en la encrucijada
Tomo VII: Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva

© Universidad Nacional de Colombia
© Facultad de Ciencias Económicas
© Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID
Calle 44 No. 45-67 Bloque B4
Teléfono (57-1) 3165000 Ext 10357
www.cid.unal.edu.co

© Secretaría Distrital de Salud
Cr. 32 No. 12- 81
Bogotá DC, Colombia
Teléfono (57-1) 364 9090
www.saludcapital.gov.co

Editores: Darío Indalecio Restrepo B. y Mario E. Hernández Álvarez
Corrección de estilo: Alonso Restrepo y Óscar Enrique Alfonso
Diseño de carátula: Alejandra Rodríguez Lozano
Diseño y diagramación: Marca Publicidad Ltda.
Impresión: Marca Publicidad Ltda.

Primera edición
Bogotá DC, Colombia – Diciembre de 2012

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

Gustavo Francisco Petro Urrego
Alcalde Mayor de Bogotá.
Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D.C.
Aldo Enrique Cadena Rojas
Subsecretario Distrital de Salud de Bogotá, D.C.
Martha Liliana Cruz Bermúdez
Directora de Planeación y Sistemas
Alix Solangel García Ruíz
Coordinadora Grupo de Investigaciones
y Cooperación Internacional

Comisión Interna de Trabajo del Observatorio:

Germán Antonio Granada Osorio
Dirección de Planeación y Sistemas
María Nancy Becerra Beltrán
Dirección de Planeación y Sistemas
Guerly Alfonso López Palacios
Dirección de Planeación y Sistemas
Jairo Hernán Ternera Pulido
Dirección de Aseguramiento
Amparo María Hincapié Sarmiento
Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano
Luís Jaime Hernández Nizo
Dirección Jurídica y de Contratación
Daibeth Elena Henríquez Iguaran
Dirección de Salud Pública
Carlos Ariel Lizarazo Rodríguez
Dirección Financiera
Angélica María Zambrano
Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
Diana Patricia Gamboa
Grupo de Investigaciones y Cooperación

Apoyo Técnico Grupo de Información

Martha Lucía Hincapié Molina
Dirección de Planeación y Sistemas
Francisco Bernal Quitian
Dirección de Planeación y Sistemas

Universidad Nacional de Colombia

Ignacio Mantillaprada
Rector General

Jorge Ivan Bula Escobar
Vicerrector General

Juan Manuel Tejeiro
Vicerrector Académico

Catalina Ramírez
Secretaria General

Maria Clemencia Vargas Vargas
Vicerrectora Sede Bogotá

Facultad de Ciencias Económicas

Jose Guillermo Garcia Isaza
Decano

Rafael O. Suarez Eugenio
Vicedecano Académico

Centro de Investigaciones para el Desarrollo
CID

Jorge Armando Rodríguez
Director

Vilma Yolanda Narvaez Narvaez
Subdirectora

Observatorio para la Equidad
en Calidad de Vida y Salud para Bogotá
SDS - UNAL convenio 1246-2011

Mario Esteban Hernández Álvarez
Director del Proyecto Observatorio IV Fase

Patricia Martínez Barragán
Coordinadora General

Investigadores del Observatorio
Miembros de GPS del CID

Óscar Fresneda Bautista
Mario Esteban Hernández Álvarez
Félix Martínez Martín
Darío L. Restrepo Botero
Óscar Rodríguez Salazar
Decsi Astrid Arévalo Hernández
Patricia Martínez Barragán
Daniel Alfonso Garavito Jiménez

Otros Miembros de GPS del CID
Ives Lebonniec
Alfredo Rueda
Germán Chaparro
Claudia Pico
Julián Vivas
Raúl Cárdenas

Autores
Decsi Astrid Arévalo Hernández
Óscar Fresneda Bautista
Daniel Alfonso Garavito Jiménez
Mario Esteban Hernández Álvarez
Jorge Martínez Collantes
Félix Martínez Martín
Óscar Rodríguez Salazar
Darío L. Restrepo Botero

Tabla de Contenido

pág.

Prólogo 27
Presentación 31

Capítulo I
Desigualdades en calidad de vida y salud en Bogotá-2003-2011 41
Introducción
Aspectos conceptuales y metodológicos **45**
El modelo de determinantes sociales de la salud 45
Clases sociales como expresión de la posición social 47
Calidad de vida 61
Las desigualdades en calidad de vida 2003-2011 **73**
La calidad de vida urbana en 2011 73
Cambios en la calidad de vida 2003-2011 85
Las desigualdades en la dimensión de salud 2003-2011 **107**
El índice de salud y alimentación 2011 107
Indicadores simples de las desigualdades en alimentación y salud 2011 114
Evolución de las condiciones de salud 1997-2011 129
Conclusiones **136**
Apéndice **140**
Valores de las ponderaciones de las variables del hogar que integran los índices y subíndices del índice de calidad de vida urbana simplificada (ICVUS) 140
Valores de las ponderaciones de las variables de la dimensión vivienda del ICVUS 142
Valores de las ponderaciones de las variables de la dimensión calidad ambiental del ICVUS 143

Capítulo II
Índices de riesgo y protección. Evolución de la equidad en salud. Bogotá 2007-2011 145
Introducción **147**
Índice de salud-enfermedad, deterioro o daño 148
Índice de riesgo 150
Índice de protección 151
Conclusiones de la investigación previa 153
Cuarta etapa del observatorio: análisis de las tendencias en la equidad de la calidad de vida y la salud (2007-2011) 154
Marco teórico **154**
El derecho a la salud 154
El concepto salud-enfermedad 157
Posición social 160
Equidad en salud 162

pág.

Objetivos **165**
Objetivo general 165
Objetivos específicos 165
Metodología **166**
Fuente de datos 166
Proceso estadístico 166
Análisis factorial: construcción del índice 166
Modelo de ecuaciones estructuradas: comprobación de la invarianza de los pesos a través del tiempo 167
Índice de deterioro en salud (modelo) 168
Resultados 2011 **171**
Índice de deterioro o daño en salud 171
Índice de riesgo en salud 177
Índice de protección 184
Relaciones entre los índices 2011 191
Comparación de los índices 2007 y 2011 **194**
Comparación índice de deterioro 2007-2011 195
Comparación índice de riesgo 2007-2011 199
Comparación resultados del índice de protección 2007-2011 203
Conclusiones **207**

Capítulo III
Evolución de variables simples de desigualdad en estado de salud, protección y riesgo. Bogotá 2007-2011 209
Selección de variables y evolución de las variables indicadoras de estado de salud, protección y riesgo, Bogotá 2007-2011 **212**
Selección de variables 213
Evolución de las variables, 2007-2011 216
Evolución de las desigualdades en variables de condición de salud, protección y riesgo. Bogotá 2007-2011 **217**
Comportamiento de la condición de salud 218
Comportamiento de la protección 219
Comportamiento del riesgo 223
Comparación entre protección y riesgo 225
Mediciones de desigualdad **226**
Brecha de desigualdad 226
Desigualdad a través de la razón de tasa 227
Situación por localidades del Distrito Capital **231**
Consideraciones finales **237**

Capítulo IV
Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital 239
Antecedentes y justificación **241**
Marco teórico **244**
El enfoque de equidad en salud 244
La localización de la infraestructura sanitaria: entre la equidad y la eficiencia 246

pág.

Objetivos **248**
Objetivo general 248
Objetivos específicos 248
Metodología **248**
Resultados **250**
Servicios de consulta externa 251
Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica 255
Servicios hospitalarios 259
Análisis de equidad **278**
Evidenciar la relación entre condición de salud y posición social 278

Capítulo V
Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades 2005 – 2011 291
Introducción **293**
Marco teórico y situacional **294**
Equidad en salud 294
Mortalidad materna e infantil 296
Objetivos **297**
Objetivo general: 297
Objetivos específicos: 297
Metodología **298**
Fuentes de información 298
Procesamiento y análisis 298
Resultados **300**
Evolución de la mortalidad materna 2005-2011 300
Análisis de desigualdades en mortalidad materna 303
Evolución de la mortalidad infantil (menores de un año de edad) 2005-2011 312
Análisis de desigualdades en mortalidad por era, eda e inmunoprevenibles 319
Diferencias por localidades y análisis de inequidad 323
Conclusiones 331
Anexo 1. Tabla de enfermedades evitables, según la clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión (CIE 10) 332

Capítulo VI
Evaluación de la política de gratuidad en hospitales públicos para poblaciones prioritarias definidas 335
Antecedentes y justificación **337**
Marco de referencia **340**
La gratuidad como parte de los sistemas de protección social construidos a partir de una concepción sobre derechos 340
Evaluación de políticas públicas 346
Objetivos **348**
Objetivo general 348
Objetivos específicos 348

pág.

Metodología **348**
Análisis a partir de los registros estadísticos de la SDS 349
Análisis a partir de las encuestas de calidad de vida 2007 y multipropósito 2011 350
Análisis de resultados y evaluación de impacto de la política de gratuidad **350**
Análisis a partir de la información de servicios disponible en la SDS (RIPS) 354
Análisis comparado de las preguntas básicas de acceso a los servicios, contenidas en las encuestas de calidad de vida 2007 y 2011 366
Síntesis de resultados y conclusiones **372**

Capítulo VII
Hacia la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local, desde una experiencia de capacitación 375
Presentación **377**
La experiencia de capacitación **378**
Alcances y limitaciones **381**
Propuesta metodológica para la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local **383**
Institucionalización 383
Formación 384
Comunicación 385
Movilización 385
A manera de conclusión **386**

Capítulo VIII
El plan distrital de desarrollo Bogotá humana y la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá 387
Presentación **389**
La orientación ético-política general del PDD Bogotá humana y del PTS 2012-2016 y sus relaciones con el enfoque de equidad del observatorio **390**
Implicaciones de los hallazgos del observatorio en su cuarta fase **397**
Propuestas para afectar inequidades desde Bogotá humana y el plan territorial de salud **401**
En el ámbito local 402
En el ámbito distrital 404
En el ámbito nacional 406
A manera de conclusión **408**

Bibliografía **409**

Los Autores **421**

Índice de Gráficos

pág.

Gráfico 1.1.	Modelo para el análisis y seguimiento de las inequidades en salud	46
Gráfico 1.2.	Distribución de los ocupados, por posiciones de clase social. Bogotá, 2011	53
Gráfico 1.3.	Distribución porcentual de los ocupados, por posiciones de clase social, según estrato socioeconómico. Bogotá, 2011	57
Gráfico 1.4.	Distribución porcentual de los ocupados, por posiciones de clase social, según localidad. Bogotá, 2011	57
Gráfico 1.5.	Tendencia de la participación de los ocupados de 12 y más años de edad en las posiciones de clase social. Bogotá, 1994-2011	60
Gráfico 1.6.	Porcentaje de la participación de los ocupados de 12 y más años de edad en las posiciones de clase social. Bogotá, 1994-2011	60
Gráfico 1.7.	Comparación de los promedios, por estrato, del índice de calidad de vida urbana y del índice de calidad de vida urbana simplificada (ICVUS) –Bogotá, 2011	73
Gráfico 1.8.	Promedio del índice de calidad de vida urbano (ICVU) y de sus componentes. Bogotá, 2011	74
Gráfico 1.9.	Distribución de los subíndices de las dimensiones de la calidad de vida urbana, Bogotá, 2011	75
Gráfico 1.10.	Promedio del índice de calidad de vida urbana, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011	76
Gráfico 1.11.	Promedio de algunos subíndices de calidad de vida urbana, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011	76
Gráfico 1.12.	Promedio de los subíndices de educación y trabajo, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011	77
Gráfico 1.13.	Promedio de subíndices de movilidad, no discriminación y solidaridad y asociación, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011	77
Gráfico 1.14.	Promedio del subíndice de capacidad de pago, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011	78
Gráfico 1.15.	Icvu por estrato socio económico. Bogotá 2011	80
Gráfico 1.16.	Promedios de los índices de las dimensiones de la calidad de vida urbana, por estratos socioeconómicos. Bogotá, 2011	81
Gráfico 1.17.	Promedio del icvu por localidades. Bogotá, 2011	83
Gráfico 1.18.	Tendencia del icvus por estrato socioeconómico y total. Bogotá, 2003 – 2011	85
Gráfico 1.19.	Evolución del icvus en los años 2003, 2007 y 2011, por estrato socioeconómico. Bogotá	86
Gráfico 1.20.	Evolución del índice simplificado de salud en los años 2003, 2007 y 2011. Bogotá	87
Gráfico 1.21.	Evolución del índice simplificado de vivienda en los años 2003, 2007 y 2011. Bogotá	88
Gráfico 1.22.	Evolución del índice simplificado de calidad ambiental en los años 2003, 2007 y 2011. Bogotá	88
Gráfico 1.23.	Evolución del índice simplificado de educación en los años 2003, 2007 y 2011. Bogotá	88
Gráfico 1.24.	Promedios del icvus en las localidades de Bogotá, 2003 – 2011	90
Gráfico 1.25.	Promedio del índice de salud en las diferentes localidades. Bogotá, 2003- 2011	92
Gráfico 1.26.	Promedio del índice de vivienda en las diferentes localidades. Bogotá, 2003- 2011	93
Gráfico 1.27.	Promedio del índice de calidad ambiental en las diferentes localidades. Bogotá, 2003- 2011	94
Gráfico 1.28.	Promedio del índice de educación en las diferentes localidades. Bogotá, 2003- 2011	95
Gráfico 1.29.	Tendencia del promedio del icvus en el período 2003 – 2011, por posiciones de clase social. Bogotá	96
Gráfico 1.30.	Tendencia del promedio del índice simplificado de vivienda por posición de clase social. Bogotá, 2003 – 2011	98
Gráfico 1.31.	Tendencia del promedio del índice simplificado de salud por posición de clase social. Bogotá, 2003 – 2011	99

pág.

Gráfico 1.32. Tendencia del promedio del índice simplificado de educación por posición de clase social. Bogotá, 2003 – 2011 100
Gráfico 1.33. Tendencia del promedio del índice simplificado de calidad ambiental por posición de clase social. Bogotá, 2003 – 2011 101
Gráfico 1.34. Relación entre el índice de calidad de vida urbana y el índice de calidad de vida 103
Gráfico 1.35. Índice de condiciones de vida y sus componentes. Bogotá, 2003-2011 103
Gráfico 1.36. Promedio del índice de alimentación y salud, por deciles del índice de capacidad de pago. Bogotá 107
Gráfico 1.37. Índices de capacidad de pago y alimentación, por localidades. Bogotá, 2011 108
Gráfico 1.38. Coeficientes de correlación entre el índice de alimentación y salud y los de otras dimensiones de la calidad de vida urbana. Bogotá, 2011 109
Gráfico 1.39. Promedio del índice de alimentación y salud de los hogares, por posición de clase social del jefe. Bogotá, 2011 111
Gráfico 1.40. Promedio del subíndice de salud de los hogares, por posición de clase social del jefe. Bogotá, 2011 111
Gráfico 1.41. Promedio del subíndice de alimentación de los hogares por posición de clase social del jefe. Bogotá, 2011 112
Gráfico 1.42. Promedio del índice de alimentación y salud, por localidades. Bogotá 113
Gráfico 1.43. Condiciones de vulnerabilidad en la alimentación, por estratos socioeconómicos (porcentajes). Bogotá, 2011 115
Gráfico 1.44. Condiciones de vulnerabilidad en la alimentación, por deciles del índice de capacidad de pago (porcentajes). Bogotá, 2011 116
Gráfico 1.45. Condiciones de vulnerabilidad en la alimentación, por deciles del índice de capacidad de pago (2-porcentajes). Bogotá, 2011 117
Gráfico 1.46. Condiciones de vulnerabilidad en la alimentación por localidades (porcentajes). Bogotá, 2011 118
Gráfico 1.47. Condiciones de vulnerabilidad en la alimentación, por posiciones de clase social (porcentajes). Bogotá, 2011 118
Gráfico 1.48. Personas (*), por estado percibido de salud y estrato socio-económico. Bogotá, 2011 119
Gráfico 1.49. Personas (*), por estado percibido de salud y posición de clase social. Bogotá, 2011 120
Gráfico 1.50. Porcentaje de personas (*) con discapacidad, por estratos socioeconómicos. Bogotá, 2011 121
Gráfico 1.51. Porcentaje de personas (*) con discapacidad, por posición de clase social. Bogotá, 2011 121
Gráfico 1.52. Distribución de la población con problemas de salud en los últimos 30 días, por forma de atención que tuvo para tratarlos, y estratos. Bogotá, 2011 125
Gráfico 1.53. Distribución de la población con problemas de salud en los últimos 30 días, por forma de atención que tuvo para tratarlos y posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011 125
Gráfico 1.54. Tasas de afiliación a la seguridad social en salud, por estratos socioeconómicos. Bogotá, 2011 126
Gráfico 1.55. Tasas de afiliación a la seguridad social en salud, por localidades. Bogotá, 2011 127
Gráfico 1.56. Porcentaje de afiliados a la sss, por posición de clase social de los ocupados. Bogotá, 2011 127
Gráfico 1.57. Tipo de afiliación a la seguridad social en salud, por estrato socioeconómico. Bogotá, 2011 128
Gráfico 1.58. Tipo de afiliación a la seguridad social en salud, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011 128
Gráfico 1.59. Porcentaje de población (*) con estado percibido de salud muy bueno o bueno, por estratos socio-económicos. Bogotá, 1997-2011 129
Gráfico 1.60. Porcentaje de población (*) con estado percibido de salud muy bueno o bueno, por posiciones de clase social. Bogotá, 1997-2011 130
Gráfico 1.61. Razón de tasa del porcentaje de población con percepción muy buena o buena en salud, entre estrato 1 y 6. Bogotá, 1997-2011 131

pág.

Gráfico 1.62. Razón de tasa del porcentaje de población con percepción muy buena o buena en salud, entre empleados domésticos y directivos. Bogotá, 1997-2011 131

Gráfico 1.63. Porcentaje de afiliación de la población ocupada a la seguridad social en salud. Bogotá, 1994-2011 132

Gráfico 1.64. Porcentajes de afiliación a la seguridad social en salud, por posición de clase social de los ocupados. Bogotá, 1994 - 2011 133

Gráfico 1.65. Porcentaje de población que es atendida por personal médico en caso de enfermedad o accidente, por estrato. Bogotá, 2003-2011 134

Gráfico 1.66. Porcentaje de población que es atendida por personal médico en caso de enfermedad o accidente, por posiciones de clase social. Bogotá, 2003-2011 135

Gráfico 1.67. Razón de tasa de la proporción de personas con enfermedad o accidente en los últimos 30 días, con atención de profesionales de la salud. Bogotá, 2003-2011 135

Gráfico 2.1. Índice de salud por estrato socioeconómico. Bogotá, 2007 149

Gráfico 2.2. Relación entre los promedios de los índices de salud y calidad de vida, según estrato socioeconómico. Bogotá, 2007. 150

Gráfico 2.3. Relación entre los promedios de los índices de salud y protección, según estrato socioeconómico. Bogotá, 2007 151

Gráfico 2.4. Relación entre los promedios delos índices de salud y protección, según estrato socioeconómico. Bogotá 2007 152

Gráfico 2.5. Índices de riesgo y protección, por estrato socioeconómico. Bogotá, 2007 152

Gráfico 2.6. Ámbito de la mirada sobre el fenómeno salud enfermedad 159

Gráfico 2.7. Áreas de medición de la desigualdad 164

Gráfico 2.8. Histograma de los valores propios del acd índice de deterioro 168

Gráfico 2.9. Razones de correlación índice de deterioro 169

Gráfico 2.10. Coeficientes e intervalos de confianza de las ponderaciones en el modelo de ecuaciones estructurales en los diferentes años 170

Gráfico 2.11. Primer plano factorial índice de deterioro 171

Gráfico 2.12. Índice de deterioro, según estrato 173

Gráfico 2.13. Índice de deterioro, según localidad 174

Gráfico 2.14. Índice de deterioro, según posición socio-ocupacional 176

Gráfico 2.15. Histograma de los valores propios de riesgo 177

Gráfico 2.16. Razones de correlación índice de riesgo 178

Gráfico 2.17. Primer plano factorial de riesgo 179

Gráfico 2.18. Índice de riesgo, según estrato 181

Gráfico 2.19. Índice de riesgo, según localidad. 182

Gráfico 2.20. Índice de riesgo, según posición socio-ocupacional 183

Gráfico 2.21. Histograma de los valores propios del acd 184

Gráfico 2.22. Razones de correlación 185

Gráfico 2.23. Primer plano factorial del índice de protección 186

Gráfico 2.24. Índice de protección, según estrato 188

Gráfico 2.25. Índice de protección, según localidad 189

Gráfico 2.26. Índice de protección según posición socio-ocupacional 190

Gráfico 2.27. Índices deterioro y riesgo, por estrato socioeconómico 191

Gráfico 2.28. Índices deterioro y protección, por estrato socioeconómico. 192

Gráfico 2.29. Índices riesgo y protección, por estrato socioeconómico. 193

Gráfico 2.30. Comparación, índices de deterioro 2007-2011, según estrato 195

Gráfico 2.31. Comparación índices deterioro 2007-2011, según localidad 196

Gráfico 2.32. Índices de deterioro 2007-2011 según decil de icv 197

Gráfico 2.33. Índices deterioro 2007-2011, según decil de ingresos 198

Gráfico 2.34. Índices riesgo 2007-2011, según estrato 199

Gráfico 2.35. Índices riesgo 2007-2011, según localidad 200

Gráfico 2.36. Índices de riesgo 2007-2011, según decil de icv 201

Gráfico 2.37.	Índices de riesgo 2007-2011, según decil de ingresos	202
Gráfico 2.38.	Comparación, índices de protección 2007-2011; según estrato	203
Gráfico 2.39.	Índices de protección 2007-2011, por localidades	204
Gráfico 2.40.	Índices de protección 2007-2011, según decil de icv	205
Gráfico 2.41.	Índices de protección 2007-2011, según decil de ingresos	206
Gráfico 3.1.	Evolución de las variables indicadoras del estado de salud, protección y riesgo. Bogotá, 2007-2011	216
Gráfico 3.2.	Evolución de la percepción de mal y regular estado de salud. Bogotá, 2007-2011.	218
Gráfico 3.3.	Evolución de la afiliación en regímenes contributivo y exceptuado, 2007-2011	219
Gráfico 3.4.	Contraste entre afiliación al régimen contributivo y percepción de mal y regular estado de salud. Bogotá, 2007-2011.	221
Gráfico 3.5.	Evolución en promoción y prevención. Bogotá, 2007-2011	222
Gráfico 3.6.	Evolución de la percepción de malas y regulares condiciones de vida. Bogotá, 2007-2011	223
Gráfico 3.7.	Evolución de los riesgos alimentarios. Bogotá, 2007-2011	224
Gráfico 3.8.	Comparación de indicadores de protección y riesgo. Bogotá, 2007-2011	225
Gráfico 3.9.	Evolución de las brechas entre estado de salud - protección - condiciones de vida. Bogotá, 2007-2011.	227
Gráfico 3.10.	Evolución de las brechas entre protección y riesgo. Bogotá, 2007-2011	228
Gráfico 3.11.	Comparación de las razones de tasa en riesgo alimentario. Bogotá, 2007-2011	230
Gráfico 3.12.	Evolución de las brechas estado de salud – protección, según localidad. Bogotá, 2007-2011	231
Gráfico 3.13.	Evolución de las brechas protección - riesgo, según localidad. Bogotá, 2007-2011	233
Gráfico 4.1.	Ips: servicios de consulta externa de baja complejidad, por localidad	251
Gráfico 4.2.	Ips: servicios de consulta externa especializados, por localidad.	252
Gráfico 4.3.	Ips: servicios de consulta externa de baja complejidad x 100.000 Habitantes, por localidad	253
Gráfico 4.4.	Ips: servicios de consulta externa de mediana complejidad x 100.000 Habitantes, por localidad	253
Gráfico 4.5.	Ips: servicios de consulta externa x 100.000 Habitantes, según complejidad, por localidad	254
Gráfico 4.6.	Ips: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad, por localidad	255
Gráfico 4.7.	Ips: servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de mediana complejidad, por localidad.	255
Gráfico 4.8.	Ips: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad, por localidad	256
Gráfico 4.9.	Ips: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad x 100.000 Habitantes, en cada localidad	256
Gráfico 4.10.	Ips: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de mediana complejidad x 100.000 Habitantes, en cada localidad	257
Gráfico 4.11.	Ips: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad x 100.000 Habitantes, en cada localidad	257
Gráfico 4.12.	Ips: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica según complejidad x 100.000 Habitantes, en cada localidad	258
Gráfico 4.13.	Servicios hospitalarios habilitados, por nivel de complejidad, por localidad	259
Gráfico 4.14.	Servicios hospitalarios de mediana complejidad x 100.000 Habitantes, en cada localidad	260
Gráfico 4.15.	Servicios hospitalarios de alta complejidad x 100.000 Habitantes, en cada localidad	260
Gráfico 4.16.	Servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad x 100.000 Habitantes, en cada localidad	261
Gráfico 4.17.	Servicios hospitalización general adultos, por localidad	262

pág.

Gráfico 4.18. Servicios de cuidado intermedio para población adulta, por localidad 263
Gráfico 4.19. Servicios de cuidado intensivo para población adulta, por localidad 263
Gráfico 4.20. Servicios de hospitalización general para población adulta x 100.000 Habitantes en cada localidad 264
Gráfico 4.21. Servicios de cuidado intermedio para personas adultas x 100.000 Habitantes en cada localidad 265
Gráfico 4.22. Servicios de cuidado intensivo para población adulta x 100.000 Habitantes, en cada localidad 265
Gráfico 4.23. Servicios de hospitalización pediátrica, por localidad 266
Gráfico 4.24. Servicios de cuidado intermedio pediátrico, por localidad 266
Gráfico 4.25. Servicios de cuidado intensivo pediátrico, por localidad 267
Gráfico 4.26. Servicios de hospitalización pediátrica x 100.000 Habitantes, en cada localidad 267
Gráfico 4.27. Servicios de cuidado intermedio pediátrico x 100.000 Habitantes, en cada localidad 268
Gráfico 4.28. Servicios de cuidado intensivo pediátrico por 100.000 Habitantes, en cada localidad 269
Gráfico 4.29. Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por enfermedades prevenibles (eda, ira e inmunoprevenibles) por 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre (promedio 2005-2010), y servicios de cuidado intermedio pediátrico, por localidad. 270
Gráfico 4.30. Servicios de hospitalización en obstetricia, por localidad 270
Gráfico 4.31. Servicios de hospitalización en obstetricia x 100.000 Habitantes, en cada localidad 271
Gráfico 4.32. Nacidos vivos, por residencia de la madre, y servicios de hospitalización en obstetricia, por localidad, 2010 271
Gráfico 4.33. Servicios hospitalarios de obstetricia x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, en cada localidad, 2010 272
Gráfico 4.34. Tasa de nacimientos x 1000 habitantes y servicios de obstetricia x 100.000 Habitantes en cada localidad 272
Gráfico 4.35. Servicios de cuidado intermedio neonatal, por localidad 273
Gráfico 4.36. Servicios de cuidado intensivo neonatal, por localidad 273
Gráfico 4.37. Servicios de cuidado intermedio neonatal x 100.000 Habitantes, en cada localidad 274
Gráfico 4.38. Servicios de cuidado intensivo neonatal x 100.000 Habitantes en cada localidad 274
Gráfico 4.39. Servicios de cuidado intermedio neonatal x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, en cada localidad, 2010 275
Gráfico 4.40. Muertes perinatales 2005-2011, según residencia de la madre, y servicios de cuidados intermedios perinatales, por localidad 275
Gráfico 4.41. Servicios hospitalarios de psiquiatría, por localidad 276
Gráfico 4.42. Servicios de hospitalización en farmacodependencia, por localidad 276
Gráfico 4.43. Servicios hospitalarios de psiquiatría x 100.000 habitantes, en cada localidad 277
Gráfico 4.44. Servicios de hospitalización en farmacodependencia x 100.000 Habitantes en cada localidad 277
Gráfico 4.45. Porcentaje de servicios de consulta especializada de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2 de la ciudad en cada localidad 279
Gráfico 4.46. Porcentaje de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2 de la ciudad, por localidad. 279
Gráfico 4.47. Porcentaje de servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad en la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, por cada localidad 280
Gráfico 4.48. Porcentaje de servicios de hospitalización general para población adulta de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, en cada localidad 280
Gráfico 4.49. Porcentaje de servicios de cuidado intermedio para población adulta de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, en cada localidad 281
Gráfico 4.50. Porcentaje de servicios de cuidado intensivo adultos de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, en cada localidad 281
Gráfico 4.51. Porcentaje de servicios de hospitalización pediátrica de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2 , en cada localidad 282
Gráfico 4.52. Porcentaje de servicios de cuidado intermedio pediátrico de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, en cada localidad 282

pág.

Gráfico 4.53. Porcentaje de servicios de cuidado intensivo pediátrico de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, en cada localidad. 283
Gráfico 4.54. Porcentaje de servicios de hospitalización en obstetricia de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, en cada localidad 283
Gráfico 4.55. Porcentaje de servicios de cuidado intermedio neonatal de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, en cada localidad 284
Gráfico 4.56. Porcentaje de servicios de cuidado intensivo neonatal de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, en cada localidad 284
Gráfico 4.57. Porcentaje de servicios de hospitalización en psiquiatría de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, en cada localidad 285
Gráfico 4.58. Porcentaje de servicios de hospitalización en farmacodependencia de la ciudad y porcentaje de población Sisbén 1 y 2, en cada localidad 285

Gráfico 5.1. Muertes maternas registradas por año en Bogotá, 2005-2011 300
Gráfico 5.2. Total nacidos vivos. Bogotá, 1998-2010. 301
Gráfico 5.3. Razón de mortalidad materna, por 100.000 Nacidos vivos, Bogotá. 2005 – 2010 302
Gráfico 5.4. Razón de mortalidad materna, por 100.000 Nacidos vivos, Bogotá. 1998 – 2010. 302
Gráfico 5.5. Razón de mortalidad materna, por 100.000 Nacidos vivos, según estado civil Bogotá. 1998 – 2010. 304
Gráfico 5.6. Razón de mortalidad materna, por 100.000 Nacidos vivos, según nivel educativo de la madre. Bogotá. 1998 - 2010 305
Gráfico 5.7. Razón de mortalidad materna, por 100.000 Nacidos vivos, según nivel educativo de la madre. Bogotá. 2005 – 2011 305
Gráfico 5.8. Razón de mortalidad materna, por 100.000 Nacidos vivos, según nivel educativo de la madre. Bogotá. Promedios 2005–2008 y 2009-2011 306
Gráfico 5.9. Afiliación a la seguridad social en salud de las madres con nacido vivo en Bogotá. 2005-2011 307
Gráfico 5.10. Razón de mortalidad materna por 100.000 Nacidos vivos según régimen de afiliación a la seguridad social en salud. 2005-2011 307
Gráfico 5.11. Razón de mortalidad materna por 100.000 Nacidos vivos, según régimen de seguridad social en salud. Bogotá, promedios 2005-2007 y 2008-2011. 308
Gráfico 5.12. Razón de mortalidad materna, por grupos de edad quinquenales, por 100.000 Nacidos vivos, promedio 2005-2011. 309
Gráfico 5.13. Razón de mortalidad materna, por grupos de edad decenales. Comparación de promedios por 100.000 Nacidos vivos 2005-2007 y 2008-2011 309
Gráfico 5.14. Razón de mortalidad materna por localidad. Comparación de promedios 2005-2007 y 2008-2010, ordenada según 2005-2007 310
Gráfico 5.15. azón de mortalidad materna por localidad, comparación promedios 2005-2007 y 2008-2010, ordenada según 2008-2010 311
Gráfico 5.16. Mortalidad materna por localidad, Bogotá. Mayor o menor porcentaje de reducción respecto del promedio distrital. 311
Gráfico 5.17. Total muertes anuales menores de 1 año de edad. Bogotá. 2005-2010 312
Gráfico 5.18. Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por 100 000 nacidos vivos, Bogotá, 2005-2010. 313
Gráfico 5.19. Proyecciones de mortalidad en menores de un año de edad. Colombia, 2005-2009. 313
Gráfico 5.20. Proyecciones de mortalidad en menores de un año de edad. Bogotá. 2005-2009. 314
Gráfico 5.21. Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por 1000 nacidos vivos, Grupo prevenibles y no prevenibles. Bogotá, 2005-2010 315
Gráfico 5.22. Total muertes de menores de un año de edad, por causas del grupo prevenibles. Bogotá, 2005-2010 317
Gráfico 5.23. Total muertes de menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles. Bogotá, 2005-2010. 317
Gráfico 5.24. Tasas de mortalidad en menores de un año de edad, del grupo prevenibles. Bogotá. 2005-2010 318

pág.

Gráfico 5.25. Total muertes de menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles. Bogotá. 1998-2010. 318
Gráfico 5.26. Tasa de mortalidad en menores de 1 año de edad por 1.000 Nacidos vivos, por era, EDA e inmunoprevenibles. Bogotá. 1998-2010. 319
Gráfico 5.27. Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles, según estado civil de la madre. Bogotá. 2005-2011 320
Gráfico 5.28. Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles. Según grupos decenales de edad de la madre. Bogotá. 2005-2010 320
Gráfico 5.29. Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles, según régimen de seguridad social. Bogotá. 2005-2010 321
Gráfico 5.30. Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, según estado civil de la madre. Bogotá. 2005-2010 322
Gráfico 5.31. Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, según grupo decenal de edad de la madre. Bogotá, 2005-2010. 322
Gráfico 5.32. Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ira, según afiliación a la seguridad social de la madre. Bogotá. 2005-2010 323
Gráfico 5.33. Tasas de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles por localidad. Comparación promedios 2005-2010 y 2008-2010, ordenada según 2005-2007. 324
Gráfico 5.34. Tasa de mortalidad en menores de un año por era, EDA e inmunoprevenibles por localidad. Comparación promedios 2005-2007 y 2008-2010, ordenada según 2008-2010 326
Gráfico 5.35. Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de población en pobreza en cada localidad. 326
Gráfico 5.36. Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de población en indigencia en cada localidad. 327
Gráfico 5.37. Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de hogares en pobreza en cada localidad. 327
Gráfico 5.38. Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de hogares en indigencia en cada localidad. 328
Gráfico 5.39. Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de personas en pobreza crónica en cada localidad. 328
Gráfico 5.40. Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de personas en pobreza reciente en cada localidad. 329
Gráfico 5.41. Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) e intensidad de la pobreza en cada localidad. 330
Gráfico 5.42. Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por era, EDA e inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y severidad de la pobreza en cada localidad (ENCV 2007). 330

Gráfico 6.1. Histórico de ejecución presupuestal 1990 – 2012 345
Gráfico 6.2. Número total de tutelas interpuestas y tasa de crecimiento de las tutelas en salud 346
Gráfico 6.3. Incremento/decremento de personas atendidas en la red hospitalaria del distrito, por grupos de edad, financiadas por oferta, según rips. Sept. 2007-Sept 2010 355
Gráfico 6.4. Incremento/decremento atenciones financiadas por oferta en la red hospitalaria del distrito, según rips, por grupos de edad. Sept.2007- Sept. 2010. 355

pág.

Gráfico 6.5. Total personas atendidas, registradas por grupos de edad, financiadas por oferta en la red hospitalaria del distrito. Sept. 2007. – Sept. 2010 356
Gráfico 6.6. otal atenciones registradas, por grupo de edad, financiadas por oferta en la red hospitalaria del distrito. Sept. 2007 – Sept. 2010 356
Gráfico 6.7. Concentración de atenciones en el mes, por paciente, según grupos de edad, en la red hospitalaria del distrito. Sept. 2007 – Sept. 2010. 357
Gráfico 6.8. Porcentaje de servicios de consulta externa, financiados por oferta, prestados a niños de 1 a 5 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010 358
Gráfico 6.9. Porcentaje de servicios de consulta externa, financiados por oferta, prestada a mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010 358
Gráfico 6.10. Consulta medicina especializada. Incremento de participación en mayores de 65 años de edad. 359
Gráfico 6.11. Número de consultas generales y especializadas registradas para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al FDS. Sept. 2007 – Sept. 2010 359
Gráfico 6.12. Porcentaje de servicios de laboratorio básico, financiados por las ofertas prestadas a niños de 1 a 5 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010 360
Gráfico 6.13. Porcentaje de servicios de laboratorio básico, financiados por oferta prestados a mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010 360
Gráfico 6.14. Número de exámenes de laboratorio básico, registrados para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al fds. Sept. 2007 – Sept. 2010. 361
Gráfico 6.15. Porcentaje de servicios básicos de rx financiados por oferta, prestados a niños de 1 a 5 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010 361
Gráfico 6.16. Porcentaje de servicios básicos de rx financiados por oferta, prestados a mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010 362
Gráfico 6.17. Número de exámenes radiológicos básicos, registrados para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al fds. Sept. 2007 – Sept.2010 362
Gráfico 6.18. Imágenes DX de mediana y alta complejidad, financiadas por oferta en el distrito y, porcentaje de estos servicios prestados a niños de 1 a 5 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010 363
Gráfico 6.19. Imágenes dx de mediana y alta complejidad, financiadas por oferta en el distrito, y porcentaje de estos servicios prestados a mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010 363
Gráfico 6.20. Número de imágenes especializadas de mediana y alta complejidad, registradas para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al fds. Sept.2007 – Sept 2010 364
Gráfico 6.21. Manejo intrahospitalario. Incremento de la participación de mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010. 364
Gráfico 6.22. Número de hospitalizaciones e interconsultas de mediana y alta complejidad. Registradas para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al fds. Sept. 2007 – Sept. 2010 365
Gráfico 6.23. Servicios utilizados para tratar problemas de salud en los últimos 30 días, por mayores de 65 años de edad afiliados al régimen subsidiado. 367
Gráfico 6.24. Incremento de atenciones, por servicio utilizado para tratar problemas de salud en los últimos 30 días, en mayores de 65 años de edad, afiliados al régimen subsidiado 338
Gráfico 6.25. Servicios utilizados para tratar problemas de salud en los últimos 30 días por menores de 5 años de edad, afiliados al régimen subsidiado. 369
Gráfico 6.26. Incremento de atenciones, por tipo de servicio utilizado para tratar problemas de salud en los últimos 30 días, menores de 5 años de edad, afiliados al régimen subsidiado 369
Gráfico 6.27. Población con servicios de medicina general o especializada en los últimos 30 días régimen subsidiado 370
Gráfico 6.28. Incremento servicios de medicina general o especializada para afiliados al régimen subsidiado. Bogotá. 2007- 2011 371
Gráfico 6.29. Población con servicios de laboratorio, rx u otros exámenes en los últimos 30 días. Régimen subsidiado. Bogotá, ENCV 2007 – EM 2011 371
Gráfico 6.30. Incremento de servicios de laboratorio, rx u otros exámenes, en afiliados al régimen subsidiado. Bogotá 2007 - 2001 372

Índice de Tablas

pág.

Tabla 1.1. Posiciones de clases sociales 50
Tabla 1.2. Posición ocupacional y rama de actividad 52
Tabla 1.3. Distribución de los ocupados por fracciones de posición de clase (porcentajes). Bogotá, 2011 54
Tabla 1.4. Distribución de los hogares con jefe ocupado, por fracciones de posición de clase del jefe (porcentajes). Bogotá, 2011 55
Tabla 1.5. Distribución porcentual de los ocupados (12 años y más de edad), por posición de clase, estrato y localidad. Bogotá 2011 58
Tabla 1.6. Promedio de los índices de calidad de vida urbana y de las dimensiones que comprende, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011 79
Tabla 1.7. Promedio de los índices de calidad de vida urbana de los hogares y de las dimensiones que comprende, por estratos socioeconómicos. Bogotá, 2011 82
Tabla 1.8. Promedio de los índices de calidad de vida urbana de los hogares y de las dimensiones que comprende, por localidades. Bogotá, 2011 84
Tabla 1.9. Promedios del icvus, por estratos y total en el período. Bogotá, 2003-2011 85
Tabla 1.10. Índices simplificados de los compontes del ICVUS, por estrato y total en el período 2003-2011. Bogotá 87
Tabla 1.11. Promedios del icvus en las localidades de la ciudad 2003 – 2011. Bogotá 89
Tabla 1.12. Promedio de los índice de las componentes del ICVUS. Bogotá, 2003- 2011 91
Tabla 1.13. Promedios del icvus, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2003-2011 96
Tabla 1.14. Promedios del índice simplificado de vivienda, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2003-2011 97
Tabla 1.15. Promedios del índice simplificado de salud, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2003-2011 98
Tabla 1.16. Promedios del índice simplificado de educación por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2003-2011 99
Tabla 1.17. Promedios del índice simplificado de calidad ambiental, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2003-2011 100
Tabla 1.18. Promedio del índice de condiciones de vida (ICV), por posición de clase social (1) del jefe de hogar. Bogotá, 2003-2011 104
Tabla 1.19. Promedio del índice de condiciones de vida (ICV), por estrato socioeconómico de los hogares. Bogotá, 2003-2011 105
Tabla 1.20. Promedio del índice de condiciones de vida (ICV), por localidad de residencia de los hogares. Bogotá, 2003-2011 106
Tabla 1.21. Coeficientes del modelo de regresión lineal donde la variable dependiente es el índice de alimentación y salud, y las variables independientes los índices de otras dimensiones de la calidad de vida urbana. Bogotá, 2011 110
Tabla 1.22. Promedio de los índices de alimentación y salud, por posiciones de clase social. Bogotá, 2011 112

pág.

Tabla 1.23. Promedios del ICVUS en las localidades de la ciudad. Bogotá, 2003 – 2011 114
Tabla 1.24. Distribución porcentual de los jefes y parientes del jefe de 18 y más años de edad, por condición de discapacidad, estrato, posición de clase social y localidad. Bogotá, 2011 122
Tabla 1.25. Distribución porcentual de jefes y parientes del jefe de 18 y más años de edad, presencia de enfermedad crónica, estrato, posición de clase social y localidad. Bogotá, 2011 123
Tabla 1.26. Porcentaje de ocupados afiliados a la seguridad social en salud, por posiciones de clase. Bogotá, 1994-2011 133
Tabla 1.27. Valores de las ponderaciones de las variables de la dimensión salud del ICVUS 140

Tabla 2.1. Posiciones de clases sociales 161
Tabla 2.2. Ponderaciones, índice de deterioro 172
Tabla 2.3. Ponderaciones, índice de riesgo 180
Tabla 2.4. Ponderaciones índice de protección 187

Tabla 3.1. Razones de tasa de los indicadores de estado de salud – protección – riesgo. Bogotá, 2001- 2011 235
Tabla 3.2. Ordenamiento de las localidades según medidas de desigualdad. Bogotá, 2007- 2011 236
Tabla 3.3. Cambios en la posición de las localidades 237

Tabla 4.1. Población de Bogotá, por localidad. Proyección 2011 250
Tabla 4.2. Situación de accesibilidad especial y déficit actual y futuro de personal médico en los servicios de primer nivel de atención, según red, localidad y tipo de servicio 289

Tabla 5.1. Número de nacidos vivos, SDS. 299
Tabla 5.2. Meta de mortalidad materna, en el plan distrital de desarrollo 2008-2012 303
Tabla 5.3. Metas de mortalidad infantil en el plan distrital de desarrollo 2008-2012 313
Tabla 5.4. Tasa de mortalidad de menores de un año de edad por 1000 nacidos vivos según principales grupos de causas. Bogotá 2005 -2010 314
Tabla 5.5. Número de muertes en menores de un año de edad, por malformaciones congénitas, Bogotá, 2005-2010. 315
Tabla 5.6. Análisis de causas reducibles de mortalidad en menores de un año de edad, SDS, 2006. 316
Tabla 5.7. Pobreza e indigencia en las localidades del distrito, según ECV, Bogotá, 2007 325
Tabla 5.8. Características de la pobreza por localidad, Bogotá. 329
Tabla 5.9. Enfermedades evitables, según la clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión (CIE-10) 332

Tabla 6.1. Población definida en el programa de gratuidad 338
Tabla 6.2. Número de atenciones estimado 339
Tabla 6.3. Número de beneficiados por el proyecto. 339
Tabla 6.4. Cobertura de la población afiliada en el régimen subsidiado (activos en BDUA) 351
Tabla 6.5. Consolidado de los tipos de barreras de acceso identificados a través del proceso de orientación e información a la ciudadanía de SDS y red cade. Supercade 2008 366

Prólogo

*Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez**

* Secretario Distrital de Salud

Prólogo

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá 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. Su implementación ha sido desarrollada de manera conjunta con el Grupo de Protección Social (Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia) y el Grupo de Investigaciones y Cooperación Internacional (Dirección de Planeación y Sistemas, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá DC).

El Observatorio se propone observar, analizar, pensar y proponer sobre todos los asuntos que tienen que ver con inequidades y desigualdades en salud y calidad de vida, en distintos ámbitos temáticos, tales como: oportunidades 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, e impactos desiguales en la posición social.

Este proyecto de trabajo interinstitucional inició en el año 2006 y se ha mantenido de manera ininterrumpida hasta la fecha. Sea esta la ocasión para dar las gracias al grupo de profesores del CID por sus aportes y reflexiones y a las personas de la Secretaría Distrital de Salud, de las Empresas Sociales del Estado de la Red Pública Distrital y demás instituciones por ser interlocutores de todo este proceso. En este orden de ideas, existe un acumulado histórico de las investigaciones que han permitido desarrollar líneas y procesos de investigación.

Si bien es cierto que el referente ha sido el análisis de las inequidades a partir de la determinación social, es necesario y se requiere avanzar en comprender las complejidades de lo que son los conceptos de salud, discapacidad, enfermedad, riesgo, desde distintas ópticas disciplinares.

Las investigaciones que se presentan en este libro hacen una propuesta para abordar las inequidades y desigualdades a partir del análisis de la segmentación espacial y las clases sociales, lo que nos permite ver las diferencias y desigualdades a partir de los ingresos y el desempeño de algunas ocupaciones. Sin embargo, se requiere también avanzar en el análisis de inequidades a partir de asuntos más complejos,

como las características poblacionales, teniendo en cuenta asuntos tales como el ciclo vital, las etnias, el desplazamiento, discapacidad, entre otros. Es decir, avanzar en la comprensión de la interseccionalidad.

En este orden de ideas, la construcción de índices e indicadores multidimensionales por parte del Observatorio (calidad de vida, salud, riesgo y protección), constituye una oportunidad para evaluar la situación de la equidad en calidad de vida y salud, aunque es necesario avanzar en su seguimiento, para así contrastar y retroalimentar a las distintas entidades del orden distrital y nacional (Planeación Distrital, Departamento Administrativo Nacional de Estadística), encargadas de realizar las encuestas que han servido de fuente de información para el Observatorio (Encuestas de Calidad de Vida 2007, Encuesta Multipropósito Bogotá 2011). Se pretende, igualmente, dejar evidencia sobre las dificultades encontradas en términos de comparabilidad, con el fin de identificar los análisis, los significados y las razones de las diferencias entre el 2007 y el 2011. Así mismo, es necesario involucrar en dichas encuestas la perspectiva local, aún más en el contexto del Plan Distrital de Salud 2012-2016, que se fundamenta en la intervención en los microterritorios, y que según las tendencias actuales desde las complejidades, el desarrollo local debe ser una propuesta soportada en estrategias como la Atención Primaria en Salud.

No cabe duda de que para que Bogotá sea una ciudad del futuro con calidad de vida y garantía del derecho a la salud en la población, requerimos construir una cultura orientada hacia el desarrollo humano, que la salud no sea percibida solamente como un asunto de oferta de servicios sanitarios, sino que considere los asuntos ambientales, de diversidad poblacional, de trabajo y ocupación, para mejorar las condiciones de vida en la ciudad, dándole el valor y lugar que debe ocupar la Ciencia, Tecnología e Innovación en el desarrollo de todos los procesos de la práctica y la política en salud.

Finalmente, en el marco del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2012-2016 Bogotá Humana, el propósito del Observatorio contribuye a los esfuerzos institucionales de orientar la política pública hacia la conformación de una ciudad que tenga como centro la vida y las personas, el desarrollo humano. Sea pues este esfuerzo editorial un paso más allá en esta perspectiva para develar las causas estructurales de las inequidades en calidad de vida y salud que vive la población bogotana y que las propuestas aquí esbozadas para la reducción de las brechas de inequidades puedan ser incorporadas por los tomadores de decisiones.

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Secretario Distrital de Salud

Presentación

Mario Hernández Álvarez *
Darío Indalecio Restrepo **

* Médico, Doctor en Historia, Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública y Director del Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, profesor e investigador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, de la Universidad Nacional de Colombia y del Observatorio para la Equidad en Salud y Calidad de Vida, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia y de la Secretaría Distrital de Salud, de Bogotá.

** Filósofo, candidato a Doctor en Historia, Profesor Asociado de la Facultad de Ciencias Económicas, investigador del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional, de Colombia y de la Secretaría Distrital de Salud, de Bogotá.

Mario Hernández Álvarez
Darío Indalecio Restrepo

Presentación

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá (OECVS) ha culminado su cuarta fase de desarrollo. En esta ocasión se realizaron cuatro estudios que continúan la labor realizada en las fases anteriores y se avanzó en un ejercicio de capacitación de líderes comunitarios y funcionarios de salud de algunas localidades, con el ánimo de propiciar la incorporación del enfoque de equidad en la toma de decisiones en salud en los ámbitos distrital y local. Los resultados dan cuenta de escasos avances y muchas persistencias en materia de inequidades en calidad de vida y salud de la ciudad, en especial, las que se relacionan con el actual sistema de protección social con que cuenta el país.

En el año 2013 el Sistema General de Seguridad Social en Salud cumple su aniversario número veinte, tiempo suficiente para evaluar los impactos generados sobre la salud de los colombianos. Un cúmulo de noticias alarmantes emanan de manera recurrente del sistema: crisis de los hospitales públicos al borde de la bancarrota, abultadas tutelas de ciudadanos clamando por la atención, vergonzosos escándalos de gerentes de empresas promotoras de salud (EPS) y de hospitales que desvían los recursos de salud para sus patrimonios y fortunas personales, toma del sistema por paramilitares y políticos que hacen de los recursos para la salud caja menor y chequera para ganar elecciones y repartir contratos. Si bien ha aumentado la cobertura del aseguramiento en salud para amplias capas de la población y se contabilizan grandes números de consultas e intervenciones médicas, no cabe duda de la existencia de una crisis profunda.

Desde finales de los años 90 los sucesivos gobiernos han introducido reformas para atacar los males mencionados. Para las autoridades, los principios que fundan el sistema son correctos, así como las grandes líneas de su diseño institucional y financiero. Las fallas serían de control, de información, de capacitación y de calidad

técnica y moral de quienes encabezan las instituciones del sistema, tanto públicas como privadas. En una frase, el mal funcionamiento se derivaría de problemas de regulación. Sin embargo, a pesar de un reconocido activismo regulador y de una inmensa producción normativa con el fin de perfeccionar las reglas, los problemas persisten: la sostenibilidad financiera general del sistema y de los hospitales sigue comprometida, los derechos ciudadanos continúan sistemáticamente vulnerados y los enormes recursos comprometidos siguen siendo un gran botín en manos de la corrupción y la codicia.

Si no se desmonta el entramado construido por la ley 100 de 1993 es poco probable que se supere el gigantesco desperdicio de recursos comprometidos en la seguridad social de los colombianos. El modelo de competencia regulada contiene todos los incentivos que reproducen una y otra vez los escándalos registrados por los medios de comunicación. Los hospitales han sido puestos al borde de la quiebra porque las EPS demoran los giros de gastos ya causados, tratando de mejorar su rentabilidad. Las dificultades económicas de los hospitales conducen a la restricción de su propio gasto. Primero, a través de la disminución de personal o de formas de contratación flexibles y precarias; y segundo, sobre la restricción de servicios a los pacientes, quienes terminan recibiendo el impacto en más sufrimiento, dolor, enfermedad, discapacidad o muerte. También los derechos de los asegurados a la atención oportuna y de calidad son vulnerados porque de ello dependen las ganancias de las EPS. Cada retraso de una cita, cada negación de un medicamento y procedimiento médico, cada restricción a un examen de laboratorio y a una hospitalización, cada interrupción de un tratamiento, se traduce inmediatamente en ahorro y ganancia para la EPS.

En el actual sistema, el asegurador realmente no se comporta como tal, pues no asume el riesgo financiero de cada siniestro. Dado que el asegurador público en el Régimen Contributivo, esto es, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), paga anticipadamente a las EPS por cada afiliado, en la forma de unidad de pago por capitación (UPC) ajustada a riesgos, entre menos gasto tenga la empresa, más gana. Y como la mayoría de ellas han asumido que las UPC son recursos propios y no recursos públicos parafiscales con destinación específica, han hecho todo tipo de inversiones que se han convertido en patrimonio, a costa de la atención oportuna de sus afiliados. Esta situación ha sido reconocida por la Corte Constitucional y por la Contraloría General de la República, y señalada por la Federación Médica Colombiana, pero no ha sido corregida ni los recursos recuperados, a pesar de las largas intervenciones de la Superintendencia Nacional de Salud a muchas EPS.

Al mismo tiempo, los recursos del sistema se traducen en desmedidas ganancias privadas en virtud de la integración vertical y comercial. Una EPS contrata con su prestador, que contrata a su vez con proveedores de medicamentos y suministros,

o ambulancias, servicios administrativos o cooperativas de trabajo que también son de copropiedad de la EPS. En esta cadena comercial integrada, no es extraño que se produzcan sobreprecios, pues entre más gasto haya de la UPC, el sistema reconocerá más aumento para el año siguiente, como se comprobó en el cálculo de la UPC de 2009 a 2010 por parte de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). De esta forma, la EPS puede mostrar balances al borde de caer por debajo del punto de equilibrio financiero mientras sus empresas integradas generan jugosa rentabilidad. La integración comercial ha sido la puerta abierta para que billones de pesos del sistema, cuyo destino es mejorar la oportunidad y la calidad de la salud de los asegurados, se desvíen hacia inversiones que engrosaron el patrimonio privado de audaces empresarios.

El control a estas "fallas de mercado" consubstanciales al modelo de aseguramiento con competencia regulada ha sido ineficaz, no por las carencias técnicas de los funcionarios de la Superintendencia, sino porque el regulado se tomó al regulador. Esto quiere decir que quienes deben ser controlados inciden en nombrar a quienes deben vigilarlos. Varios ministros y superintendentes han sido gerentes del gremio de empresas aseguradoras, asesores o directos vinculados a diferentes negocios del sector salud. Pero esto parece natural y se niega sistemáticamente el conflicto de interés.

Por otra parte, el equilibrio financiero general del sistema estaba basado en un crecimiento de los aportes derivados de la relación salarial formal, pero el mismo gobierno que pactó la ley 100 flexibilizó la relación laboral, llevando a la precariedad a millones de trabajadores, como se observa con toda claridad en los estudios recientes del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud (OECVS). De esta manera disminuyeron los aportes a la vez que aumentaron las personas necesitadas del subsidio al aseguramiento en salud.

Por todo lo anterior, los problemas de la ley 100 y las leyes posteriores que han tratado de ajustarlo (715/01, 1122/07, 1438/11) no son de regulación sino de concepción y estructura. Sin embargo, hasta ahora los gobiernos han defendido a capa y espada la costosa e innecesaria intermediación de las EPS, así como prominentes funcionarios públicos, de gobiernos pasados y del presente, se han destacado por promover la integración vertical y comercial.

La estructura institucional del sistema no sólo es incapaz de contrariar las inequidades en el estado de salud entre grupos y sectores de la población sino que las reproducen. En las publicaciones anteriores y en el presente libro se reitera la evidencia empírica y conceptual según la cual las desigualdades en el estado de salud de las personas provienen de determinantes sociales más que de decisiones individuales. En el capítulo uno, los profesores Oscar Fresneda y Jorge Martínez demuestran cómo la clase social explica la profunda segregación socio-espacial de la calidad de vida

en la ciudad y sus impactos en los resultados sobre la salud de las personas. Si bien algunos indicadores simples del índice de calidad de vida han mejorado entre 2003 y 2011, las brechas entre clases siguen siendo muy amplias e inaceptables.

Desde la aproximación a las desigualdades a partir de los índices de riesgo, protección y daño en salud por posición social, el profesor Félix Martínez constata en el capítulo 2 la tendencia contradictoria de que los grupos con menos riesgo son los más protegidos, aunque haya aumentado la cobertura del aseguramiento en salud entre los más pobres. Ante la pregunta de si es el sistema de seguridad social en salud construido a partir de la ley 100 es un mecanismo eficaz para contrariar las desigualdades que produce el mercado entre las personas y que determinan su estado de salud y enfermedad, debe responderse negativamente. Es claro que el sistema organiza de manera sistemática y eficiente la reproducción de las desigualdades sociales en salud y, a partir de allí, expresa y se constituye en artefacto de reproducción de las diferencias de clase social. Esta situación constituye uno de los determinantes de la inequidad en salud en Bogotá.

El capítulo 3, a cargo de la profesora Decsi Astrid Arévalo, es un intento de análisis de las inequidades en salud a partir de variables simples de las encuestas poblacionales, tales como la percepción del estado de salud, la cobertura y el tipo de aseguramiento, el acceso a consulta de tipo preventivo, con el fin de aportar un instrumento de aplicación sencilla para el seguimiento de la desigualdad en salud en la ciudad. Se reitera por esta vía la menor protección de quienes están sometidos a mayores riesgos.

El capítulo 4, liderado por el profesor Félix Martínez, ilustra la manera como la libertad otorgada a los aseguradores para desarrollar su red de prestación lleva a la concentración de los servicios en los lugares en que se encuentra la población de mayores ingresos, mejor calidad de vida y mayores activos de protección contra la enfermedad, mientras que la población de menores ingresos, que vive en barrios más inseguros y con mayores precariedades de infraestructura, menor calidad de vida y condiciones laborales precarias, está desprovista de la cercanía y el acceso a los servicios y los especialistas. Esta forma de segregación espacial de la red de atención se convierte en barrera de acceso para las clases bajas, a la vez que encarece los costos personales y familiares en caso de enfermedad y, por lo tanto, retroalimentan el deterioro de la calidad de vida y la precariedad de los ingresos.

El capítulo 5 presenta el análisis de la mortalidad evitable materna e infantil entre 2005 y 2011, continuando el realizado en un estudio previo del Observatorio entre 1998 y 2004. La conclusión principal de este seguimiento es que, a pesar de la mejoría en los valores promedio de estos indicadores en la ciudad, las brechas por posición social siguen siendo severas. Las desigualdades en mortalidad evitable en

estos grupos de población prioritarios es un signo claro de barreras en el acceso a los servicios preventivo y de atención de calidad y oportuna. Esta situación sin duda tiene que ver con la desigual distribución de los servicios de atención obstétrica y pediátrica en la ciudad que se evidenció en el estudio mencionado sobre el acceso geográfico o la disponibilidad de los servicios.

La administración de Bogotá ha realizado un importante esfuerzo para contrarrestar los resultados perversos del sistema de seguridad social en salud. Resalta en particular la política de gratuidad en el acceso al sistema para los menores de 5 años y los mayores de 65 años, ubicados en los niveles 1 y 2 del Sisben. La evaluación de sus resultados se presenta en el capítulo 6. Desafortunadamente la calidad de la información registrada en la base de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) con que cuenta la Secretaría Distrital de Salud no incluye todos los servicios prestados a los afiliados al Régimen Subsidiado. Esto hace que la valoración de los resultados deba ser tomada con todo cuidado. No obstante, parece ser que los principales beneficiados de esta política fueron las personas mayores no afiliadas a alguno de los regímenes y del Régimen Subsidiado, quienes han podido acceder más al control de enfermedades crónicas.

El capítulo 7 ofrece algunas estrategias y recomendaciones para incorporar, de manera progresiva, el enfoque de equidad en el ámbito local, a partir de la reflexión sobre la reciente experiencia de formación realizada a un grupo de funcionarios y líderes en salud por parte del equipo del Observatorio. Es fundamental impulsar este proceso para propiciar una acción decidida por parte de la administración distrital y una movilización social fuerte para superar las inequidades acumuladas y la segregación socio-espacial en la ciudad.

El capítulo 8 pretende recoger los principales hallazgos de la cuarta fase del Observatorio para ponerlos en diálogo con el Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana para el período 2012-2016 y el Plan Territorial de Salud (PTS) elaborado por la Secretaría Distrital de Salud para el mismo período. Se muestra la proximidad de los enfoques de desarrollo humano y de equidad de los planes y del Observatorio, para proponer una serie de iniciativas en los ámbitos local, distrital y nacional para avanzar en la superación de las inequidades en el período actual de gobierno. De hecho, la Secretaría de Salud y el gobierno de la ciudad pueden hacer un mayor esfuerzo que el emprendido hasta ahora en la búsqueda de la equidad en salud, como una ruta para construir una ciudad sin discriminaciones sociales ni segregaciones socio-territoriales. Sin embargo, la acción local tiene un límite y requiere hacer gestiones, tanto con el gobierno nacional, como con el poder legislativo y la sociedad en su conjunto para superar los problemas estructurales del actual sistema de aseguramiento que tiende reproducir la inequidades identificadas.

No hay regulación que logre superar las "fallas de concepción" de mercado sobre la cual se erige el sistema de seguridad social en salud actual; es necesario revisar sus fundamentos. El sistema se concentra en la enfermedad y en la atención de los individuos y se aleja de la afectación de los determinantes sociales de la inequidad. Asumir en serio esta evidencia supone masificar la estrategia de Atención Primaria en Salud, con base en la medicina familiar y comunitaria, con carácter preventivo, en el marco de la intersectorialidad, la participación social y la coordinación de las redes integradas de servicios de salud, como se ha propuesto en el PTS. Si el estado de salud y la equidad dependen de determinantes sociales, entonces es necesario revivir la importancia de la política pública en salud, en la perspectiva de pensar la salud en todas las políticas, la cual aparece como marginal en el actual sistema. En tercer lugar, el sistema de salud es un sistema para atender enfermos, por lo que ha despreciado la prevención y la promoción de la salud, las buenas prácticas y las intervenciones masivas sobre perfiles de riesgo por grupos de población.

La salud debe ser considerada un derecho fundamental, individual y colectivo, y no un mercado de seguros individuales. Se trata de entender la salud como buen vivir y bienestar, no sólo como la ausencia de enfermedad. El seguro, más si es de carácter comercial y lucrativo, se centra demasiado en el control de los costos de atención de los individuos y en las ganancias más que en la salud de las poblaciones. De allí que se requiera repensar el carácter poblacional y territorial del sistema de salud y proponer, de manera decidida y con la máxima participación y legitimidad posible, un nuevo ordenamiento del sistema que permita avanzar seriamente en la garantía del derecho fundamental a la salud en Bogotá y en el país en su conjunto. Desnaturalizar las inequidades persistentes en salud en el Distrito Capital, esperamos, puede contribuir a este propósito.

Agradecimientos

El Grupo de Protección Social del CID de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia agradece la colaboración, la disposición y la información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para el desarrollo de la IV Fase del Observatorio; en especial, a los miembros de la Comisión Interna de Trabajo del Observatorio de la SDS quienes realizaron valiosos aportes y comentarios a los resultados de las investigaciones. También reconoce la atención que el profesor de la Universidad de los Andes, Dr. Luis Jorge Hernández Flórez dedicó al texto preliminar y agradece sus oportunas sugerencias. En general a los múltiples esfuerzos que de una u otra manera han permitido presentar el texto que ahora tiene en sus manos.

Desigualdades en calidad de vida y salud en Bogotá 2003 - 2011

Oscar Fresneda Bautista *
Jorge Martínez Collantes **

CAPÍTULO I

* Sociólogo, Magíster en Economía y Doctorando en Ciencias Económicas, de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor e investigador de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Externado de Colombia, miembro del Grupo de Protección Social, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo , de la Facultad de Ciencias Económicas, de la Universidad Nacional de Colombia.

** Licenciado y Magíster en Matemáticas, y Doctor en Estadística. Profesor pensionado de la Universidad Nacional de Colombia e investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Facultad de Ciencias Económicas, de la Universidad Nacional de Colombia.

Desigualdades en calidad de vida y salud en Bogotá 2003-2011

Oscar Fresneda Bautista
Jorge Martínez Collantes

Introducción

En este estudio se exponen los análisis realizados de las desigualdades en calidad de vida y salud en Bogotá para el periodo 2003-2011. Con el enfoque conceptual adoptado por el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá (OECVB) se privilegia el examen de las desigualdades, utilizando una forma de clasificación de la población por clases sociales. Este énfasis no desconoce la influencia de otras dimensiones de las discriminaciones sociales, ni de situaciones que expresan condiciones de desventaja y vulnerabilidad de la población. Se busca enfatizar determinantes que se encuentran relacionados con la posición social de las personas y hogares dentro de la estructura social.

Esta investigación constituye una actualización, continuación y profundización de trabajos anteriores, realizados en el marco del Observatorio y, en especial, los publicados en el libro Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá. Avances y reflexiones (Fresneda [ed.], 2012)[1]. Conservando las mismas orientaciones conceptuales y metodológicas se realizan los análisis que se concentraban en 2007 hasta 2011, se presenta una panorámica sobre lo sucedido desde 2003 y se detallan, con más variada información, las condiciones de desigualdad en calidad de vida y salud.

El objetivo de este estudio es dar una visión sobre el estado actual y las tendencias de evolución de las condiciones de vida de la ciudad y sobre las expresiones de la desigualdad social que se muestran en torno a las distintas dimensiones de la calidad de vida, destacando dentro de ellas la salud y algunos de sus condicionantes, con el fin de obtener enseñanzas sobre posibles mecanismos que lleven a disminuir las grandes inequidades que se mantienen, al respecto, en Bogotá.

[1] En especial, los capítulos I, Evaluación de la calidad de vida: aspectos conceptuales y metodológicos (Fresneda O. y Martínez J.), y II, Las desigualdades en la calidad de vida, por posiciones de clase social (Fresneda O.).

En la segunda parte, que sigue a esta introducción, se hace referencia al modelo de análisis del Observatorio, enmarcado en el enfoque de los determinantes sociales de la salud, y se ubica allí el papel explicativo de la posición social, y de la clase social como una expresión destacada de ella en ese modelo. A continuación se presenta la composición de la estructura de clases que se obtiene a partir de la Encuesta Multipropósito de Bogotá, realizada en 2011 (EMB) y la forma como se expresa en los estratos socioeconómicos y en las localidades de la ciudad. Se expone igualmente la evolución de la estructura de clases sociales en Bogotá desde finales del siglo XX, como una actualización de lo contenido en trabajos anteriores del Observatorio, que sirve de encuadre general para el análisis de las desigualdades en salud en la ciudad. También se presenta en esa sección, como aplicación de trabajos anteriores del Observatorio y del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional de Colombia (CID, SDP, 2012), el contenido que se dio al concepto de calidad de vida y la metodología que se adopta para medirla globalmente y en sus múltiples dimensiones.

El tercer apartado aborda el examen de las desigualdades en calidad de vida entre 2003 y 2011, haciendo énfasis en sus expresiones actuales. Se retoman para el análisis de la calidad de vida los resultados del trabajo mencionado del CID sobre este tema y la capacidad de pago de los hogares en Bogotá, utilizando esa misma encuesta (CID, SDP, 2012), y se hacen, sobre esta base, algunos desarrollos para tener una percepción aproximada de la evolución de la calidad de vida en los últimos años.

El cuarto apartado trata sobre las desigualdades en alimentación y salud, como una de las dimensiones destacadas de la calidad de vida, mostrando igualmente su evolución desde 2003 y haciendo un análisis más detallado para 2011. La parte final contiene algunas conclusiones destinadas a orientar los análisis futuros a ser realizados en el Observatorio.

Nuestro análisis se mueve en un terreno que supera la mera descripción de situaciones y tendencias. Trabajamos bajo la guía de hipótesis sobre la causalidad de las desigualdades en salud que se encuentran articuladas en torno al modelo de determinantes sociales de la salud y al papel que dentro de él ocupan la posición social de las personas y los hogares. En torno a ese tipo de explicación se explora y organiza la información consultada.

Aspectos conceptuales y metodológicos

El modelo de determinantes sociales de la salud[2]

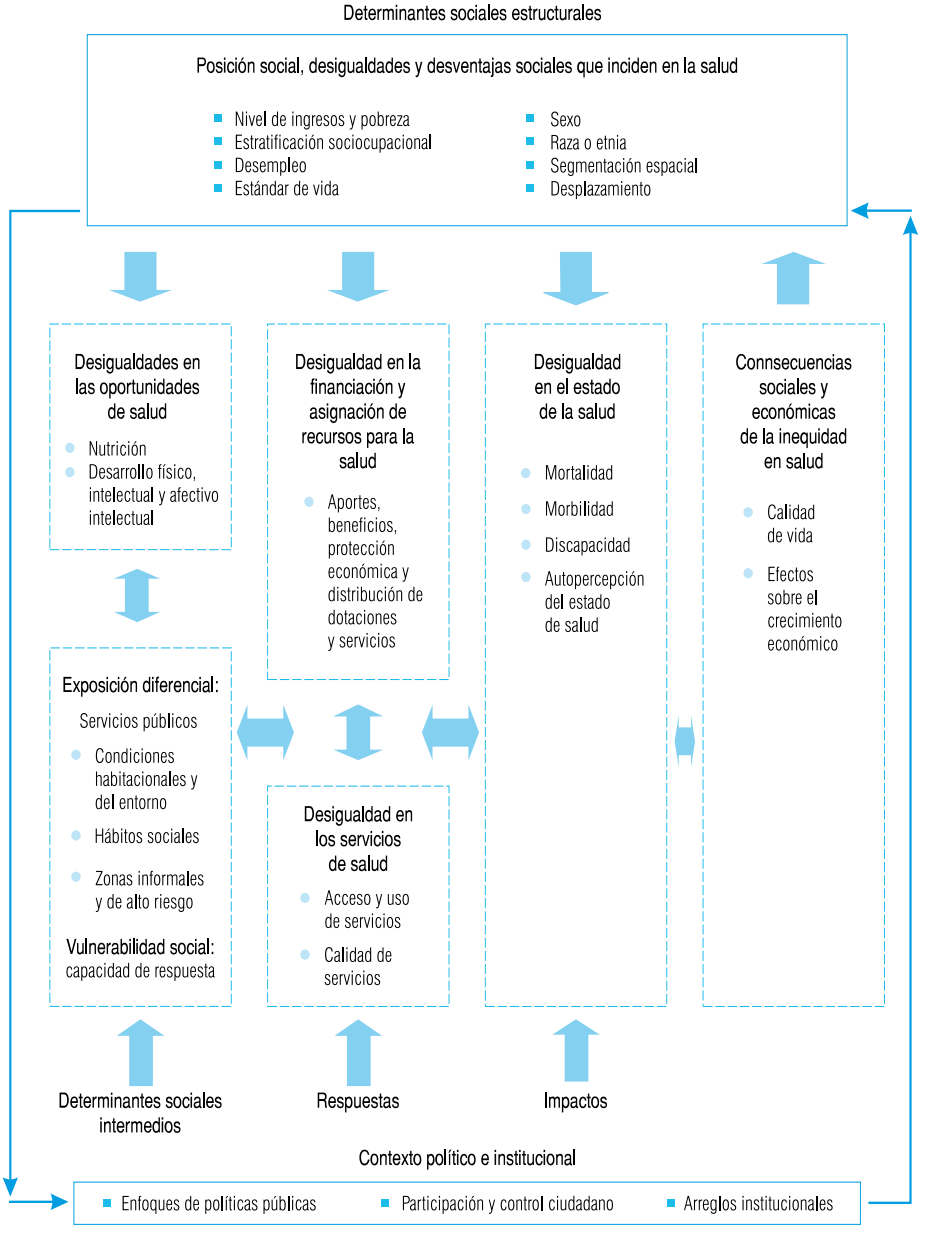
Las actividades del Observatorio hacia la identificación y análisis de inequidades sociales tienen como referente el modelo de determinantes sociales de la salud que ha venido siendo impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y distintas instancias académicas e institucionales, y ha tenido una creciente acogida en el ámbito mundial (CDSS, WHO, 2010). Este modelo 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 (CDSS, WHO, 2010; Diderichsen, Evans, Whitehead, 2002).

En nuestra adaptación del modelo de determinantes sociales de la salud distinguimos cuatro tipos de elementos que dependen de la configuración estructural de la sociedad, expresada en la "posición social," y del contexto institucional y político, que es preciso tomar en cuenta en el análisis de las inequidades en salud. Esos elementos son: i) los determinantes sociales intermedios (desigualdades en las oportunidades de salud, exposición diferencial y vulnerabilidad social); ii) las respuestas (financiación y servicios de salud); iii) estado de salud, expresado en el comportamiento de la mortalidad, de la morbilidad, de la autopercepción de la salud y de la discapacidad, y iv) las consecuencias sociales y económicas de la inequidad en salud (calidad de vida, crecimiento económico) (Grupo de Protección Social, 2007; Fresneda, 2007; Martínez, 2007).

El gráfico 1.1 representa las interrelaciones entre el conjunto de los elementos (modelo de análisis). La inequidad en salud es, en última instancia, un resultado de las condiciones estructurales de desigualdad social, en lo económico, político y social, que están representadas en las casillas superior e inferior de la figura, que se mantiene a partir de las acciones de actores sociales e institucionales.

[2] Un desarrollo más detallado sobre el modelo de determinantes sociales de la salud, y el concepto de estructura de clases sociales utilizado se encuentra en Fresneda (2012: 59-108)

Gráfico 1.1. **Modelo para el análisis y seguimiento de las inequidades en salud**



Fuente: Fresneda, 2007.

Clases sociales como expresión de la posición social

Concepto de estructura de clases y metodología para su estudio

Con el modelo teórico se postula como hipótesis una relación de dependencia entre la posición social, que es el producto de factores socioeconómicos y políticos, y el estado de salud. Éste está determinado, a su vez, dentro de una cadena de factores causales, por las exposiciones diferenciales a riesgos y a respuestas sociales, dentro de las cuales se examinan separadamente las posibilidades de acceso a los servicios de salud y la forma como son financiados por los hogares.

En los ejercicios que realiza el Observatorio para el análisis de las desigualdades en calidad de vida y salud se otorga realce especial al concepto de clases sociales, para expresar la posición social, que ha sido utilizado dentro de distintos enfoques teóricos para dar cuenta de las posiciones sociales fundamentales en las sociedades contemporáneas[3].

El énfasis que damos a este concepto no desconoce, sin embargo, la existencia de otras variables que señalan formas de diferenciación y discriminación sociales relevantes y que interactúan con las propias de las clases sociales para explicar las desigualdades sociales. Son los casos de la etnia y del género o de otras categorías de análisis relacionadas con situaciones de vulnerabilidad en nuestro medio, como la relativa a la población desplazada. En este contexto, nuestro análisis no aspira a tomar en cuenta el conjunto de actores sociales que interactúan para dar cuenta de las situaciones de inequidad en salud. Busca captar una diferenciación fundamental de nuestra realidad social que se encuentra en la base de las desigualdades sociales y que tiende a dejarse oculta en los análisis corrientes que consideran con frecuencia sólo las manifestaciones superficiales y más evidentes de esas desigualdades.

La estructura de clases sociales se constituye a partir de las distintas posiciones que surgen dentro de las relaciones sociales y que tiene lugar en el proceso de producción (económico), expresadas en la propiedad y control sobre los medios de producción y, entre los asalariados, por la calificación laboral y la autoridad que tienen en el trabajo (Wright, 1995a, 2000, 2004a y 2004b).

[3] En este tema el estudio da continuidad a trabajos realizados por Óscar Fresneda (1993, 2009, 2010a y 2012). Los párrafos siguientes recogen desarrollos de esos trabajos.

La ubicación objetiva en posiciones de clase (clase en sí), de acuerdo con las características de las relaciones de producción, da lugar a intereses particulares que sustentan la posible acción de los individuos como miembros de una clase social. En este proceso pueden generarse identidades y constituirse las clases sociales como actores políticos y sociales en favor de sus propios intereses a través de una acción social colectiva y de los conflictos entre clases (clase para sí).

La delimitación operativa de las posiciones de la estructura de clases para los análisis realizados se hizo siguiendo los trabajos de dos de los sociólogos que se destacan en su análisis, Erich O. Wright y John H. Goldthorpe, a partir de variables captadas en las encuestas relativas a la propiedad o no propiedad de los medios de producción, al grado de calificación y destrezas laborales, y a la autoridad y control en el trabajo (ocupación, rama de actividad y posición ocupacional). (Wright, 1979; 1995a; 2004a; 2004b; Goldthorpe, 1995; 2010b)

Para completar la especificación de estas posiciones se utilizan criterios adicionales que configuran el espacio de relaciones laborales diferenciadas para algunas de las posiciones de clase, como el número de trabajadores en las empresas, para los no asalariados y, para los asalariados e independientes, la pertenencia al sector primario de la empresa donde laboran. La clasificación obtenida, con información contenida en encuestas de hogares, sólo aspira a llegar a una aproximación a la estructura de clases.

Los criterios operativos de definición de las posiciones de clase de Goldthorpe y Wright, como anota este último, muestran una gran coincidencia y concuerdan en destacar el papel de las características laborales (Wright, 1995a; 2010; Goldthorpe, 1995; 2010b). En el enfoque neoweberino de Goldthorpe se resaltan las relaciones laborales dentro de los mercados de trabajo y de las unidades de producción. En el neo-marxista, de Wright, se hace a partir de las relaciones sociales de producción. Los puntos de confluencia de los dos enfoques permiten llegar a lineamientos coincidentes en la determinación de las posiciones de clase que sean aplicables al análisis concreto y a la clasificación de los individuos en clases sociales. Aunque los criterios operacionales de diferenciación entre posiciones de clase de Goldthorpe y de Wright no son equivalentes (González, 1990: 40 y ss.), coinciden desde el punto de vista de la separación entre no asalariados (capitalistas y pequeña burguesía) y asalariados, y dentro de ellos en posiciones diferenciadas por el grado en el que acceden a los bienes de organización y de calificación. En la definición empírica de las posiciones de clase social se sigue en nuestro enfoque un procedimiento más próximo al de Goldthorpe, utilizando las variables de caracterización laboral (ocupación, rama de actividad y posición ocupacional), en vez de las directamente utilizadas por Wright, de calificación y ubicación en la jerarquía laboral. (Carabaña, 1995b; González, 1990)

Sobre la base de las orientaciones generales marcadas por las experiencias de estos autores a nivel internacional se llevó a cabo una adecuación de los criterios por ellos expuestos y aplicados a las condiciones de países como Colombia y a las limitaciones de la información contenida en las encuestas disponibles.

En el contexto de América Latina los análisis sobre clases sociales tuvieron una amplia extensión hasta comienzos de los años 80, del siglo XX (Franco et al., 2007). Desde entonces decayeron y se dio mayor peso en los estudios a categorías descriptivas de condiciones de vida o recursos: pobreza, deciles de ingresos, índices de condiciones de vida, por ejemplo. Dentro de los enfoques de la economía neoclásica se trató de explicar las desigualdades por factores de diferenciación individual. Se mantiene, sin embargo, una línea de pensamiento que, desde distintas perspectivas, mantiene la importancia de la consideración de la clase social para el examen de las realidades de los países de la región[4].

Sin embargo, como en el plano mundial, en América Latina el debate sobre la pertinencia del análisis de clases sociales sigue vivo. Los argumentos que sustentan que no es una noción útil para el análisis se repiten desde hace más de cincuenta años en el contexto de las sociedades "industrializadas". Se arguye que este concepto se ha vuelto obsoleto y que ha perdido vigencia en razón de los cambios que ha tenido la sociedad: el incremento del sector terciario, que lleva a que no existan diferenciaciones claras entre las clases, la elevación del nivel de vida y consumo de la población, que conduce a la imposibilidad de diferenciar estratos de consumo y a que las confrontaciones clasistas pierdan su sustrato material, la democratización del poder político que conduce a la pérdida de vigencia de la diferenciación de comportamientos políticos entre grupos estratificados de la población (Chauvel, 2001, 318 y ss.; Marshall et al. 1988,1). En nuestra perspectiva, la forma de resolver el debate se encuentra en la actualidad más en el plano de la investigación empírica, como la presentada en este trabajo, que en el de la discusión teórica.

Con el ánimo de llegar a una aproximación operativa aceptable, las posiciones de la estructura de clase se diferenciaron operativamente consultando cuatro variables contenidas en las encuestas examinadas[5]:

[4] Dentro de los autores que se destacan en sus estudios sobre clases sociales en América Latina se encuentra el sociólogo Alejandro Portes, quien concuerda con nuestro enfoque al basar su esquema de clases en características laborales (Portes, 1985, Portes et al., 2003). Otros trabajos de las últimas décadas sobre estratificación y clases sociales en América Latina son los de León y Martínez (2001), referido a Chile, el de Raúl Jorrat (2008) sobre la movilidad de clases en Argentina y el de Nelson do Valle Silva (2004) sobre los cambios sociales de la sociedad brasileña en la segunda mitad del siglo XX, quien también aplica criterios similares a los utilizados en nuestro trabajo.

[5] Es este el mismo procedimiento descrito por Carabaña, 1995b: 114-121.

- La ocupación: el tipo de trabajo concreto realizado dentro de la división técnica del trabajo, que permite distinguir analíticamente, en las clasificaciones usuales de esta variable, entre trabajadores manuales y no manuales, según sus niveles de calificación y su puesto en las jerarquías de control y autoridad dentro de las unidades económicas.

- La posición ocupacional: la situación de los trabajadores respecto a los medios de producción, diferenciando patrones, trabajadores independientes, trabajadores familiares sin remuneración, asalariados (empleados, obreros, empleados domésticos).

- La rama de actividad: la ubicación de las empresas en los sectores económicos, que configuran entornos laborales diferentes para ciertas posiciones de clase de trabajadores.

- El número de trabajadores en las empresas donde se desarrolla la actividad laboral para los trabajadores no asalariados.

- Se distinguen las posiciones de clase enumeradas en la tabla 1.1, conformando dos niveles. El primero, que comprende nueve grupos, da cuenta de las posiciones de clase principales y el segundo, como desagregación del anterior, de subdivisiones o fracciones de las posiciones de clase.

Tabla 1.1. **Posiciones de clases sociales**

I. Directivos	A. Directivos patronos B. Directivos asalariados
II. Profesionales y técnicos	A. Profesionales y técnicos independientes B. Profesionales y técnicos asalariados
III. Pequeña burguesía "tradicional" (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios).	A. Pequeña burguesía en empresas con más de 5 trabajadores B. Pequeña burguesía en empresas con 5 trabajadores o menos
IV. Campesinos	A. Campesinos en explotaciones de más de 5 trabajadores B. Campesinos en explotaciones de 5 trabajadores o menos

continúa tabla 1.1

V. Empleados (administrativos, del comercio y los servicios)	A. Empleados de dirección y control (administrativos, del comercio y los servicios) B. Empleados (administrativos, del comercio y los servicios) sin funciones de dirección y control
VI. Obreros industriales	A. Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados B. Obreros en ocupaciones artesanales C. Obreros industriales no calificados: obreros en ocupaciones de baja calificación y en tareas manuales y repetitivas
VII. Obreros agropecuarios	
VIII. Empleados domésticos	
IX. Otros trabajadores	

Fuente: Fresneda, 2009, 2012.

En la tabla 1.2 se resumen los criterios de clasificación utilizados para diferenciar las posiciones y fracciones de clase, tomando en cuenta las variables de posición ocupacional, tipo de ocupación y rama de actividad contempladas en las encuestas utilizadas en el análisis[6].

[6] En este Informe no repetimos las definiciones de las categorías utilizadas para delimitar las posiciones de clase que se encuentra en el trabajo anterior publicado por el Observatorio (Fresneda, 2012). Para evitar confusiones vale la pena resaltar, sin embargo, que se considera como "pequeña burguesía" a aquella capa heterogénea de trabajadores independientes de los sectores de la industria, el comercio y de los servicios que no desempeñan trabajos profesionales, ni tienen funciones de dirección y control en sus negocios, y que no están dedicados a trabajos dentro de los hogares (empleados domésticos). Como se señala en la tabla 1 se diferencian dentro de ellos dos capas, según el número de trabajadores en los establecimientos donde trabajan. En razón de simplificar los resultados en el trabajo se presenta la información de conjunto de este conglomerado. Al utilizar esta denominación buscamos destacar el carácter de posición objetiva de clase social de esta categoría y no postulamos ninguna semejanza social ni ideológica con las de grupos de los países del capitalismo central, ni con otras fases de la historia universal.

Tabla 1.2. **Posición ocupacional y rama de actividad**

<table>
<tr><th rowspan="3">Ocupación</th><th colspan="4">Posición ocupacional y rama de actividad</th></tr>
<tr><th rowspan="2">Asalariado: obreros, empleados, empleados domésticos</th><th colspan="3">No asalariado</th></tr>
<tr><th>Servicios privados a los hogares</th><th>Sector agropecuario</th><th>Industria, comercio y servicios</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Obreros industriales</td><td>VIA. Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados</td><td rowspan="5"></td><td rowspan="6">IV. Campesinos con hasta 5 trabajadores (IVA) y con 5 y más trabajadores (IVB)</td><td rowspan="6">III. Pequeña burguesía (Trabajadores independientes de la industria el comercio y los servicios): con hasta 5 trabajadores (IIIA) y con 5 y más trabajadores (IIIB).</td></tr>
<tr><td>VIB. Obreros industriales en ocupaciones artesanales</td></tr>
<tr><td>VIC. Obreros industriales no calificados</td></tr>
<tr><td>Trabajadores agropecuarios</td><td>VII. Obreros agropecuarios</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Trabajadores administrativos del comercio, vendedores. Trabajadores de los servicios</td><td>VA. Empleados de dirección y control administrativos , del comercio y los servicios</td></tr>
<tr><td>VB. Empleados administrativos, del comercio y los servicios sin funciones de dirección y control</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Trabajadores de los servicios a los hogares</td><td colspan="2">VIII. Empleados domésticos</td></tr>
<tr><td>Directivos y gerentes de grado superior</td><td>IA. Directivos patronos</td><td colspan="3">IB. Directivos asalariados</td></tr>
<tr><td>Profesionales y técnicos</td><td>IIB. Profesionales y técnicos asalariados</td><td colspan="3">IIA. Profesionales y técnicos independientes</td></tr>
</table>

Fuente: Fresneda, 2009, 2012.

La estructura de clases en Bogotá

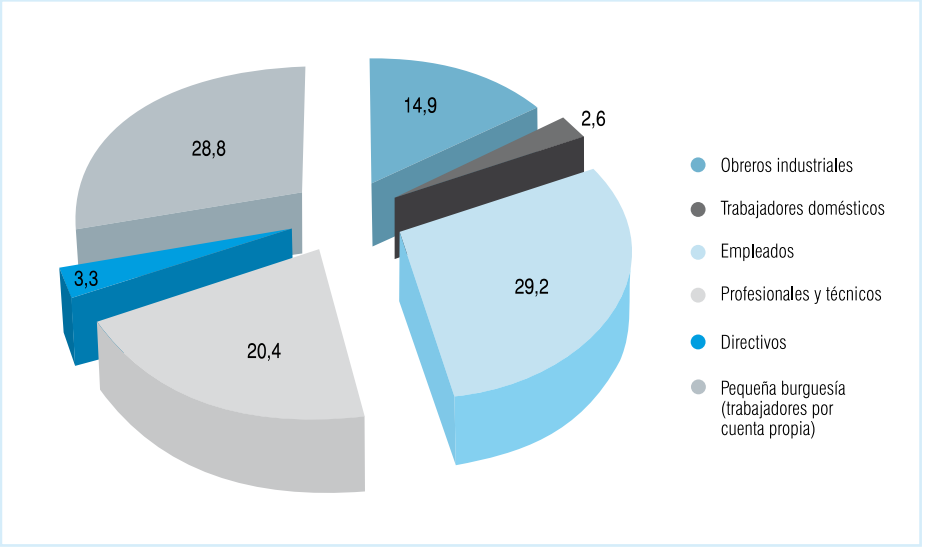
Estructura de clases sociales en Bogotá 2011

Se describe a continuación la composición de la estructura de clases que se obtiene, con las orientaciones descritas, a partir de la EMB y las diferencias que se observan en esa estructura dentro de la geografía de la ciudad, por estratos socioeconómicos y localidades.

En la actualidad la distribución de los trabajadores por posiciones de clase social en Bogotá muestra un predominio numérico de la pequeña burguesía (trabajadores independientes, 28,8), y los "empleados" (29,2%). Los profesionales y técnicos representan 20,4% de los trabajadores y los obreros industriales 14,9%. La composición de la estructura social es la de una ciudad de servicios, como la mayor parte de las grandes metrópolis contemporáneas.

En el gráfico 1.2 y en la tabla 1.3 se ilustra la distribución de los ocupados dentro de los grupos utilizados para expresar las posiciones sociales dentro de la estructura de clases sociales. La tabla 1.4 muestra la composición de los hogares bogotanos, por posición de clase social de los jefes de hogar ocupados, que no diverge en forma significativa frente a la de los ocupados (Fresneda, 2009; 2012).

Gráfico 1.2. **Distribución de los ocupados, por posiciones de clase social. Bogotá, 2011**



Fuente: EMB - 2011 – Procesamiento propio

Las tablas 1.3 y 1.4 ilustran igualmente la forma de clasificación utilizada para diferenciar las posiciones de clase:

Separación entre asalariados y no asalariados, y distinción dentro de ellos de los directivos y profesionales, así como de los trabajadores independientes por rama (sector agropecuario y otros sectores) y por número de trabajadores de las empresas.

Distinción, de posiciones de clase, según dos criterios: ubicación en la jerarquía laboral y calificación y destrezas laborales.

Tabla 1.3. **Distribución de los ocupados por fracciones de posición de clase (porcentajes). Bogotá, 2011**

<table>
<tr><th colspan="2">Propietarios</th><th colspan="4">Asalariados</th><th>Autoridad y control en el trabajo</th></tr>
<tr><td colspan="2">I.A.
Directivos patronos
0,9%</td><td>I.B.
Directivos asalariados
2.4%</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">+</td></tr>
<tr><td colspan="2">II.A.
Profesionales y técnicos independientes
6,2%</td><td rowspan="3">II.B.
Profesionales y técnicos asalariados
14.4%</td><td rowspan="2">V.A.
Empleados de dirección y control
2,9 %</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">III.A.
Pequeña burguesía "tradicional" (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas de mas de 5 trabajadores
4,1%</td><td rowspan="2">IV.A.
Campesinos en explotaciones de mas de 5 trabajadores
0,1%</td><td colspan="3">V.B.
Empleados administrativos, del comercio y los servicos sin funciones de dirección. y control 26,3%</td><td>0</td></tr>
<tr><td rowspan="2">VI.A.
Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados
6,0%</td><td rowspan="3">VI.B.
Obreros en ocupaciones artesanales
5,1%</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">-</td></tr>
<tr><td rowspan="2">III.B.
Pequeña burguesía "tradicional" (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas de hasta 5 trabajadores
24,7%</td><td rowspan="2">IV.B.
Campesinos en explotaciones de hasta 5 trabajadores
0,2%</td><td>VI.C.
Obreros industriales no calificados
3,8%</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>VII.
Obreros del sector agropecuario
0,4%</td></tr>
<tr><td colspan="2">Calificación y destrezas laborales</td><td>+</td><td>0</td><td>-</td><td>VIII.
Empleados domésticos
2,6%</td><td></td></tr>
</table>

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la EMB, 2011.

Tabla 1.4. **Distribución de los hogares con jefe ocupado, por fracciones de posición de clase del jefe (porcentajes). Bogotá, 2011**

<table>
<tr><th colspan="2">Propietarios</th><th colspan="4">Asalariados</th><th>Autoridad y control en el trabajo</th></tr>
<tr><td colspan="2">I.A.
Directivos patronos
1,3%</td><td colspan="2">I.B.
Directivos asalariados
2.7%</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">+</td></tr>
<tr><td colspan="2">II.A.
Profesionales y técnicos independientes
6,6%</td><td rowspan="3">II.B.
Profesionales y técnicos asalariados
12,7%</td><td rowspan="2">V.A.
Empleados de dirección
2,6 %</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">III.A.
Pequeña burguesía "tradicional" (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas de mas de 5 trabajadores
4,6%</td><td rowspan="2">IV.A.
Campesinos en explotaciones de mas de 5 trabajadores
0,1%</td><td colspan="2">V.B.
Empleados administrativos, del comercio y los servicos sin funciones de dirección. y control 21,7%</td><td>0</td></tr>
<tr><td rowspan="2">VI.A.
Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados
7,9%</td><td rowspan="3">VI.B.
Obreros en ocupaciones artesanales
5,1%</td><td></td><td rowspan="2">-</td></tr>
<tr><td rowspan="2">III.B.
Pequeña burguesía "tradicional" (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas de hasta 5 trabajadores
28,0%</td><td rowspan="2">IV.B.
Campesinos en explotaciones de hasta 5 trabajadores
0,3%</td><td>VI.C.
Obreros industriales no calificados
4,0%</td></tr>
<tr><td></td><td>VII.
Obreros del sector agropecuario
0,5%</td></tr>
<tr><td colspan="2">Calificación y destrezas laborales</td><td>+</td><td>0</td><td>VIII.
Empleados domésticos
1,8%</td><td>-</td><td></td></tr>
</table>

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la EMB, 2011

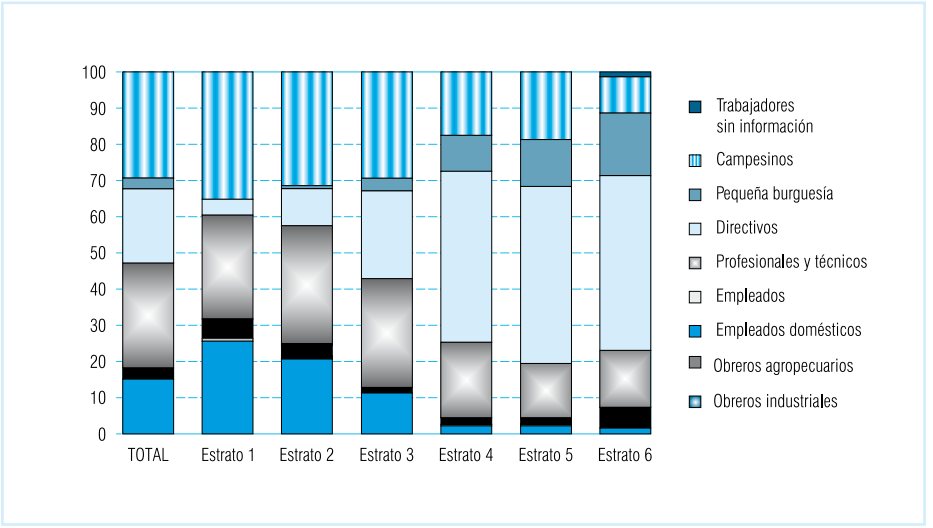
Estructura de clases sociales, por estratos y localidades. 2011

En Bogotá existe una fuerte correspondencia entre las divisiones de clase y las separaciones territoriales por localidades y estratos socioeconómicos (gráficos 1.3 y 1.4, tabla 1.5). Hay contrastes notables en la composición de clase de los ocupados por estas clasificaciones espaciales, lo que manifiesta que la segmentación espacial de la ciudad es una expresión de la segmentación entre clases sociales.

Los estratos socioeconómicos son heterogéneos en su composición social, pero se observa una tendencia a una mayor participación de directivos, profesionales y técnicos, empleados administrativos con funciones de dirección y control, y trabajadores independientes en empresas de más de 5 trabajadores a medida que el estrato es superior. Y, en sentido inverso, sube la participación de obreros y de trabajadores independientes en empresas de menos de cinco trabajadores, empleados administrativos sin funciones de dirección y control a medida que el estrato es más bajo. (Fresneda, 2012)

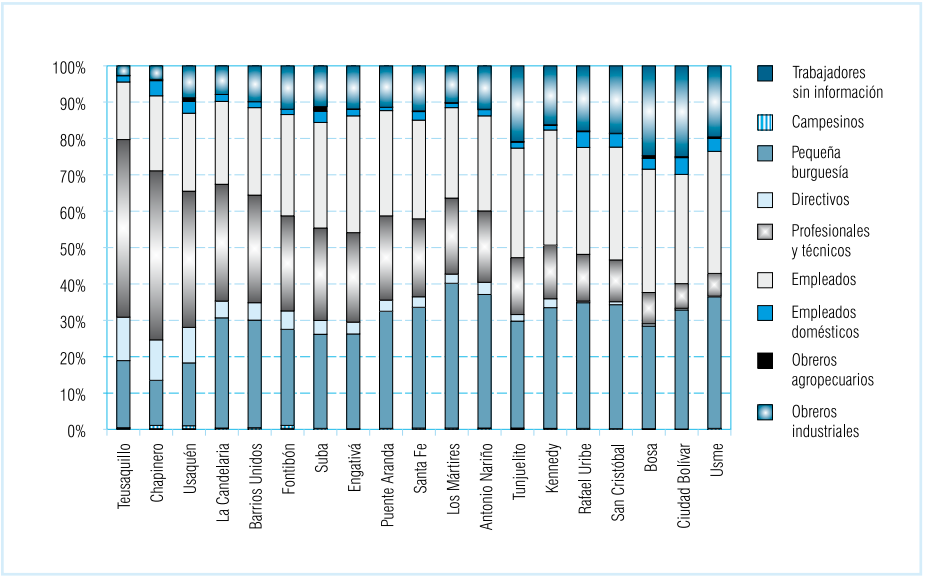
Las localidades del centro y norte con mayores niveles de vida (Usaquén, Chapinero y Teusaquillo) tienen participación mayoritaria de profesionales y directivos, mientras que las del sur y sur occidente, con altos niveles de pobreza, tienen una composición "popular" de obreros y trabajadores independientes en pequeños negocios.

Gráfico 1.3. **Distribución porcentual de los ocupados, por posiciones de clase social, según estrato socioeconómico. Bogotá, 2011**



Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la EMB, 2011.

Gráfico 1.4. **Distribución porcentual de los ocupados, por posiciones de clase social, según localidad. Bogotá, 2011**



Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la EMB, 2011.

Tabla 1.5. **Distribución porcentual de los ocupados (12 años y más de edad), por posición de clase, estrato y localidad. Bogotá 2011**

Estratos y Localidades	TOTAL	Posición de clase social								
		Obreros Industriales	Obreros agro-pecuarios	Empleados domésticos	Emplea-dos	Profesionales y técnicos	Directi-vos	Pequeña burguesía	Campe-sinos	Trabajadores sin Información
TOTAL	100.0	14.9	0.4	2.6	29.2	20.4	3.3	28.9	0.3	0.1
ESTRATO										
Estrato 1	100.0	25.6	0.6	5.5	28.6	4.2	0.2	35.2	0.1	0.0
Estrato 2	100.0	20.9	0.7	3.3	32.7	10.1	0.8	31.4	0.1	0.1
Estrato 3	100.0	11.3	0.2	1.4	29.9	24.2	3.4	29.3	0.4	0.0
Estrato 4	100.0	2.4	0.3	1.8	20.6	47.3	10.0	17.3	0.3	0.1
Estrato 5	100.0	2.3		2.2	15.1	48.8	12.8	18.3	0.4	0.2
Estrato 6	100.0	1.7	0.3	5.4	15.7	48.1	17.2	10.2	1.3	0.1
Sin Información	100.0	14.5	0.3	1.2	26.6	15.6	3.4	37.6		0.8
Localidad										
Usaquén	100.0	8.8	1.0	3.2	21.5	37.5	9.8	17.3	0.8	0.2
Engativá	100.0	11.9	0.1	1.8	32.1	24.6	3.2	26.1	0.2	
Suba	100.0	11.2	1.3	3.0	29.0	25.5	3.8	25.9	0.2	0.1
Barrios Unidos	100.0	9.9		1.6	24.1	29.6	4.8	29.6	0.3	0.1
Teusaquilo	100.0	2.7	0.1	1.7	15.8	48.9	11.9	18.5	0.1	0.3
Los Mártires	100.0	10.2	0.1	1.2	24.9	20.9	2.6	39.8	0.3	
Antonio Nariño	100.0	12.0	0.1	1.7	26.2	19.6	3.3	36.8	0.3	0.1
Puente Aranda	100.0	11.4	0.0	0.9	29.0	23.1	3.1	32.2	0.2	0.1
La Candelaria	100.0	7.9		2.0	22.7	32.2	4.5	30.3	0.2	0.1
Rafael Uribe	100.0	17.9	0.2	4.4	29.5	12.8	0.4	34.6	0.2	
Ciudad Bolívar	100.0	25.1	0.2	4.7	30.0	6.8	0.4	32.8	0.1	
Chapinero	100.0	3.8	0.4	4.2	20.6	46.6	11.1	12.4	0.8	0.2
Santafé	100.0	12.4	0.2	2.4	27.2	21.5	2.9	33.2	0.3	
San Cristóbal	100.0	18.6	0.1	3.7	31.1	11.5	0.8	34.1	0.1	0.1
Usme	100.0	19.6	0.4	3.6	33.6	6.2	0.2	36.2	0.2	0.1
Tunjuelito	100.0	20.8	0.2	1.7	30.1	15.7	1.7	29.4	0.2	0.2
Bosa	100.0	24.8	0.7	3.0	33.9	8.7	0.6	28.2	0.2	
Kennedy	100.0	16.2	0.2	1.3	31.7	14.8	2.5	33.2	0.2	
Fontibón	100.0	12.0	0.1	1.4	27.8	26.2	5.0	26.4	0.8	0.3

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la EMB, 2011.

Evolución de la composición de la estructura de clases sociales en Bogotá, 1994-2011

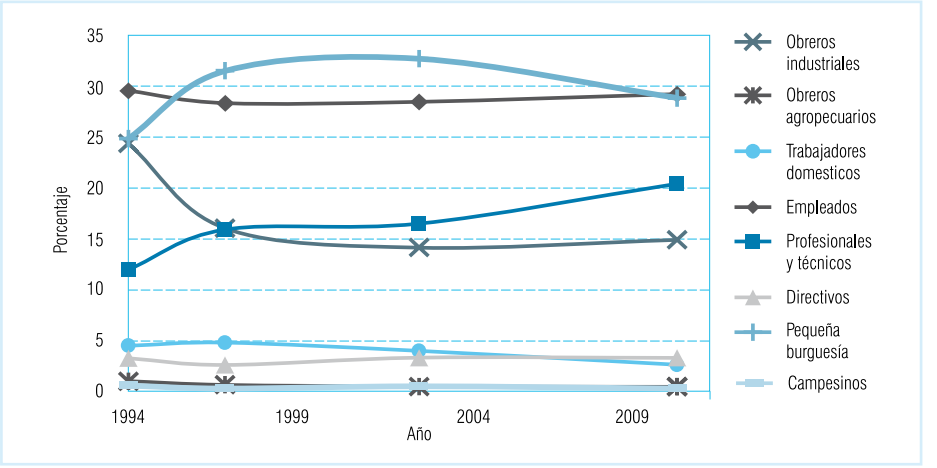
En la estructura de clases en Bogotá ha habido, desde la década de los 60, un progresivo incremento de los sectores medios y de los trabajadores independientes y pequeños empresarios (pequeña burguesía) en un proceso muy dinámico de movilidad social (Fresneda, 2012).

A partir de comienzos de los años 90, del siglo XX, se presentó una transformación en la estructura de clases que se corresponde con lo que se ha llamado el régimen de acumulación de la apertura neoliberal, Consenso de Washington o de "financiarización" (Misas, 2002, Giraldo, 2007a; 2007b), que modificó las características de la fase anterior de sustitución de importaciones. El cambio en la composición de la estructura de clases vino acompañado de una mayor concentración del ingreso y de transformaciones cualitativas en las relaciones laborales (flexibilidad laboral; gráficos 1.4 y 1.5)[7].

La composición social y los cambios que ha tenido la estructura social de la ciudad en las últimas décadas muestran su carácter de metrópoli de servicios y los efectos de los cambios en la división sectorial del trabajo, expresados en la "desindustrialización", y del cambio en las relaciones de trabajo a través de la flexibilización laboral en el contexto de la globalización. Igualmente, pone de presente cómo la dinámica social no ha llevado a la progresiva proletarización y, por el contrario, ha reforzado a los sectores medios (empleados administrativos y del comercio) y a los trabajos basados en el conocimiento como, los de los profesionales. (Fresneda, 2012)

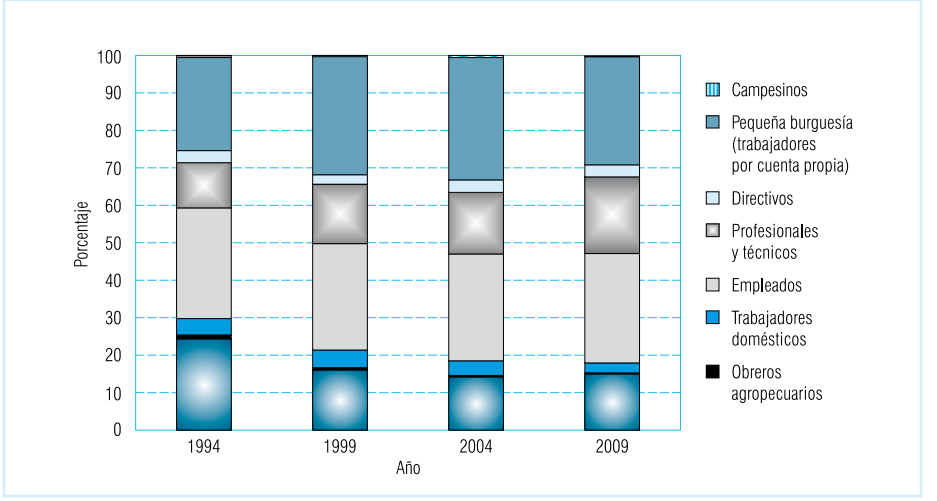
[7] La información de la encuesta de calidad de vida de 2007 presenta un comportamiento que no concuerda con la tendencia histórica, por lo cual su información es preciso no tomarla en cuenta para el análisis de la evolución de la estructura de clases. Por esa razón su información no se incluye en los gráficos 1.5 y 1.6.

Gráfico 1.5. **Tendencia de la participación de los ocupados de 12 y más años de edad en las posiciones de clase social. Bogotá, 1994-2011.**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares, de Equidad en la Gestión Fiscal, 1994 (CGR, CENAC) y Calidad de Vida, 1997 y 2003 (DANE) y EMB, SDP y DANE, 2011

Gráfico 1.6. **Porcentaje de la participación de los ocupados de 12 y más años de edad en las posiciones de clase social. Bogotá, 1994-2011**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares, de Equidad en la Gestión Fiscal, 1994 (CGR, CENAC) y Calidad de Vida, 1997 y 2003 (DANE) y EMB, SDP y DANE, 2011.

Calidad de vida

El concepto y las dimensiones de calidad de vida urbana

En el modelo de análisis la calidad de vida comprende un conjunto amplio de dimensiones que expresan el desarrollo de capacidades relevantes. Engloba las condiciones de salud que, en su mayor parte, tienen interrelaciones con las otras dimensiones de la calidad de vida, como determinantes o como consecuentes[8].

Siguiendo a Amartya Sen, la calidad de vida se entiende en función de aquellas capacidades (capabilities) que representan logros valiosos para las personas. Las capacidades 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, 1985b: i; 1987c: 36; 1992a: 40; 2009: 261 y ss; Nussbaum y Sen, 1996).

Entender la calidad de vida en términos de capacidades supera la visión del utilitarismo, que ha sido una de las corrientes predominantes en el pensamiento occidental sobre la justicia social en los últimos siglos. Y se diferencia de las posiciones que evalúan la calidad de vida en términos del acceso a recursos o bienes, o en el cumplimiento de los derechos en tanto restricciones que deben ser respetadas. (Hernández, 2006: 97-98; Sen, 1984b: 311-313)

Bajo la visión de Sen, la calidad de vida tiene una diversidad constitutiva e incorpora un conjunto heterogéneo de capacidades. Ante la inmensa variedad de capacidades, muchas de ellas irrelevantes, para evaluarla se hace necesaria la selección razonada de aquellas que sean especialmente valiosas para los objetivos que se proponen las personas. (González y Fresneda, 2004; Williams, 1987: 98; Sen, 1987a; 1987b: 108; 1992: 58; Foster y Sen, 2001)

La visión de Sen define como "espacio" de los objetos a ser evaluados el delimitado por las capacidades (Sen, 1996: 77-78), pero es incompleta al carecer de una pauta valorativa que permita determinar cuáles de ellas son relevantes. Su formulación queda abierta a que las capacidades valiosas sean seleccionadas o bien en el ámbito

[8] La conceptualización de la calidad de vida y la metodología para medirla siguen lo desarrollado en los trabajos del CID y de la Secretaría Distrital de Planeación: Calidad de vida urbana y capacidad de pago en los hogares bogotanos- 2011, 2012, que, a su vez, se basa en los elaborados por Fresneda O y Martínez Collantes J: Evaluación de la calidad de vida: aspectos conceptuales y metodológicos, así como en el no publicado, de González Jorge Iván y Fresneda Óscar, 2004: El significado de la "buena vida", Calidad de vida en la Localidad de Engativá, CID, Universidad Nacional de Colombia. En los párrafos siguientes se hace un resumen de lo expuesto en el trabajo del CID y de la SDP: Calidad de vida urbana y capacidad de pago en los hogares bogotanos- 2011 (CID, SDP, 2012).

de la libertad individual, a través de las elecciones personales, o bien a que se tome una norma colectiva para definir las que se consideran importantes o básicas[9].

La identificación y clasificación de dimensiones que forman parte de conceptos como bien-estar, desarrollo humano o calidad de vida, y que comparten la preocupación por concretar los espacios de evaluación de las capacidades y funcionamientos valiosos, ha ocupado la atención de destacados autores. La diversidad de sus respuestas a este problema, que se concretan en "listas" de elementos o dimensiones contenidos en estos conceptos, muestra que no existe una solución única a distintas orientaciones conceptuales y éticas, ni una sola respuesta que satisfaga todos los objetivos de un ejercicio de esta naturaleza[10].

Para especificar aquellos contenidos a tomar en cuenta para evaluar la calidad de vida y su desigual distribución en Bogotá se tomaron en cuenta dos formas complementarias de aproximación. La primera, identifica capacidades prioritarias a partir de precisar aquellas requeridas para la satisfacción de las necesidades. La segunda, consulta el marco de los derechos humanos para reconocer los campos destacados de las capacidades a ser valorados, expresados en una norma socialmente aceptada y jurídicamente sancionada. (Fresneda, 2012; CID, SDP, 2012)

Según ese enfoque las necesidades señalan fines sociales que tienen un valor por sí mismos, en el espacio de las capacidades. Y los derechos otorgan la fuerza de la obligatoriedad, apoyada en la ley, a capacidades y realizaciones relacionadas con algunas necesidades, e identifica, en su especificación concreta, bienes, servicios y acciones sociales para obtenerlas. (Fresneda, 2007: 41; Williams, 1987: 99-100; Sen, 1987: 109)

Con estos referentes de carácter universal se especificaron los contenidos de la calidad de vida que correspondieran con las condiciones propias de la vida urbana y que pudieran captarse a través de la Encuesta Multipropósito, realizada en Bogotá en 2011. En el ejercicio de evaluación empírica, que se guió por estos criterios, fueron definidas las dimensiones destacadas a tomar en cuenta, consultando desarrollos de distintos autores y enfoques conceptuales y valorativos , y se definieron los indicadores que permitieran captar esas dimensiones y los procedimientos para lograr una medida agregada que sintetizara esos indicadores. (CID, SDP, 2012)[11]

[9] Diversos autores han puesto en evidencia esta limitación. Véase al respecto: Nussbaum, 1987: 40; 1997: 285 y ss.; 2003: 33 y ss.; Williams, 1987: 96 y ss.; Hernández, 2006: 171 y ss.; Boltvinik, 2007: 16 y ss.; Gasper, 2007: 294.

[10] Véase al respecto el trabajo de Alkire (2002), donde se analizan las "listas" elaboradas por distintos autores.

[11] Los autores y corrientes consultados fueron: Maslow (1943 y 1987), Doyal y Gought (1994), Nussbaum (2003; 2012), MaxNeff et al. (1986), Allard (1996), Erikson (1996) y Julio Boltvinik (2005a; 2005b; 2007).

Dentro del marco conceptual planteado para un índice de calidad de vida urbano, aparecen como valores centrales el bien-estar humano y la satisfacción de las necesidades, no sólo materiales, sino inmateriales (Ibíd.). Las dimensiones de la calidad de vida urbana seleccionadas fueron las siguientes:

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 (empleo y calidad del trabajo)
8. Educación
9. Ocio y recreación
10. Solidaridad y asociación
11. No discriminación
12. Capacidad de pago

Para algunas de las dimensiones de la calidad de vida se identificaron componentes que tomaran en cuenta aspectos constitutivos destacados dentro de ellas[12].

Por limitaciones en la información provista por la encuesta mencionada no se tomaron en consideración aspectos de las necesidades relacionadas con la autoestima y la autorrealización personal, como es planteado por Boltvinik (2005b; 2007). El mismo motivo condujo a dejar de lado capacidades que se refieren, en la concepción de Martha Nussbaum (1997; 2003; 2012), al control sobre el medio ambiente político (ser capaz de participar efectivamente en las decisiones políticas que rigen la vida de uno, tener el derecho de participación política, la protección de la libertad de expresión y de asociación).

Se presentan a continuación los contenidos centrales de las doce dimensiones de la calidad de vida urbana, siguiendo el trabajo del CID (SDP, 2012).

Salud y alimentación

La dimensión se ubica en el campo de las necesidades básicas de subsistencia que es el substrato para la sobrevivencia física, la realización de las actividades normales de las personas y el logro de una vida prologada. Su evaluación comprende tanto el sos-

[12] En la dimensión de Alimentación y Salud se diferenciaron los dos componentes. Salud comprendió los aspectos relativos a estado subjetivo de salud y protecciones específicas para la salud como respuestas sociales desde las políticas públicas (aseguramiento de la salud y acceso a servicios de salud) y las conductas "saludables" de los hogares (hábitos alimentarios, por ejemplo).

tenimiento y extensión normal de la vida, como el logro de un buen estado de salud y la disposición de elementos instrumentales que son necesarios para mantenerla: el acceso a servicios para la prevención y curación de la enfermedad, una alimentación adecuada y factores que la favorecen y disminuyen los riesgos que la amenazan.

Para captar esta dimensión se toma en consideración la situación de salud de los individuos y factores destacados que favorecen su logro. Dentro de ellos tiene papel preeminente la alimentación:

> Se consideran separadamente, para la construcción del índice, dos tipos de fenómenos que pueden ser evaluados con la información provista por la EMB. Sobre cada uno de ellos se construye un índice: i) las condiciones de alimentación, y ii) la salud. Esos índices luego se combinan en uno global. La salud también se capta a través de dos elementos que dan lugar a sendos índices los cuales, a su vez, se mezclan para dar lugar al índice de la sub-dimensión en su conjunto: i) el estado de salud, y ii) las protecciones y prácticas para mantener la salud y evitar la enfermedad. (CID, SDP, 2012)

Condiciones de la vivienda

Esta dimensión se refiere también a las capacidades básicas de supervivencia, es decir, actúa como determinante de la satisfacción de necesidades que garantizan la vida misma. En Colombia la Constitución de 1991 (Art.51) reconoce explícitamente el derecho a la vivienda digna, que debe cumplir con requisitos de distinto tipo[13]: habitabilidad (condiciones mínimas de higiene, calidad de materiales y espacio), localización que permita razonable acceso a servicios fundamentales, seguridad en la tenencia, gastos soportables inherentes a la vivienda (que no pongan en peligro otros gastos fundamentales del hogar).

Según la Constitución Política, los servicios públicos domiciliarios (agua, alcantarillado, recolección de desechos, energía, gas natural y telefonía local) son equipamientos necesarios para que la vivienda pueda cumplir su función y, en este sentido, son parte del derecho a la vivienda (CP, Art.56). Además, la vivienda no puede entenderse sin tomar en cuenta su entorno inmediato, representado por las edificaciones vecinas y sus usos, el espacio público inmediato (andenes, zonas verdes) y la accesibilidad a la vivienda (vías).

Los indicadores para la vivienda que se han elaborado a partir de la EMB 2011 comprenden la calidad de los materiales de la edificación y de su estructura, el espacio

[13] Corte Constitucional, Sentencias T-585 de 2006 y C-444 de 2009.

privado disponible, la cobertura y calidad de los servicios públicos básicos, y la calidad del entorno directo de la vivienda. (CID, SDP, 2012)

Calidad ambiental

> La calidad ambiental urbana se entiende como un conjunto complejo de factores humanos y ambientales interrelacionados (tipo, densidad y disposición de las construcciones, malla vial, densidad de población, presencia de áreas verdes, calidad del aire y del agua, islas de calor, entre otros) que inciden favorable o desfavorablemente en la vida de los ciudadanos. (Santana et al. 2010: 78, citado en CID, SDP, 2012)

La calidad ambiental urbana no sólo se expresa en los recursos naturales, sino que también involucra efectos y externalidades negativas sobre el ser humano, la economía y aspectos más subjetivos como la cultura o el paisaje:

> Para efectos de la medición de calidad ambiental se sintetizaron en tres tipos de variables de la encuesta: la primera, relacionada con la percepción frente a las condiciones globales de la ciudad en cuanto a la situación de los recursos naturales y al manejo de los mismos; la segunda, con el desarrollo de prácticas ambientalmente sustentables que permite inferir actitudes constructivas hacia una ciudad sustentable; el tercer grupo de variables, relacionadas con las afectaciones al ambiente en el entorno de la vivienda, fueron incorporadas dentro del componente de vivienda y entorno, dado que éstas constituyen el componente central de la calidad de vida en la escala barrial e inmediata de la vivienda. (CID, SDP, 2012)

Equipamientos y dotaciones urbanas

Según el Decreto 190 de 2004, de la Alcaldía Mayor de Bogotá, los equipamientos urbanos pueden definirse como:

> […] el conjunto de espacios y edificios destinados a proveer a los ciudadanos del Distrito Capital de los servicios sociales de cultura, seguridad y justicia, comunales, bienestar social, educación, salud, culto, deportivos, recreativos y de bienestar social, para mejorar los índices de seguridad humana a las distintas escalas de atención, en la perspectiva de consolidar la ciudad como centro de una red regional de ciudades, buscando desconcentrar servicios que pueden ser prestados a menores costos en las otras ciudades de la región. (Decreto 190 de 2004, citado por CID, SDP, 2012)

Los equipamientos y dotaciones urbanas constituyen componente esencial para el desarrollo de los derechos sociales y económicos; su función trasciende la de contenedores de servicios a la población. Se seleccionaron dos variables para medir esta dimensión:

La primera, se relaciona con la percepción de mejoría o no en los equipamientos, parques, colegios, bibliotecas, canchas y escenarios deportivos, supermercados y zonas comerciales que implícitamente contiene valoraciones de calidad física y de servicio. La segunda, busca incorporar el criterio de accesibilidad a las dotaciones básicas, es decir, la relación entre la vivienda y los equipamientos básicos más cercanos, mediada por la relación a pie, tiempos de desplazamiento mediante movilidad peatonal; la cercanía y facilidad de acceso, permite medir los grados de integración de la población con los servicios sociales y dotaciones urbanas básicas. (CID, SDP; 2012)

Movilidad

La movilidad constituye un aspecto central dentro del concepto de calidad de vida urbana. La movilidad

> […] es la red de relaciones sociales que se establecen a partir del intercambio de flujos de personas, bienes y servicios sobre la base de una infraestructura determinada y que tiene el potencial de dar forma y sentido al espacio, de acuerdo con las singularidades de cada entorno urbano que se analiza. (Revista EIA, julio 2010, citado CID, SDP, 2012)

Se tomaron como indicadores de esta dimensión el tiempo al trabajo y al estudio utilizado en viajes dentro de la ciudad que sintetiza las condiciones de funcionamiento del componente a nivel de infraestructura, operatividad (transporte y tránsito) y los asocia a la calidad de vida en términos del uso del tiempo, el cual tiene afectaciones directas sobre la productividad (y, por ende, el ingreso) y sobre el uso del tiempo para actividades como el cuidado de los menores de edad, la recreación o el esparcimiento. De manera indirecta, en términos ambientales, mayores tiempos de viaje implican mayores gastos energéticos y externalidades, como contaminación.

> Desde la calidad de vida urbana, el tiempo utilizado en viajes dentro de la ciudad tiene una relación directa con el mejoramiento de las condiciones de los hogares: mayor disponibilidad de tiempo libre para el cuidado de los hijos o el desarrollo de actividades de ocio y recreación; mejoras en la productividad laboral y económica del conjunto que se traducen en mayores posibilidades de ingreso; menores afectaciones a la salud, por efecto de exposición a emisiones. (CID, SDP, 2012)

Seguridad ciudadana

Dentro de los elementos que incluyen las necesidades de seguridad se destacan los relativos a la protección para mantener la vida y la integridad personal, estando a salvo de cualquier tipo de violencia. Desde la perspectiva de las capacidades la integridad física es una de las capacidades centrales requeridas para llevar una vida humana digna y comprende el estar protegidos de ataques violentos. (Nussbaum, 2012, 53)

La seguridad ciudadana es sancionada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos la que, junto al derecho a la vida, incluye el relativo a la seguridad personal (ONU, 1948. Art.3). El PNUD (2006: 35) la define como "la condición personal, objetiva y subjetiva, de encontrarse libre de violencia o amenaza de violencia o despojo intencional por parte de otros." De acuerdo con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, el concepto de Seguridad Ciudadana significa que el Estado "debe poner mayor énfasis en el desarrollo de las labores de prevención y control de los factores que generan violencia e inseguridad que en tareas meramente represivas o reactivas ante hechos consumados." (Citado CID, SDP, 2012)

> Para el examen y evaluación de las necesidades de protección y seguridad física se toman en consideración tres elementos complementarios. El primero se refiere al resultado del estado de seguridad en términos de la victimización a que han sido sometidos los miembros del hogar en delitos contra la propiedad, la vida y su integridad personal. El segundo considera la percepción sobre las condiciones de seguridad del entorno de la vivienda, y el tercero la apreciación sobre el mejoramiento de los servicios de vigilancia de la ciudad. (CID, SPD, 2012)

Trabajo (empleo y calidad del trabajo)

El derecho al trabajo es considerado por las Naciones Unidas como un derecho fundamental. Por supuesto, las condiciones en las cuales se desenvuelve dicha actividad deben cumplir con el estándar establecido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y demás organismos internacionales. De allí que los esquemas estatales deben garantizarle a cada persona la capacidad de encontrar un empleo acorde con sus características y habilidades y con una remuneración justa. (CID, SDP, 2012)

Los indicadores tomados en consideración para construir el índice parten de las preguntas de la encuesta que permiten determinar la situación del hogar en términos de empleo, desempleo e informalidad laboral, que definen los niveles de acceso a la seguridad social y establecen las condiciones de la calidad de empleo.

Educación

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas establece la obligatoriedad de la educación primaria y el acceso gradual a los niveles de educación secundaria y superior, bajo cuatro características: disponibilidad de espacios, aceptabilidad y calidad de los programas, adaptabilidad a las condiciones culturales y tecnológicas, así como accesibilidad sin discriminación por razones económicas, de raza, género o religión.

La Constitución Política (art. 44 y 67) reconoce este derecho como universal y le fija un límite en diez años de educación obligatoria, un año de preescolar y nueve de educación básica.

Para construir el indicador de educación se tomó la información relacionada con los grados de escolaridad de los miembros del hogar. El índice se construye por medio de componentes principales, usando subindicadores para los miembros del hogar, el jefe del hogar y el uso de internet para fines educativos. Los subíndices de educación se calculan con la fórmula siguiente: (Año de estudio) / (Edad -5). La edad se corrige de tal manera que a quienes son mayores de 28 años se les coloca una edad de 28.

Ocio y recreación

El tiempo libre desde ciertas posiciones teóricas, hace parte del ejercicio de la libertad como antagonismo al trabajo. En el contexto internacional, el concepto de ocio ha tratado de englobar el concepto de uso del tiempo libre, entendido como "toda aquella actividad realizada fuera de las obligaciones personales, familiares o laborales, aparentemente elegida libremente por el individuo y, desde el punto de vista del gasto, provista en forma de bien o servicio." (Gabaldón, 2005, citado por CID, SDP, 2012). Sin embargo, el término ha sido objeto de numerosas y profundas reflexiones teóricas que dan cuenta de su complejidad.

> Se han seleccionado variables relacionadas con la capacidad de pago destinada a actividades de ocio en especial frente a entretenimiento y consumo cultural y viajes, espectáculos culturales y deportivos; por otra parte, se incorporaron variables que no necesariamente se asocian a consumo y que pueden medir indirectamente la acción de política en el espacio público, como las relacionadas con la formación de hábitos saludables dentro del tiempo libre, asociados mediante actividades deportivas con el deporte y el uso dado al tiempo libre por los hogares con actividades que requieren consumo y otras como actividades de recreación en parques o caminatas. de espacios como la ciclovía y parques. (CID, SPD, 2012)

Solidaridad y asociación

La calidad de vida abarca no sólo las realizaciones personales sino también la solidaridad (Sen, 1987a; 1996: 62) y los logros en colectivos. La dimensión de solidaridad y asociación cubre los aspectos referentes a las necesidades de sentido, pertenencia, afecto, amor y realizaciones primarias significativas planteadas tanto por Maslow, como por los demás autores referenciados en el apartado anterior. Como aspecto complementario, y con el objetivo de enriquecer el análisis de estas realizaciones, se incluye el concepto de capital social.

> Con el fin de medir esta dimensión se plantean tres indicadores básicos obtenidos de la EMB que relacionan la participación en organizaciones, el recurso de los hogares a redes sociales primarias al enfrentar problemas de tipo personal o económico, y finalmente la participación en labores de cuidado a otros miembros del hogar o a través de voluntariado indirecto. Los indicadores son: participación en organizaciones, disposición de red de soporte social o económico y contribución a actividades de cuidado de niños, ancianos y voluntariado. (CID, SPD, 2012)

No discriminación

Esta dimensión es crucial en la concepción de bienestar que se apoya en los aportes teóricos de Sen (CID, SDP, 2012). Para medir esta dimensión se seleccionaron ocho indicadores básicos que relacionan la percepción del jefe de hogar sobre temas de desempeño de organismos públicos, respeto a los derechos humanos e igualdad de oportunidades para poblaciones específicas.

Capacidad de pago

La seguridad económica es una evolución del derecho general a la seguridad ciudadana y se expresa como la necesidad de garantizar condiciones de estabilidad y equidad en materia de trabajo y fuentes de ingreso, tales que permitan superar la pobreza.

La capacidad de pago se definió en términos de la diferencia entre el ingreso observado del hogar y el ingreso mínimo que le garantiza cubrir sus necesidades básicas. Con este enfoque la construcción del índice de capacidad de pago requirió estimar el gasto mínimo en bienes básicos y determinar el ingreso de los hogares. Se estimó como la diferencia entre el ingreso del hogar y el valor de esa canasta. La capacidad de pago es igual a cero cuando los ingresos del hogar son menores a los de la canasta de bienes básicos (CID, SDP, 2012).

Metodología para obtener el índice de calidad de vida urbana

Para obtener un índice de calidad de vida urbana para Bogotá se recurrió, en primera instancia, a procedimientos que permiten obtener una medida representativa de la magnitud de la calidad de vida de los hogares, que constituyen la unidad de análisis, utilizando ponderaciones obtenidas a partir del comportamiento estadístico observado de los indicadores seleccionados. Sin intentar llegar a un conjunto de ponderadores que expresara las valoraciones colectivas, se buscó una expresión sintética de la magnitud de la calidad de vida con base en la asociación que presentan los indicadores seleccionados para las distintas dimensiones examinadas. (Fresneda, Martínez, 2012; CID, SDP, 2012)

Para ello se siguió un procedimiento en tres etapas. En la primera se obtuvo un índice para cada una de las dimensiones simples que no tienen componentes desagregados de la calidad de vida, o de las subdimensiones de aquellas que sí tienen diferenciación de componentes, utilizando la técnica estadística de análisis de componentes principales categóricos. En la segunda se elaboró un índice de las dimensiones con componentes diferenciados a partir de los índices de cada subdimensión a través de la técnica de componentes principales. Y en la tercera se calculó un índice global de calidad de vida a partir del promedio simple de los índices de las dimensiones. Al utilizar el promedio simple de los índices se asume que cada dimensión tiene una igual ponderación. (CID, SDP, 2012)

Los índices de cada dimensión o sub-dimensión se construyen como la combinación lineal de las respuestas obtenidas a las diferentes preguntas de la encuesta. Como, en general, estas preguntas tienen respuestas categóricas, para la construcción de estos índices se utiliza el método de las componentes principales para datos categóricos. Las diferentes preguntas constituyen las variables y las respuestas a estas preguntas las categorías. (CID, SDP, 2012)

Sobre estas bases el índice D_j de la dimensión j, que no tiene subdimensiones, se puede expresar como:

$$D_j = a_{j1}x_{j1} + a_{j2}x_{j2} + \ldots\ldots + a_{jk}x_{jm_j}$$

Siendo $x_{j1}, x_{j2}, \ldots\ldots, x_{jm_j}$ las variables que componen el índice y $a_{j1}, a_{j2}, \ldots\ldots, a_{jm_j}$ las ponderaciones de cada una de ellas. Esta fórmula también se aplica a las subdimensiones (SD_{ji}) de las dimensiones con distintos componentes.

Para las dimensiones con componentes o subdimensiones se construye, en una segunda etapa, un índice, utilizando la técnica de componentes principales. En este caso, el índice de una dimensión es una combinación lineal de los índices parciales de las subdimensiones (SD_{ji}), a los cuales se aplica la ponderación (b_{ji}) obtenidas con esa técnica estadística:

$$D_j = b_{j1}SD_{j1} + b_{j2}SD_{j2} + ... + b_{jk}SD_{jk}$$

El índice D_j, en todos los casos, resulta ser una variable continua de media cero y varianza uno. Para efectos de hacer comparables los diferentes índices, estos se estandarizan de tal manera que tomen valores entre cero y uno. A cada una de las dimensiones se le construye un índice estandarizado, usando el procedimiento antes mencionado.

El Índice de Calidad de Vida Urbana (ICVU) se construye, en la tercera etapa, como promedio simple de los índices construidos para cada una de las dimensiones antes definidas. El índice general de calidad de vida urbana se obtiene como promedio simple de los indicadores numéricos relativos a cada una de las 12 dimensiones D_j.

$$ICVU = \frac{\sum_1^{12} Dj}{12}$$

Por su forma de construcción el ICVU puede asumir valores entre cero o uno. El valor cero significa que se tienen las condiciones mínimas de todos los elementos examinados para expresar la calidad de vida. El valor uno capta la situación límite donde un hogar posee los valores máximos en todos los índices (CID, SDP, 2012).

Un acercamiento a la medición de la evolución de la calidad de vida urbana

Para tener un acercamiento a la forma como ha evolucionado la calidad de vida en los últimos años se encontró la dificultad de que el índice de Calidad de Vida Urbano (CID, SDP, 2012) no puede replicarse para periodos anteriores, por la no inclusión en las encuestas disponibles de variables que permitieran la construcción de indicadores relativos a algunas de las dimensiones de la calidad de vida consideradas en el índice, y a las omisiones de información para captar algunas expresiones de las dimensiones consideradas. Para subsanar este impase se recurrió a tres procedimientos.

En primera instancia se utilizó el Índice de Condiciones de Vida (ICV) como medida convencional que capta algunas de las dimensiones de la calidad de vida, las relativas a educación y vivienda, y que se adecúa a las variables que generalmente se han incluido en las encuestas realizadas por el DANE y por la administración distrital.

El segundo procedimiento consistió en la construcción de un índice simplificado con los indicadores del ICVU que se podían elaborar también con las encuestas de calidad de vida de 2003 y 2007. De esta forma se dejaron de considerar las dimensiones de equipamientos y dotaciones urbanas, movilidad, seguridad ciudadana, trabajo (empleo y desempleo, calidad del trabajo), ocio y recreación, solidaridad y asociación, no discriminación y capacidad de pago, quedando incluidas únicamente las de salud (sin alimentación), condiciones de la vivienda, calidad ambiental y educación[14].

El índice de calidad de vida urbana simplificada (ICVUS) se construyó usando la misma metodología de las componentes principales para datos categóricos utilizados con los dos índices de calidad de vida discutidos anteriormente. Como se requiere calcular el índice con los datos de las encuestas de 2003, 2007 y 2011 y es necesario hacer comparables los resultados de estos tres períodos, se construye el índice con la información de la encuesta del año 2011 y las ponderaciones, tanto de las variables como de las dimensiones obtenidas (salud, vivienda, educación y calidad ambiental), se usan para la construcción del índice en los años 2003 y 2007. Las ponderaciones se presentan en la tabla del Apéndice de este capítulo.

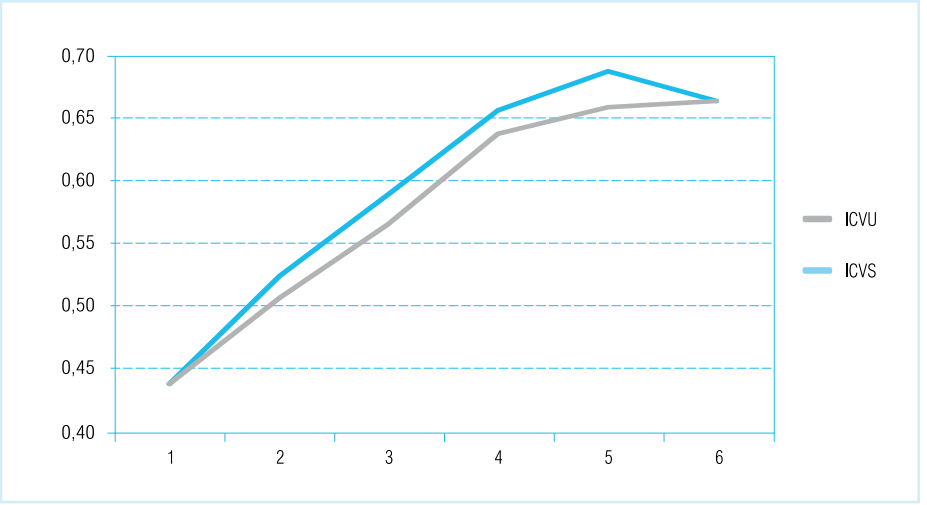
El gráfico 1.7 muestra la relación entre los índices ICVU y ICVUS (de calidad de vida simplificada) con los datos de la encuestas del año 2011 cuando se comparan los promedios de los diferentes estratos, estandarizando los resultados de tal manera que coincidan los promedios de los estratos 1 y 6. Como lo muestra el gráfico los dos indicadores presentan una alta correlación, indicando así la pertinencia del ICVUS para analizar la evolución de las diferentes dimensiones y la calidad de vida en los años 2003, 2007 y 2011.

En tercer lugar, se comparó la evolución de algunos indicadores simples que se obtienen tanto en la encuesta de 2011, como en las de calidad de vida de 2003 y 2007.

En la sección siguiente se analizan las desigualdades en calidad de vida y sus dimensiones en referencia a 2011 y se examina la evolución de algunas expresiones de esas desigualdades a través de las encuestas de 2003, 2007 y 2001.

[14] El índice simplificado, que permite la comparación entre 2003, 2007 y 2011, abarca 15 de los 119 indicadores incluidos en el ICVU elaborado por el CID (2012).

Gráfico 1.7. **Comparación de los promedios, por estrato, del índice de calidad de vida urbana y del índice de calidad de vida urbana simplificada (ICVUS) –Bogotá, 2011**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de la Encuesta Multipropósito de Bogotá, 2011 (SDP; DANE).

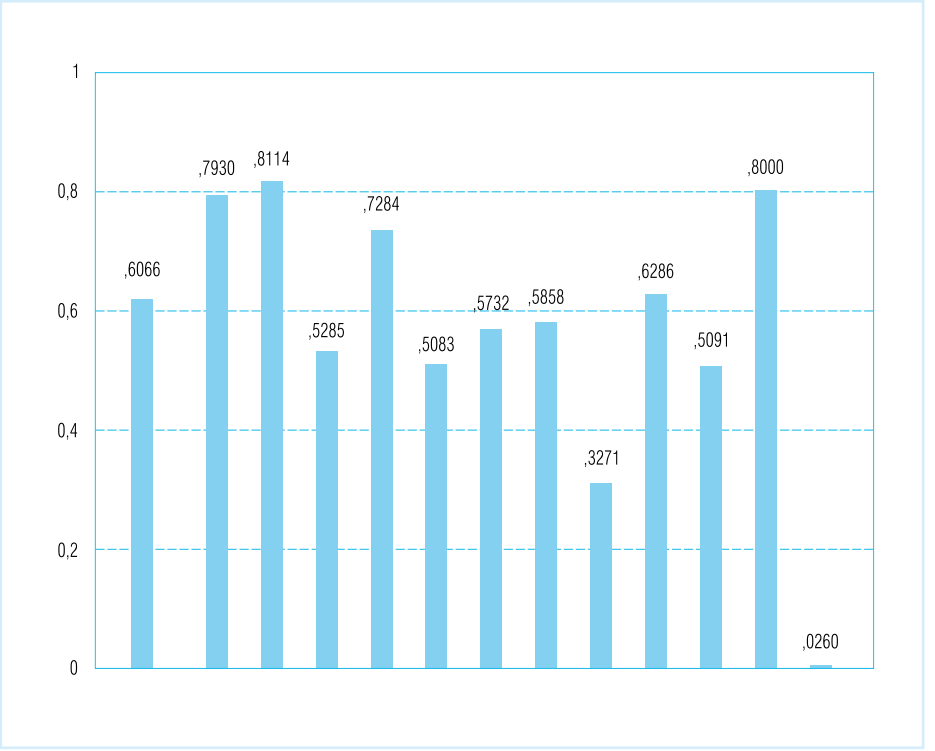
Las desigualdades en calidad de vida 2003-2011

La calidad de vida urbana en 2011

El valor promedio del índice de calidad de vida urbana (ICVU), cuyo rango de variación se encuentra entre cero y uno, es de 0,6. Este resultado da una idea de las limitaciones que existen en la calidad de vida de los hogares de la ciudad. Los promedios de los índices de las dimensiones analizadas indican, de otra parte, la magnitud de las carencias en los logros en diferentes aspectos de la calidad de vida.

De las 12 dimensiones tomadas en cuenta la relativa a capacidad de pago tiene el promedio más bajo: 0,33. El del indicador de ocio y recreación es de 0,33 , el de calidad ambiental de 0,53, los de movilidad y no discriminación de 0,51, el de seguridad ciudadana de 0,57 y el de educación de 0,59. Los índices de las restantes dimensiones se ubican por encima de 0,6. Alcanzan mayor valor los de vivienda (0,81), solidaridad y asociación (0,8) y alimentación y salud (0,79) (gráfico 1.8).

Gráfico 1.8. **Promedio del índice de calidad de vida urbano (ICVU) y de sus componentes. Bogotá, 2011**



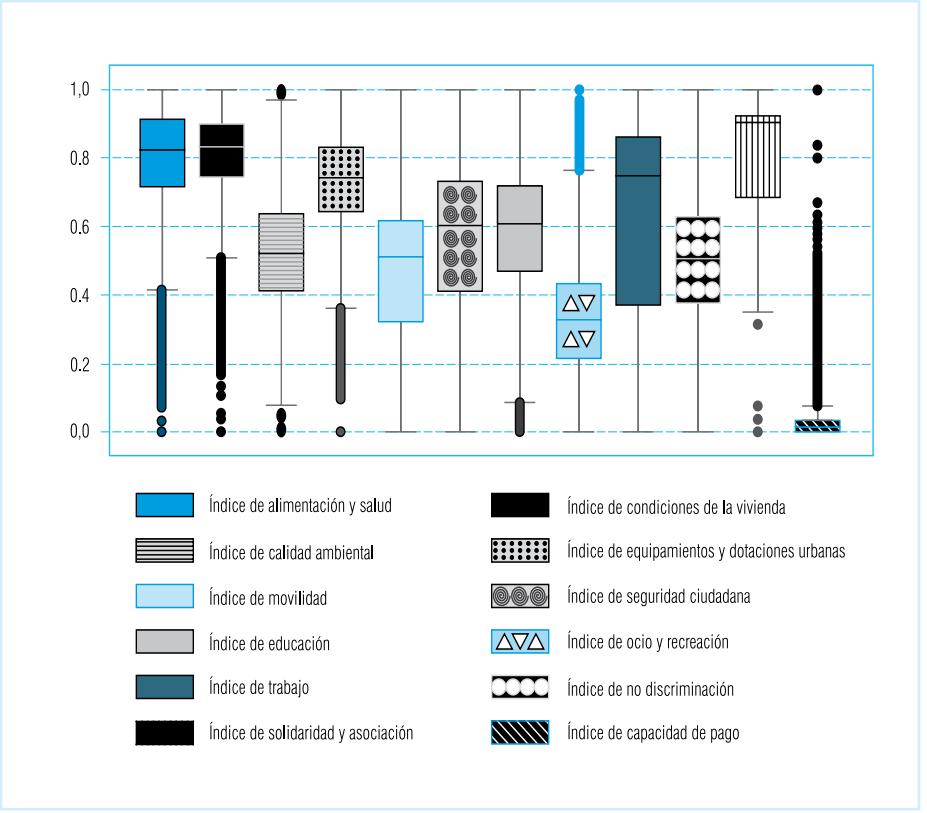
Fuente: CID, SDP, 2012.

La dispersión de los valores de los índices expresa la desigualdad en las diferentes dimensiones, representada en el gráfico 8[15]. Hay en casi todos los índices una agrupación de la mayor parte de los hogares en torno a la mediana. Los índices con distribuciones más igualitarias se encuentran en las dimensiones de vivienda, alimentación y salud, y solidaridad y asociación. En el de capacidad de pago hay un alto grado de concentración[16]. Después de éste componente, hay concentraciones menos pronunciadas en los índices de educación, movilidad, no discriminación y seguridad cuidadana (CID, SDP; 2012).

[15] En el gráfico, diagrama de caja, se muestran cinco estadísticos: mínimo, primer cuartil, mediana, tercer cuartil y máximo (CID, SDP; 2012).

[16] El coeficiente de Gini del índice de capacidad de pago es de 0,67. El del índice de educación es de 0.291 y los de movilidad, ocio y recreación, seguridad ciudadana y no discriminación son en su orden de 0.228, 0.227, 0.223 y, 0.207 (CID, SDP, 2012).

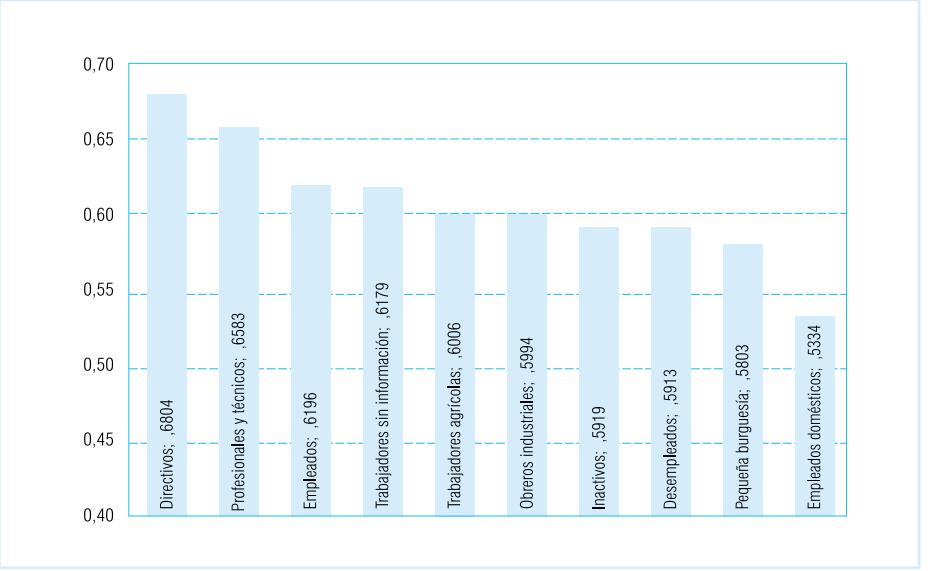
Gráfico 1.9. **Distribución de los subíndices de las dimensiones de la calidad de vida urbana, Bogotá, 2011**



Fuente: CID, SDP, 2012

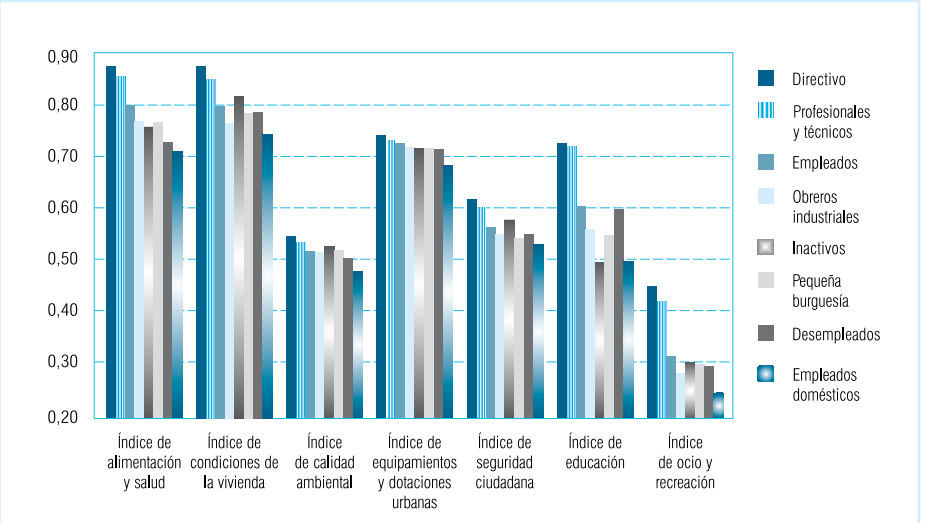
Los valores de los índices varían según la posición de clase social del jefe de hogar, expresando una jerarquía en las diferentes dimensiones de la calidad de vida que es característica para cada una de ellas. Los directivos, profesionales y técnicos, y empleados se ubican en los niveles con mayor ventaja. En el lado de los con mayores desventajas tienden a situarse los empleados domésticos y los trabajadores independientes de la pequeña burguesía. Ese ordenamiento se expresa en los promedios del índice general de calidad de vida urbana (ICVU), en el de capacidad de pago, y en los de las dimensiones de educación, condiciones de la vivienda, alimentación y salud. En otras dimensiones, como la de trabajo (empleo y calidad del trabajo), el orden de los puestos ocupados por las posiciones de clase es diferente, haciéndose evidente oportunidades particulares de las condiciones de cada una de esas posiciones (gráficos 1.10 a 1.14 y tabla 1.6).

Gráfico 1.10. **Promedio del índice de calidad de vida urbana, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011**



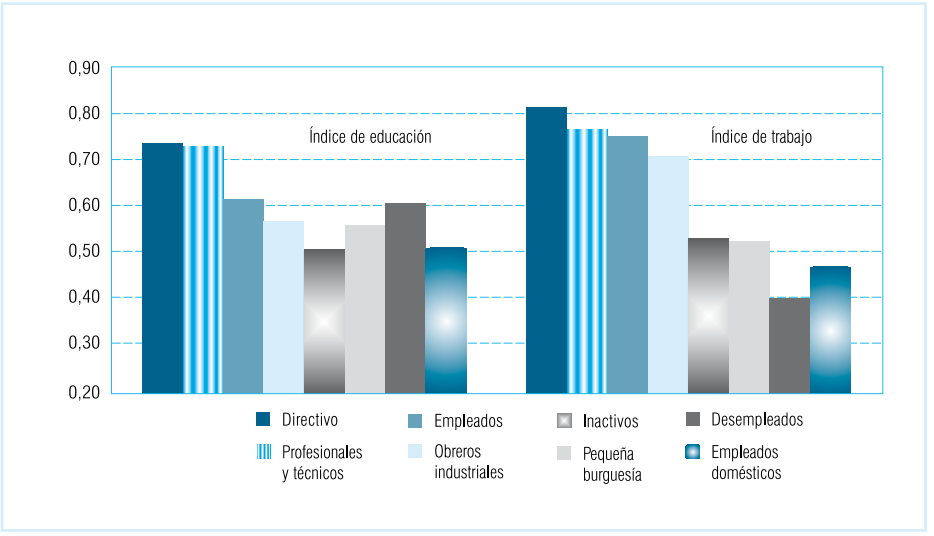
Fuente: CID, SDP, 2012

Gráfico 1.11. **Promedio de algunos subíndices de calidad de vida urbana, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011**



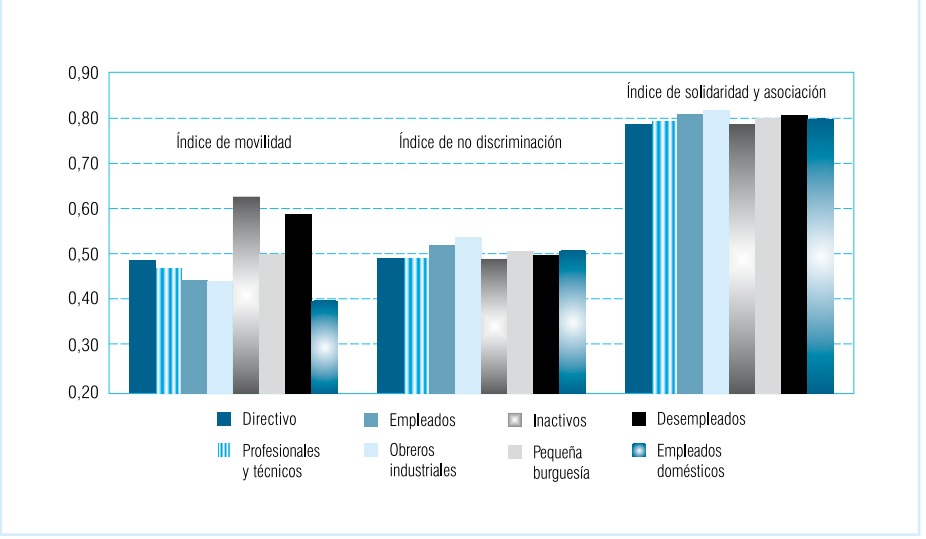
Fuente: CID, SDP, 2012

Gráfico 1.12. **Promedio de los subíndices de educación y trabajo, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011**



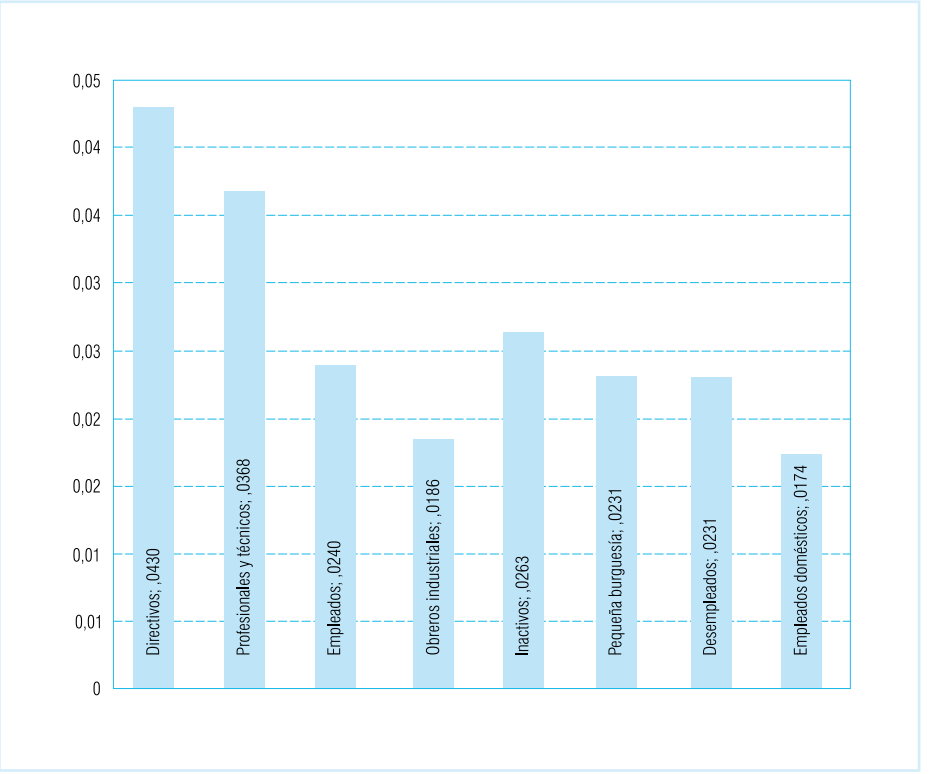
Fuente: CID, SDP, 2012

Gráfico 1.13. **Promedio de subíndices de movilidad, no discriminación y solidaridad y asociación, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011**



Fuente: CID, SDP, 2012

Gráfico 1.14. **Promedio del subíndice de capacidad de pago, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011**



Fuente: CID, SDP, 2012

El ICVU aumenta con el estrato socioeconómico, de acuerdo con lo esperado (gráfico 1.15 y tabla 1.7). Igual sucede con la mayor parte de los índices por dimensiones. No obstante en los índices de solidaridad y asociación, así como en el de no discriminación, pasa lo contrario: aumenta su promedio a medida que el estrato disminuye (tabla 1.7 y gráfico 1.16).

En la dimensión de solidaridad y asociación este comportamiento del índice se explica en razón de que los indicadores que incorpora se relacionan con redes sociales informales, que expresan mayores vínculos primarios sociales, facilitando la satisfacción de las necesidades materiales, y que son más frecuentes en los estratos inferiores. Tal circunstancia conduce a que el índice de la dimensión no tenga correlación positiva con los de otras dimensiones ni una asociación directa con el estrato socioeconómico. (CID, SPD, 2012)

Tabla 1.6. **Promedio de los índices de calidad de vida urbana y de las dimensiones que comprende, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011**.

Posición de clase social del jefe de hogar (agrupada)*	ICVU (Promedio 12 índices)	Índice de alimentación y salud	Índice de condiciones de la vivienda	Índice de calidad ambiental	Índice de equipamientos y dotaciones urbanas	Índice de movilidad	Índice de seguridad ciudadana	Índice de educación	Índice de ocio y recreación	Índice de trabajo	Índice de no discriminación	Índice de solidaridad y asociación	Índice de capacidad de pago
Obreros industriales	,5994	,7760	,7732	,5216	,7240	,4463	,5554	,5656	,2884	,7041	,5401	,8192	,0186
Empleados domésticos	,5334	,7186	,7539	,4853	,6924	,4035	,5374	,5049	,2483	,4669	,5121	,7974	,0174
Empleados	,6196	,8069	,8049	,5222	,7355	,4475	,5700	,6112	,3195	,7489	,5230	,8100	,0240
Profesionales y técnicos	,6583	,8629	,8573	,5401	,7393	,4713	,6080	,7267	,4247	,7634	,4939	,7939	,0368
Directivos	,6804	,8844	,8839	,5521	,7487	,4924	,6263	,7321	,4559	,8113	,4946	,7873	,0430
Pequeña burguesía	,5803	,7744	,7932	,5253	,7249	,5000	,5495	,5544	,3040	,5221	,5089	,7986	,0231
Trabajadores agrícolas	,6006	,7900	,8184	,5574	,7027	,4246	,5744	,5825	,3116	,6525	,5349	,7700	,0332
Trabajadores sin información	,6179	,8427	,7775	,5487	,6844	,4939	,5252	,6531	,2806	,6611	,4717	,9147	,0411
Desempleados	,5913	,7366	,7947	,5119	,7219	,5919	,5587	,6040	,3002	,3971	,5009	,8097	,0231
Inactivos	,5919	,7651	,8248	,5341	,7228	,6298	,5865	,5008	,3085	,5274	,4919	,7872	,0263
Total	,6066	,7930	,8114	,5285	,7284	,5083	,5732	,5858	,3271	,6286	,5091	,8000	,0260

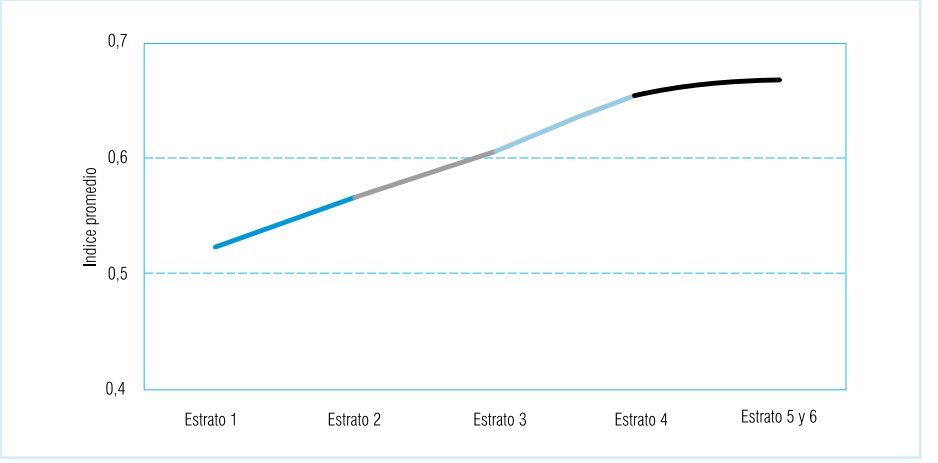
Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la EMB, 2011 y de los resultados del proyecto CID SDP, 2012.
* Se agrupan las categorías de trabajadores agropecuarios que tienen baja frecuencia en Bogotá

Por su parte, el índice de no discriminación se conforma con variables relativas a las percepciones de los jefes de hogar sobre el desempeño de instituciones públicas y sobre la discriminación observada para minorías sociales, circunstancias que forman parte de la calidad de vida, pero que no están ligadas necesariamente con otras de sus dimensiones y que, en el caso de Bogotá, son más frecuentes dentro de los estratos bajos. (Ibíd.)

El índice de movilidad tampoco tiene un comportamiento acorde con el estrato socioeconómico en tanto presenta correlación negativa con varios de los índices de otras dimensiones (alimentación y salud, calidad ambiental, educación, ocio y recreación, trabajo, no discriminación y solidaridad y asociación). Esto se debe a que los hogares sin trabajadores o con trabajadores en la vivienda, en su mayor parte independientes, obtienen un mejor índice en tanto sus tiempos de desplazamiento laboral son menores, aunque esta situación no lleve a mejores índices en otras dimensiones. Y de otra parte, los hogares de los estratos superiores son los que gastan un mayor tiempo promedio en el desplazamiento de menores de edad y jóvenes al estudio, hecho que se relaciona con la ubicación más lejana de sus hogares respecto a los colegios privados y universidades. (Ibíd.)

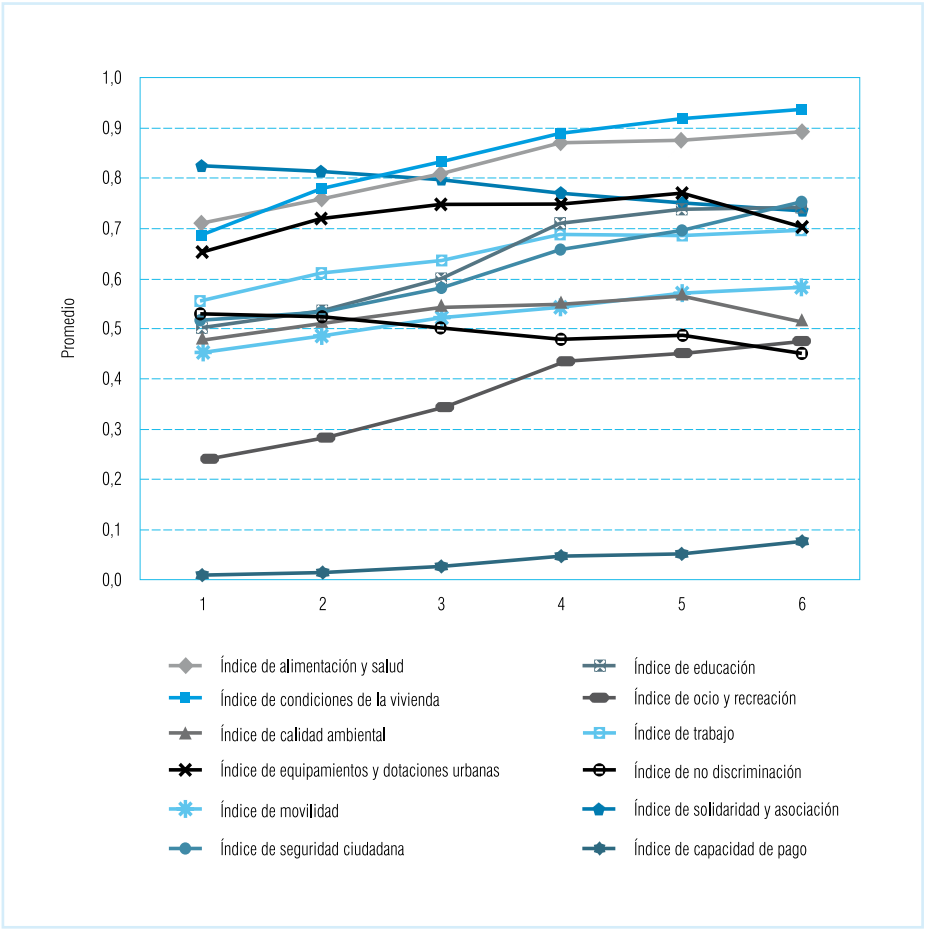
El comportamiento estadístico descrito de los índices señala que hay una asociación positiva entre la mayor parte de ellos. Sin embargo, la correlación no es alta y es negativa entre algunos índices. Estos resultados muestran la interdependencia entre las dimensiones de la calidad de vida y, a la vez, su relativa independencia no sólo en los valores que asumen, sino también en los determinantes a los que responden. (Ibíd.)

Gráfico 1.15. **ICVU por estrato socio económico. Bogotá 2011**



Fuente: CID, SDP, 2012

Gráfico 1.16. **Promedios de los índices de las dimensiones de la calidad de vida urbana, por estratos socioeconómicos. Bogotá, 2011**



Fuente: CID, SDP, 2012

Las diferencias en los promedios del ICVU entre localidades muestran la gran desigualdad geográfica al interior de la ciudad (gráfico 1.17, tabla 1.8). La segmentación espacial en términos de la calidad de vida se manifiesta en la diferenciación entre tres grandes grupos de localidades. El primero está compuesto por Teusaquillo, Usaquén, Fontibón y Chapinero que registran un índice por encima de 0.64. El segundo grupo es más numeroso y comprende a las localidades de Barrios Unidos, Puente Aranda, Engativá, Antonio Nariño, Suba y Tunjuelito, con promedios en el índice entre 0.61 y 0.64. El tercer segmento, con localidades cuyo índice promedio está

Tabla 1.7. **Promedio de los índices de calidad de vida urbana de los hogares y de las dimensiones que comprende, por estratos socioeconómicos. Bogotá, 2011**

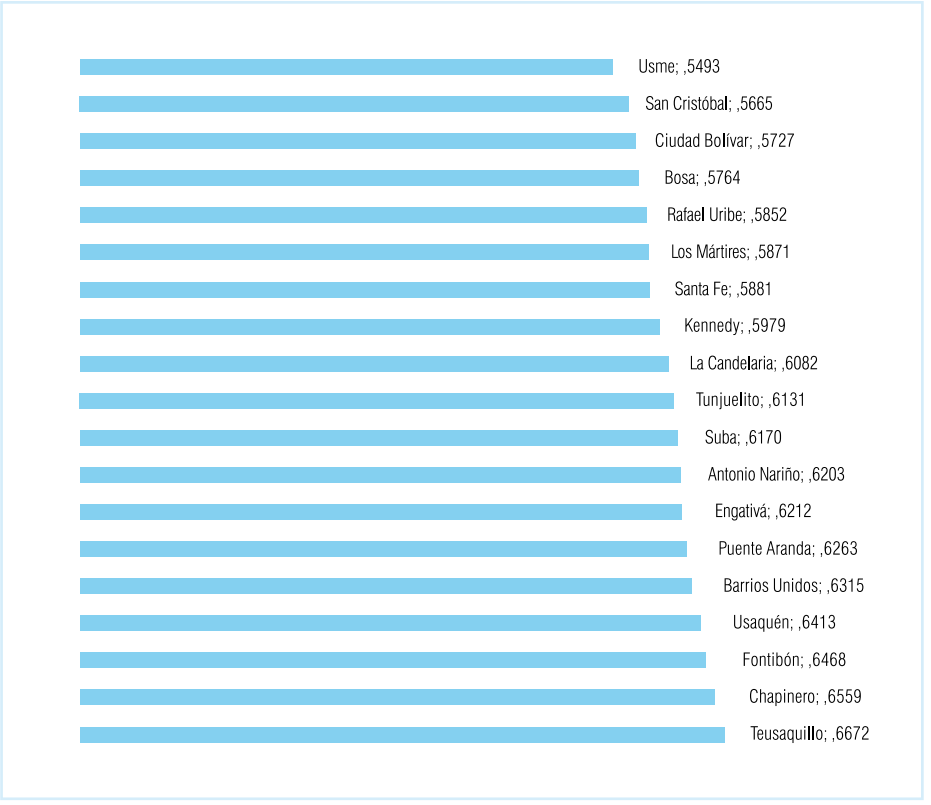
Estrato agrupado	ICVU	Índice de alimentación y salud	Índice de condiciones de la vivienda	Índice de calidad ambiental	Índice de equipamientos y dotaciones urbanas	Índice de movilidad	Índice de seguridad ciudadana	Índice de educación	Índice de ocio y recreación	Índice de trabajo	Índice de no discriminación	Índice de solidaridad y asociación	Índice de capacidad de pago
Estrato 1	,5381	,7105	,6885	,4816	,6543	,4553	,5171	,5056	,2405	,5530	,5307	,8242	,0123
Estrato 2	,5815	,7611	,7792	,5145	,7202	,4848	,5320	,5338	,2812	,6111	,5252	,8145	,0171
Estrato 3	,6200	,8085	,8338	,5446	,7472	,5232	,5826	,5982	,3435	,6367	,5031	,7975	,0256
Estrato 4	,6676	,8729	,8897	,5527	,7489	,5442	,6580	,7100	,4362	,6877	,4809	,7695	,0492
Estratos 5 y 6	,6816	,8828	,9279	,5466	,7403	,5760	,7205	,7418	,4609	,6908	,4729	,7440	,0632
Sin información	,5593	,7518	,7301	,4907	,6693	,5135	,5221	,5547	,2643	,6133	,4656	,7915	,0270
Total	,6066	,7930	,8114	,5285	,7284	,5083	,5732	,5858	,3271	,6286	,5091	,8000	,0260

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la EMB, 2011 y de los resultados del proyecto CID SDP, 2012.

por debajo de 0,61, abarca el mayor número de localidades donde la calidad de vida predominante es más baja, y mayores los niveles de pobreza: La Candelaria, Kennedy, Santa Fe, Los Mártires, Rafael Uribe Uribe, Bosa, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Usme (CID, SDP, 2012).

Los promedios de algunos de los índices por dimensiones de la calidad de vida tienden a guardar el mismo orden entre las localidades: capacidad de pago, alimentación y salud, condiciones de la vivienda, seguridad ciudadana y educación. Los de otros tienen un comportamiento menos determinado que sugiere la influencia de factores atados a particularidades locales: calidad ambiental, movilidad, equipamientos (tabla 1.8). Es el caso de las localidades que logran el índice mayor en condiciones ambientales: Fontibón, Engativá y Puente Aranda, que ocupan una posición intermedia en otros índices como el de capacidad de pago. (CID, SDP, 2012)

Gráfico 1.17. **Promedio del ICVU por localidades. Bogotá, 2011**



Fuente: CID, SDP, 2012

Tabla 1.8. **Promedio de los índices de calidad de vida urbana de los hogares y de las dimensiones que comprende, por localidades. Bogotá, 2011**

LOCALIDAD	ICVU (Promedio 12 índices)	Índice de alimentación y salud	Índice de condiciones de la vivienda	Índice de calidad ambiental	Índice de equipamientos y dotaciones urbanas	Índice de movilidad	Índice de seguridad ciudadana	Índice de educación	Índice de ocio y recreación	Índice de trabajo	Índice de no discriminación	Índice de solidaridad y asociación	Índice de capacidad de pago
Usaquén	,6413	,8514	,8904	,5177	,7275	,5271	,6800	,6864	,3904	.6728	.4632	.7480	.0613
Engativá	,6212	,8120	,8175	,5574	,7566	,5089	,5630	,5941	,3461	.6566	.5017	.8134	.0210
Suba	,6170	,8115	,8373	,5165	,7268	,4886	,5806	,6233	,3395	.6719	.4998	.8081	.0315
Barrios Unidos	,6315	,8214	,8225	,5469	,7388	,5844	,5910	,6320	,3912	.6301	.4929	.7770	.0334
Teusaquillo	,6672	,8514	,8656	,5505	,7587	,5803	,6232	,6848	,4857	.6687	.4856	.7804	.0492
Los Mártires	,5871	,7894	,7912	,5069	,7331	,5994	,5291	,5786	,3159	.5383	.4747	.7591	.0267
Antonio Nariño	,6203	,7819	,8367	,5362	,7720	,5521	,6178	,5926	,3252	.5587	.5296	.7916	.0279
Puente Aranda	,6263	,8283	,8543	,5535	,7497	,5454	,6211	,6001	,3198	.6258	.4894	.8068	.0213
La Candelaria	,6082	,7925	,8019	,5034	,7125	,6179	,5385	,5843	,4231	.5381	.5040	.7441	.0314
Rafael Uribe	,5852	,7553	,7989	,4963	,7196	,5188	,5837	,5412	,2775	.5728	.5238	.8083	.0161
Ciudad Bolívar	,5727	,7370	,7556	,5099	,6984	,4672	,5785	,5257	,2339	.5739	.5384	.8183	.0085
Chapinero	,6559	,8613	,8922	,4876	,7091	,6292	,6767	,6728	,4836	.6579	.4514	.7305	.0738
Santa Fe	,5881	,7529	,7899	,4876	,7187	,5705	,5022	,5692	,3776	.5768	.5075	.7781	.0279
San Cristóbal	,5665	,7331	,8031	,5201	,6623	,4852	,5351	,5166	,2854	.5791	.5270	.7951	.0130
Usme	,5493	,7486	,7169	,4829	,6956	,4660	,4846	,5192	,2448	.5836	.5143	.8138	.0130
Tunjuelito	,6131	,7798	,8042	,5423	,7897	,5318	,5921	,5520	,3012	.5853	.5374	.7925	.0156
Bosa	,5764	,7511	,7583	,5213	,7412	,4744	,5128	,5281	,2775	.6121	.5137	.8095	.0128
Kennedy	,5979	,7849	,8006	,5453	,7240	,4899	,5333	,5578	,3101	.6351	.5250	.8176	.0190
Fontibón	,6468	,8368	,8144	,5853	,7487	,4929	,6101	,6280	,3803	.6717	.5465	.8029	.0350
Total	,6066	,7930	,8114	,5285	,7284	,5083	,5732	,5858	,3271	.6286	.5091	.8000	.0260

Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de la EMB, 2011 y de los resultados del proyecto CID SDP, 2012.

Cambios en la calidad de vida 2003-2011

El ICVUS y sus componentes 2003-2011, por estratos y localidades

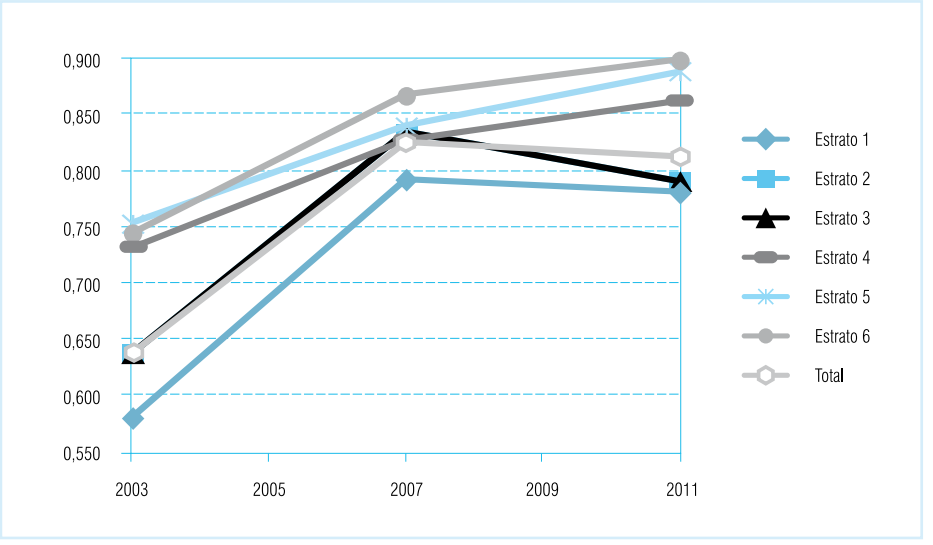
Los índices de calidad de vida urbana simplificada (ICVUS), obtenidos como promedio de los índices de las subdimensiones tomadas en cuenta, que se presentan en la tabla 1.9, muestran un incremento entre 2003 y 2007, mientras que entre 2007 y 2011 presentan un ligero decrecimiento. Este comportamiento se reproduce en los estratos 1, 2 y 3, contrario a lo que sucede en los estratos 4, 5 y 6 en donde hay un incremento en los dos periodos estudiados (gráfico 1.18).

Tabla 1.9. **Promedios del ICVUS, por estratos y total en el período. Bogotá, 2003-2011**

Año	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6	Total
2003	0,579	0,637	0,680	0,731	0,753	0,744	0,636
2007	0,792	0,834	0,821	0,827	0,839	0,866	0,825
2011	0,780	0,791	0,814	0,863	0,888	0,898	0,812

Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 1.18. **Tendencia del ICVUS por estrato socioeconómico y total. Bogotá, 2003 – 2011**

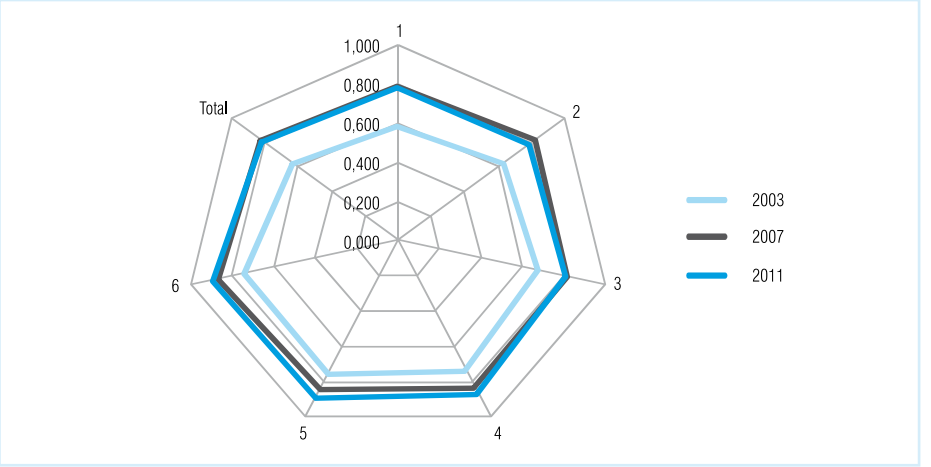


Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Cuando se observa el ICVUS en cada uno de los años se encuentra, en general, un incremento consistente a medida que aumenta el nivel socioeconómico de los hogares.

El gráfico 1.19 muestra, desde otra perspectiva, el comportamiento del ICVUS en los años analizados y en los diferentes estratos socio-económicos de la ciudad. En él se resalta el crecimiento entre 2003 y 2007 y la estabilidad relativa del índice entre 2007 y 2011.

Gráfico 1.19. **Evolución del ICVUS en los años 2003, 2007 y 2011, por estrato socioeconómico. Bogotá**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas en hogares sobre Calidad de vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

El análisis de las diferentes componentes del ICVUS permite explicar la incidencia de los cambios observados. La tabla 1.10 revela el comportamiento creciente de los índices simplificados de salud y educación, que se reproduce en la mayoría de los diferentes estratos. El índice de vivienda presenta un incremento de 2003 a 2007 y un decrecimiento de 2007 a 2011, y el de calidad ambiental un decrecimiento en los dos períodos. El comportamiento de estas dos componentes incide en el comportamiento del ICVUS ya mencionado.

Un análisis paralelo al anterior se realizó calculando el ICVUS por medio de la técnica estadística de componentes principales. Aunque este procedimiento le da menos peso al índice de calidad ambiental (0.17) y al de vivienda (0.54), frente al peso de educación (0.75) y salud (0.59), los resultados coinciden con los mostrados anteriormente, obtenidos mediante promedio de los índices de las dimensiones.

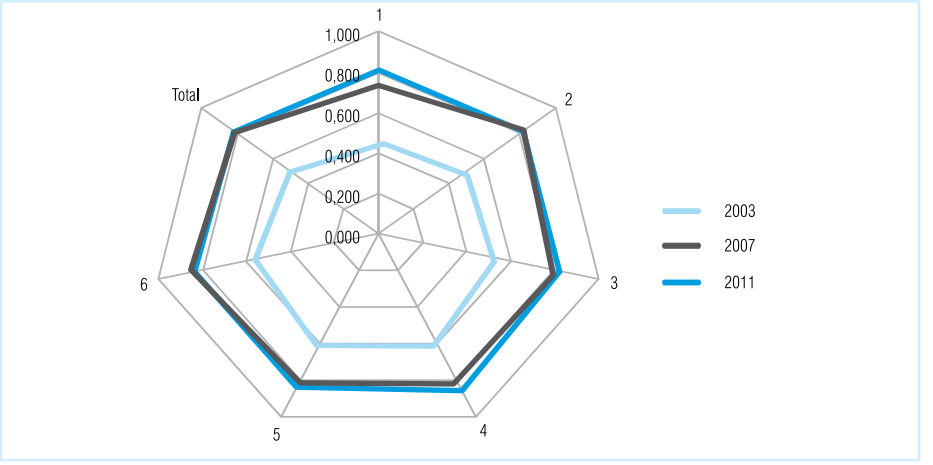
Tabla 1.10. **Índices simplificados de los compontes del ICVUS, por estrato y total en el período 2003-2011. Bogotá**

Año	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6	Total
Salud							
2003	0,453	0,490	0,529	0,588	0,611	0,556	0,495
2007	0,726	0,826	0,786	0,801	0,811	0,853	0,800
2011	0,814	0,803	0,820	0,844	0,834	0,827	0,817
Vivienda							
2003	0,611	0,760	0,844	0,891	0,916	0,880	0,739
2007	0,840	0,884	0,903	0,918	0,921	0,936	0,893
2011	0,829	0,867	0,893	0,919	0,929	0,940	0,882
Calidad ambiental							
2003	0,945	0,945	0,927	0,946	0,978	0,998	0,944
2007	0,967	0,944	0,942	0,929	0,989	0,998	0,946
2011	0,857	0,842	0,834	0,880	0,962	0,985	0,851
Educación							
2003	0,308	0,354	0,421	0,499	0,506	0,542	0,368
2007	0,635	0,681	0,653	0,660	0,636	0,679	0,663
2011	0,621	0,649	0,707	0,807	0,828	0,840	0,696

Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

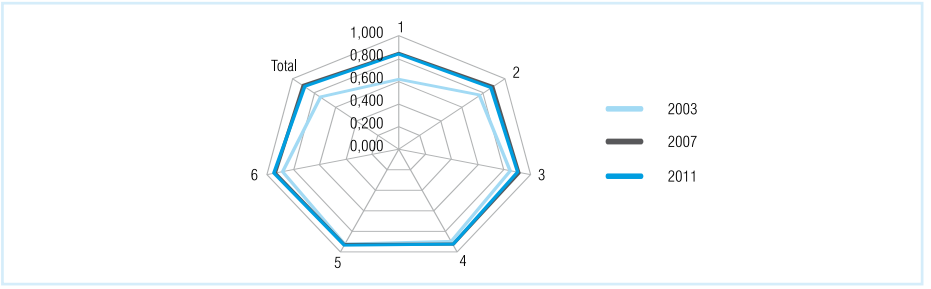
Los gráficos 1.20 a 1.23 ilustran los cambios de los índices simplificados de las cuatro componentes del ICVUS.

Gráfico 1.20. **Evolución del índice simplificado de salud en los años 2003, 2007 y 2011. Bogotá**



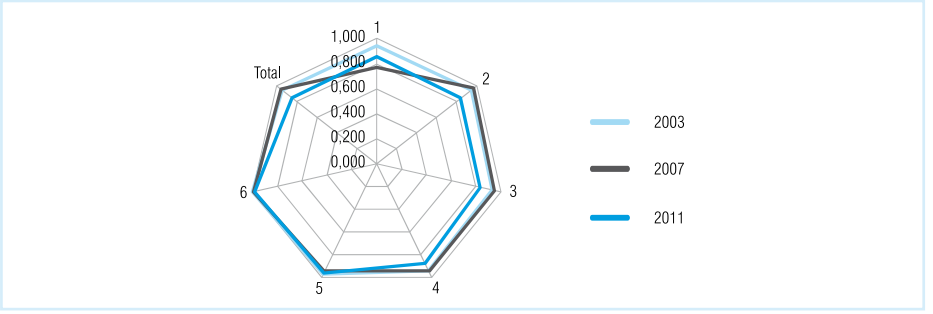
Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 1.21. **Evolución del índice simplificado de vivienda en los años 2003, 2007 y 2011. Bogotá**



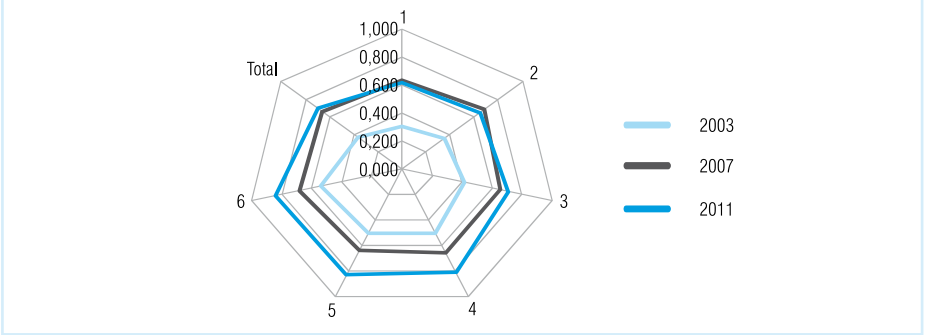
Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 1.22. **Evolución del índice simplificado de calidad ambiental en los años 2003, 2007 y 2011. Bogotá**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 1.23. **Evolución del índice simplificado de educación en los años 2003, 2007 y 2011. Bogotá**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Como complemento se presenta el ICVUS para cada una de las localidades de la ciudad en los tres períodos analizados (tabla 1.11 y gráfico 1.24).

En la evolución de la calidad de vida de las diferentes localidades de la ciudad, en el año 2011 el índice varía de 0.778 en Fontibón y 0.780 en Ciudad Bolívar, a 0.891 en Chapinero y 0.869 en Usaquén.

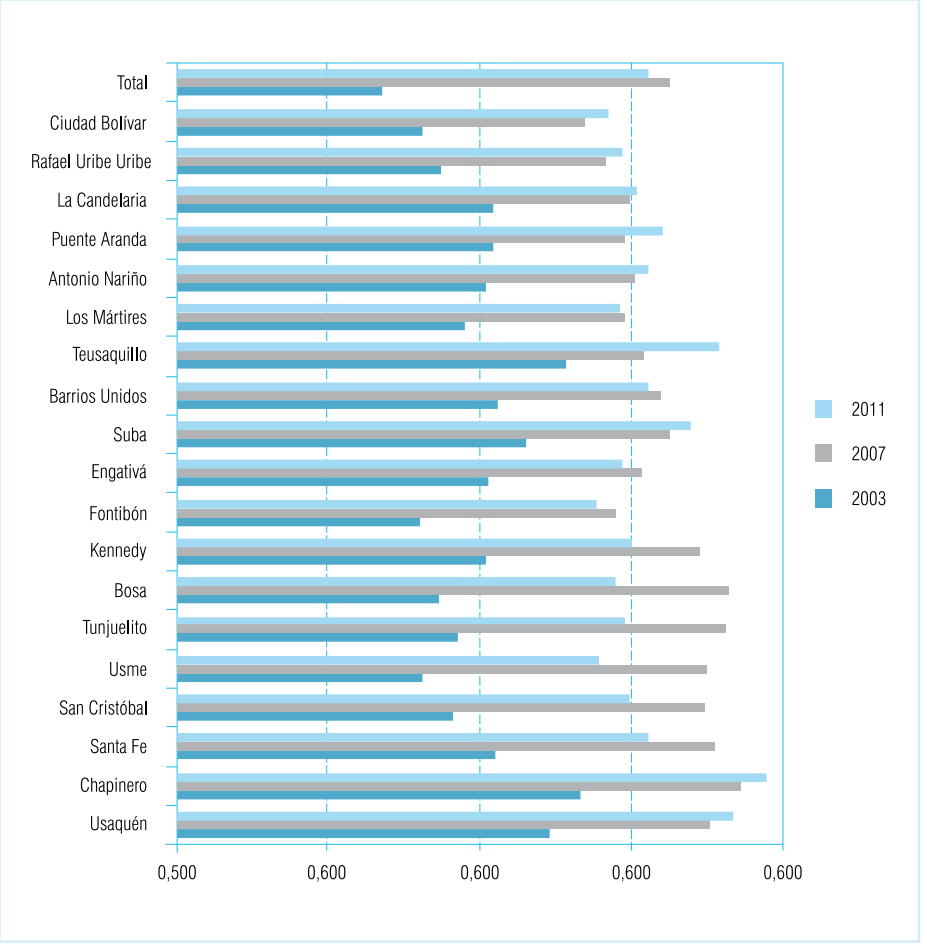
Al analizar la variación temporal en cada localidad, varias de ellas conservan el patrón observado en el ICVUS de la ciudad: incremento entre 2003 y 2007 y ligero decrecimiento entre 2007 y 2022. Tal es el caso de las localidades de Santa Fe, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá y Barrios Unidos. Comportamiento diferente se observa en localidades como Usaquén, Chapinero, Suba, Teusaquillo, Antonio Nariño, Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar donde se presenta crecimiento en los periodos de estudio o como en Los Mártires y en La Candelaria donde prácticamente el índice permanece constante.

Tabla 1.11. **Promedios del ICVUS en las localidades de la ciudad 2003 – 2011. Bogotá**

LOCALIDAD	ICVUS		
	2003	2007	2011
Usaquén	0,746	0,853	0,869
Chapinero	0,766	0,873	0,891
Santa Fe	0,711	0,855	0,812
San Cristóbal	0,682	0,849	0,799
Usme	0,663	0,851	0,780
Tunjuelito	0,686	0,863	0,797
Bosa	0,673	0,865	0,791
Kennedy	0,705	0,846	0,802
Fontibón	0,661	0,791	0,778
Engativá	0,706	0,807	0,794
Suba	0,731	0,826	0,840
Barrios Unidos	0,713	0,820	0,812
Teusaquillo	0,758	0,809	0,859
Los Mártires	0,690	0,796	0,794
Antonio Nariño	0,705	0,803	0,811
Puente Aranda	0,710	0,796	0,822
La Candelaria	0,709	0,800	0,805
Rafael Uribe Uribe	0,675	0,785	0,794
Ciudad Bolívar	0,663	0,770	0,786
Total	0,636	0,825	0,812

Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 1.24. **Promedios del ICVUS en las localidades de Bogotá, 2003 – 2011**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

En la tabla 1.12 se encuentran los promedios de los índices de cada uno de los componentes del ICVUS en los tres años, por localidad.

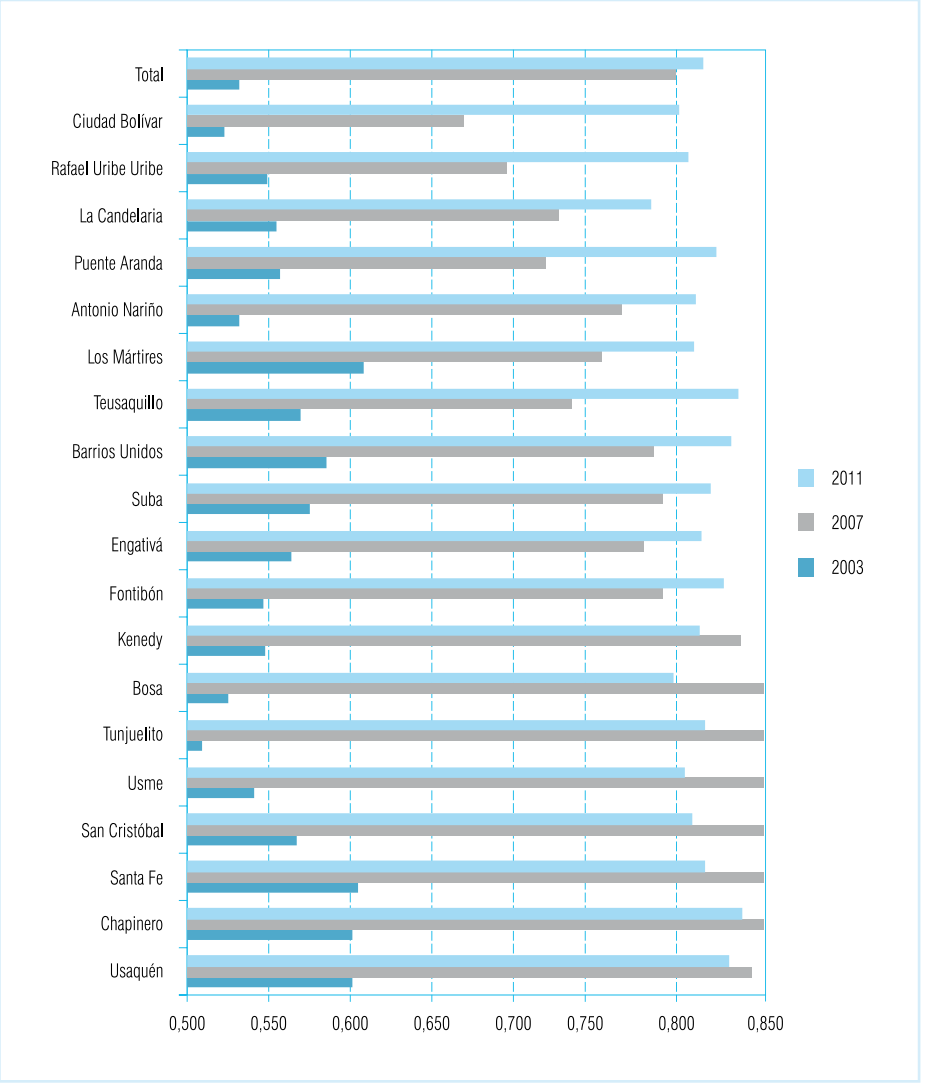
El índice de salud, como lo ilustra el gráfico 1.25, muestra diferencias en su tendencia. En localidades como Kennedy, Bosa, Tunjuelito, Usme, San Cristóbal, Santa Fe, Chapinero y Usaquén hay un crecimiento entre los dos primeros años y un decrecimiento en el último, mientras que en el resto de las localidades la tendencia es de crecimiento en los tres años.

Tabla 1.12. **Promedio de los índice de las componentes del ICVUS. Bogotá, 2003- 2011**

LOCALIDAD	SALUD			VIVIENDA			CALIDAD AMBIENTAL			EDUCACIÓN	
Usaquén	2003	2007	2011	2003	2007	2011	2003	2007	2011	2003	2007
	0,602	0,846	0,832	0,917	0,915	0,912	0,961	0,974	0,946	0,505	0,679
Chapinero	0,605	0,870	0,841	0,921	0,924	0,925	1,000	0,997	0,981	0,539	0,700
Santa Fe	0,568	0,866	0,817	0,897	0,890	0,876	0,948	0,974	0,866	0,434	0,691
San Cristóbal	0,541	0,857	0,810	0,859	0,880	0,858	0,952	0,972	0,894	0,377	0,688
Usme	0,510	0,869	0,805	0,876	0,876	0,841	0,892	0,950	0,837	0,372	0,708
Tunjuelito	0,526	0,890	0,818	0,910	0,889	0,874	0,885	0,932	0,825	0,422	0,742
Bosa	0,548	0,882	0,799	0,867	0,870	0,862	0,891	0,962	0,860	0,386	0,744
Kennedy	0,548	0,839	0,814	0,895	0,884	0,882	0,940	0,937	0,836	0,437	0,725
Fontibón	0,564	0,791	0,830	0,904	0,907	0,896	0,721	0,805	0,647	0,453	0,661
Engativá	0,576	0,780	0,816	0,906	0,901	0,893	0,884	0,907	0,764	0,458	0,641
Suba	0,586	0,791	0,821	0,904	0,900	0,894	0,964	0,972	0,923	0,472	0,642
Barrios Unidos	0,570	0,786	0,833	0,914	0,901	0,896	0,901	0,947	0,797	0,466	0,645
Teusaquillo	0,608	0,736	0,838	0,922	0,917	0,911	0,973	0,965	0,885	0,527	0,618
Los Mártires	0,532	0,754	0,811	0,908	0,902	0,882	0,880	0,929	0,807	0,442	0,601
Antonio Nariño	0,557	0,767	0,812	0,915	0,904	0,887	0,904	0,945	0,847	0,444	0,597
Puente Aranda	0,555	0,720	0,825	0,921	0,906	0,893	0,913	0,947	0,867	0,449	0,609
La Candelaria	0,549	0,728	0,785	0,892	0,906	0,866	0,961	0,986	0,855	0,432	0,580
Rafael Uribe Uribe	0,523	0,695	0,807	0,873	0,902	0,864	0,909	0,973	0,862	0,394	0,568
Ciudad Bolívar	0,533	0,670	0,802	0,871	0,861	0,850	0,870	0,960	0,852	0,380	0,590
Total	0,495	0,800	0,817	0,739	0,893	0,882	0,944	0,946	0,851	0,368	0,663

Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

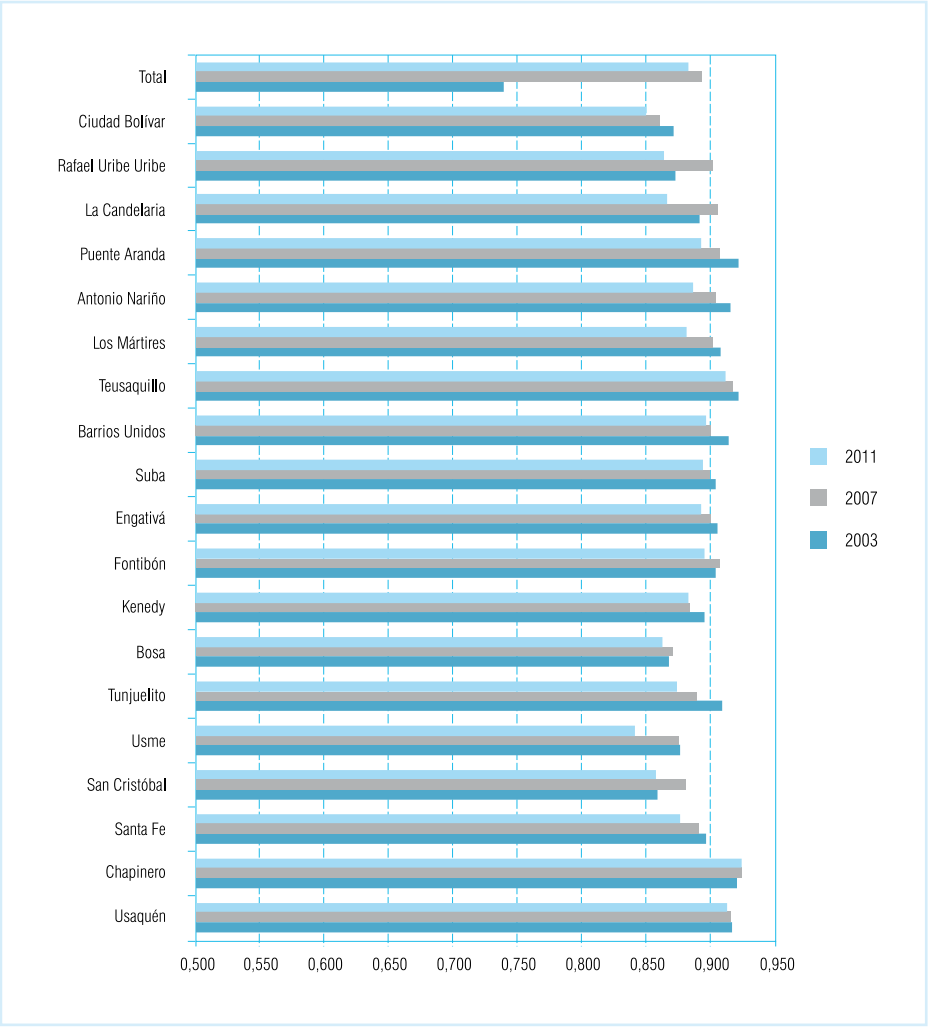
Gráfico 1.25. **Promedio del índice de salud en las diferentes localidades. Bogotá, 2003- 2011**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

El comportamiento del índice de vivienda en todas las localidades reproduce lo observado en el ICVUS de la ciudad. Este hecho puede observarse en el gráfico 1.26.

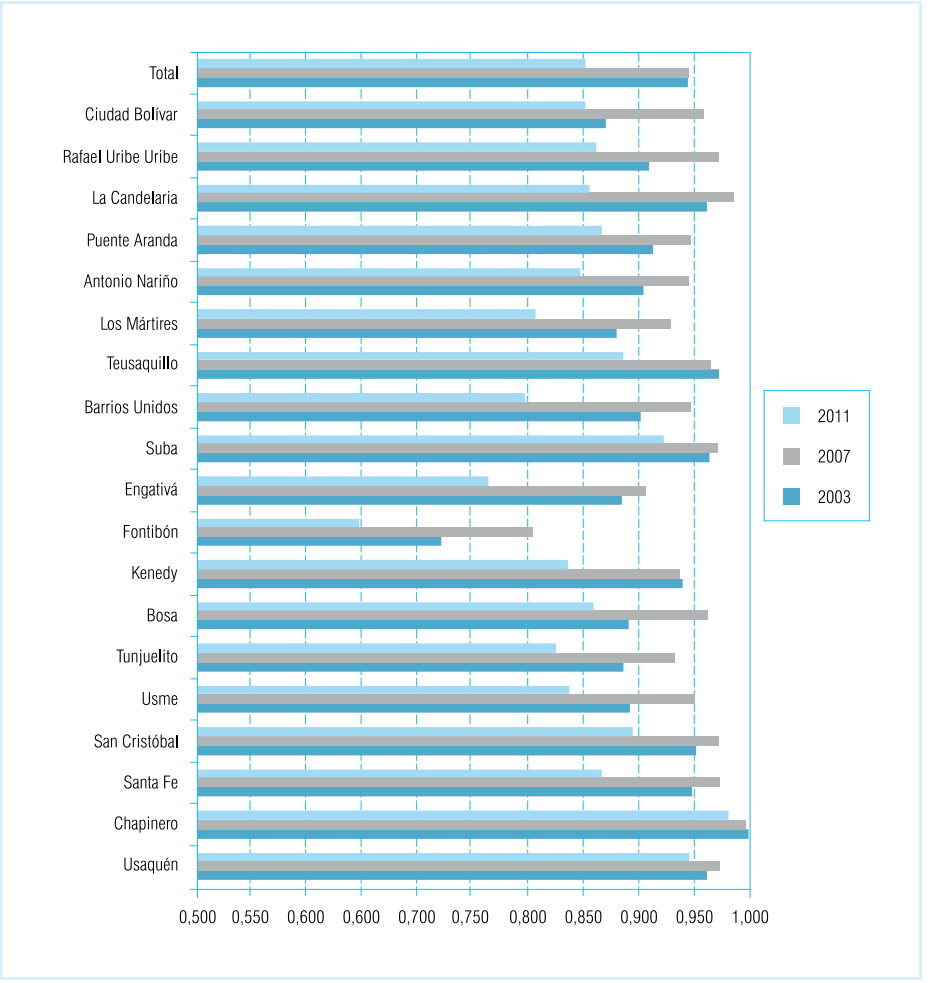
Gráfico 1.26. **Promedio del índice de vivienda en las diferentes localidades. Bogotá, 2003 - 2011**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

El índice de calidad ambiental tiene un decrecimiento considerable entre 2007 y 2011 en todas las localidades de la ciudad (gráfico 1.27). Como ya se mencionó , este indice tiene gran efecto en el ICVUS tanto a nivel de las localidades, como en el consolidado de toda la ciudad.

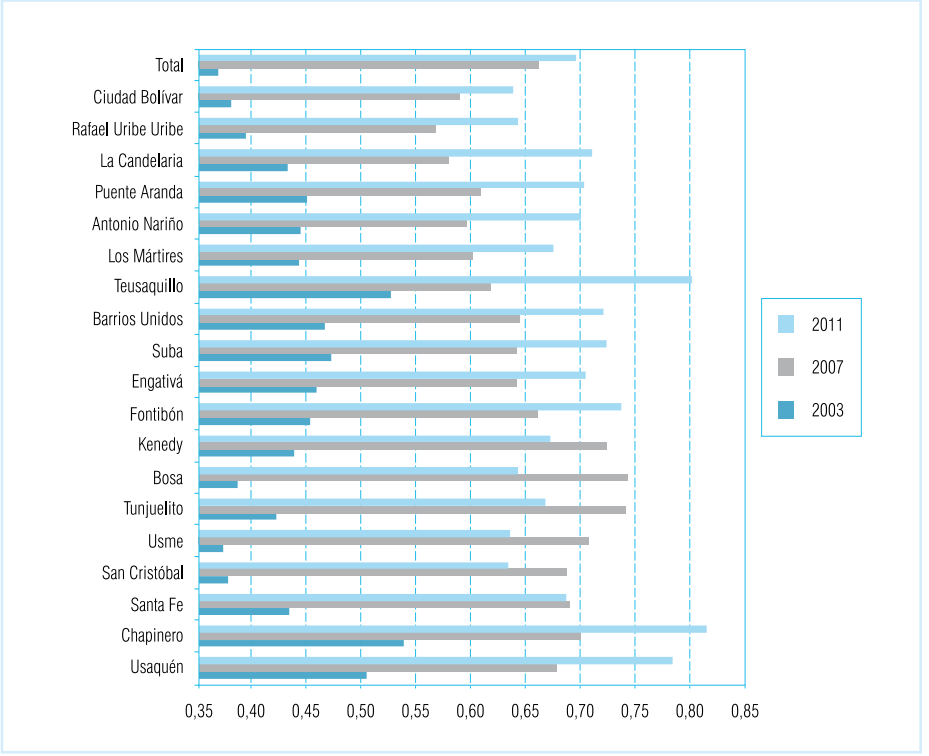
Gráfico 1.27. **Promedio del índice de calidad ambiental en las diferentes localidades. Bogotá, 2003- 2011**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

La dimensión de educación es la que presenta un índice con mayor crecimiento en la mayoría de las localidades de la ciudad, como lo muestra el gráfico 1.28. Sólo en las localidades de Kennedy, Bosa, Tunjuelito, Usme y San Cristobal se presenta un decrecimiento entre 2007 y 2011. Este hecho tiene una correlación con los observado en el ICVUS para estas mismas localidades.

Gráfico 1.28. **Promedio del índice de educación en las diferentes localidades. Bogotá, 2003- 2011**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

El ICVUS y sus componentes 2003-2011, por posiciones de clase social

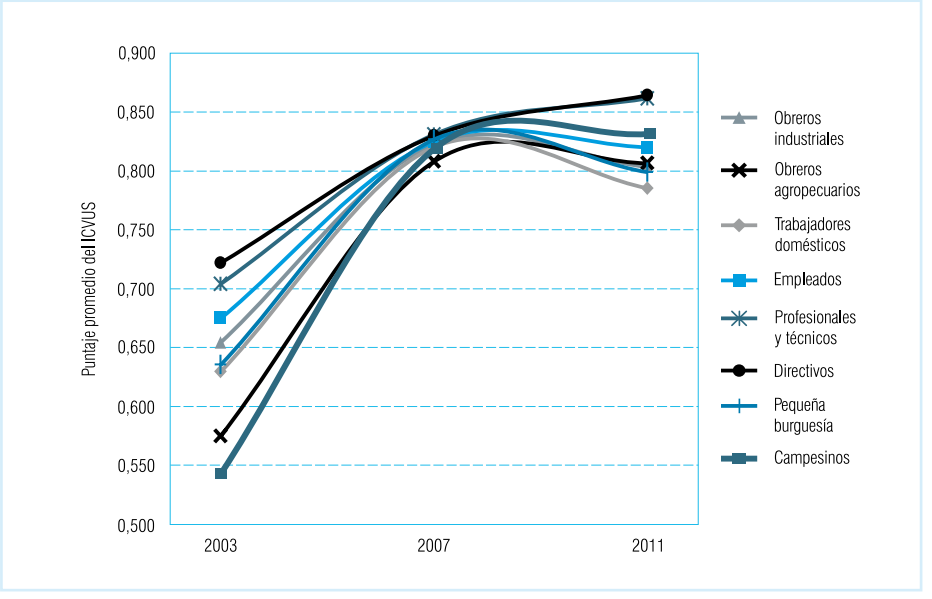
El comportamiento del índice de calidad de vida urbana simplificada (ICVUS), por posiciones de clase social de los jefes de hogar sigue durante el período estudiado patrones similares a los observados en relación con los estratos socioeconómicos. Hay un mejoramiento generalizado del promedio del índice en todas las posiciones de clase entre 2003 y 2007, mientras que entre 2007 y 2011 el índice presenta un aumento reducido en las posiciones con mayor ventaja (directivos y profesionales y técnicos) y una disminución en las que la tienen menor. Esta trayectoria conduce a una menor desigualdad en el primer periodo, y a que tenga un no muy pronunciado aumento en la misma durante el segundo (tabla 1.13 y gráfico 1.29).

Tabla 1.13. **Promedios del ICVUS, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2003-2011**

Posición de clase social del jefe	Índice de calidad de vida urbana simplificada		
	2003	2007	2011
Total	0,636	0,825	0,812
Obreros industriales	0,654	0,823	0,803
Obreros agropecuarios	0,575	0,808	0,806
Trabajadores domésticos	0,629	0,820	0,785
Empleados	0,675	0,825	0,820
Profesionales y técnicos	0,704	0,831	0,862
Directivos	0,722	0,830	0,864
Pequeña burguesía	0,635	0,827	0,799
Campesinos	0,543	0,819	0,831
Desempleados	0,650	0,815	0,806
Inactivos	0,649	0,826	0,785

Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 1.29. **Tendencia del promedio del ICVUS en el período 2003 – 2011, por posiciones de clase social. Bogotá**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE)

La tendecia de evolución del promedio del ICVUS por posiciones de clase incorpora los distintos comportamientos de los índices simplificados, sin tipificar a ninguno de ellos. El índice de vivienda tiene un considerable aumento en el promedio de todas las posiciones sociales entre 2003 y 2007 y, luego, hasta 2011 una disminución en la mayor parte de ellas[17] (tabla 1.14 y gráfico 1.29). El de salud se distingue porque tiene un crecimiento constante a lo largo de los años considerados, expresando esta trayectoria principalmente el incremento de la afiliación a la seguridad social en todos los sectores sociales a la que nos referiremos más adelante. Bajo esta influencia los promedios del índice, relativos a las categorías examinadas, presentan una convergencia hasta 2007, que luego se mantiene, con un ritmo inferior de crecimiento del índice (tabla 1.15 y gráfico 1.30).

El de educación también sigue una dinámica de crecimiento en los dos periodos. Su particularidad se encuentra en que con posterioridad a 2011 se hacen mayores las distancias entre los promedios del índice de las posiciones de clase con mayor ventaja (directivos y profesionales y técnicos) que crecen considerablemente más, y los de las más desventajadas que aumentan en menor grado (tabla 1.16 y gráfico 1.31).

Los promedios del índice de medio ambiente se hacen ligeramente mayores para la mayor parte de las posiciones de clase entre 2003 y 2007. No obstante, disminuyen para las categorías de directores y profesionales y técnicos. Entre 2007 y 2011 presentan un deterioro en los hogares de todas las posiciones de clase (tabla 1.17 y gráfico 1.32).

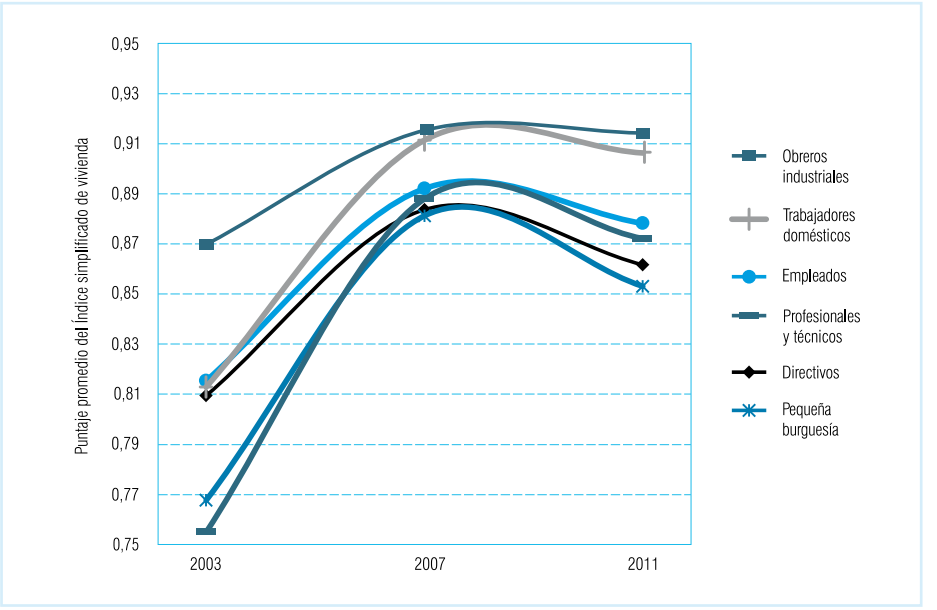
Tabla 1.14. **Promedios del Índice simplificado de vivienda, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2003-2011**

Posición de clase social del jefe	Índice simplificado de vivienda		
	2003	2007	2011
Total	0,739	0,893	0,882
Obreros industriales	0,809	0,884	0,862
Obreros agropecuarios	0,599	0,839	0,861
Trabajadores domésticos	0,768	0,881	0,853
Empleados	0,815	0,892	0,878
Profesionales y técnicos	0,813	0,911	0,906
Directivos	0,870	0,915	0,914
Pequeña burguesía	0,755	0,888	0,872
Campesinos	0,499	0,865	0,891
Desempleados	0,780	0,880	0,870
Inactivos	0,774	0,896	0,893

Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

[17] Se exceptúan las de obreros agropecuarios y campesinos que tienen una baja frecuencia en Bogotá. Por tal motivose excluyen estas posiciones de clase en algunos de los cuadros y gráficos presentados.

Gráfico 1.30. **Tendencia del promedio del Índice simplificado de vivienda por posición de clase social. Bogotá, 2003 – 2011**



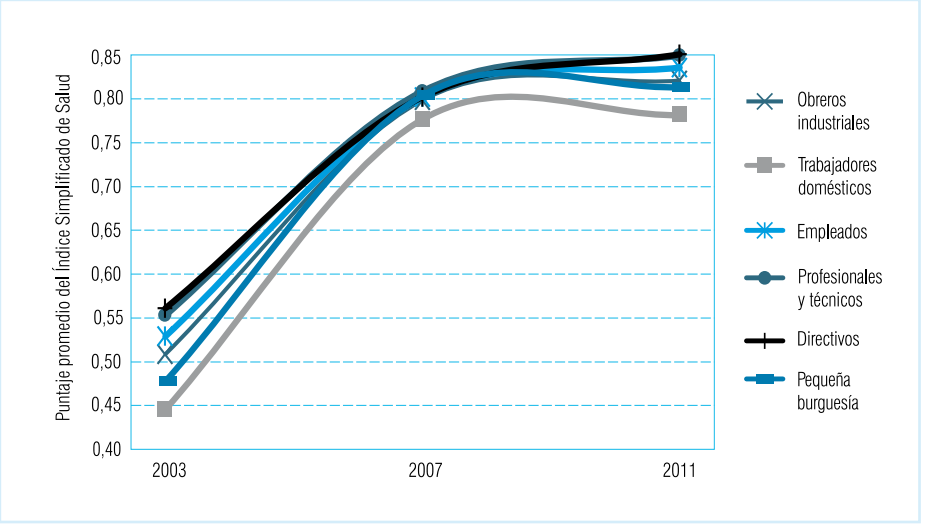
Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Tabla 1.15. **Promedios del Índice simplificado de salud, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2003-2011**

Posición de clase social del jefe	Índice simplificado de salud		
	2003	2007	2011
Total	0,495	0,800	0,817
Obreros industriales	0,509	0,798	0,821
Obreros agropecuarios	0,441	0,796	0,775
Trabajadores domésticos	0,445	0,777	0,781
Empleados	0,529	0,802	0,836
Profesionales y técnicos	0,553	0,809	0,849
Directivos	0,561	0,802	0,851
Pequeña burguesía	0,478	0,804	0,813
Campesinos	0,426	0,825	0,874
Desempleados	0,482	0,787	0,802
Inactivos	0,532	0,796	0,779

Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 1.31. **Tendencia del promedio del Índice simplificado de salud por posición de clase social. Bogotá, 2003 – 2011**



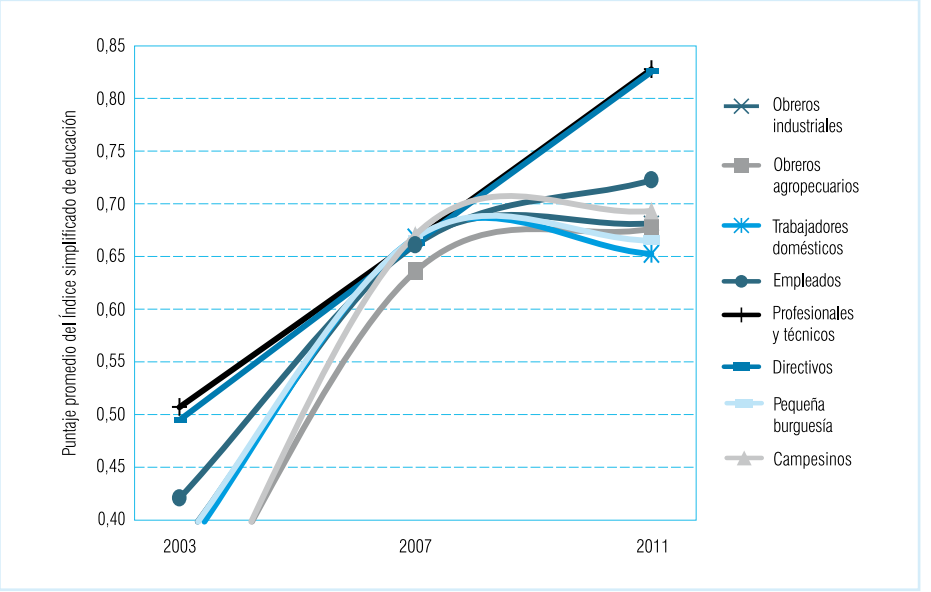
Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Tabla 1.16. **Promedios del Índice simplificado de educación por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2003-2011**

Posición de clase social del jefe	Índice simplificado de educación		
	2003	2007	2011
Total	0,368	0,663	0,696
Obreros industriales	0,375	0,663	0,682
Obreros agropecuarios	0,278	0,636	0,676
Trabajadores domésticos	0,365	0,668	0,653
Empleados	0,421	0,661	0,722
Profesionales y técnicos	0,507	0,666	0,828
Directivos	0,495	0,663	0,825
Pequeña burguesía	0,374	0,668	0,665
Campesinos	0,261	0,671	0,693
Desempleados	0,394	0,651	0,696
Inactivos	0,351	0,661	0,614

Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 1.32. **Tendencia del promedio del Índice simplificado de educación por posición de clase social. Bogotá, 2003 – 2011**



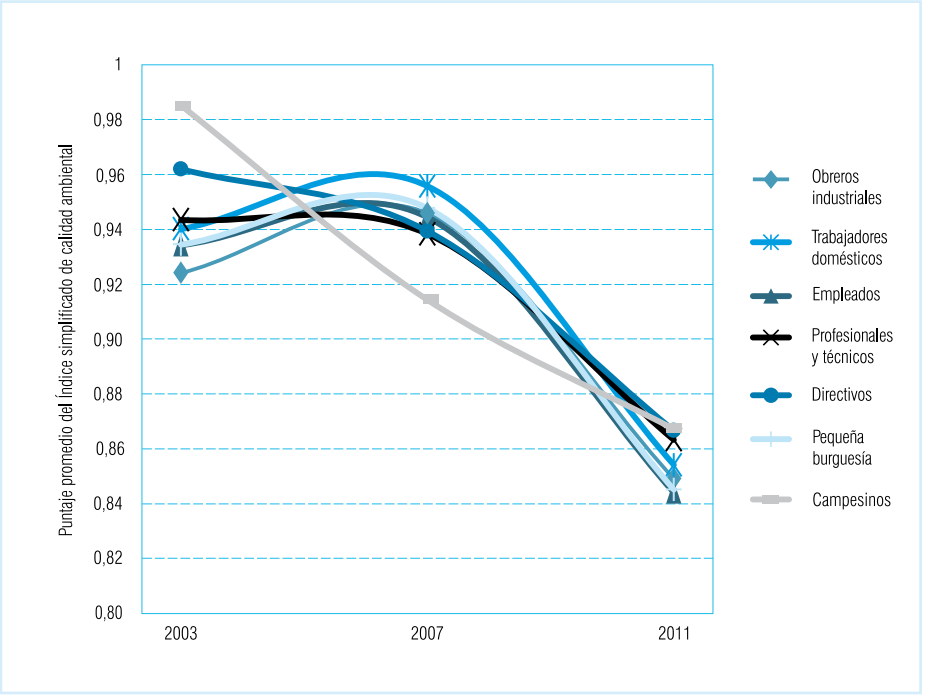
Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Tabla 1.17. **Promedios del Índice simplificado de calidad ambiental, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2003-2011**

Posición de clase social del jefe	Índice simplificado de calidad ambiental		
	2003	2007	2011
Total	0,944	0,946	0,851
Obreros industriales	0,924	0,946	0,849
Obreros agropecuarios	0,981	0,961	0,913
Trabajadores domésticos	0,940	0,956	0,854
Empleados	0,934	0,944	0,844
Profesionales y técnicos	0,943	0,938	0,863
Directivos	0,962	0,939	0,867
Pequeña burguesía	0,934	0,948	0,845
Campesinos	0,985	0,914	0,867
Desempleados	0,943	0,941	0,854
Inactivos	0,937	0,950	0,855

Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 1.33. **Tendencia del promedio del Índice simplificado de calidad ambiental por posición de clase social. Bogotá, 2003 – 2011**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003 y 2007 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

El índice de condiciones de vida (ICV) 2003-2011

El ICVU está asociado con otros indicadores que expresan los niveles de vida de los hogares y sus recursos, pero se diferencia de ellos poniendo de presente el resultado de las diversas dimensiones y variables que incorpora.

La correspondencia entre el ICVU y el índice de condiciones de vida (ICV[18]) está representada en el gráfico 1.33. El coeficiente de correlación entre las dos variables tiene un valor de 0,341 (CID, SDP, 2012).

[18] El Índice de Condiciones de Vida (ICV) fue elaborado por la Misión Social, en el Departamento Nacional de Planeación, y se usa frecuentemente como una variable de diferenciación de los niveles de vida de los hogares.

Los coeficientes de correlación entre el ICV y algunas de las dimensiones del ICVU no presentan valores especialmente altos. El valor del coeficiente del ICV con el índice de alimentación y salud es de 0,31, con el índice de condiciones de la vivienda de 0,433 y con el índice de educación de 0,399. Los coeficientes muestran, sin embargo, que el sentido de la relación es positivo. Sobre esta base puede considerarse que la evolución del Índice de Condiciones de Vida (ICV) da una ilustración complementaria sobre los cambios que ha tenido la calidad de vida de la ciudad en aquellas dimensiones captadas por los dos índices. En esta perspectiva, a continuación se presentan y comentan los cambios en el ICV entre 2003 y 2012.

Como se observa en el gráfico 1.33, entre esos años se presentó un modesto mejoramiento en el promedio del ICV agregado y en el de cada uno de sus componentes, especialmente en los que se refieren a la composición y tamaño del hogar y el capital humano (educación). El valor medio del índice pasó de 89,3 a 91,5 y el del subíndice relativo a capital humano avanzó de 32,7 a 34,0.

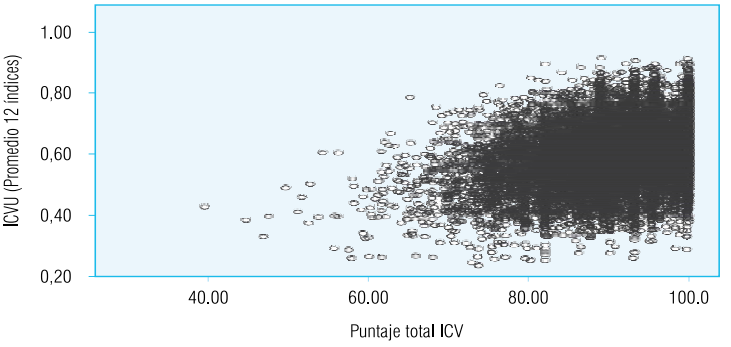
Los promedios del ICV, por posiciones de clase social de los jefes de hogar, siguen la misma tendencia (tabla 1.18). Hay, no obstante, durante el período, un estancamiento en el valor de los índices en las posiciones de clase con mayor ventaja (directivos y profesionales y técnicos), mientras que en las menos aventajadas hay mayores aumentos relativos en esos índices (empleados domésticos, pequeña burguesía y obreros industriales). El resultado es una disminución de las distancias entre posiciones de clase en ubicaciones extremas. La razón de tasa del ICV global y la de sus componentes entre los directivos y los empleados domésticos decrece levemente[19].

Algo similar sucede en la evolución del promedio del índice por estratos socioeconómicos. En los más bajos hay una disminución más pronunciada, lo que da lugar a una menor desigualdad entre el estrato 6 y el 1 (tabla 1.19).

Por localidades (tabla 1.20) los promedios de los índices siguen igualmente una trayectoria de aumento moderado que reduce las distancias. No son, sin embargo, las localidades con los índices inferiores las que presentan mejoramientos más pronunciados. Es en la localidad de San Cristóbal donde hay mejores desempeños, seguida por las de Usme y Fontibón.

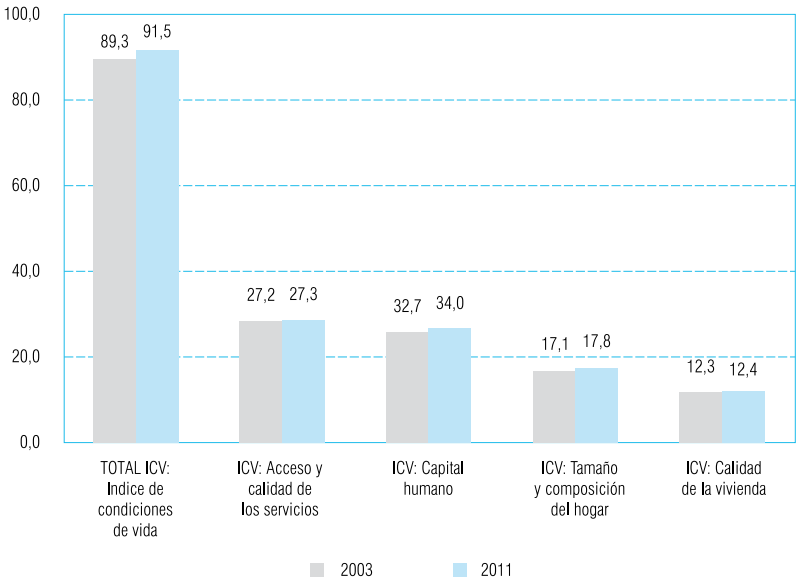
[19] La razón de tasa se construye como la razón entre el índice promedio de calidad de vida de los directivos y los índices promedio de las restantes posiciones de clase.

Gráfico 1.34. **Relación entre el Índice de Calidad de Vida Urbana y el Índice de calidad de Vida**



Fuente: CID, SDP, 2012

Gráfico 1.35. **Índice de Condiciones de Vida y sus componentes. Bogotá, 2003-2011**



Fuente: ECV 2003, EMP, 2011. Procesamiento propio

Tabla 1.18. **Promedio del Índice de Condiciones de Vida (ICV), por posición de clase social (1) del jefe de hogar. Bogotá, 2003-2011**

Posición de clase social del jefe	ICV: Índice de Condiciones de Vida	ICV: Acceso y calidad de los servicios	ICV: Capital humano	ICV: Tamaño y composición del hogar	ICV: Calidad de la vivienda	ICV: Índice de Condiciones de Vida	ICV: Acceso y calidad de los servicios	ICV: Capital humano	ICV: Tamaño y composición del hogar	ICV: Calidad de la vivienda
TOTAL	89,3	27,2	32,7	17,1	12,3	91,5	27,3	34,0	17,8	12,4
Obreros industriales	85,5	27,2	31,2	15,1	12,2	89,2	27,3	32,9	16,7	12,2
Empleados domésticos	81,9	27,1	28,8	14,4	11,6	86,2	27,4	30,2	16,5	12,1
Empleados	90,0	27,2	33,9	16,5	12,4	91,6	27,3	34,7	17,2	12,4
Profesionales y técnicos	95,8	27,3	37,5	18,3	12,7	96,3	27,4	37,6	18,6	12,7
Directivos	95,8	27,3	37,2	18,5	12,8	96,0	27,4	37,5	18,4	12,7
Pequeña burguesía	87,2	27,2	31,3	16,6	12,1	89,9	27,2	32,9	17,6	12,3
Desempleados	87,6	27,2	31,9	16,5	12,0	90,7	27,2	34,2	17,1	12,2
Estudiantes	95,9	27,2	37,5	18,5	12,6	96,5	27,4	37,5	19,2	12,4
Oficios del hogar	88,6	27,3	30,9	18,1	12,3	90,6	27,4	32,2	18,6	12,4
Otra actividad	92,1	27,3	33,4	18,9	12,5	93,7	27,4	34,5	19,3	12,5
Incapacitados permanentes	86,7	26,9	29,2	18,6	12,1	89,6	27,4	30,8	19,1	12,3
Razón de tasa: directivos/ empleados domésticos	1,17	1,01	1,29	1,29	1,10	1,11	1,00	1,24	1,12	1,05

Fuente: ECV 2003, EMP, 2011. Procesamiento propio.

(1) No se incluyen en el cuadro los valores de las posiciones de clase de campesinos y obreros agropecuarios que, por su baja frecuencia en la muestra de la encuesta, no son estadísticamente representativos.

Tabla 1.19. **Promedio del Índice de Condiciones de Vida (ICV), por estrato socioeconómico de los hogares. Bogotá, 2003-2011**

Estrato	ICV: Índice de Condiciones de Vida	ICV: Acceso y calidad de los servicios	ICV: Capital humano	ICV: Tamaño y composición del hogar	ICV: Calidad de la vivienda	ICV: Índice de Condiciones de Vida	ICV: Acceso y calidad de los servicios	ICV: Capital humano	ICV: Tamaño y composición del hogar	ICV: Calidad de la vivienda
TOTAL	89,3	27,2	32,7	17,1	12,3	91,5	27,3	34,0	17,8	12,4
Estrato 1	79,8	26,9	27,7	14,5	10,6	84,7	27,2	30,0	16,1	11,4
Estrato 2	85,3	27,2	30,2	15,9	12,0	88,9	27,3	32,3	17,0	12,3
Estrato 3	91,0	27,3	33,6	17,5	12,6	93,3	27,3	35,0	18,4	12,6
Estrato 4	96,2	27,3	37,1	19,1	12,8	97,0	27,4	37,7	19,3	12,7
Estrato 5	96,8	27,2	37,7	19,2	12,8	97,8	27,4	38,3	19,4	12,7
Estrato 6	97,2	27,4	38,0	19,0	12,8	98,2	27,4	38,7	19,4	12,8
Sin estrato	77,7	27,4	29,8	10,7	9,8					
Sin servicio de EE	69,5	20,8	24,7	16,8	7,3					
Sin estrato/Sin información						87,6	26,8	31,8	17,2	11,7
Razón de tasa: Estrato 6 / Estrato 1	1,22	1,02	1,37	1,31	1,20	1,16	1,01	1,29	1,20	1,12

Fuente: ECV 2003, EMP, 2011. Procesamiento propio.

Tabla 1.20. **Promedio del Índice de Condiciones de Vida (ICV), por localidad de residencia de los hogares. Bogotá, 2003-2011**

Localidad	ICV: Índice de Condiciones de Vida	ICV: Acceso y calidad de los servicios	ICV: Capital humano	ICV: Tamaño y composición del hogar	ICV: Calidad de la vivienda	ICV: Índice de Condiciones de Vida	ICV: Acceso y calidad de los servicios	ICV: Capital humano	ICV: Tamaño y composición del hogar	ICV: Calidad de la vivienda
Usaquén	93,8	27,3	35,6	18,4	12,5	95,4	27,4	36,6	18,7	12,7
Chapinero	96,7	27,1	37,8	19,2	12,7	97,5	27,4	38,1	19,4	12,6
Santa Fe	88,5	26,9	32,9	16,8	11,9	90,9	27,2	33,8	18,0	11,9
San Cristóbal	83,9	27,0	29,6	15,5	11,7	88,3	27,3	31,8	17,0	12,2
Usme	82,9	27,2	29,0	15,2	11,5	86,6	27,1	31,1	16,6	11,8
Tunjuelito	87,4	27,3	31,5	16,2	12,4	90,0	27,3	33,0	17,2	12,5
Bosa	85,5	27,0	30,2	16,3	12,0	88,1	27,3	31,8	16,8	12,2
Kennedy	89,1	27,4	32,6	16,8	12,4	91,0	27,3	33,4	17,8	12,5
Fontibón	90,2	27,3	33,4	17,1	12,4	93,8	27,4	35,5	18,3	12,7
Engativá	91,7	27,4	34,1	17,8	12,5	93,0	27,3	34,8	18,2	12,6
Suba	91,8	27,2	34,3	17,8	12,6	93,0	27,4	35,1	17,9	12,6
Barrios Unidos	92,6	27,3	34,6	18,3	12,5	94,2	27,3	35,8	18,7	12,4
Teusaquillo	96,1	27,2	37,3	19,0	12,7	97,0	27,3	37,7	19,4	12,5
Los Mártires	90,0	27,1	33,3	17,5	12,0	91,7	27,2	34,3	18,2	11,9
Antonio Nariño	90,9	27,3	33,6	17,5	12,5	92,2	27,3	34,3	18,1	12,5
Puente Aranda	90,5	27,3	33,0	17,6	12,6	93,6	27,3	35,0	18,5	12,7
La Candelaria	89,0	26,9	33,1	17,2	11,8	92,2	27,0	35,1	18,6	11,5
Rafael Uribe Uribe	87,2	27,2	30,9	16,7	12,4	89,1	27,2	32,4	17,3	12,2
Ciudad Bolívar	83,7	27,2	29,6	15,3	11,5	86,9	27,3	31,0	16,7	11,8
Razón de tasa: Chapinero / Usme	1,17	1,00	1,30	1,26	1,10	1,13	1,01	1,22	1,17	1,07

Fuente: ECV 2003, EMP, 2011. Procesamiento propi

Las desigualdades en la dimensión de salud 2003-2011

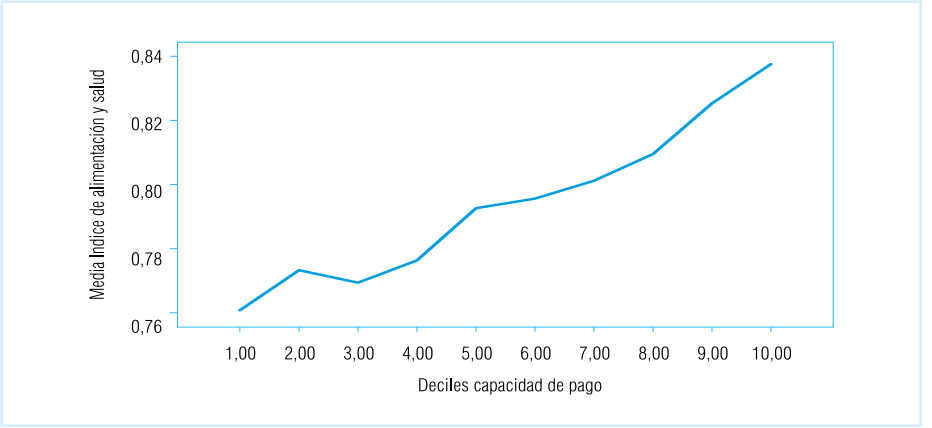
El índice de salud y alimentación 2011

Los promedios del índice de la dimensión de alimentación y salud, y de los subíndices que le dan origen, por posiciones de clase social del jefe del hogar, estrato socioeconómico y localidad, señalan, como se ha indicado, desigualdades marcadas por la estructura social y espacial de la ciudad, que se encuentran reiteradamente en los índices de la mayor parte de las dimensiones de la calidad de vida urbana tomadas en cuenta en el ICVU.

Un condicionante que está en el trasfondo de las variaciones de los índices de las dimensiones es la capacidad de pago de los hogares que es, a la vez, una dimensión de la calidad de vida urbana y analizada con detalle en el informe del CID (CID, SDP, 2012).

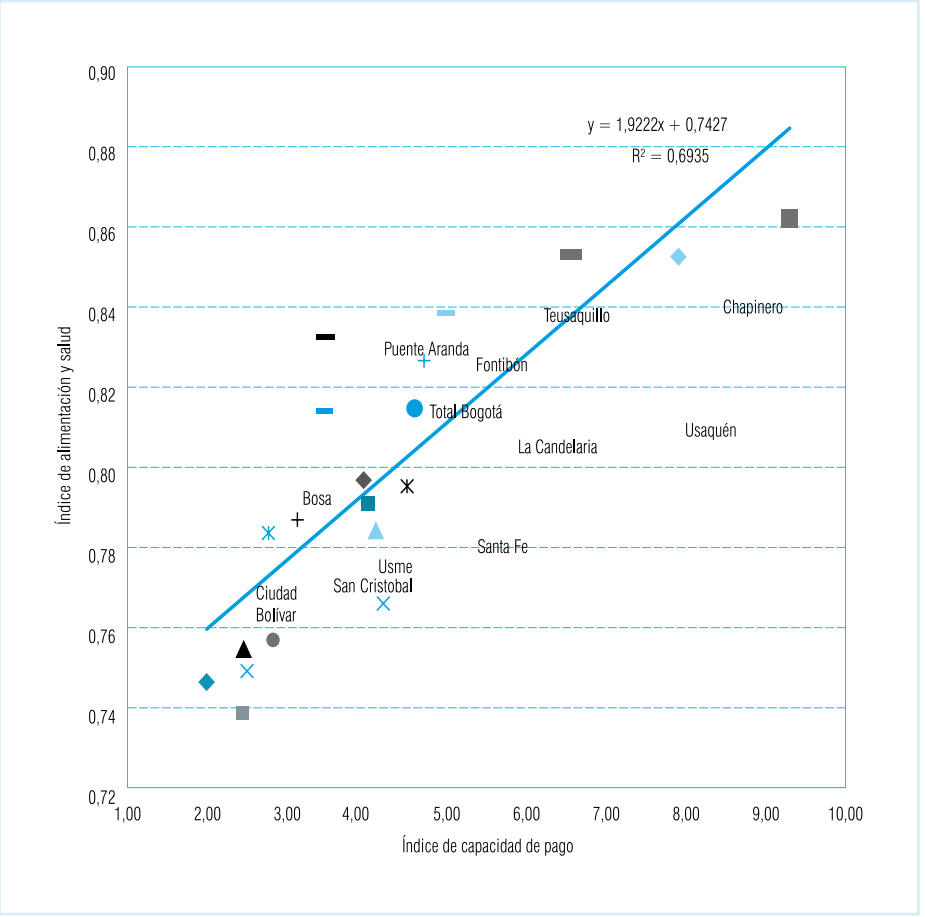
Como lo ilustra el gráfico 1.36, el promedio del índice de alimentación y salud guarda correspondencia con los deciles del índice de capacidad de pago. Y, de otra parte, las desigualdades por localidad en el índice están correlacionadas con los valores del índice de capacidad de pago que éstas exhiben (gráfico 1.37). Tales coincidencias insinúan interdependencias entre estas dos dimensiones de la calidad de vida; en las desviaciones de la tendencia a nivel de localidades se aprecia la posible influencia de determinantes de carácter local.

Gráfico 1.36. **Promedio del índice de alimentación y salud, por deciles del índice de capacidad de pago. Bogotá**



Fuente: CID, SDP, 2012

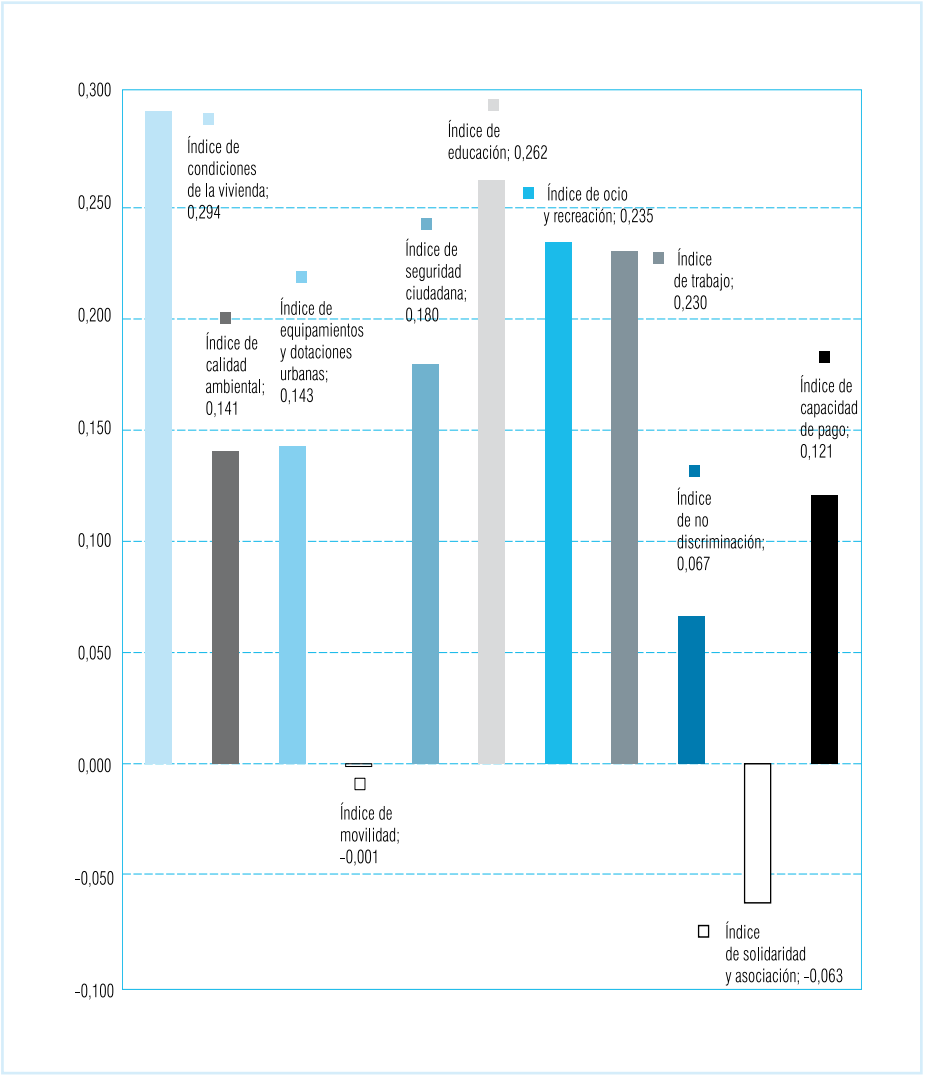
Gráfico 1.37. **Índices de capacidad de pago y alimentación, por localidades. Bogotá, 2011**



Fuente: CID, SDP, 2012

Los coeficientes de correlación simples entre el índice de alimentación y salud y los índices de las otras dimensiones de la calidad de vida no tienen un valor elevado (CID, SDP, 2012). Adquieren valores positivos en todos los casos, excepto en el de los índices relativos a movilidad y a solidaridad y asociación, posiblemente por las razones a las que ya hemos hecho referencia. En el gráfico 1.38 se representan los valores de estos coeficientes que dan una idea de las interdependencias entre los diferentes componentes de la calidad de vida y las condiciones de salud.

Gráfico 1.38. **Coeficientes de correlación entre el índice de alimentación y salud y los de otras dimensiones de la calidad de vida urbana. Bogotá, 2011**



Fuente: CID, SDP, 2012

Otro acercamiento al análisis de estas interdependencias se obtiene a través de la técnica de regresión lineal. Tomando como variable dependiente el índice de alimentación y salud, y como variables independientes los otros índices de calidad de vida que tienen asociación positiva con él, encontramos, en primer lugar, que el

coeficiente de determinación R2 no es muy elevado (0,191). Esto señala que determinantes importantes de la salud podrían no estar captados en esos índices, a pesar de su amplia cobertura temática.

En segunda instancia, los coeficientes estandarizados o tipificados obtenidos del ejercicio nos dan un acercamiento a la importancia relativa de las dimensiones para incidir en la salud (tabla 1.21). Estos coeficientes, que permiten apreciar en forma comparable la magnitud de la influencia de cada variable independiente sobre la dependiente, muestran que son las condiciones de la vivienda, de la educación y del trabajo las dimensiones que tendrían mayor incidencia sobre la alimentación y la salud de los hogares.

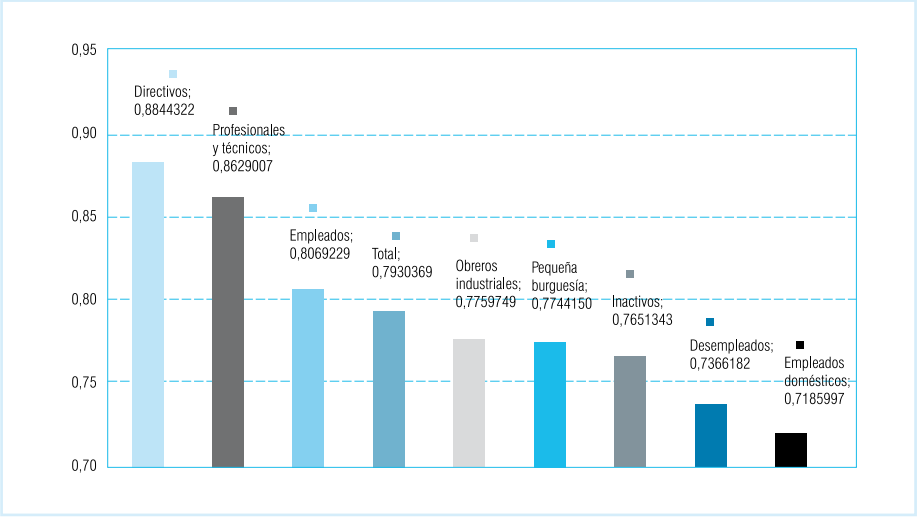
Tabla 1.21. **Coeficientes del modelo de regresión lineal donde la variable dependiente es el índice de alimentación y salud, y las variables independientes los índices de otras dimensiones de la calidad de vida urbana. Bogotá, 2011**

Coeficientes[a]							
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	,338	,001		433,272	,000	,336	,339
Índice de condiciones de la vivienda	,251	,001	,203	293,939	,000	,249	,252
Índice de calidad ambiental	,055	,001	,059	90,784	,000	,053	,056
Índice de equipamientos y dotaciones urbanas	,043	,001	,041	62,201	,000	,042	,044
Índice de seguridad ciudadana	,036	,000	,055	78,865	,000	,035	,037
Índice de educación	,117	,001	,149	227,920	,000	,116	,118
Índice de ocio y recreación	,100	,001	,113	172,844	,000	,099	,101
Índice de trabajo	,084	,000	,145	229,384	,000	,084	,085
Índice de no discriminación	,024	,001	,029	44,284	,000	,023	,025
Índice de capacidad de pago	,157	,002	,048	77,358	,000	,153	,161

Fuente: EMB- 2011- Procesamiento y cálculos CID

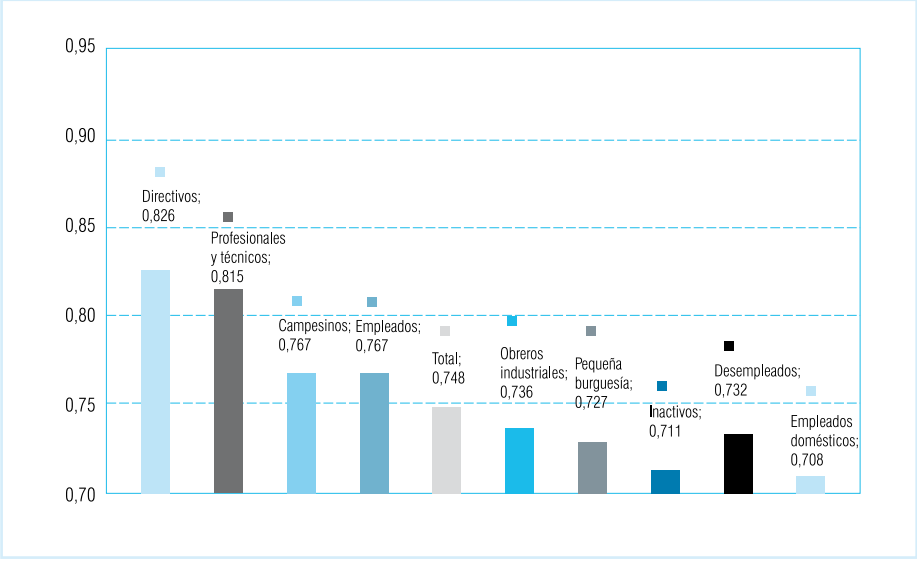
Los valores promedio del índice de alimentación y salud muestran desigualdades entre hogares por posición de clase social del jefe (gráfico 1.39 y tabla 22), que son similares a las que se encuentran en los subíndices de salud y alimentación (gráficos 1.40 y1.41, tabla 22).

Gráfico 1.39. **Promedio del índice de alimentación y salud de los hogares, por posición de clase social del jefe. Bogotá, 2011**



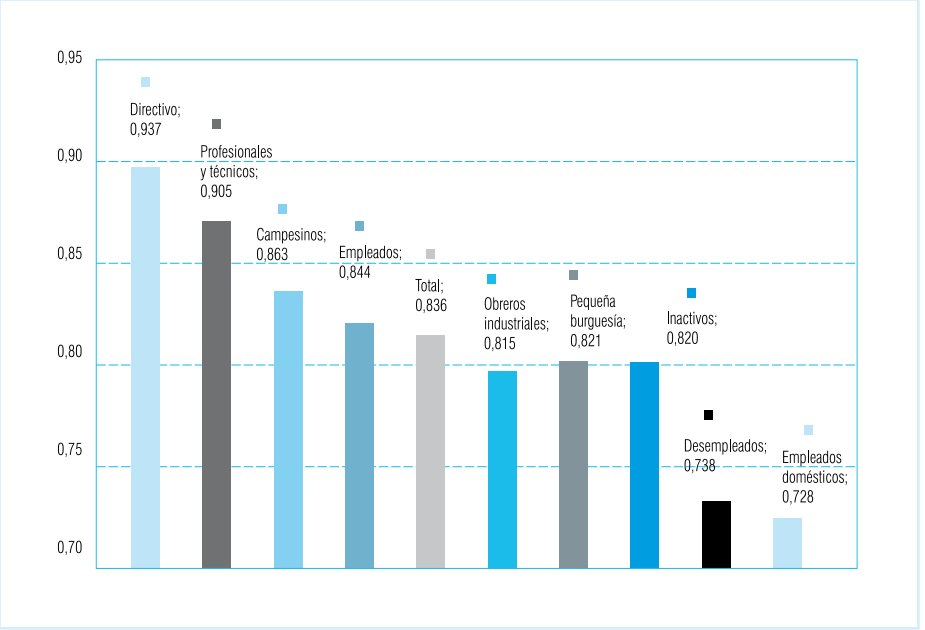
Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio

Gráfico 1.40. **Promedio del subíndice de salud de los hogares, por posición de clase social del jefe. Bogotá, 2011**



Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio

Gráfico 1.41. **Promedio del subíndice de alimentación de los hogares por posición de clase social del jefe. Bogotá, 2011**



Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio

Tabla 1.22. **Promedio de los índices de alimentación y salud, por posiciones de clase social. Bogotá, 2011**

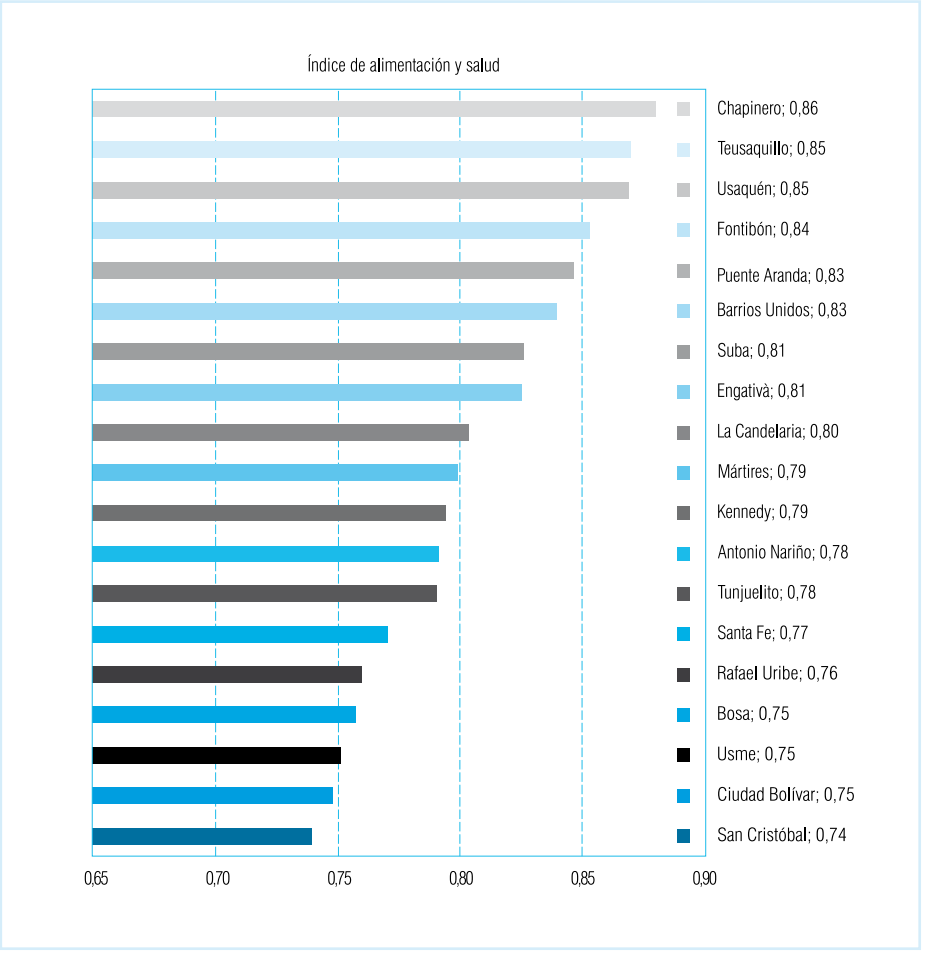
Posición de clase social del jefe de hogar	Índice de alimentación	Índice de protección a la salud	Índice del estado de salud	Índice de salud	Índice de alimentación y salud
Obreros industriales	,8152	,7137	,7334	,7356	,7760
Obreros agropecuarios	,7546	,7848	,7319	,7737	,7676
Empleados domésticos	,7281	,6934	,7004	,7079	,7186
Empleados	,8437	,7517	,7544	,7667	,8069
Profesionales y técnicos	,9047	,8014	,7966	,8149	,8629
Directivo	,9371	,8134	,8046	,8255	,8844
Pequeña burguesía	,8213	,7306	,6985	,7274	,7744
Campesinos	,8626	,7613	,7448	,7673	,8164
Trabajadores sin información	,8783	,7475	,8286	,8014	,8427
Desempleados	,7381	,7034	,7374	,7319	,7366
Inactivos	,8205	,7928	,5979	,7112	,7651
Total	,8364	,7578	,7100	,7480	,7930

Fuente: EMB, 2011. Procesamiento CID.

Por localidades se presentan igualmente distancias significativas entre los promedios del índice de salud y alimentación y en los de las subdimensiones de este índice (gráfico 1.42 y tabla 1.23).

En los acápites siguientes se describen algunas expresiones concretas de las desigualdades en alimentación y salud en 2011. Posteriormente, se buscará un acercamiento a los cambios que ha tenido Bogotá en la desigualdad de estas dimensiones durante los últimos años.

Gráfico 1.42. **Promedio del índice de alimentación y salud, por localidades. Bogotá**



Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio

Tabla 1.23. **Promedios del ICVUS en las localidades de la ciudad. Bogotá, 2003 – 2011**

LOCALIDAD	Índice de Alimentación	Índice de la subdimensión de protección a la salud	Índice de la subdimensión de estado de salud	Índice de salud	Índice de alimentación y salud
Chapinero	,9149	,7905	,7847	,8029	,8613
Usaquén	,9015	,7795	,7847	,7969	,8514
Teusaquillo	,9021	,8256	,7325	,7962	,8514
Fontibón	,8949	,8167	,7014	,7760	,8368
Puente Aranda	,8778	,7805	,7409	,7757	,8283
Barrios Unidos	,8793	,7693	,7254	,7618	,8214
Engativá	,8626	,7935	,6933	,7593	,8120
Suba	,8520	,7738	,7321	,7678	,8115
Total	,8364	,7578	,7100	,7480	,7930
La Candelaria	,8252	,7721	,7124	,7568	,7925
Los Mártires	,8298	,7808	,6833	,7471	,7894
Kennedy	,8184	,7730	,6951	,7490	,7849
Antonio Nariño	,8613	,7022	,6863	,7058	,7819
Tunjuelito	,8450	,7299	,6770	,7164	,7798
Rafael Uribe Uribe	,8001	,6881	,7131	,7114	,7553
Santafé	,7915	,7249	,6789	,7146	,7529
Bosa	,7877	,7189	,6857	,7146	,7511
Usme	,7738	,7258	,6933	,7222	,7486
Ciudad Bolívar	,7682	,7127	,6755	,7062	,7370
San Cristóbal	,7733	,6844	,6835	,6946	,7331

Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio CID.

Indicadores simples de las desigualdades en alimentación y salud 2011

Alimentación

Actualmente (EMB, 2011) en Bogotá se encuentra una proporción significativa de población que pasa por circunstancias que denotan dificultades para lograr una alimentación adecuada, lo que evidencia que sigue habiendo segmentos poblacionales que no satisfacen plenamente sus necesidades de subsistencia:

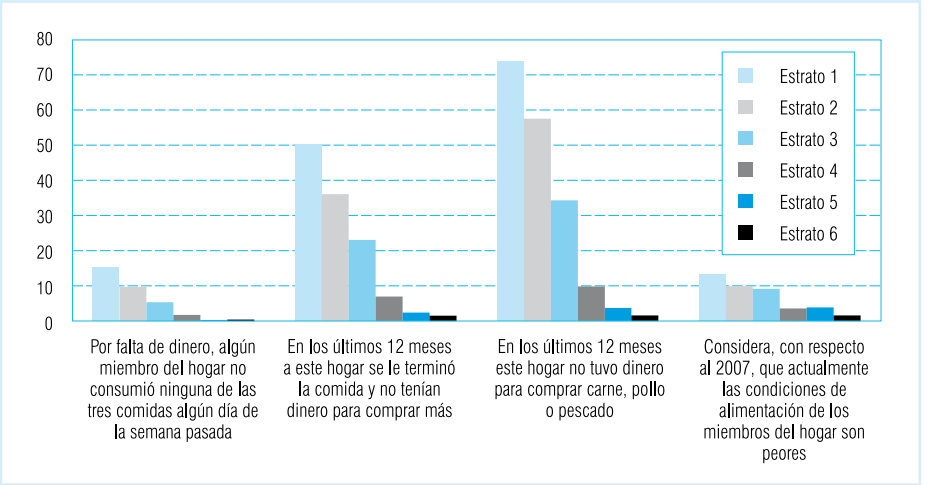
- El 7,2% de los hogares informan que alguno de sus miembros dejó de consumir las tres comidas en, al menos un día, durante la semana anterior a la encuesta.
- El 24% de los hogares viven de vez en cuando la situación de carecer de dinero para comprar alimentos cuando se les ha terminado la comida, y 3.5% la sufren frecuentemente.
- En condiciones de no tener frecuentemente dinero para consumir carne, pescado o pollo se encuentra 6,9% de los hogares y 35.2% la viven de vez en cuando.
- El 8,9% de los hogares consideran que han desmejorado sus condiciones de alimentación en los últimos cuatro años (en 2011, con respecto a 2007).

Como se ilustra en el gráfico 1.43, la magnitud con que se presentan estas condiciones de precariedad alimentaria varía significativamente con el estrato. Mientras que, para poner unos ejemplos, la mitad de los hogares del estrato 1 se ha quedado sin dinero para comprar más alimentos después de que se les acabaron, tal situación sólo ha afectado a 1,5% de los hogares del estrato 6. Y en tanto 73,8% de los hogares del estrato 1 no tuvo dinero en ese lapso para comprar carne, pollo o pescado, en el estrato 6 esa circunstancia se presentó sólo en 1,5% de los hogares.

Las diferencias en estas manifestaciones de precariedad alimentaria, según los deciles del índice de capacidad de pago, evidencian el condicionamiento que ejercen los recursos monetarios de los hogares para lograr satisfacer las necesidades alimentarias (gráficos 1.44 y 1.45).

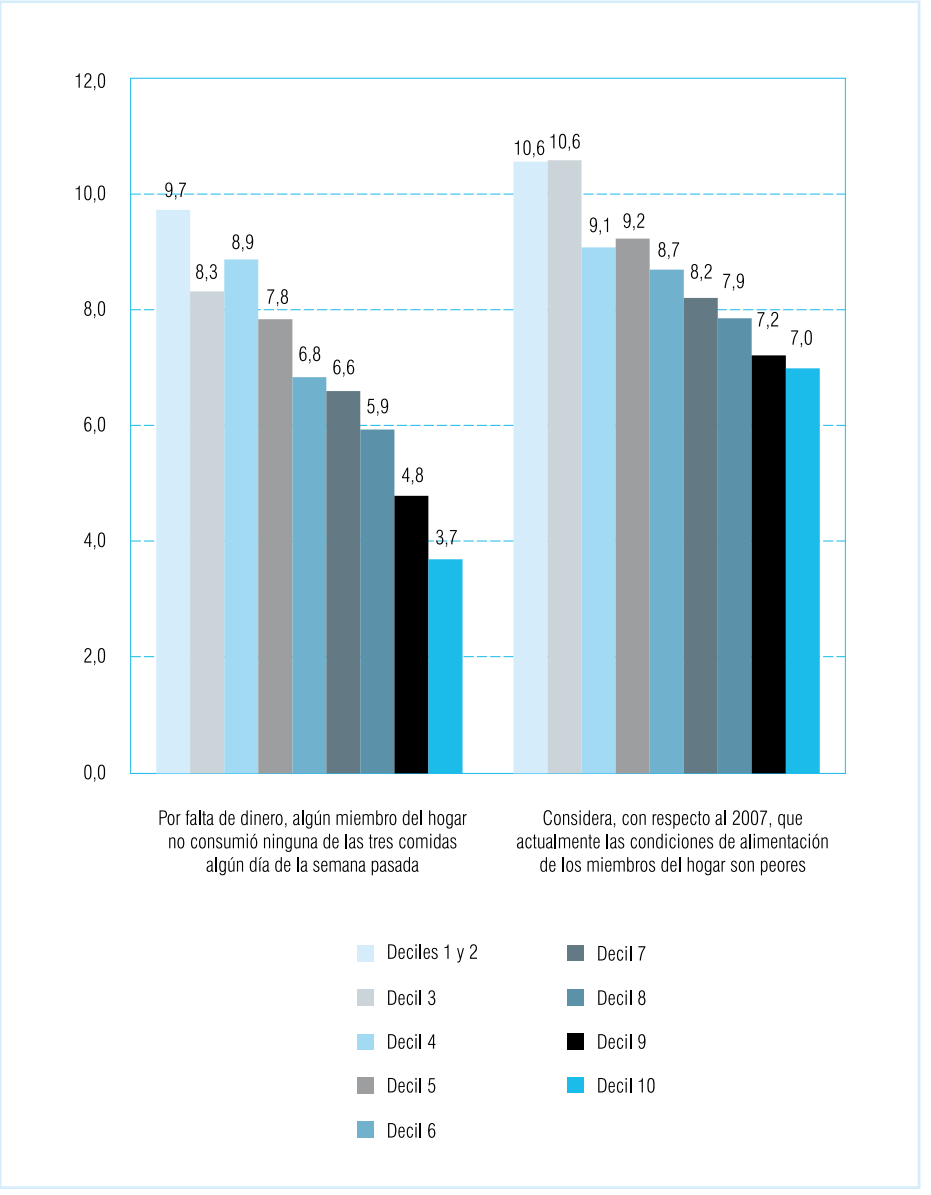
También hay diferencias notables en estos indicadores entre las localidades de la ciudad (gráfico 1.45), que se ponen de presente en la desigualdad del índice de salud y alimentación, por estas divisiones de la ciudad. Y se encuentran igualmente desigualdades notables, según la posición de clase social del jefe del hogar, expresando el condicionamiento que la ubicación en las relaciones laborales ejerce sobre esta dimensión de la calidad de vida (gráfico 1.46). El 72% de los hogares con jefe empleado doméstico no tuvo dinero para comprar carne, pollo o pescado en los últimos doce meses, frente a 7,8% de ocurrencia de este evento en los hogares con jefe directivo. El nivel promedio de los indicadores marca la misma jerarquía mencionada que va desde los directivos y los profesionales y técnicos hasta los empleados domésticos, pasando por los empleados, la pequeña burguesía y los obreros industriales.

Gráfico 1.43. **Condiciones de precariedad alimentaria, por estratos socioeconómicos (porcentajes). Bogotá, 2011**



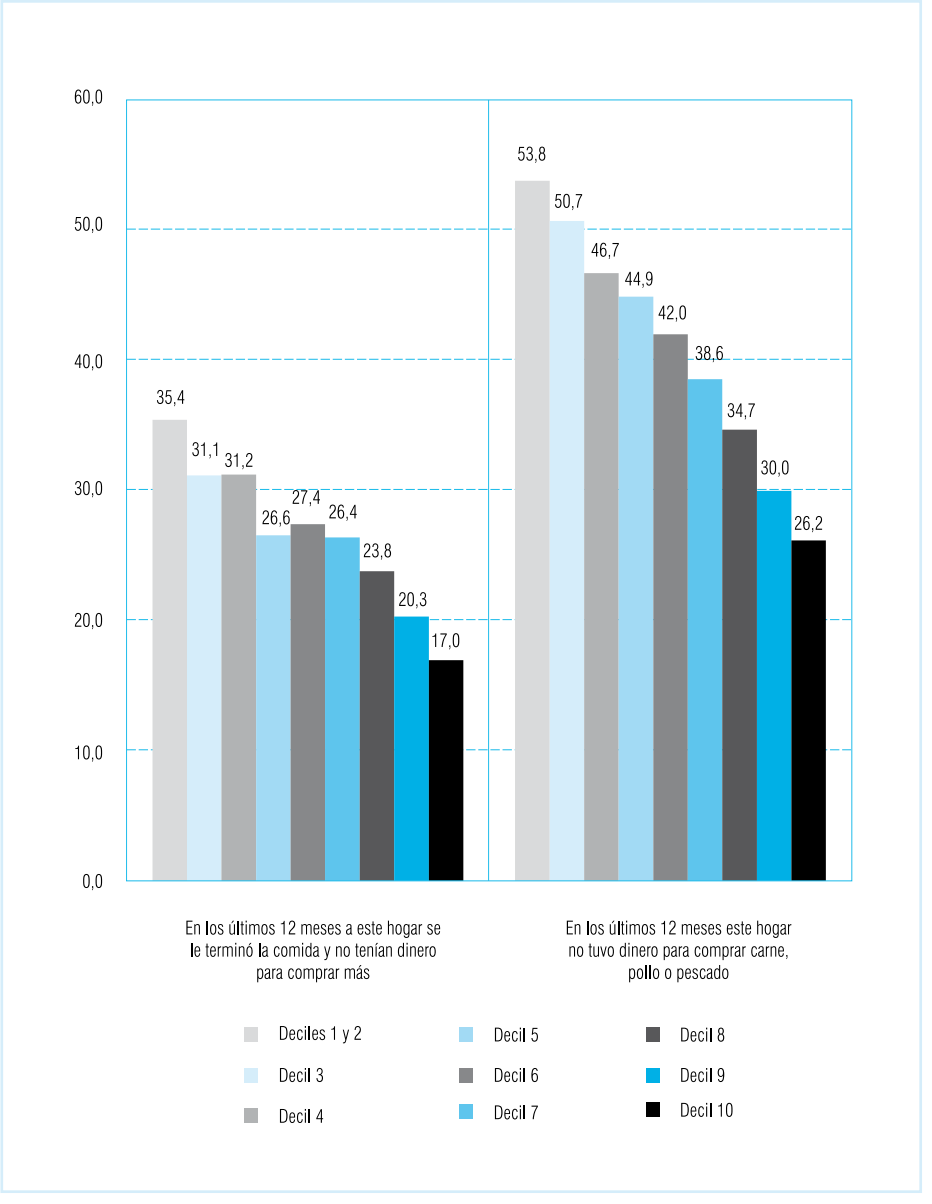
Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio CID.

Gráfico 1.44. **Condiciones de precariedad alimentaria, por deciles del índice de capacidad de pago (porcentajes). Bogotá, 2011**



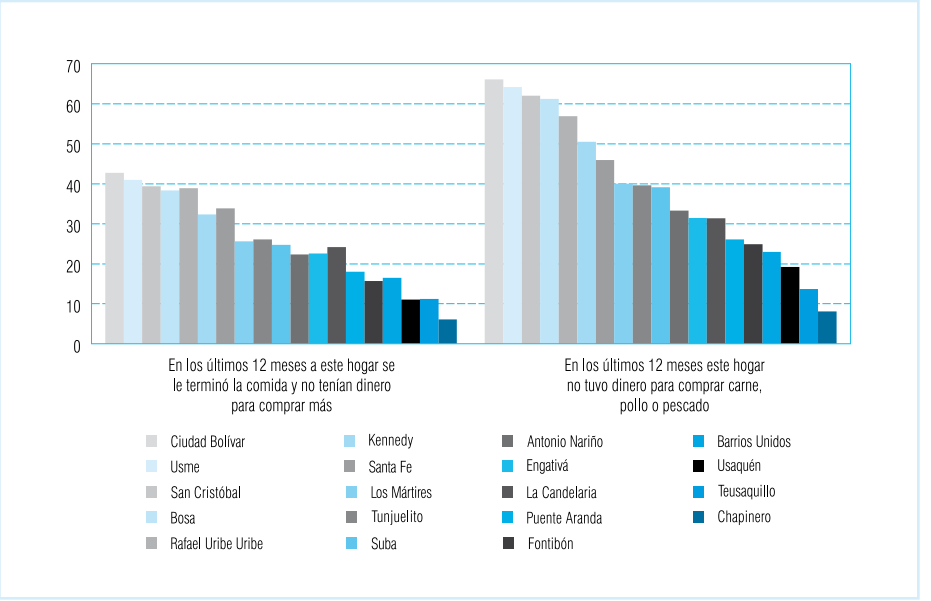
Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio CID.

Gráfico 1.45. **Condiciones de precariedad alimentaria, por deciles del índice de capacidad de pago (2-porcentajes). Bogotá, 2011**



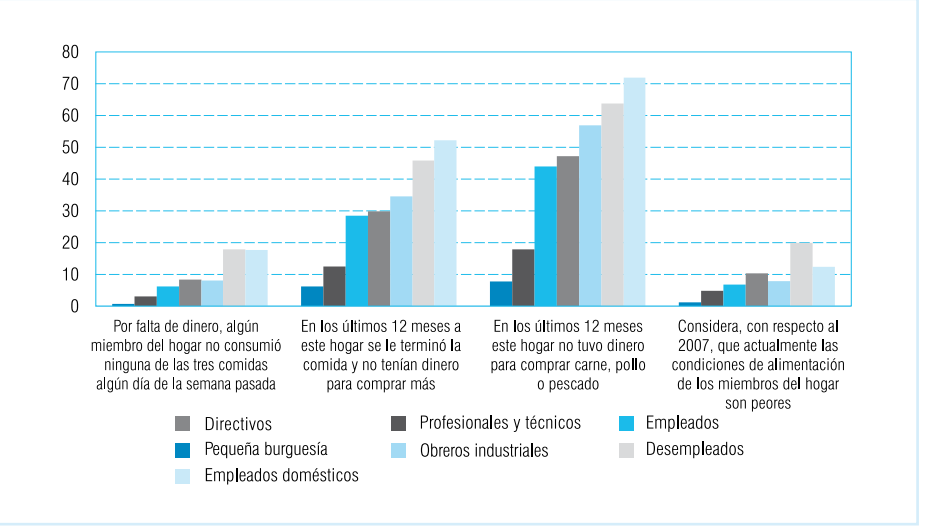
Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio CID.

Gráfico 1.46. **Condiciones de precariedad alimentaria, por localidades (porcentajes). Bogotá, 2011**



Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio CID.

Gráfico 1.47. **Condiciones de precariedad alimentaria, por posiciones de clase social (porcentajes). Bogotá, 2011**



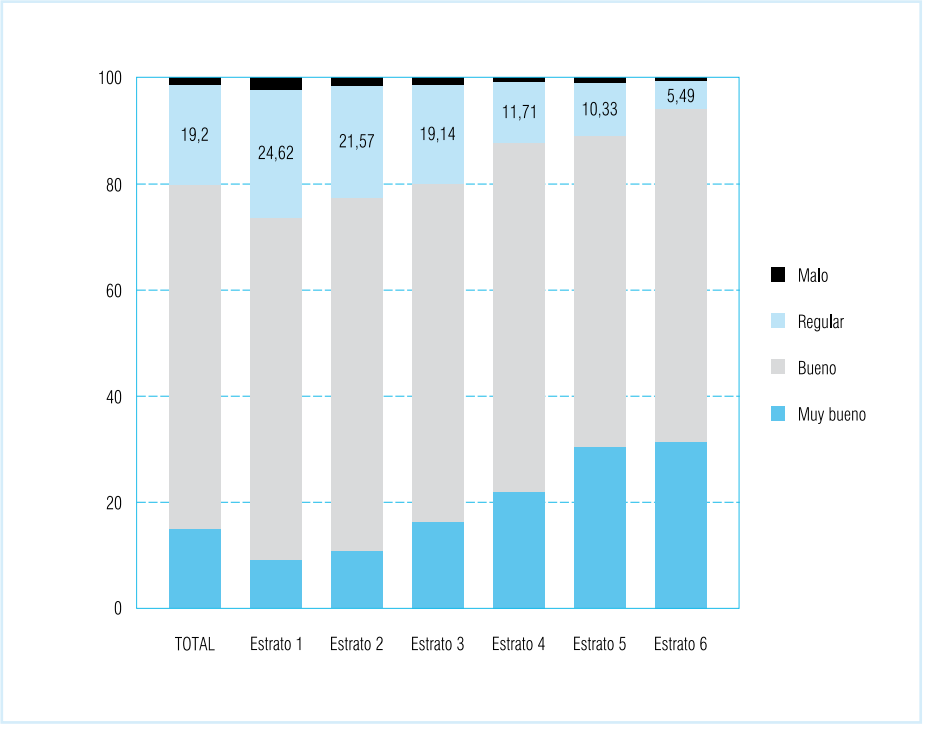
Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio CID.

Estado percibido de salud

La distribución de la población, de acuerdo con la percepción que tiene sobre su propio estado de salud, señala desigualdades apreciables, según distintas variables de diferenciación social. Este resultado, que se ha constatado en distintos estudios, ha sido interpretado como una expresión de las inequidades en salud (Fresneda, 2010b: 65 y ss.). La proporción de quienes consideran que tienen estado bueno o muy bueno de salud aumenta con el estrato socioeconómico. Para la población de 18 y más años de edad es de 73,1% en el estrato 1 y de 94% en el estrato 6 (gráfico 1.48).

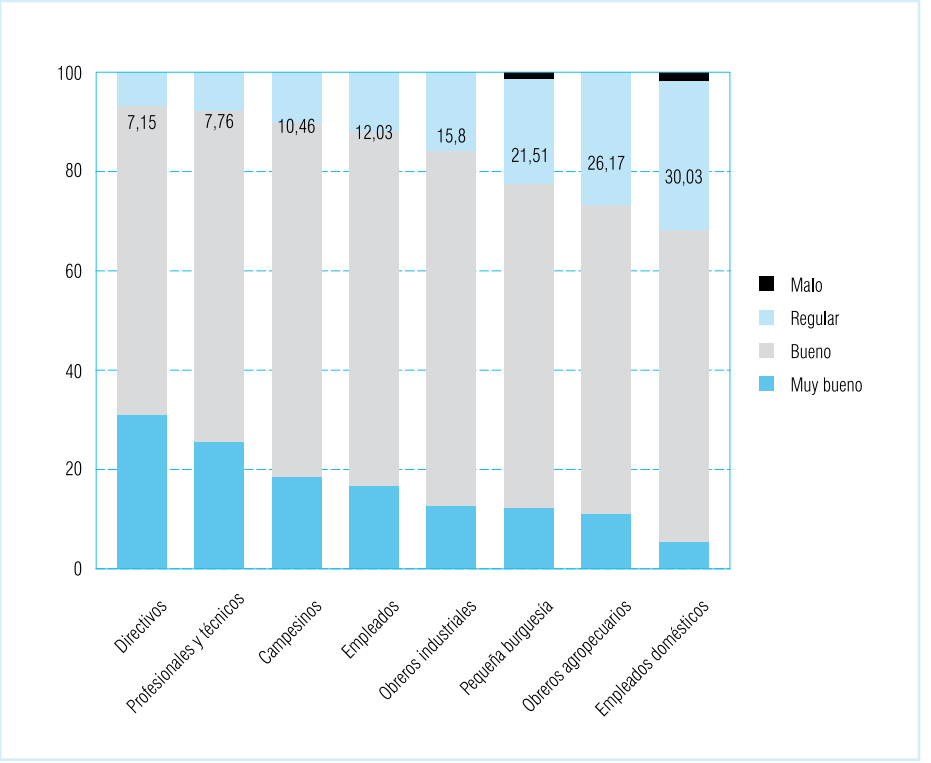
Por posiciones de clase social de los ocupados se encuentra que la proporción de población con esta percepción disminuye con la ubicación en la jerarquía social. Con las mejores percepciones se distinguen los directivos y profesionales y técnicos, y con las peores los empleados domésticos y obreros agropecuarios (gráfico 1.49).

Gráfico 1.48. **Personas (*), por estado percibido de salud y estrato socio-económico. Bogotá, 2011**



Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio CID.
*Jefes de hogar o parientes del jefe, de 18 o más años de edad.

Gráfico 1.49. **Personas (*), por estado percibido de salud y posición de clase social. Bogotá, 2011**



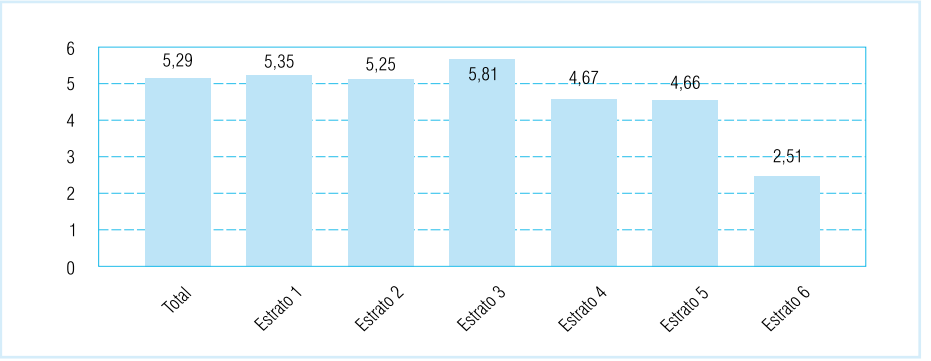
Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio CID.
*Jefes de hogar o parientes del jefe, de 18 o más años de edad.

Desigualdades en la discapacidad

El porcentaje de población con discapacidad[20] por estrato, no sigue un patrón que concuerde en toda la trayectoria con el orden de los mismos (gráfico 1.50, tabla 24). El estrato tres exhibe el mayor porcentaje de población con discapacidad, mientras en los dos primeros estratos el porcentaje no difiere significativamente. En el estrato seis hay, sin embargo, la menor proporción de discapacitados.

[20] Se considera discapacitado quien informe al menos una de las circunstancias investigadas en la EMB, 2011.

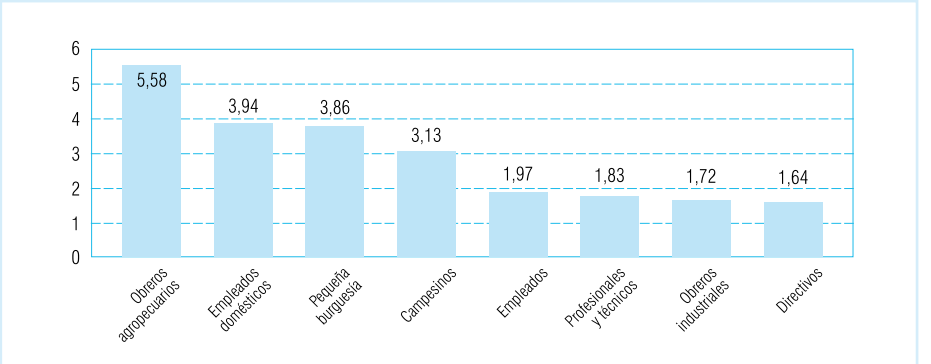
Gráfico 1.50. **Porcentaje de personas (*) con discapacidad, por estratos socioeconómicos. Bogotá, 2011**



Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio CID.
*Jefes de hogar o parientes del jefe, de 18 o más años de edad.

El ordenamiento de las posiciones de clases sociales por porcentaje de discapacitados muestra también una trayectoria no esperada (gráfico 1.51, tabla 1.24). Aunque los directivos tienen una menor proporción, los obreros industriales exhiben una más baja que los profesionales y técnicos. Estas aparentes inconsistencias pueden estar expresando limitaciones para obtener estimaciones confiables a través de encuestas a los hogares para fenómenos relativamente escasos como la discapacidad. Se encontró, de otra parte, que las formas de investigar el fenómeno de la discapacidad no permiten una comparación entre los resultados de las encuestas utilizadas.

Gráfico 1.51. **Porcentaje de personas (*) con discapacidad, por posición de clase social. Bogotá, 2011**



Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio CID.
*Jefes de hogar o parientes del jefe, de 18 o más años de edad.

Tabla 1.24. **Distribución porcentual de los jefes y parientes del jefe de 18 y más años de edad, por condición de discapacidad, estrato, posición de clase social y localidad. Bogotá, 2011.**

Estratos posiciones de clase y localidades	TOTAL	Condición de discapacidad	
		Sin discapacidad	Con discapacidad
	%	%	%
TOTAL	100	94.71	5.29
ESTRATO			
Estrato 1	100	94.65	5.35
Estrato 2	100	94.75	5.25
Estrato 3	100	94.19	5.81
Estrato 4	100	95.33	4.67
Estrato 5	100	95.34	4.66
Estrato 6	100	97.49	2.51
Sin información	100	98	2
Posición de clase social			
Obreros industriales	100	98.28	1.72
Obreros Agropecuarios	100	94.42	5.58
Empleados domésticos	100	96.06	3.94
Empleados	100	98.03	1.97
Profesionales y técnicos	100	98.17	1.83
Directivos	100	98.36	1.64
Pequeña burguesía	100	96.14	3.86
Campesinos	100	96.87	3.13
Trabajadores sin información	100	99.44	0.56
Desempleados	100	98.28	1.72
Inactivos	100	88.2	11.8
LOCALIDAD			
Usaquén	100	95.57	4.43
Engativá	100	94.28	5.72
Suba	100	95.95	4.05
Barrios Unidos	100	94.28	5.72
Teusaquillo	100	93.47	6.53
Los Mártires	100	92.24	7.76
Antonio Nariño	100	93.72	6.28
Puente Aranda	100	95.27	4.73
La Candelaria	100	92.89	7.11
Rafael Uribe	100	94.35	5.65
Ciudad Bolívar	100	94.65	5.35
Chapìnero	100	94.09	5.91
Santa Fe	100	93.42	6.58
San Cristóbal	100	94.08	5.92
Usme	100	95.38	4.62
Tunjuelito	100	92.66	7.34
Bosa	100	94.73	5.27
Kennedy	100	95.18	4.82
Fontibón	100	93.22	6.78

Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio.

Desigualdades en la enfermedad crónica

En la proporción de población con enfermedad crónica no encontramos tampoco una correspondencia entre el orden de los estratos y posiciones de clase social, según su condición socioeconómica y sus oportunidades, de una parte, y del nivel del indicador, de otra. En la tabla 25 se sombrean las casillas que muestran valores que no concuerdan con lo esperado.

En este indicador no se encuentra, también en este tema, comparabilidad entre la información de las encuestas disponibles para hacer un seguimiento de las inequidades en salud a través del tiempo. Mientras en 2011 la prevalencia de enfermedad crónica para mayores de 18 años de edad, parientes del jefe de hogar fue de 31,7%, en 2003 fue de 17,3% y en 1997 de 12,5%.

Tabla 1.25. **Distribución porcentual de jefes y parientes del jefe de 18 y más años de edad, presencia de enfermedad crónica, estrato, posición de clase social y localidad. Bogotá, 2011**

Estratos posiciones de clase social y localidades	TOTAL	Enfermedad crónica	
		Sin enfermedad crónica	Con enfermedad crónica
TOTAL	100.0	68.3	31.7
ESTRATO			
Estrato 1	100.0	73.3	26.7
Estrato 2	100.0	70.9	29.1
Estrato 3	100.0	64.8	35.2
Estrato 4	100.0	65.9	34.1
Estrato 5	100.0	66.1	33.9
Estrato 6	100.0	73.0	27.0
Sin información	100.0	78.7	21.3
Posición de clase social			
Obreros industriales	100.0	77.5	22.5
Obreros Agropecuarios	100.0	73.4	26.6
Empleados domésticos	100.0	66.9	33.1
Empleados	100.0	77.0	23.0
Profesionales y técnicos	100.0	74.5	25.5
Directivos	100.0	69.8	30.2
Pequeña burguesía	100.0	69.6	30.4
Campesinos	100.0	69.9	30.1
Trabajadores sin información	100.0	75.8	24.2
Desempleados	100.0	78.9	21.1
Inactivos	100.0	54.9	45.2

Continúa, tabla 1.25

Estratos posiciones de clase social y localidades	TOTAL	Enfermedad crónica	
		Sin enfermedad crónica	Con enfermedad crónica
LOCALIDAD			
Usaquén	100.0	71.2	28.8
Engativá	100.0	60.6	39.4
Suba	100.0	70.3	29.7
Barrios Unidos	100.0	66.5	33.5
Teusaquillo	100.0	57.2	42.8
Los Mártires	100.0	64.5	35.5
Antonio Nariño	100.0	67.2	32.8
Puente Aranda	100.0	70.6	29.4
La Candelaria	100.0	63.0	37.0
Rafael Uribe	100.0	69.9	30.2
Ciudad Bolívar	100.0	76.0	24.0
Chapìnero	100.0	68.3	31.7
Santa Fe	100.0	67.0	33.0
San Cristóbal	100.0	70.9	29.1
Usme	100.0	73.4	26.6
Tunjuelito	100.0	68.8	31.2
Bosa	100.0	70.2	29.8
Kennedy	100.0	66.8	33,2
Fontibón	100.0	63.9	36,1

Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio.

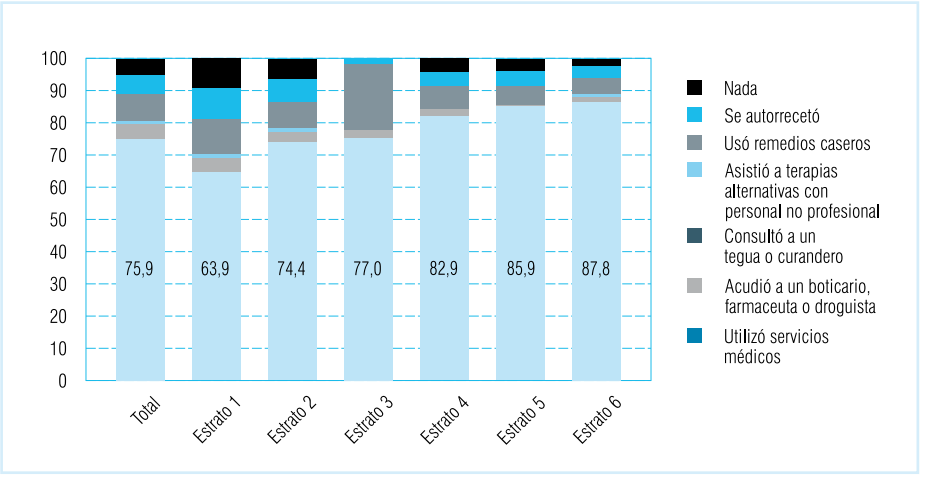
Las desigualdades en las respuestas sociales para promover la salud, prevenir y tratar la enfermedad 2011

Se analizaron dos manifestaciones de los instrumentos que desde las instituciones de salud ocupan un puesto preeminente para promover la salud y prevenir la enfermedad. La primera la extensión de la vinculación formal a la seguridad social, y la segunda el acceso a los servicios de salud en caso de enfermedad o accidente. Posteriormente, se buscó rastrear la evolución que ha tenido la desigualdad en esos fenómenos en los últimos años.

Acceso a los servicios 2011

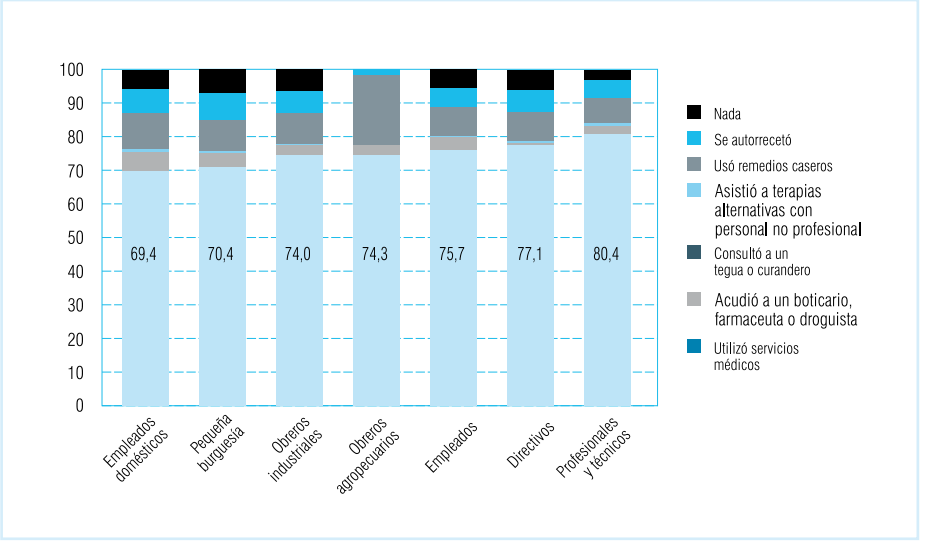
El porcentaje de personas con enfermedad o accidente en los últimos 30 días que acceden a servicios médicos profesionales en estrato 1 es de 64, en tanto que el de las personas del estrato 6 en similar condición es de 88 (gráfico 1.52). También se presentan desigualdades apreciables en el acceso a atención médica, según la posición de clase social del jefe del hogar (gráfico 1.53).

Gráfico 1.52. **Distribución de la población con problemas de salud en los últimos 30 días, por forma de atención que tuvo para tratarlos, y estratos. Bogotá, 2011**



Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio.

Gráfico 1.53. **Distribución de la población con problemas de salud en los últimos 30 días, por forma de atención que tuvo para tratarlos y posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011**



Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio.

Afiliación a la seguridad social en salud 2011

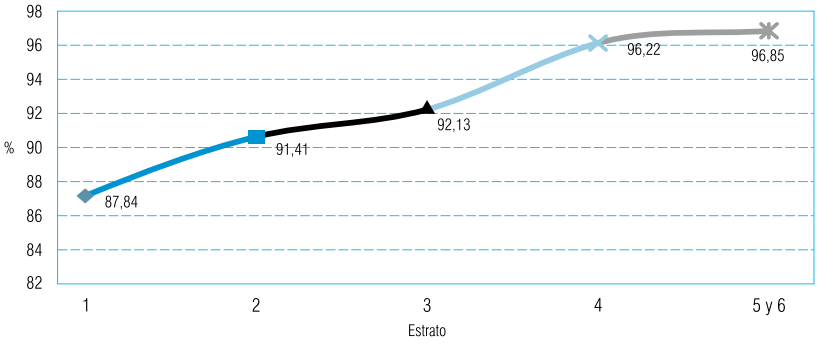
La reforma a la seguridad social sancionada por la Ley 100 de 1993 ha sido una de las medidas de mayor trascendencia en el campo de las políticas sociales de las últimas décadas. En su aplicación se ha dado una rápida extensión de la afiliación a la seguridad social en salud, en los regímenes subsidiado y contributivo.

En desarrollo de lo establecido por esa Ley, en la actualidad, según la EMB, 92% de la población de Bogotá se encuentra cubierta por la seguridad social en salud. A pesar del gran avance en el ingreso a la Seguridad Social en Salud se mantienen diferencias en las tasas de afiliación por variables de diferenciación social como lo es el estrato socioeconómico, y según la segregada geografía de la ciudad por localidades (gráficos 1.54 y 1.55).

Entre la población ocupada se mantienen igualmente algunas diferencias en la cobertura de la seguridad social en salud (gráfico 1.56).

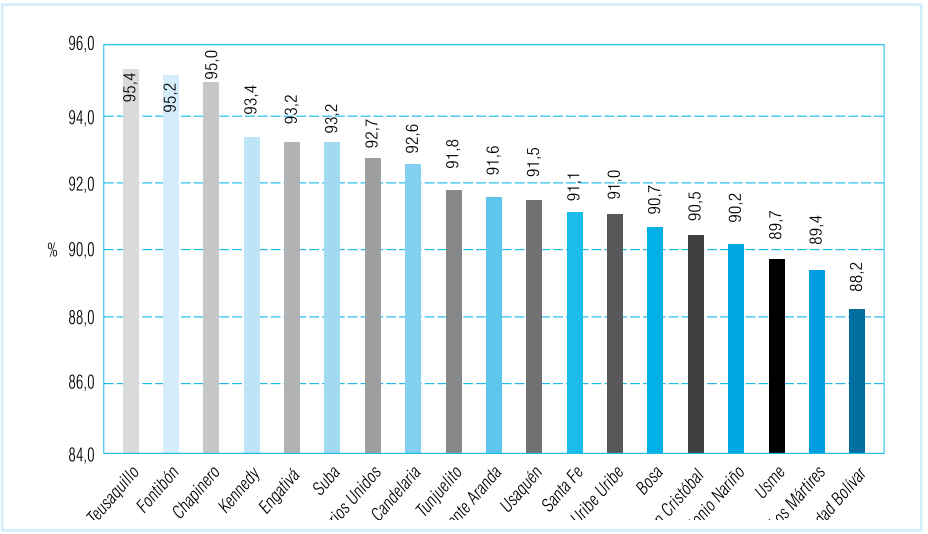
Mayores desigualdades se expresan en las modalidades de afiliación por régimen de seguridad social. Más de la mitad de la población afiliada del estrato 1 pertenece al régimen subsidiado, mientras lo está sólo 1,2% de la del estrato 6 (gráfico 1.57); y mientras que 51% de las personas afiliadas en hogares con jefe empleado doméstico están vinculadas al régimen subsidiado, 2,4% de las de hogares con jefe directivo se encuentran en igual situación (gráfico 1.58), lo cual es el resultado de una pérdida de participación en la afiliación del régimen contributivo que en 2003 representaba 81,3% del total de afiliados y en 2011 había disminuido a 75,9%.

Gráfico 1.54. **Tasas de afiliación a la seguridad social en salud, por estratos socioeconómicos. Bogotá, 2011**.



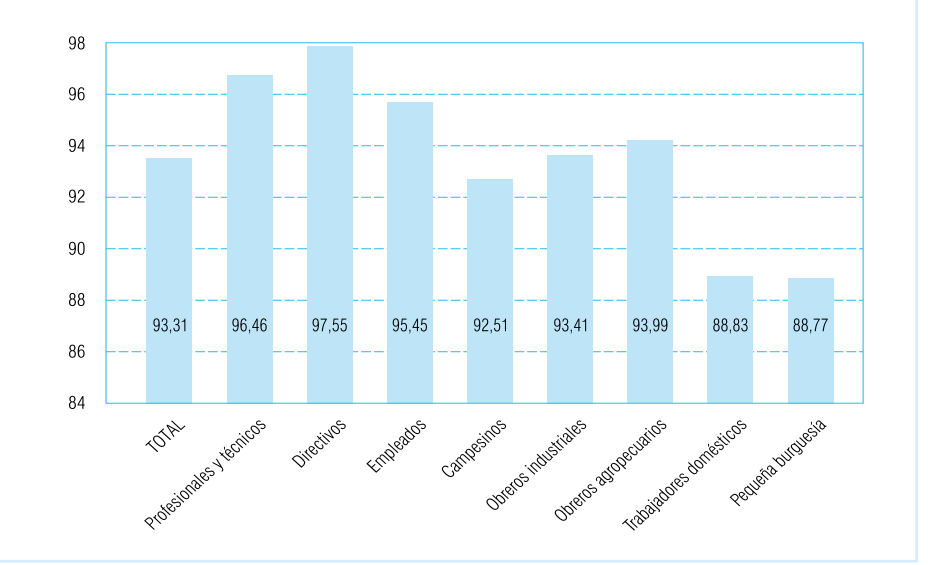
Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio

Gráfico 1.55. **Tasas de afiliación a la seguridad social en salud, por localidades. Bogotá, 2011**



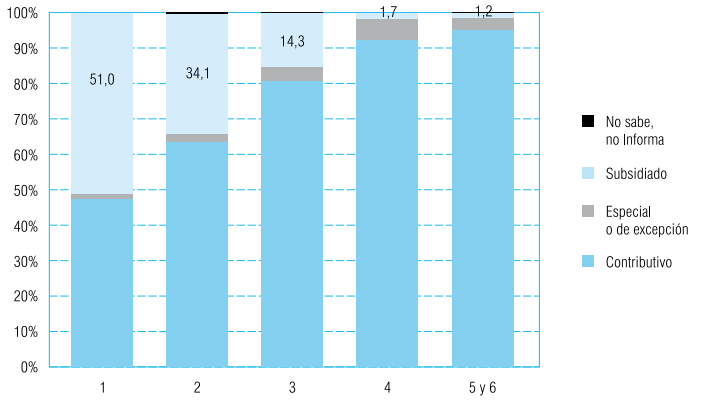
Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio

Gráfico 1.56. **Porcentaje de afiliados a la SSS, por posición de clase social de los ocupados. Bogotá, 2011**



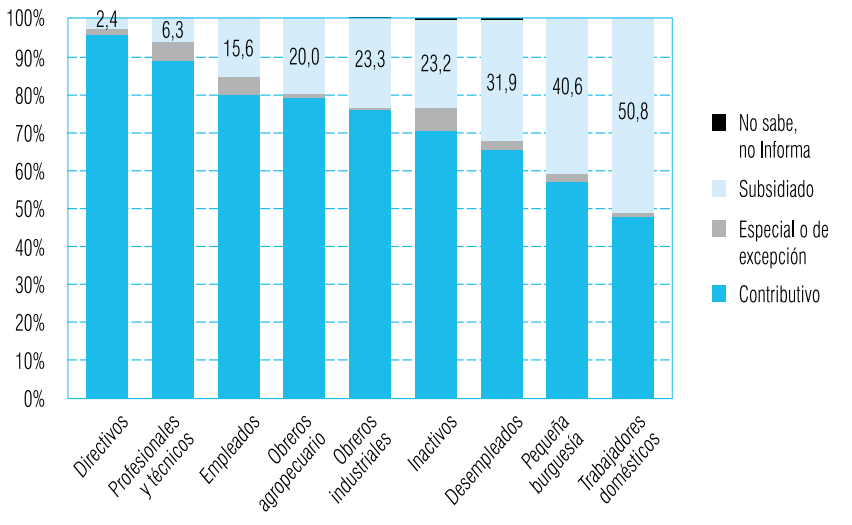
Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio

Gráfico 1.57. **Tipo de afiliación a la seguridad social en salud, por estrato socioeconómico. Bogotá, 2011**



Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio.

Gráfico 1.58. **Tipo de afiliación a la seguridad social en salud, por posiciones de clase social del jefe del hogar. Bogotá, 2011.**



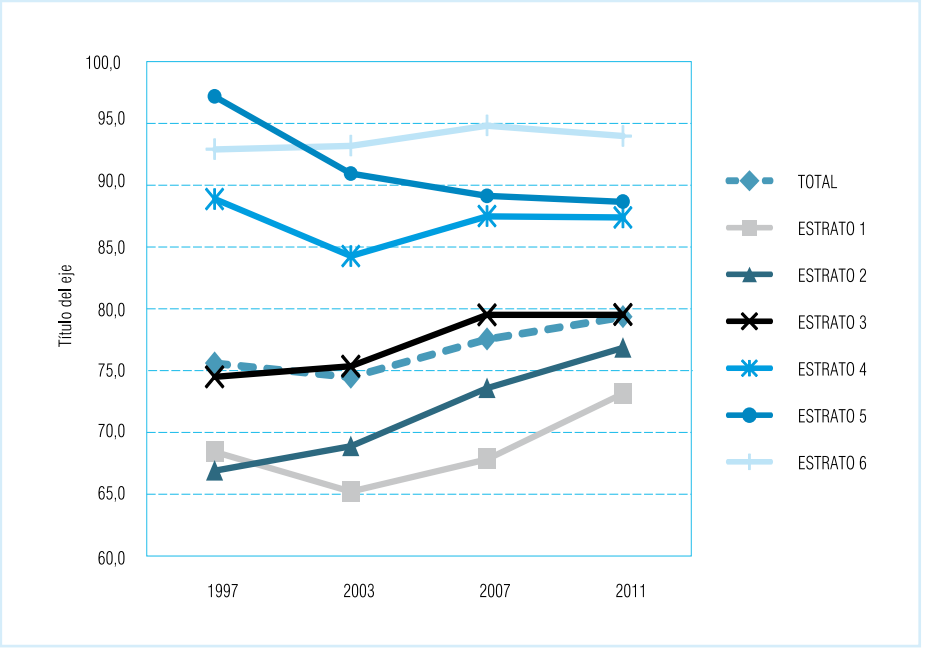
Fuente: EMB, 2011, procesamiento propio.

Evolución de las condiciones de salud 1997-2011

Estado percibido de salud 1997-2003

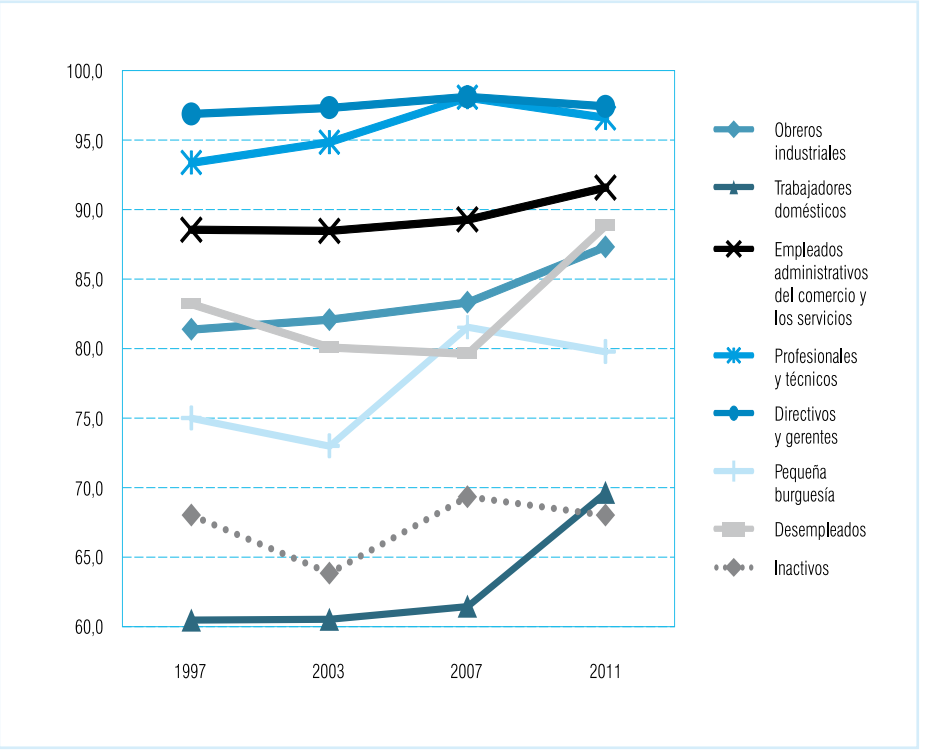
La información de las encuestas realizadas desde 1997[21] muestra que, en promedio, la proporción de población de 18 y más años de edad que se considera con bueno o muy bueno estado de salud ha aumentado pasando de 75,6% a 79,4%, después de haber disminuido un poco entre 1997 y 2003. A partir de ese último año los habitantes de los estratos inferiores (1 a 4) han mejorado constantemente su auto-percepción, mientras que los de los estratos superiores (5 y 6) la han mantenido o la han empeorado (gráfico 1.59). Como resultado, las desigualdades en salud en relación con esta variable han disminuido en la ciudad durante los últimos nueve años. Por posiciones de clases sociales también se observa una marcada segmentación social, con una tendencia a la disminución de las inequidades. Mientras que los trabajadores domésticos y los obreros industriales mejoran su situación percibida de salud, los directivos y los profesionales y técnicos la empeoran, sin perder su ventaja frente a los demás grupos (gráfico 1.59).

Gráfico 1.59. **Porcentaje de población (*) con estado percibido de salud muy bueno o bueno, por estratos socio-económicos. Bogotá, 1997-2011**



[21] Encuestas de Calidad de Vida del Dane de los años 1997, 2003 y 2007, y EMB del 2011.

Gráfico 1.60. **Porcentaje de población (*) con estado percibido de salud muy bueno o bueno, por posiciones de clase social. Bogotá, 1997-2011**

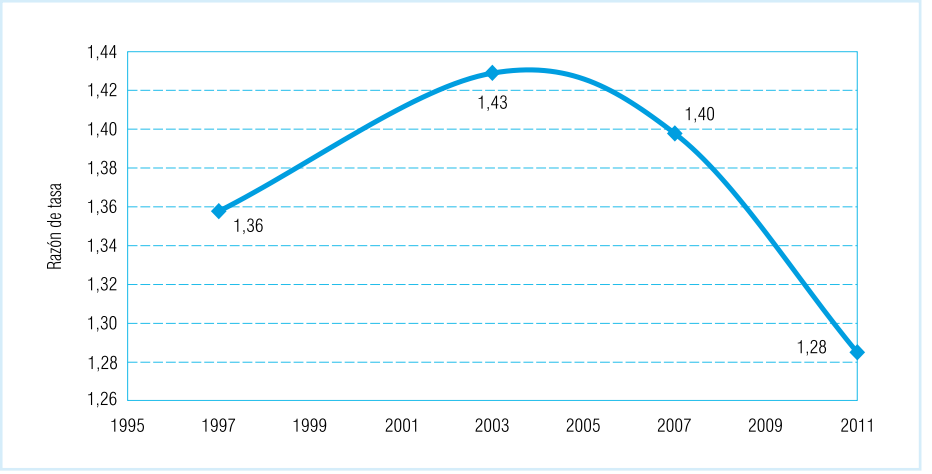


Fuentes: ECV 1997, 2003, 2007, EMB- 2011- Procesamiento del CID

Una apreciación sobre la evolución de la desigualdad en los pasados 14 años se obtiene a través de la razón de tasa del indicador de percepción de salud buena o muy buena. Esta medida señala el número de veces que el grupo con mayor ventaja tiene la condición favorable analizada frente al grupo con mayor desventaja. Calculándola por estratos se llega a la conclusión de que lo sucedido después de 2003 rompe la tendencia anterior a aumentar la desigualdad. La razón de tasa entre los estratos 6 y 1 pasa de 1,36 a 1,43 entre 1997 y 2003 para disminuir a partir de entonces, llegando a 1,28 en 2011 (gráfico 1.61).

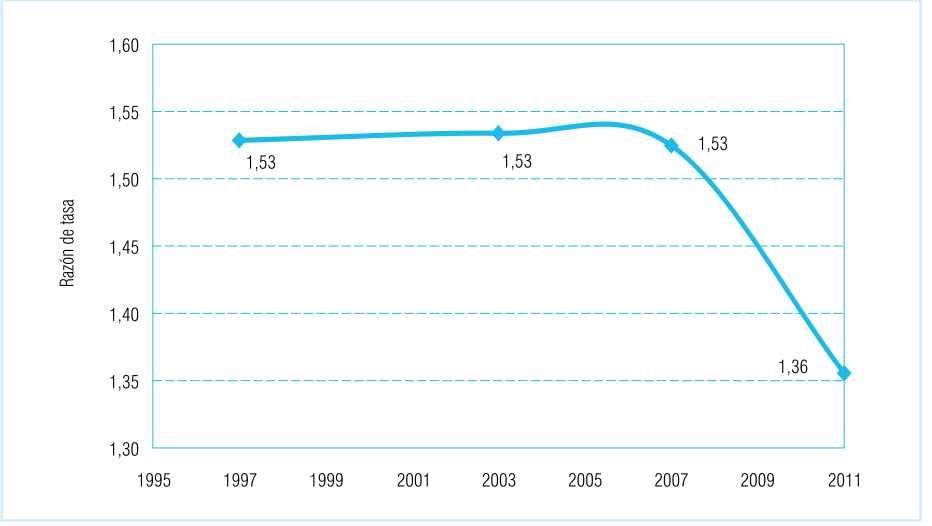
Por su parte, la razón de tasa por posiciones de clase social entre los directivos y los empleados domésticos se mantuvo constante, en torno a 1,53, entre 1997 y 2007, para disminuir a partir de entonces hasta 1,36 (gráfico 1.62).

Gráfico 1.61. **Razón de tasa del porcentaje de población con percepción muy buena o buena en salud, entre estrato 1 y 6. Bogotá, 1997-2011**



Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida, 1997, 2003 y 2007 (DANE) y EMB, SDP y DANE, 2011.

Gráfico 1.62. **Razón de tasa del porcentaje de población con percepción muy buena o buena en salud, entre empleados domésticos y directivos. Bogotá, 1997-2011**



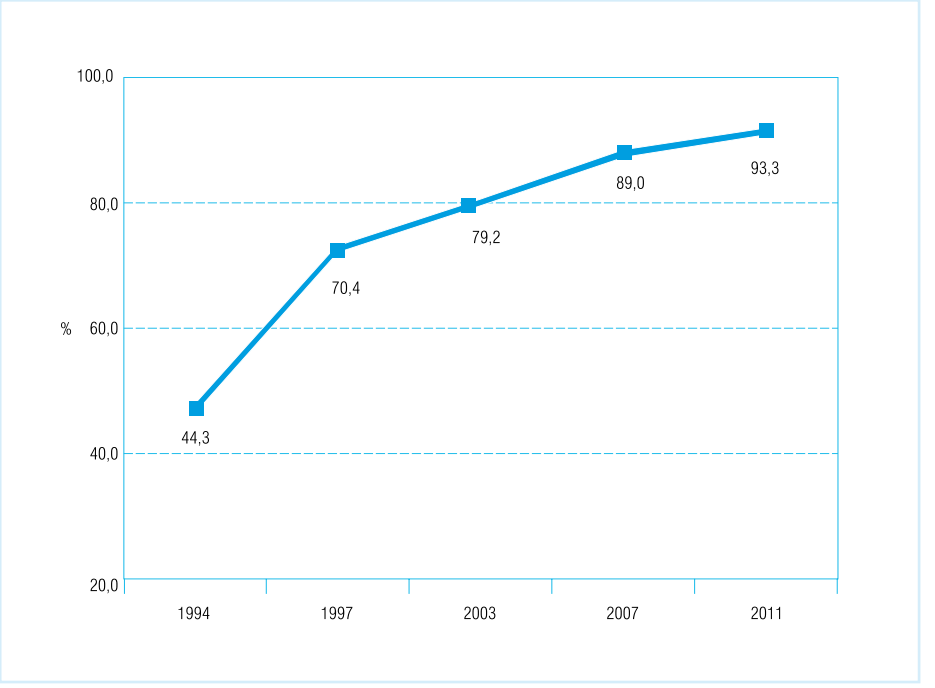
Fuentes: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida, 1997, 2003 y 2007 (DANE) y EMB, SDP y DANE, 2011.

Protecciones a la salud a través de respuestas institucionales: el incremento de la afiliación a la seguridad social en salud 1994-2003

Desde la aprobación de la Ley 100 la tasa de afiliación a la seguridad social en salud de la población ocupada bogotana ha pasado de 44,3% a 93,3% (gráfico 1.63, tabla 1.26). La dinámica de la afiliación ha llevado a disminuir significativamente las desigualdades existentes a este respecto. Por posiciones de clase social las brechas se han ido cerrando progresivamente y siguiendo las tendencias observadas puede preverse que las distancias seguirán haciéndose menores (gráfico 1.64 y tabla 1.27).

Se mantienen, sin embargo, diferencias en las tasas de afiliación por variables de diferenciación social como lo es el estrato socioeconómico y, según la segregada geografía de la ciudad, por localidades como ya se analizó.

Gráfico 1.63. **Porcentaje de afiliación de la población ocupada a la seguridad social en salud. Bogotá, 1994-2011.**



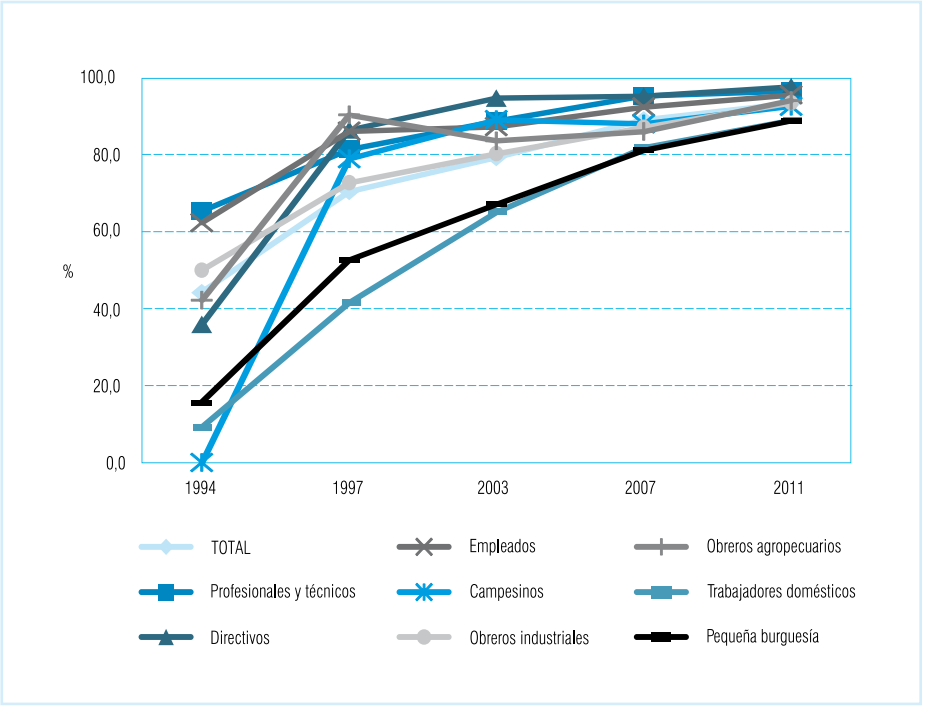
Fuentes: Procesamiento propio de las Encuestas de Equidad en la Gestión Fiscal (EEGF), CGR, CENAC, 1994, Encuesta de Calidad de Vida, DANE, 1997, 2003, 2007, EMB-2011. Procesamiento del CID.

Tabla 1.26. **Porcentaje de ocupados afiliados a la seguridad social en salud, por posiciones de clase. Bogotá, 1994-2011**

Posiciones de clases sociales	Porcentaje de afiliados a la seguridad social en salud				
	1994	1997	2.003	2.007	2.011
TOTAL	44,3	70,4	79,2	89,0	93,31
Profesionales y técnicos	65,3	81,3	88,6	95,2	96,46
Directivos	35,9	86,3	94,6	95,1	97,55
Empleados	62,3	86,0	87,2	92,3	95,45
Campesinos	0,0	78,8	89,0	87,9	92,51
Obreros industriales	50,0	72,6	80,2	87,0	93,41
Obreros agropecuarios	42,2	90,2	83,5	85,9	93,99
Trabajadores domésticos	9,2	41,5	65,0	81,8	88,83
Pequeña burguesía	15,8	52,6	67,1	81,1	88,77

Fuentes: Procesamiento propio de las Encuestas de Equidad en la Gestión Fiscal (EEGF), CGR, CENAC, 1994, Encuesta de Calidad de Vida, DANE, 1997, 2003, 2007, EMB- 2011- Procesamiento del CID.

Gráfico 1.64. **Porcentajes de afiliación a la Seguridad Social en Salud, por posición de clase social de los ocupados. Bogotá, 1994 - 2011**



Fuentes: Procesamiento propio de las Encuestas de Equidad en la Gestión Fiscal (EEGF), CGR, CENAC, 1994, Encuesta de Calidad de Vida, DANE, 1997, 2003, 2007, EMB-2011. Procesamiento del CID.

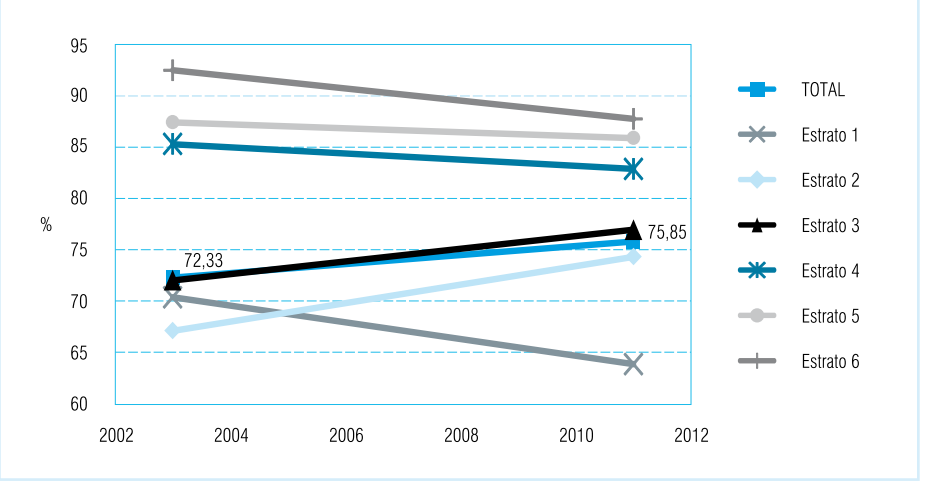
El acceso a los servicios de salud

El incremento de las tasas de afiliación a la seguridad social en salud y en los recursos públicos y privados destinados a la salud no se corresponde con un aumento proporcional en el acceso a los servicios sanitarios en caso de enfermedad, ni con una disminución de las desigualdades para hacerlo. Estos resultados ponen en cuestión el impacto de la forma como se ha aplicado la Ley 100 y llaman a un examen detallado de ellos.

En relación con la situación de 2003, el acceso a servicios de salud de quienes estuvieron enfermos o sufrieron un accidente ha mejorado 3,6 puntos porcentuales pasando de 72,3 a 75,9. En la población del estrato 1, la comparación de datos de las encuestas de 2003 y 2011 señala que se presentó un retroceso en el acceso a los servicios de salud, como también en la de los estratos 4, 5 y 6, aunque en forma menos pronunciada. La mejoría en el acceso tiene lugar en los estratos intermedios (2 y 3, gráfico 1.65).

Por posiciones de clase social del jefe del hogar se encuentra igualmente que no hay una mejoría sostenida de acceso a los servicios de salud de todos los sectores sociales. En esta perspectiva son los grupos con mayor ventaja quienes presentan disminución en las tasas de acceso, mientras los sectores medios y con mayor desventaja los que han sido favorecidos en alguna medida (gráfico 1.66). El resultado

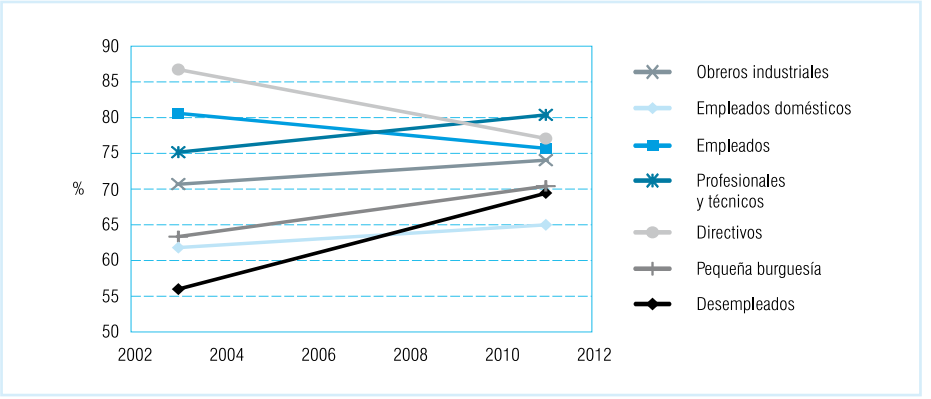
Gráfico 1.65. **Porcentaje de población que es atendida por personal médico en caso de enfermedad o accidente, por estrato. Bogotá, 2003-2011**



Fuentes: ECV, 2003 y EMB, 2011, procesamiento propio.

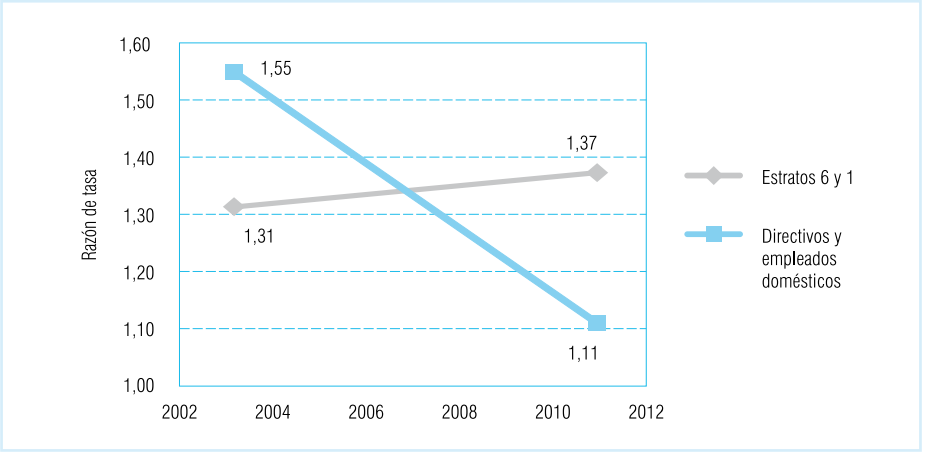
de esta dinámica es un aumento del grado de desigualdad entre las categorías extremas de los estratos socioeconómicos y una disminución entre las proporciones de población con atención médica en caso de enfermedad entre las posiciones de clases sociales colocadas en la escala superior e inferior, medido a través de la razón de tasa (gráfico 1.67).

Gráfico 1.66. **Porcentaje de población que es atendida por personal médico en caso de enfermedad o accidente, por posiciones de clase social. Bogotá, 2003-2011**



Fuentes: ECV, 2003 y EMB, 2011, procesamiento propio.

Gráfico 1.67. **Razón de tasa de la proporción de personas con enfermedad o accidente en los últimos 30 días, con atención de profesionales de la salud. Bogotá, 2003-2011**



Fuentes: ECV, 2003 y EMB, 2011, procesamiento propio.

Conclusiones

Esta investigación es una actualización y profundización de trabajos anteriores realizados en el marco del Observatorio. En esta ubicación mantiene una línea de continuidad con elaboraciones del pasado e incorpora avances en distintos tópicos.

En lo teórico-conceptual, dentro del modelo de determinantes sociales de la salud, el trabajo vuelve a utilizar una definición de clases sociales para expresar la posición social, y aplica una metodología que permite una operacionalización de la estructura de clases sociales, con las limitaciones de la información provista por las encuestas de hogares realizadas en Bogotá. La experiencia de la aplicación del enfoque conceptual y práctico para el estudio de las desigualdades, utilizando en lo metodológico el trabajo previo, decanta y consolida un conjunto de experiencias que sustentan una forma de analizar las desigualdades a través de grandes encuestas.

En este mismo plano conceptual, el aporte quizás más importante del trabajo es la incorporación de una noción de calidad de vida más sustentada y más rica , que apropia los aportes de trabajos del CID, desde el propio Observatorio y en proyectos adelantados con otras dependencias del Distrito Capital (CID, SDP, 2012).

La calidad de vida, en este enfoque, es una noción multidimensional que abarca capacidades destacadas desde el punto de vista de la satisfacción de necesidades y el alcance de los derechos humanos. Consultando los planteamientos de distintos autores y la cobertura temática de la Encuesta de 2011 (EMB) se tomaron en cuenta 12 dimensiones para captar la calidad de vida y se definieron indicadores y técnicas para medirla.

La salud es desde esta conceptualización de la calidad de vida una más de sus dimensiones, que responde a las necesidades de sobrevivencia y que está cubierta por las formulaciones de los derechos. También, por restricciones en la información, se adopta una delimitación de la salud que comprende la presencia-ausencia de limitaciones físicas y enfermedades, la percepción general sobre el estado de salud y la disposición de elementos que permiten el mantenimiento de las capacidades vitales, físicas e intelectuales, y el tratamiento de la enfermedad: alimentación adecuada y protecciones específicas a la salud desde las respuestas de la sociedad (acceso a servicios de salud, a través de la afiliación a la seguridad social en salud).

La conceptualización de la salud como componente de la calidad de vida, ofrece ventajas para el análisis, pero implica también dificultades. Dentro de las ventajas se encuentra que la salud se ubica dentro del contexto amplio de la calidad de vida y se hace posible buscar interrelaciones entre las distintas dimensiones y formular

interpretaciones sobre las interdependencias empíricas encontradas. Esto permitiría establecer en qué medida la salud en sus expresiones observables y cuantificables se beneficia de cuestiones como la calidad de la vivienda, incluyendo sus características frente al saneamiento ambiental y disposición de servicios domiciliarios, la educación, la solidaridad y asociación o la calidad del trabajo. Y, a su vez, tratar de dar respuesta a preguntas como el aporte de la salud a la capacidad de pago o a los logros educativos.

La dificultad se encuentra en que no todos los elementos y expresiones de las dimensiones de la calidad de vida tienen una relación significativa con la salud. Y sobre esta base la búsqueda de interrelaciones y determinantes específicos a través de los índices genéricos de las diversas dimensiones no queda garantizada. Con este objetivo se requiere de otro tipo de análisis que defina interdependencias más específicas en torno a una clasificación de elementos en relación con aspectos que forman parte de las protecciones para la salud o que constituyan riesgos para ella.

La aplicación del modelo de análisis y la operacionalización de los conceptos de calidad de vida y posición social permitió identificar y analizar expresiones de la desigualdad social y en el campo de la salud en Bogotá. Dentro de las múltiples manifestaciones de esas desigualdades se destacan las que están relacionadas con las divisiones dentro de la estructura de clases sociales. Las desigualdades por otras categorías de clasificación como el estrato socioeconómico y las localidades, que diferencian el espacio urbano, son en nuestro enfoque manifestaciones de las diferencias atadas a las posiciones de clases sociales.

En forma casi invariante, a través de técnicas estadísticas simples, se encuentra evidencia sobre disparidades que se relacionan con las categorías de clase social, distinguidas de acuerdo con características de las relaciones laborales en las que se encuentran inmersos los trabajadores. En general, lo encontrado corresponde con lo esperable de acuerdo con las previsiones que surgen del marco conceptual y con lo que las prácticas sociales llevan a pronosticar.

En el análisis presentado, no se tratan desigualdades que se relacionan con otras formas de discriminación social, en especial las relacionadas con el sexo y la etnia o con categorías de población vulnerable, como la que ha sido objeto de desplazamiento forzado. Dentro de los estudios futuros del Observatorio se deberían examinar las expresiones de las desigualdades atadas a estos conceptos y a investigar las interdependencias entre estas discriminaciones y las relativas a las diferencias entre posiciones de clase social.

Para avanzar en el examen de las inequidades en salud y hacerlo más útil en una perspectiva práctica es necesario establecer cuáles son los factores o determinantes

intermedios que afectan la salud y que actúan diferencialmente en los hogares y personas de las distintas posiciones sociales. Es en la identificación y en el tratamiento de esos factores donde es posible lograr una disminución de las desigualdades existentes.

En el análisis de la forma como han evolucionado las desigualdades en calidad de vida y salud en Bogotá encontramos obstáculos en la información disponible. Para tener una percepción de los cambios que ha tenido la calidad de vida desde comienzos de la década pasada no existe un registro de variables para buena parte de las dimensiones de la calidad de vida tomadas en cuenta para 2011. Con el Índice de Condiciones de Vida (ICV), del Departamento Nacional de Planeación (DNP), que incorpora indicadores sobre vivienda, servicios públicos domiciliarios, condicionantes demográficos y educación, encontramos un aumento modesto en el nivel de vida de la ciudad y en el de los hogares de distintas posiciones de clase, estratos y localidades. Como resultado se constata una disminución moderada en la desigualdad.

A través del índice que construimos para evaluar la evolución de la calidad de vida (ICVUS) obtenemos una visión complementaria sobre el transcurso de la población bogotana. Por su intermedio se observa una mejoría en las condiciones de vida en la ciudad entre 2003 y 2007, mientras que entre 2007 y 2011 se presentan un ligero deterioro. Este comportamiento se reproduce en los estratos 1, 2 y 3 y en los hogares de las posiciones medias y en las clases más desfavorecidas, en contraste con lo ocurrido en los estratos 4, 5 y 6 y en las posiciones de clase con mayor ventaja, en donde hay un incremento en los dos periodos estudiados.

La consideración de la forma como han evolucionado los promedios del ICVUS y los índices simplificados de sus dimensiones, por posiciones de clase social, lleva a destacar algunos rasgos de las tendencias observadas:

- La ciudad ha mejorado su calidad de vida en el lapso de los ocho años considerados (2003-2011) en los hogares de distintas posiciones de clase social.
- En las dimensiones de salud y educación se han presentado los mayores avances. En la primera el mejoramiento ha venido acompañado de mayor equidad entre los diferentes sectores sociales. En la de educación, las desigualdades se han hecho mayores después de 2007.
- En la vivienda ha habido un desmejoramiento con posterioridad a 2007 que ha conducido a hacer mayores las diferencias entre las clases sociales.
- En la dimensión de calidad ambiental se ha presentado un desmejoramiento que ha llevado a que se produzca un igualación en las condiciones de las diferentes clases dentro de un deterioro generalizado.

En el campo de la salud hay igualmente una ausencia de información que no permite establecer los cambios que ha habido y sus efectos sobre la equidad social. Encontramos que entre 2003 y 2011 se ha presentado un mejoramiento en la percepción subjetiva sobre el estado de salud y una reducción de la desigualdad en esta variable. Y ha habido, como se sabe, un incremento de la afiliación a la seguridad social en salud. No hay, sin embargo, evidencia de que haya una mejoría que corresponda con tal incremento en el acceso a los servidos de salud, ni una disminución en la desigualdad social en ese acceso. Proveer información para tratar adecuadamente estos temas es algo prioritario hacia el futuro.

El trabajo realizado permite, además, identificar áreas temáticas e indicadores que deberían ser objeto de seguimiento para tener una percepción sobre la forma como evolucionan las desigualdades de la ciudad, completando otras medidas de uso común para el examen de las desigualdades económicas.

Con base en los análisis anteriores surge la pregunta sobre qué hacer para disminuir las desigualdades sociales y entre ellas las referentes a la salud. Nuestro análisis, que no entra a detallar los mecanismos concretos de discriminación, donde sería posible actuar para afectar las desigualdades particulares, da pie, sin embargo, para resaltar orientaciones generales de las políticas pro-equidad.

Retomando las reflexiones del libro de T. H. Marshall "Ciudadanía y Clases Sociales" (Marshall y Bottomore, 1995) en el cual se analiza el logro escalonado, a través de siglos, de los derechos civiles, económicos y sociales en Inglaterra, y el papel que cumplió este proceso para contrarrestar las desigualdades propias de una sociedad dividida en clases sociales, cuando vemos que, en realidades como la nuestra, subsisten grandes desigualdades atadas a la condición de clase social, aparece como conclusión, si queremos disminuir las brechas sociales, la necesidad de reforzar la perspectiva de los derechos humanos. Se trata, como dice Marshall, de llegar a una igualdad humana básica donde, en nuestra posición respecto al derecho a la salud, no sean permisibles las desigualdades que estén ligadas a las condiciones sociales.

Esta perspectiva lleva a cuestionar el marco sobre el cual se ha levantado nuestro sistema de seguridad social en salud, donde, después de dieciocho años de haber sido implantado, la posición social sigue jugando un papel discriminador y donde las motivaciones de ganancia y propio lucro predominan en muchos de los agentes que prestan los servicios de salud ligados a ese sistema. En las condiciones actuales, esta forma de análisis refuerza el llamado a que se promueva una profunda reforma a la Ley 100 y no sólo se busque tratar de hacer algunos ajustes a los mecanismos de operación[21].

[21] Encuestas de Calidad de Vida del Dane de los años 1997, 2003 y 2007, y EMB del 2011.

Bajo el enfoque del análisis de las desigualdades por clases sociales se hace necesario promover la participación de movimientos y organizaciones que expresen sus intereses, tanto en el diseño de mecanismos institucionales, como en la definición de prioridades de políticas. Si se quiere afectar una parte importante de las desigualdades asociadas con la condición de clase, como nuestro análisis sustenta, se requiere promover la participación de los agentes y organizaciones que representan las posiciones desfavorecidas, en la misma forma como se apoya la participación de otros sectores discriminados socialmente.

Apéndice

Valores de las ponderaciones de las variables del hogar que integran los índices y subíndices del Índice de calidad de vida urbana simplificada (ICVUS)

Tabla 1.27. **Valores de las ponderaciones de las variables de la dimensión salud del ICVUS**

VARIABLES	VALOR DE LA CATEGORÍA	PONDERACIÓN DE LAS VARIABLES	VALOR TOTAL DE LA CATEGORÍA
ESTADO DE SALUD			
SALUD PERCIBIDA			
Todos los jefes del hogar o parientes tiene salud buena o muy buena	,630	,709	,447
El 50% o más de los jefes del hogar o parientes de 18 años o más de edad tienen salud buena o muy buena pero algunos tienen salud mala o muy mala	-,477		-,339
Menos del 50% de los jefes del hogar o parientes de 18 años o más tiene salud buena o muy buena, pero algunos tienen salud mala o muy mala	-1,585		-1,124
Todos los jefes del hogar o parientes de 18 años o más de edad tienen mala o muy mala	-2,692		-1,910
INCAPACIDAD PARA TRABAJAR			
En el hogar existen personas incapacitadas para trabajar	-3,273	,709	-2,322
En el hogar no existen personas incapacitadas para trabajar	,306		,217
PROTECCIÓN			
AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL			
Hogares con todos los jefes y parientes afiliados a la seguridad social	,761	,981	0,746
Hogares con mas de 50% de jefes y parientes afiliados a la seguridad social pero alguno no afiliado	-,385		-0,378

VARIABLES	VALOR DE LA CATEGORÍA	PONDERACIÓN DE LAS VARIABLES	VALOR TOTAL DE LA CATEGORÍA
Hogares con menos del 50% de jefes y parientes afiliados a la seguridad social, pero alguno no afiliado	-,491		-0,482
Hogares con el jefe y los parientes no afiliados a la seguridad social	-1,809		-1,775
AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO			
Hogares con el jefe y todos los parientes afiliados al régimen contributivo	,759	,981	0,744
Hogares con más de 50% del jefe y los parientes afiliados al régimen contributivo, pero algunos afiliados al subsidiado o no afiliados a ninguno	-,382		-0,375
Hogares con menos de 50% del jefe y los parientes afiliados al régimen contributivo, pero algunos afiliados al subsidiado o no afiliados a ninguno	-,485		-0,475
Hogares donde el jefe y ninguno de los parientes están afiliados al régimen contributivo	-1,795		-1,761
MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES			
Ladrillo o bloque a la vista, revocado o sin revocar, piedra, madera pulida o material prefabricado	0,075	0,740	0,055
Tapia pisada, adobe	-5,035		-3,724
Bahareque revocado o sin revocar	-10,144		-7,504
Madera burda, tabla, tablón, guadua, caña, esterilla, cartón, lona tela, deshechos	-15,253		-11,283
Material predominante en los pisos			
Mármol, parqué. madera pulida y lacada	2,240	0,740	1,657
Alfombra o tapete de pared a pared	1,176		0,870
Baldosa, cerámica, vinilo, tableta, ladrillo, madera pulida sin lacar	0,113		0,083
Madera burada, tabla, tablón, otro vegetal	-0,951		-0,704
Cemento, gravilla, tierra, arena	-2,015		-1,491
SERVICIOS PÚBLICOS			
Cobertura de acueducto, electricidad y recolección de basuras			
Le falta algún servicio	-10,756	0,908	-9,764
Los tres servicios	0,085		0,077
SERVICIO TELEFÓNICO FIJO			
SÍ	0,645	0,472	0,305
No	-1,554		-0,729
CALIDAD DEL SERVICIO DE ACUEDUCTO			
El hogar recibe agua todos los días de la semana durante las 24 horas	0,123	0,278	0,034
El hogar recibe agua todos los días de la semana, pero no las 24 horas	-3,298		-0,918
El hogar no recibe agua todos los días de la semana	-9,574		-2,665

Valores de las ponderaciones de las variables de la dimensión vivienda del ICVUS

VARIABLES	VALOR DE LA CATEGORÍA	PONDERACIÓN DE LAS VARIABLES	VALOR TOTAL DE LA CATEGORÍA
MATERIALES			
Material predominante en las paredes			
Ladrillo o bloque a la vista, revocado o sin revocar, piedra, madera pulida o material prefabricado	0,075	0,740	0,055
Tapia pisada, adobe	-5,035		-3,724
Bahareque revocado o sin revocar	-10,144		-7,504
Madera burda, tabla, tablón, guadua, caña, esterilla, cartón, lona tela, deshechos	-15,253		-11,283
Material predominante en los pisos			
Mármol, parqué. madera pulida y lacada	2,240	0,740	1,657
Alfombra o tapete de pared a pared	1,176		0,870
Baldosa, cerámica, vinilo, tableta, ladrillo, madera pulida sin lacar	0,113		0,083
Madera burada, tabla, tablón, otro vegetal	-0,951		-0,704
Cemento, gravilla, tierra, arena	-2,015		-1,491
SERVICIOS PÚBLICOS			
Cobertura de acueducto, electricidad y recolección de basuras			
Le falta algún servicio	-10,756	0,908	-9,764
Los tres servicios	0,085		0,077
Servicio telefónico fijo			
SÍ	0,645	0,472	0,305
No	-1,554		-0,729
Calidad del servicio de acueducto			
El hogar recibe agua todos los días de la semana durante las 24 horas	0,123	0,278	0,034
El hogar recibe agua todos los días de la semana, pero no las 24 horas	-3,298		-0,918
El hogar no recibe agua todos los días de la semana	-9,574		-2,665

VARIABLES	VALOR DE LA CATEGORÍA	PONDERACIÓN DE LAS VARIABLES	VALOR TOTAL DE LA CATEGORÍA
La vivienda está cerca de fábricas o industrias			
Sí	-2,062	,507	-1,045
No	,485		,246
La vivienda está cerca de caños de aguas negras			
Sí	-1,815	,502	-,911
No	,551		,276
La vivienda está cerca de terminales de buses			
Sí	-2,472	,621	-1,535
No	,404		,251
La vivienda está cerca de basureros o botaderos de basura			
Sí	-2,661	,434	-1,155
No	,376		,163
La vivienda está cerca de aeropuertos			
Sí	-3,320	,460	-1,529
No	,301		,139
La vivienda está cerca de plazas de mercado o mataderos			
Sí	-2,386	,550	-1,312
No	,419		,230

Valores de las ponderaciones de las variables de la dimensión calidad ambiental del ICVUS

Construcción del indicador de la dimensión educación del ICVUS

$$Indicador = \frac{Numero\ de\ años\ de\ estudio}{Edad^* - 4}$$

$$Edad^* = \begin{cases} Edad & Edad \leq 28 \\ 28 & Edad > 28 \end{cases}$$

Índices de Riesgo y Protección. Evolución de la equidad en salud. Bogotá 2007-2011

Felix León Martínez Martín *
Daniel Garavito Jiménez **

CAPÍTULO II

* Médico, Magíster en Salud Pública, miembro del Grupo de Protección Social –GPS del Centro de Investigaciones para el Desarrollo , de la Facultad de Ciencias Económicas, de la Universidad Nacional de Colombia. Docente de la Maestría de Protección Social de la Universidad Santo Tomas

** Estudiante de economía en la Universidad Nacional de Colombia. Miembro del Grupo de Protección Social y del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá desde el Centro de Investigaciones para el desarrollo - CID -

Índices de Riesgo y Protección. Evolución de la equidad en salud. Bogotá 2007-2011

Felix León Martínez Martín
Daniel Garavito Jiménez

Introducción

En 2009 el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá, después de adelantar una serie de procesos e investigaciones, había generado una particular apropiación de conocimiento y experiencia en años de debate e implementación de instrumentos de análisis y acción sobre la equidad en la seguridad social y en la salud, que exponían los grandes condicionantes económicos, políticos e institucionales que reproducen las inequidades en calidad de vida y salud.

El Observatorio consideraba entonces que se había llegado a un momento en el cual se hacía indispensable dar un sustento sistemático y organizativo al tema de la información, para el desarrollo de los sistemas de monitoreo de las inequidades en salud, como sustento de la investigación. Recomendaba, por tanto, que la etapa subsiguiente de actividades del Observatorio incluyera un proyecto tendiente a la sistematización de la información disponible sobre equidad en salud[23]. Se señalaba que:

> "La experiencia de selección, elaboración y análisis de indicadores para el Observatorio muestra que, si bien son necesarios análisis particulares sobre determinados temas o grupos poblacionales, es fundamental contar con una visión general de las desigualdades en salud, donde estos aspectos particulares puedan ubicarse. Esto requiere un programa sistemático de análisis de las inequidades en calidad de vida y salud. Sin embargo, los trabajos realizados en el área de producción de indicadores reiteran que no contamos con la información suficiente para un análisis más completo de las inequidades. Es necesario producirla". (Restrepo, 2007: 15-19)

En respuesta a estas recomendaciones, la Secretaría Distrital de Salud y el Grupo de Protección Social, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional de Colombia, acordaron desarrollar en la etapa siguiente de actividades del Observatorio el análisis de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida para Bogotá 2007. (ENCV, 2007)

Las construcciones teóricas previas sobre equidad en salud y alrededor del concepto salud-enfermedad, que se describirán adelante, abrieron posibilidades no sospechadas e inesperadas en el estudio, para el análisis de la inequidad en salud a partir de las grandes encuestas sociales, las cuales, con algunas variantes, se desarrollan en todos los países.

Fue posible, entonces, construir tres índices a partir de la encuesta: el Índice de Salud-enfermedad-deterioro, el Índice de Riesgo y el Índice de Protección. Cada uno de los índices integró una serie de variables relacionadas, contenidas en la ENCV 2007, que posteriormente fueron procesadas por métodos estadísticos. (Martínez, 2011)

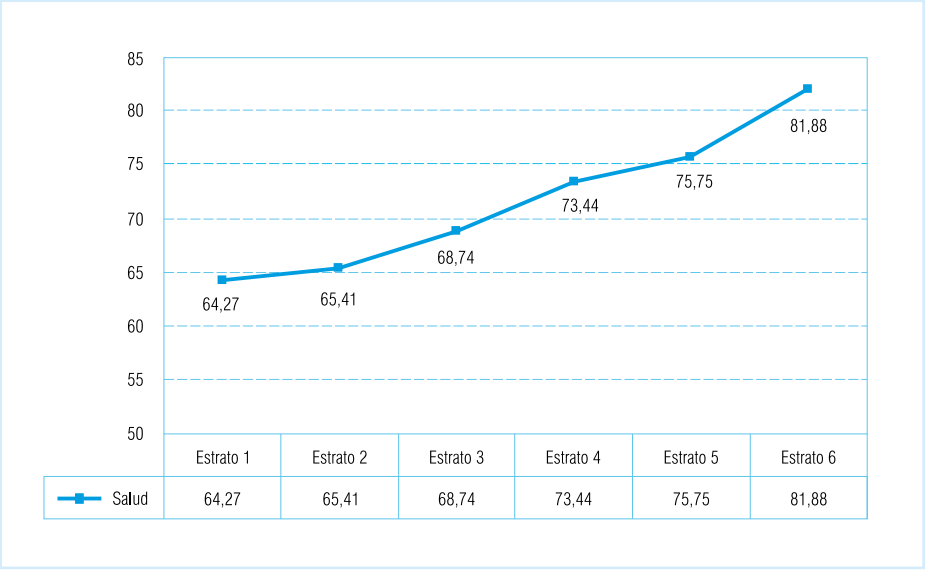
Índice de Salud-enfermedad, deterioro o daño

La ENCV 2007, como las encuestas sociales en general, resultó muy limitada en el ámbito de la medición del estado de salud-enfermedad de los individuos. Tan sólo se encontraron siete variables que permitían medir parcialmente el fenómeno enfermedad o discapacidad. Adicionalmente, algunas eran de carácter objetivo, otras subjetivo, algunas indicaban daño en salud o discapacidad acumulada, otras problemas inmediatos o de corto plazo.

Con base en este limitado número de variables se construyó inicialmente en la investigación un Índice de Salud, para ser contrastado con un Índice Compuesto de Calidad de Vida. Si bien estos índices claramente muestran un gradiente relacionado

con la posición social, como puede observarse en el gráfico 2.2, respecto a la variable clásica "estrato" de la vivienda, o unas asociaciones significativas en los análisis multivariados, la limitación señalada de las variables de salud-enfermedad de los individuos, disponibles para el respectivo índice, se traduce en que posiblemente este cambio no alcanza la magnitud o pendiente esperada (gráfico 2.1).

Gráfico 2.1. **Índice de Salud por estrato socioeconómico. Bogotá, 2007**



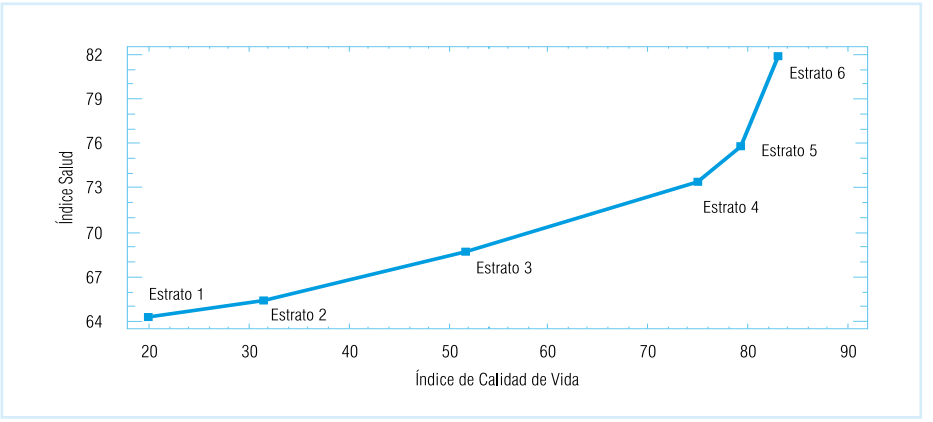
	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6
Salud	64,27	65,41	68,74	73,44	75,75	81,88

Fuente: Cálculos CID, Grupo de protección social con base ENCV-2007

En conjunto, estas variables de resultado en salud (daño, enfermedad, discapacidad) mostraron comportamientos dispares que sugerían, a su vez, interacciones complejas de analizar, resultado clásico en todos los intentos de relacionar directamente la enfermedad con la pobreza, por lo que la investigación avanzó en busca de un modelo de análisis que permitiera observar una relación más directa entre salud y posición social.

En el siguiente gráfico se aprecia, sin embargo, la clara relación de este Índice de Salud (que hoy preferimos llamar de deterioro en salud), con el Índice Compuesto de Calidad de Vida, construido igualmente en la investigación, a partir de la ECV 2007 para Bogotá y que integró muchas dimensiones, como educación, trabajo, vivienda, entre otras, pero no la salud, precisamente para ser contrastada con éste (gráfico 2.2).

Gráfico 2.2. **Relación entre los promedios de los Índices de Salud y Calidad de vida, según estrato socioeconómico. Bogotá, 2007.**



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007.

Por otra parte, la evaluación del fenómeno salud-enfermedad, desde el punto de vista de los determinantes sociales, permitió encontrar en la ECV de 2007 para Bogotá un importante número de variables para su medición por grupos sociales, especialmente teniendo en cuenta el conjunto de los riesgos y las protecciones (respuesta social) diferenciales por posición social.

Al revisar el instrumento de la ENCV 2007 se hallaron 18 variables que incluían riesgos que afectan la salud de las personas reconocidos causantes de enfermedades infecciosas, lesiones y enfermedades crónicas. También las 25 variables que identificaban el grado de protección o respuesta social para enfrentar la enfermedad de que disponen los individuos y 32 más de protecciones específicas para menores de edad.

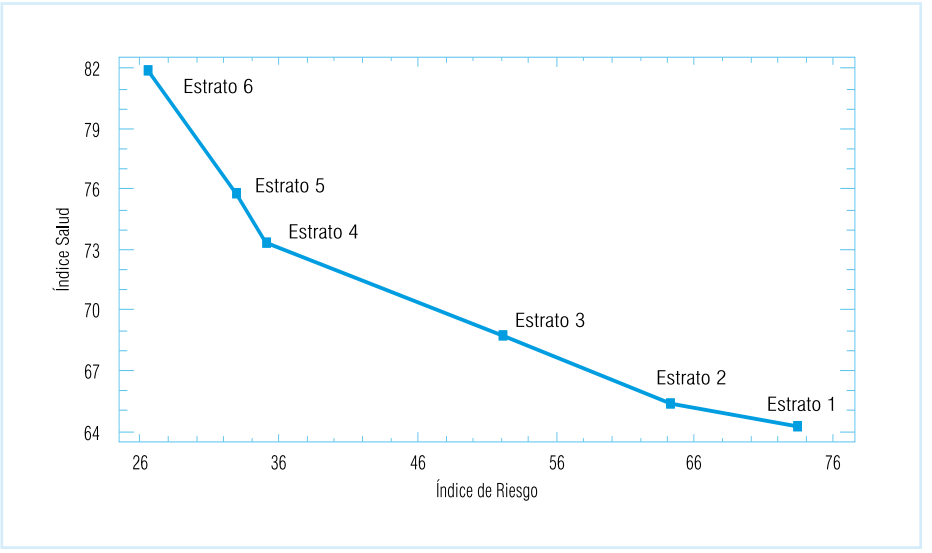
A partir de las variables de riesgo se propuso crear un Índice de Riesgo para ser evaluado por posición social y, a partir de las variables de protección o respuesta social, otro Índice de Protección para el análisis por posición social. (Martínez, 2011)

Índice de Riesgo

Las variables seleccionadas para este índice son del tipo ampliamente reconocido en la literatura científica como factores de riesgo o factores asociados fuertemente a la presencia de ciertas enfermedades, o factores determinantes de enfermedad. (OMS, 2003)

El índice construido con las variables de riesgo se relaciona con el Índice de Salud, a través de sus promedios, por estrato socioeconómico, para confirmar que los estratos más bajos están expuestos a mayores riesgos y también muestran una peor condición de salud (gráfico 2.3).

Gráfico 2.3. **Relación entre los promedios de los Índices de Salud y Protección, según estrato socioeconómico. Bogotá, 2007**



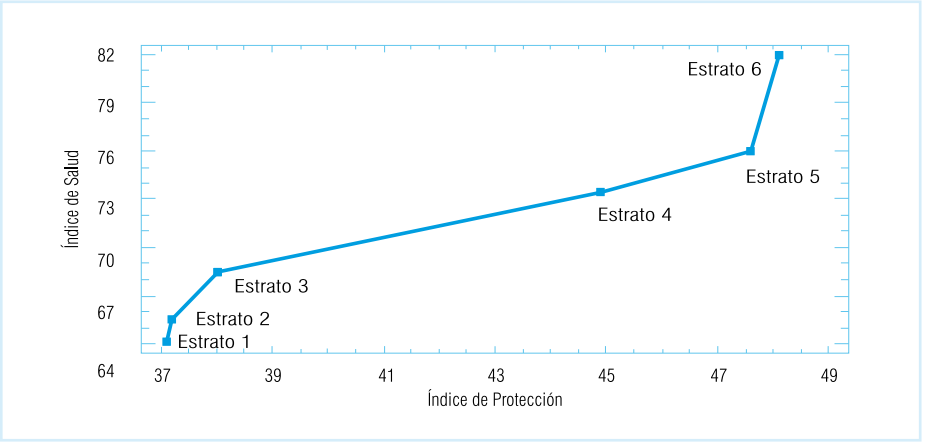
Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007.

Índice de Protección

Siguiendo el mismo proceder, se seleccionaron en la ENCV 2007 para Bogotá las variables que permitían evaluar la respuesta social organizada en caso de enfermedad, lesión, discapacidad o variables de protección social para adultos.

Igualmente, se relacionan los Índices de Salud y de Protección por estrato socioeconómico, lo que demuestra cómo los estratos más altos tienen más protecciones o mejor respuesta social frente a la enfermedad y también una mejor condición de salud. Al contrario, los estratos bajos menores protecciones y peor condición de salud (gráfico 2.4).

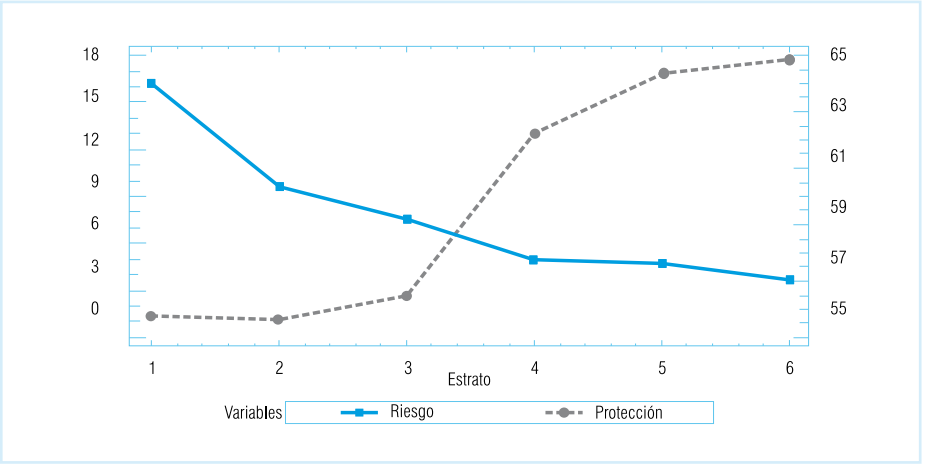
Gráfico 2.4. **Relación Entre los promedios delos índices de salud y protección, según estrato socioeconómico. Bogotá 2007**



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007.

Fue posible entonces evidenciar, a partir de la construcción de los índices y la observación de su comportamiento por posición social, que el Índice de Riesgo y el de protección se comportaban diferencialmente por posición social, aunque inversamente, lo que constituía una franca ratificación de la hipótesis construida en el marco teórico sobre equidad en salud y determinación social de la enfermedad (Gráfico 2.5).

Gráfico 2.5. **Índices de Riesgo y Protección, por estrato socioeconómico. Bogotá, 2007**



El gráfico 2.5 configura finalmente la síntesis de la inequidad social en salud desde el marco de análisis propuesto. Un retrato doloroso que permite observar cómo la inequidad social se traduce en inequidad en salud, al mismo tiempo que demuestra que ser pobre implica mucho más que no tener ingresos: significa estar sometido a mayores riesgos que afectan la salud y a tener menores protecciones para enfrentar la enfermedad y la discapacidad, lo que garantiza a estos grupos una condición de salud peor en conjunto, que a su vez aumenta la probabilidad de crisis económicas en los hogares, de modo que se cierra el círculo vicioso de la reproducción de la pobreza. (Martínez, 2011)

Conclusiones de la investigación previa

La disponibilidad de un conjunto de variables más amplio para la construcción de los Índices de Riesgo y Protección, permite evaluar la inequidad en salud mucho mejor en el ámbito de los determinantes de salud que en el de salud (variables de enfermedad o discapacidad, es decir, daño o deterioro) en las grandes encuestas nacionales, pues se dispone de variables muy limitadas para medir este último ámbito.

La investigación validó firmemente la relación entre posición social y salud, entre calidad de vida y salud, entre posición social y calidad de vida, comprobando un patrón de vinculación sistemática de una peor salud con posiciones sociales sucesivamente más bajas en una sociedad fuertemente desigual y estratificada.

La investigación evidenció una relación más fuerte aún entre posición social y riesgos para la salud y entre posición social y protecciones (respuesta social), demostrando que a medida que se desciende en la posición social se incrementan los riesgos para la salud y se tienen menos protecciones para enfrentar la enfermedad. Por el contrario, las posiciones más altas presentaban un menor riesgo y muchas más protecciones.

Las construcciones teóricas sobre equidad en salud, determinantes de salud y alrededor del concepto salud-enfermedad, abrieron un amplísimo camino en este estudio para los investigadores, grupos, instituciones y gobiernos interesados en el análisis de la inequidad en salud, quienes podrán, con esta metodología y sus desarrollos ulteriores, construir, a partir de las grandes encuestas sociales que se encuentran disponibles en todos los países, verdaderas visiones nacionales y regionales sobre la inequidad en salud. (Martínez, 2011)

Cuarta etapa del Observatorio: Análisis de las tendencias en la equidad de la calidad de vida y la salud (2007-2011)

El nuevo análisis propuesto para la actual fase del Observatorio, a la que se refiere esta propuesta, busca una continuación de ese trabajo en una doble perspectiva. Situando, en primer lugar, su alcance dentro de una perspectiva temporal y, en segunda instancia, profundizando y ampliando sus contenidos con nueva información disponible.

La política de salud y seguridad social del Distrito de los últimos dos períodos de gobierno ha propuesto avanzar en la garantía de los derechos humanos interdependientes como estrategia fundamental para la superación de las exclusiones y desigualdades injustas de grandes sectores de la población.

Si bien los resultados en equidad son fenómenos de largo plazo y difícilmente atribuibles a decisiones adoptadas en uno o dos periodos de gobierno, la aplicación del enfoque de equidad y la metodología desarrollada por el Observatorio permitirá dar cuenta de puntos de referencia para construir una tendencia de los avances o retrocesos en la equidad de la calidad de vida y salud en Bogotá durante los últimos años.

En la perspectiva de consolidar el Observatorio el estudio planteado contribuirá igualmente a precisar un conjunto de indicadores que apoyen el seguimiento periódico a condiciones relevantes de equidad y, en el terreno práctico, a sugerir áreas prioritarias de intervención para el tratamiento de las desigualdades.

Marco teórico

El derecho a la salud

El análisis de equidad en calidad de vida y salud en el que se enmarca el presente ejercicio, partió del marco teórico previamente construido por el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) (Martínez, 2007), e involucra otros desarrollos posteriores –como los expuestos a continuación– en relación con las limitaciones del enfoque sobre el derecho a la salud como motor de transformación social, frente al enfoque de equidad en salud, lo que no significa desconocer el avance ético que suponen la formulación y el desarrollo del derecho a la salud.

Señalábamos en el marco teórico construido por el Observatorio (Ibíd.): "Para muchas personas, el principio de igualdad en el derecho a la salud, considerado este derecho humano fundamental, es razón suficiente para combatir las desigualdades, consideradas injustas e inmorales y propender por la equidad en salud como valor ético".

Es evidente que 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. "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". (Braveman, Gruskin, 2003: p. 57, 254-258)

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.

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, tal como parece ser el planteamiento de la "posición original" de Rawls. (1971)

Por otra parte, si bien los derechos se establecen jurídicamente o se 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" (Sen, 2004: 315-356). Se señalaba igualmente en el marco conceptual del Observatorio. (Martínez, 2007)

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 instancia 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 reconoce (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.

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.

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 de 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 al nacer 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 la desigualdad social. Tal desigualdad es medida ineludiblemente por la sociedad a partir de 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 (1971), en el principio de "la justicia como imparcialidad", ni dar por sentada una posición original de igualdad correspondiente "al estado de la naturaleza en la teoría tradicional del contrato social". Tal situación hipotética no 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" (Derecho y legislación, 1970). Resulta mucho más claro entender que siempre se parte de la desigualdad.

El marco teórico del Observatorio precisaba finalmente respecto a este punto: 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 míni-

mos, 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.

El concepto salud-enfermedad

Un problema adicional relacionado con la formulación del derecho a la salud consiste en la comprensión misma del concepto salud. La palabra salud parece tener tantas interpretaciones en lo popular, lo técnico y lo filosófico que resulta extremadamente difícil de delimitar y asir en la práctica. Es evidente que resultará imposible orientar el quehacer de los trabajadores de la salud o del sector mismo, si bajo su responsabilidad se encuentra lograr el completo bienestar social. Por otra parte, en el lado opuesto, el concepto de salud propio de la práctica médica, evidentemente expresado en términos negativos, como ausencia de enfermedad, resulta poco útil para hacer exigible el derecho. (Martínez, 2009)

Como se ha observado en la formulación del derecho, existe gran dificultad, tanto en la comprensión del derecho a la salud, como en la definición de su alcance ("el más alto nivel posible de salud"). En consecuencia, es difícil en la práctica exigir algo que no está claramente definido o evaluar el cumplimiento de metas que no pueden formularse con claridad. Veámoslo en un ejercicio práctico. ¿De qué hablamos cuando mencionamos este derecho? Del derecho a:

¿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?
¿Crecer y desarrollarnos sanos, desarrollar capacidades (potencial)?
¿Lograr la mayor expectativa de vida posible con las mayores capacidades posibles?
¿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? Sin embargo, la versión más popular y general del derecho a la salud parece limitarse al acceso a la atención médica, sin tomar en cuenta los condicionantes de la construcción y del deterioro de la salud de los individuos y los grupos.

Como consecuencia de lo expuesto, las mediciones sobre el cumplimiento del derecho a la salud terminan por acomodarse a las conveniencias de quien lo mida, desde cualquier ángulo o faceta que le resulte conveniente, como sucede en nuestro país y en casi toda Latinoamérica con la presunta cobertura universal de la seguridad social en salud o la universalidad de los regímenes de asistencia pública, cuando ni un sistema ni el otro garantizan a la población en forma completa uno sólo de los componentes antes señalados.

Como se señaló, analizar las desigualdades en salud 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.

En este punto se señalaba en el marco teórico del Observatorio: "Por otra parte, resulta prácticamente imposible abordar el tema de igualdad en salud, en los términos de la amplia e inasible definición de la Organización Mundial de la Salud, de la salud como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, como resulta al otro extremo totalmente estrecho el concepto médico de salud como ausencia de enfermedad para este propósito, es decir, hablar de salud en términos negativos". (Martínez, 2007)

"Una definición normativa de salud en la línea del pensamiento de Canguilhem permite conceptualizar 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, entre otras), desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. Asimismo, 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". (Martínez, 1988)

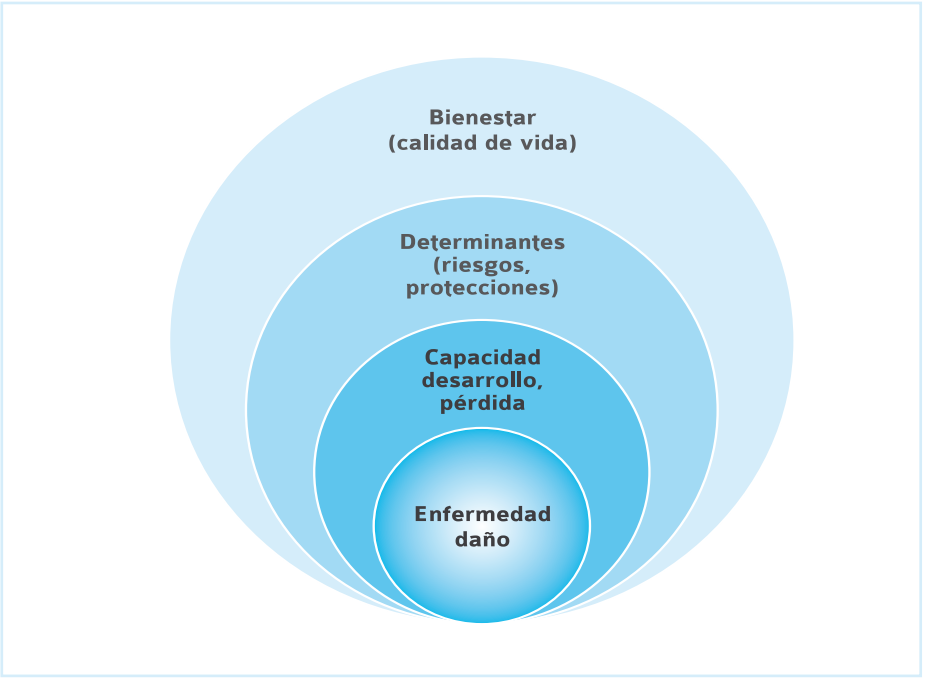
De esta conceptualización se desprende, como consecuencia lógica, que el ámbito de la salud es más amplio que el de la enfermedad y que este ámbito se ubica en un territorio intermedio entre el amplio del bienestar y el muy estrecho de la enfermedad.

Pero, por otra parte, es necesario igualmente ubicar el ámbito de análisis de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2008), es decir, de los riesgos y protecciones relacionados con la forma específica de inserción en la sociedad, de vivir y trabajar, y que guardan relación estrecha con la posición social, un campo de análisis más

concreto que el del bienestar o el de calidad de vida, pero más amplio que el de la salud mirada en términos de capacidades o limitaciones.

En consecuencia, el ámbito de medición del fenómeno salud-enfermedad desde la mirada de los determinantes sociales es mucho más amplio que el de la enfermedad entendida médicamente, como diagnóstico de daño o disfunción orgánica, y también más amplio que el de la conceptualización de la salud como máximo desarrollo de capacidades y potencialidades del cuerpo humano, pero más estrecho que el de completo bienestar físico, psicológico y social, que utiliza la Organización Mundial de la Salud, por cuanto este último coincide con el de calidad de vida (gráfico 2.6). (Martínez, 2011)

Gráfico 2.6. **Ámbito de la mirada sobre el fenómeno salud enfermedad**



Es en este ámbito intermedio de los determinantes sociales donde se desenvuelve con toda propiedad el análisis de la equidad/inequidad en salud, por ejemplo, al estudiar la exposición diferencial a los riesgos o la respuesta desigual de la sociedad frente a la enfermedad, ambas condicionadas por la posición social de los individuos (ventajas/desventajas sociales).

Posición social

Una premisa de la propuesta inicial de investigación del Observatorio fue que las variables que permiten aproximarse a la ubicación de los individuos en la escala social (Índice de Calidad de Vida, estrato, nivel del SISBEN), junto con el ingreso, el nivel educativo y la posición ocupacional, se convertían en clasificadores de las diferencias sociales o ventajas y desventajas sociales, que permitían conformar (y separar, por tanto) los diferentes grupos objetivo para poder observar entre ellos las desigualdades en la situación de salud enfermedad. Constituían entonces estas variables de ventaja o desventaja social, definidas como marcadoras en el país, siempre el denominador del análisis, mientras que las variables que caracterizan el fenómeno salud/enfermedad conforman los numeradores, para la búsqueda, por ejemplo, de tasas diferenciales.

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 son las más utilizadas. Sin embargo, las investigaciones del Observatorio, como se ha señalado, avanzaron en otras propuestas para caracterizar la posición social. De cualquier manera, 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 del fenómeno salud enfermedad, en busca de desigualdades, y no una variable más de análisis.

En la publicación previa del Observatorio, Fresneda (Fresneda, 2011) adopta una forma de especificar la estructura de clases sociales en Colombia que se basa en la aplicada en trabajos previos en torno a la identificación de grupos socio-ocupacionales y al estudio de las desigualdades sociales (Fresneda, 1993, 2000, 2009). La clasificación utilizada se adecuó en la perspectiva de identificar posiciones de clase, tomando en cuenta características diferenciadoras de las relaciones sociales de producción.

Bajo esas orientaciones la delimitación de las posiciones de la estructura de clases se hizo a partir de variables captadas en las encuestas relativas a la propiedad o no propiedad de los medios de producción, el grado de calificación y destrezas laborales, y la autoridad y control en el trabajo. Para completar la especificación de estas posiciones se utilizan criterios adicionales que configuran el espacio de relaciones laborales diferenciadas para algunas de las posiciones de clase, como el número de trabajadores en las empresas, para los no asalariados y, para los asalariados e independientes, la pertenencia al sector primario de la empresa donde laboran.

En forma más específica, las posiciones de la estructura de clase se diferenciaron operativamente consultando cuatro variables contenidas en las encuestas examinadas:

- La ocupación: el tipo de trabajo concreto realizado dentro de la división técnica del trabajo, que permite distinguir analíticamente, en las clasificaciones usuales de esta variable, entre trabajadores manuales y no manuales, según sus niveles de calificación y su puesto en las jerarquías de control y autoridad dentro de las unidades económicas.
- La posición ocupacional: la situación de los trabajadores respecto a los medios de producción, diferenciando patrones, trabajadores independientes, trabajadores familiares sin remuneración, asalariados (empleados, obreros, empleados domésticos).
- La rama de actividad: la ubicación de las empresas en los sectores económicos, que configuran entornos laborales diferentes para ciertas posiciones de clase.
- El número de trabajadores en las empresas donde se desarrolla la actividad laboral para los trabajadores no asalariados.

Con estas variables se definieron operativamente las posiciones de clase. En la práctica la estructura de posiciones de clase es una presentación sintética de las cuatro variables.

Con las restricciones de información de la encuesta, se determinaron las posiciones de clase enumeradas en la tabla 2.1. Las posiciones de clase se distinguen en dos niveles. El primero, que comprende ocho grupos, da cuenta de las posiciones de clase principales y el segundo, como desagregación del anterior, de subdivisiones o fracciones de las posiciones de clase.

Tabla 2.1. **Posiciones de clases sociales**

I. Directivos	A. Directivos patronos
	B. Directivos asalariados
II. Profesionales y técnicos	A. Profesionales y técnicos independientes
	B. Profesionales y técnicos asalariados
III. Pequeña burguesía "tradicional" (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios).	A. Pequeña burguesía en empresas con más de 5 trabajadores
	B. Pequeña burguesía en empresas con 5 trabajadores o menos
IV. Campesinos	A. Campesinos en explotaciones de más de 5 trabajadores
	B. Campesinos en explotaciones de 5 trabajadores o menos

Continúa tabla 2.1

V. Empleados (administrativos, del comercio y los servicios)	A. Empleados de dirección y control (administrativos, del comercio y los servicios) B. Empleados (administrativos, del comercio y los servicios) sin funciones de dirección y control
VI. Obreros industriales	A. Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados B. Obreros en ocupaciones artesanales C. Obreros industriales no calificados: obreros en ocupaciones de baja calificación y en tareas manuales y repetitivas
VII. Obreros agropecuarios	
VIII. Empleados domésticos	
IX. Otros trabajadores	

Equidad en salud

Se relacionan a continuación algunos elementos centrales sobre el enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad / inequidad en salud, que hicieron parte del marco teórico desarrollado por el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud (Martínez, 2007):

Análisis de desigualdades: "Medir las desigualdades, es decir, obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es el primer paso para identificar las inequidades en salud" (OPS, 1998[24]). El término desigualdad hace referencia a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema y sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si su ocurrencia entre distintos grupos es justa o injusta.

De hecho, el análisis general de la desigualdad tiene que llevarse adelante en muchos casos en términos de grupos –más que en términos de individuos específicos– y debería tender a concentrar la atención a variaciones entre grupos (Sen, 2004). 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, 2002)

Efectos medibles en salud: las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud de las personas. Dichas pérdidas de salud son reflejo y consecuen-

[24] OPS. 1998. La situación de salud en la región de las Américas. Informe anual del Director. Washington: OPS.

cia de la estructura social que prevalece. 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).

Condicionan la posibilidad real de recibir de la sociedad y del Estado servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, de acuerdo con los sistemas de protección social organizados.

Evidencian la relación entre condición de salud y posición social.

El análisis de equidad/inequidad en salud se centra 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. (Martínez, 2007; Braveman, Gruskin, 2003; OPS, 1998)

Áreas de medición de la inequidad en salud: cuando se aborda 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." (Peter, Evans, 2002)

El Observatorio, con base en el desarrollo previo sobre el concepto de equidad en salud, propuso las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social.

Oportunidades desiguales de salud: desigualdades que afectan el crecimiento y desarrollo de los niños para lograr adultos sanos y plenos de capacidades.

Exposición desigual a riesgos: diferentes exposiciones al riesgo 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 y la cultura.

Respuesta desigual de la sociedad: 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.

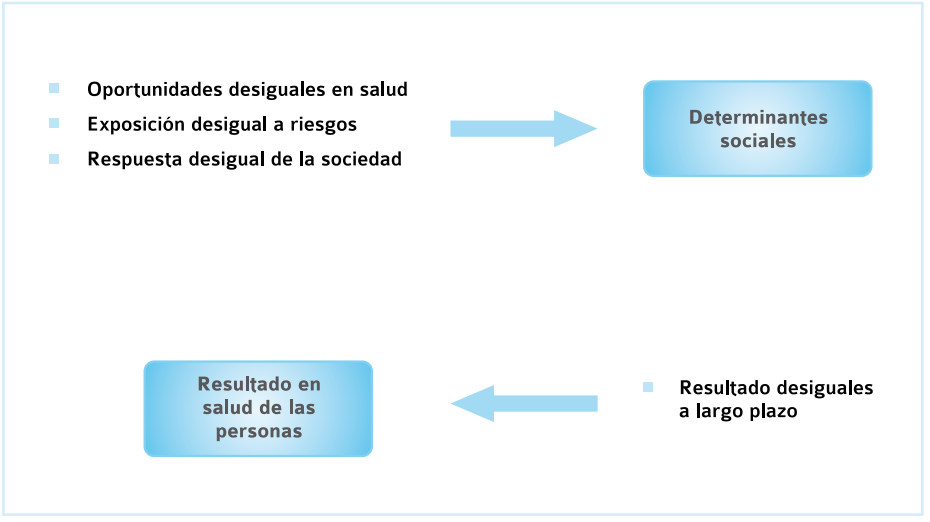
Resultados desiguales a largo plazo: diferencias en indicadores de salud de largo plazo, en términos de menor expectativa de vida al nacer, mortalidad temprana, o discapacidad crónica, que sólo muestran el resultado final y el efecto acumulado de las desigualdades anteriores.

Impacto en la sociedad y en la economía de esta inequidad: una dimensión adicional de análisis que implica el efecto de vuelta de la mala salud sobre la calidad de vida, el desarrollo humano y el desarrollo económico. (Bloom et al, 2004)

Objetos de medición y fuentes: si consideramos los objetos de medición y las fuentes de información posibles para las áreas de medición propuestas en el Observatorio, resulta sencillo concluir que las tres primeras deben buscarse en los datos y cifras sociales, bien como determinantes sociales de la enfermedad o discapacidad o como condiciones del entorno de los individuos en diferentes posiciones sociales. En estos datos y cifras relacionados con los determinantes sociales son ricas las grandes encuestas sociales como la ENCV 2007 y la Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá, utilizadas en este ejercicio.

La cuarta área de medición, por el contrario, se relaciona con el estado de salud enfermedad/discapacidad y se enfoca sobre los individuos. Su posibilidad de medición en las encuestas sociales es muy limitada y la información suele proceder de las estadísticas de mortalidad o demanda atendida en los servicios de salud. La quinta puede encontrar información parcial en las encuestas sociales, pero requiere fuentes secundarias y análisis más complejos, que no son tratados en este capítulo (gráfico 2.7).

Gráfico 2.7. **Áreas de medición de la desigualdad**



Finalmente, se precisaba en el marco teórico que 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. 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 trabaja la relación de la desventaja social con las díadas causa – efecto, reconocidas y aceptadas por la literatura científica (OMS, 2003) o los riesgos para la salud ampliamente conocidos. (OMS, 2009)

El esquema que representa el modelo de análisis es una balanza, que a un lado señala el mayor o menor peso de los riesgos, al otro, el efecto de mayores o menores niveles de protección (respuesta social) y en el centro la oscilación del fenómeno salud-enfermedad, dependiendo de los pesos específicos de las dos anteriores, cuyo brazo o palanca les da precisamente la condición y fuerza de determinantes.

Objetivos

Objetivo general

Analizar las tendencias de evolución de la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá durante el periodo 2007-2011 y obtener recomendaciones sobre las políticas tendientes a favorecer una mayor equidad en esos campos.

Objetivos específicos

Continuar el proceso de diseñar y construir los indicadores que permitan evaluar el estado actual y evolución de la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá durante el lapso considerado.

Interpretar los cambios en los indicadores obtenidos a la luz de los factores que inciden en la equidad en calidad de vida y salud.

Sugerir orientaciones para las políticas públicas que tengan incidencia en la equidad en calidad de vida y salud.

Metodología

Fuente de datos

Para la construcción del índice se emplearon las siguientes fuentes de información:

- Los análisis realizados se basaron en la información provista por las encuestas de Calidad de Vida de 2003 (DANE), 2007 (DANE, SDP) y 2008 (DANE), así como por la Encuesta multipropósito de Bogotá (EMB) de 2011 (DANE, SPD).

Tras un proceso complejo de comparación de las variables en estas encuestas, la investigación se apartó de la pretensión de construir una línea continua 2003-2011 en virtud de que las variables, y no todas, resultaban comparables tan sólo por pares, 2003 y 2008 y 2007 y 2011. Dada la importancia de la información más reciente y que la construcción de los indicadores se basó en la ENCV 2007 para Bogotá, se decidió concentrar el seguimiento de los índices entre 2007 y 2011.

Proceso estadístico

En primer lugar, se realiza un análisis factorial adecuado, con el fin de obtener un índice sintético que resuma las condiciones de salud en cada tópico. Una vez obtenidas las ponderaciones de los índices para cada año, se procede a realizar un modelo de ecuaciones estructuradas para comparar los cambios en los pesos de las variables, esto evalúa la necesidad de establecer un año base dado que, como veremos, las ponderaciones varían a lo largo del tiempo. A partir del análisis factorial del que se obtuvo el índice del año base se realiza una clasificación mixta que permita aglomerar los hogares con similares condiciones. Luego se procede a entrenar a un clasificador, con el fin de extrapolar esas mismas clases en los distintos puntos del tiempo, esto para facilitar la comparación.

Análisis factorial: construcción del índice

Dado que cada hogar tiene asociada varias variables que dan indicios de las condiciones de riesgo en salud, protección/desprotección y daño de las personas que lo componen, para resumir eficientemente la información y permitir un análisis en conjunto de todas las variables, se requiere el uso de una técnica estadística de análisis, en nuestro caso, el multivariado de datos.

Los análisis multivariados de datos surgen como una generalización de la estadística descriptiva y le permiten al investigador resumir grandes grupos de información mediante gráficas e índices numéricos que contribuyen a la interpretación y análisis

de los mismos. Como el objetivo de estos métodos es la descripción y exploración de la información, no se requiere de modelos preestablecidos, ni de supuestos que muchas veces no se cumplen (Pardo y Cabarcas 2001, 2). En lugar de esto, se busca la mejor representación plana de esa gran tabla de datos: la que mejor recoge la variabilidad presente en los datos y la presenta en una gráfica comprensible.

Para iniciar el desarrollo de la técnica, se calculan los indicadores asociados a las condiciones de salud de los hogares, bajo los criterios citados anteriormente. Como la técnica apropiada para la clasificación de los hogares es el análisis multivariado de datos y dadas las condiciones de la información disponible (los hogares son la unidad de análisis), se utiliza una extensión del Análisis de correspondencias múltiples –ACM–, conocido como Análisis de correspondencias difuso –ACD– (Chevene, Dolédec, Chesse, 1994, p. 31, 295-309). Esta técnica permite analizar posibles tendencias y relaciones entre las características de los hogares.

Se prefiere esta técnica sobre otras de análisis multivariado por la naturaleza de las variables, esto es, a un mismo hogar le corresponden todas las categorías de cada variable –un hogar, tiene un porcentaje de hombres y otro de mujeres–. El ACM no aplica pues se requiere la información de las categorías que asume cada uno de los individuos (Gámez, Pardo, 2007) –un individuo es de un único sexo, hombre o mujer, pero no simultáneamente–.

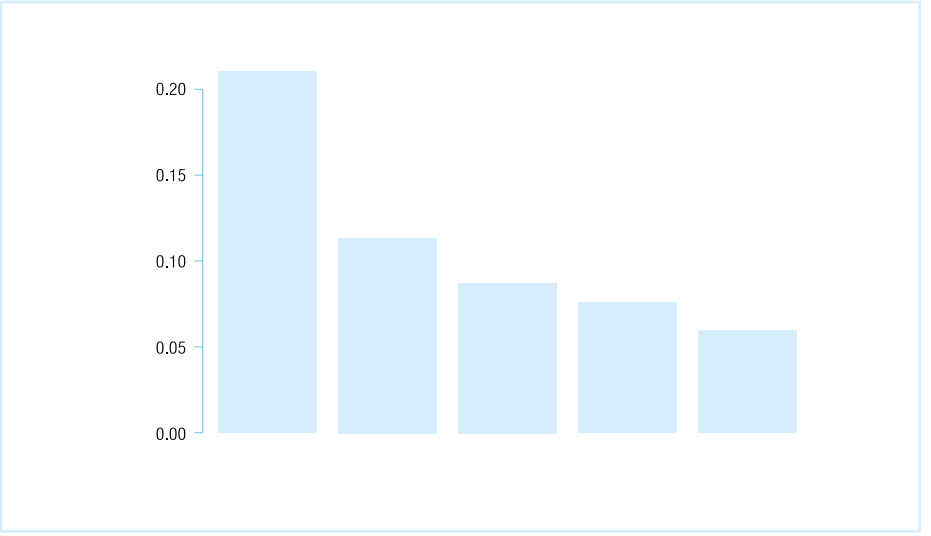
Modelo de ecuaciones estructuradas: comprobación de la invarianza de los pesos a través del tiempo

El objetivo de este modelo es determinar si las ponderaciones son invariantes a lo largo del tiempo. Son sistemas conexionistas dentro del campo de la Inteligencia Artificial, las cuales tienen diferentes aplicaciones; inspirado en los procesadores biológicos de información (cerebros animales). En resumen, se trata de un conjunto de neuronas o nodos conectados entre sí y que a partir de unos estímulos de entrada produce ciertas respuestas; se busca que tales respuestas se asemejen a las que produciría un sistema biológico en particular a su robustez y capacidad de generalización. Vale la pena aclarar que los sistemas de redes neuronales artificiales a pesar de tener velocidad de respuesta millones de veces más rápida que las biológicas, no superan su conectividad, que es miles de veces mayor (Marín, J., 2008). Puesto que las salidas de la red fueron obtenidas de la clasificación mixta, el tipo de aprendizaje que utilizaremos será supervisado; esto nos determina el tipo de red que entrenaremos, que será un perceptron multicapa. Se utilizará una muestra aleatoria de 90% de las observaciones del año base para entrenar la red y los restantes como control.

Índice de deterioro en salud (modelo)

Variables del Índice de deterioro en salud: Percepción del estado de salud, Existencia de limitaciones permanentes, Limitaciones que afectan el desempeño diario, Existencia de enfermedades crónicas, Problemas de salud en los 30 días anteriores a la encuesta. Las preguntas con cursiva sufrieron cambios entre las encuestas, por lo cual no son comparables estrictamente hablando; no obstante, se homologaron con el fin de poder replicar el índice.

Gráfico 2.8. **Histograma de los valores propios del ACD índice de deterioro**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

El gráfico 2.8 es el histograma de los valores propios (para este caso, al realizar la distribución de la inercia[25]) puesto que a cada valor propio le corresponde un vector propio, que en adelante denotaremos como eje factorial; esta gráfica refleja la proporción de la inercia retenida por cada eje factorial en el análisis.

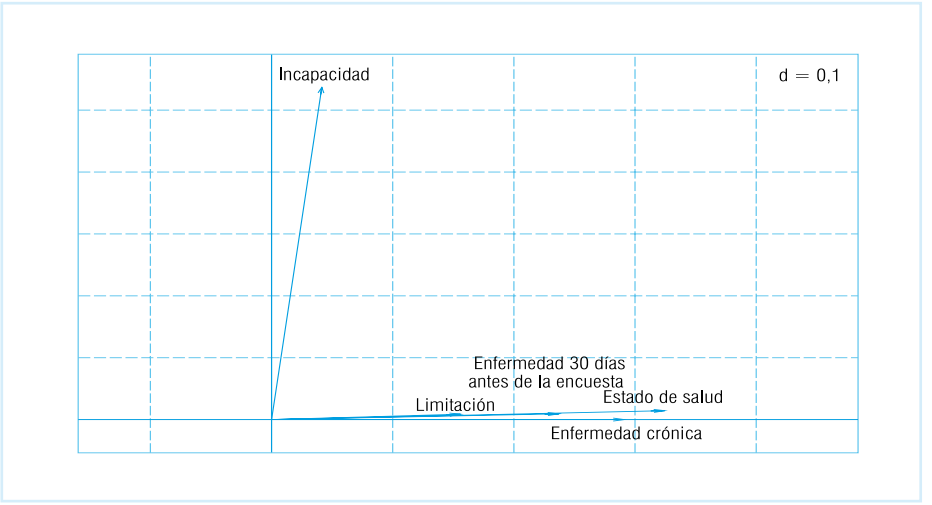
[25] Suma de valores propios

En el gráfico 2.9 se presentan las razones de correlación, que son un indicador acerca de qué tanto contribuye la variable (todas las categorías que la componen) a la formación del eje. Entre más cercano al eje y más prolongada sea la representación de una variable, mejor representada se encuentra.

La razón de correlación entre un eje factorial y una variable se define como la suma de las contribuciones de las categorías sobre ese factor. (Escofier, Pagès, 1992)

El índice de deterioro está conformado por las variables que se encuentran próximas a éste; a su vez, la longitud del vector representa una mayor correlación. Por lo tanto, la percepción del estado de salud y las limitaciones son las variables que más aportan a la construcción de dicho eje (gráfico 2.9). En menor medida, la limitación y la incapacidad para trabajar y la enfermedad los 30 días antes de la encuesta.

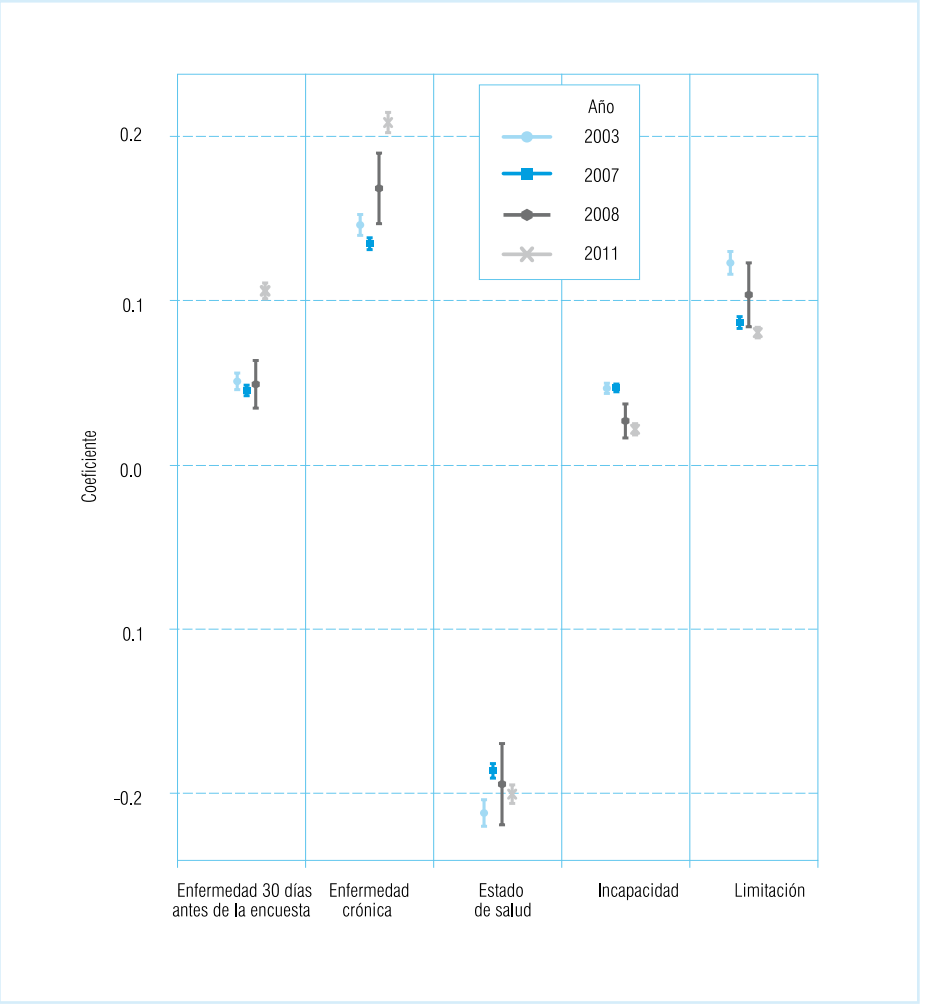
Gráfico 2.9. **Razones de correlación Índice de deterioro**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

En el gráfico 2.10 se presentan los intervalos de confianza de los coeficientes estimados para las variables en el análisis del índice con un modelo de ecuaciones estructurales. A través de este modelo se puede comprobar la estabilidad de los coeficientes de las variables en cada uno de los años analizados, de manera que se pueda saber si el índice mantiene las ponderaciones de las variables constantes en el período de estudio (gráfico 2.10).

Gráfico 2.10. **Coeficientes e intervalos de confianza de las ponderaciones en el modelo de ecuaciones estructurales en los diferentes años**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Como se puede apreciar en el gráfico 2.10, los coeficientes de las variables varían en los años, de manera que no son comparables los índices construidos para cada uno de los años. Es necesario en este caso definir un año base para poder hacer las comparaciones necesarias a lo largo del tiempo; dicho año base ha de ser el que provea el indicador que mejor responda a los intereses del estudio. El grupo de in-

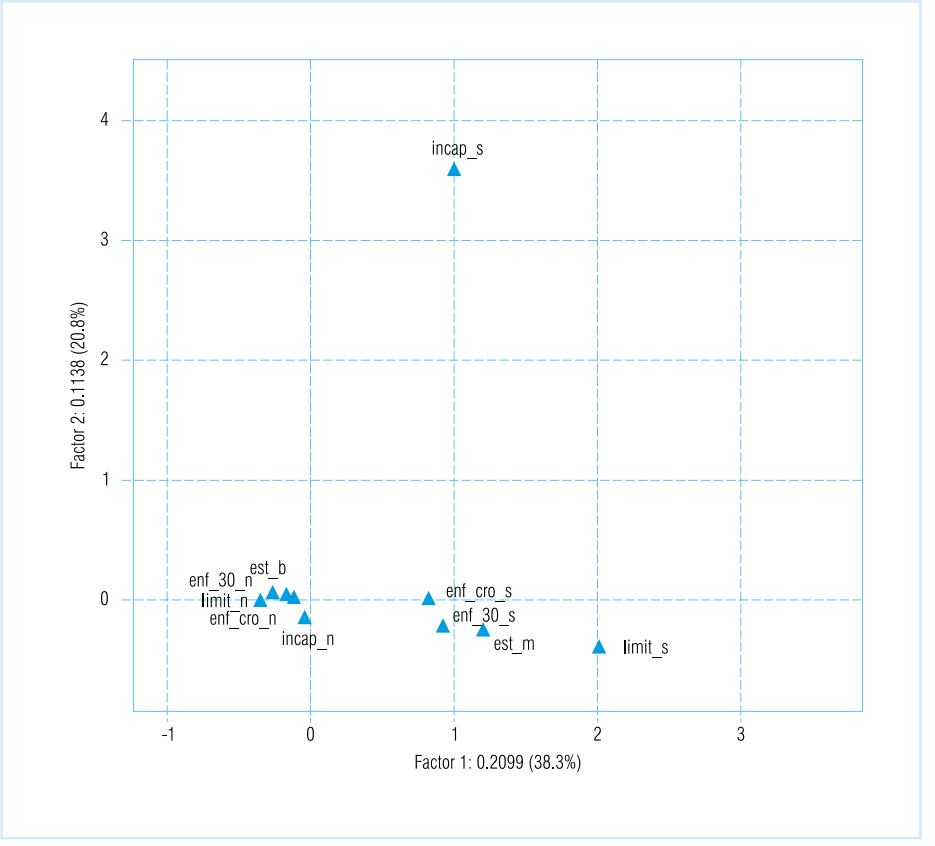
vestigación decide tomar como año base a 2011. Se construyen entonces los índices de deterioro en salud, riesgo y protección para el año base 2011.

Resultados 2011

Índice de deterioro o daño en salud

Se inicia la construcción del índice de deterioro en salud con el primer plano factorial (gráfico 2.11).

Gráfico 2.11. **Primer plano factorial índice de deterioro**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DAN

En el gráfico 2.11 se muestran las representaciones de las categorías en el primer plano factorial; ésta es la mejor representación plana de la tabla de variables, en el sentido en que es el que retiene una mayor proporción de la inercia de la nube de puntos; bajo éstos, se representa el valor propio y el porcentaje de inercia que retiene dicho eje, así, el primer eje factorial retiene el 40.1%. El primer factor es la variable sintética que se propone como índice; contrapone los hogares de acuerdo con las condiciones de deterioro en salud de la población que los compone; éste retiene 40.1% de la variabilidad de los datos originales, ya que existe una alta correlación entre las variables con el eje extraído, por lo que se considera como un buen indicador sintético de las variables originales incluidas en el análisis. En resumen, es la representación de las categorías en el plano factorial, y nos permite observar cuáles se relacionan entre sí.

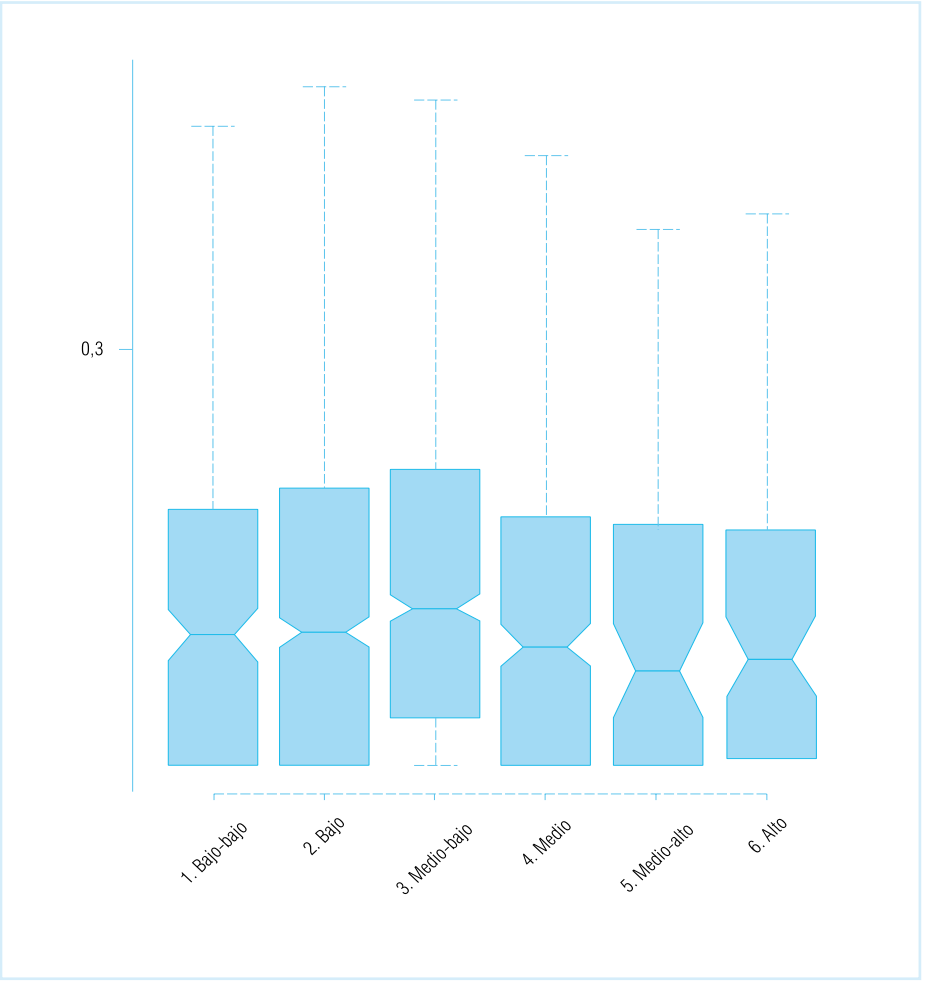
Tabla 2.2. **Ponderaciones, índice de deterioro**

	Variable	Peso
enf_30_s	Enfermedad 30 días	15.78
enf_30_n	Enfermedad 30 días	0.00
enf_cro_s	Enfermedad crónica	17.03
enf_cro_n	Enfermedad crónica	0.00
est_b	Estado de salud	0.00
est_m	Estado de salud	21.31
incap_s	Incapacidad	15.06
incap_n	Incapacidad	0.00
limit_s	Limitación	30.82
limit_n	Limitación	0.00

Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Estrato: al igual que en la etapa previa de construcción de los índices y del análisis 2007, se utiliza la variable proxy de posición social estrato para el análisis, aunque la denominación presente no corresponde a la clasificación ordinal 1 a 6, sino a su categoría nominal desde Estrato Alto (6) hasta bajo-bajo (1) (gráfico 2.12).

Gráfico 2.12. **Índice de deterioro, según estrato**

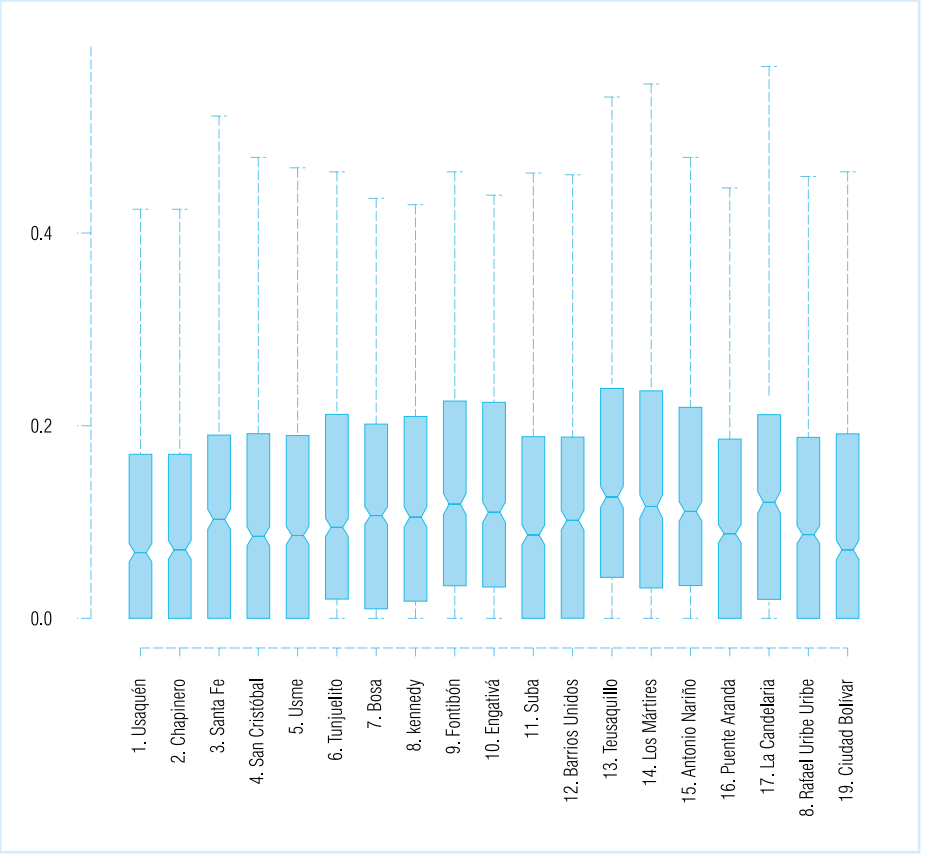


Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Como se observa en el gráfico 2.12, los estratos medio bajo y bajo presentan un nivel de deterioro de su salud más alto que los estratos medio, medio alto y alto. El estrato bajo muestra en la distribución los grupos con mayor deterioro, seguido de los estratos medio bajo y bajo. Sin embargo, el estrato medio bajo muestra mayor concentración en un nivel superior de deterioro que los estratos bajo y bajo-bajo.

Localidad

Gráfico 2.13. **Índice de deterioro, según localidad**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Como se observa en el gráfico 2.13, las localidades que presentan el mayor índice de deterioro en el año 2011 son Teusaquillo, Los Mártires y la Candelaria, y al otro extremo el menor índice de deterioro en salud corresponde a Usaquén y a Chapinero. Al igual que en la investigación anterior, las pocas diferencias en los valores corresponden a la limitación de las variables de deterioro en salud existentes en las grandes encuestas sociales, por lo cual se construyeron los Índices de Riesgo y Protección, más ricos en variables en dichas encuestas, desde el punto de vista de la determinación social de la salud.

Adicionalmente, como se señaló en el marco teórico del Observatorio (Martínez 2007), la relación entre variables geográficas y variables socioeconómicas no resulta sencilla ni muy útil para los análisis de equidad, cuando las agrupaciones poblacionales geo-referenciadas 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 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, respalda 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 de América (EUA), 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." (Loyola et al., 2002)

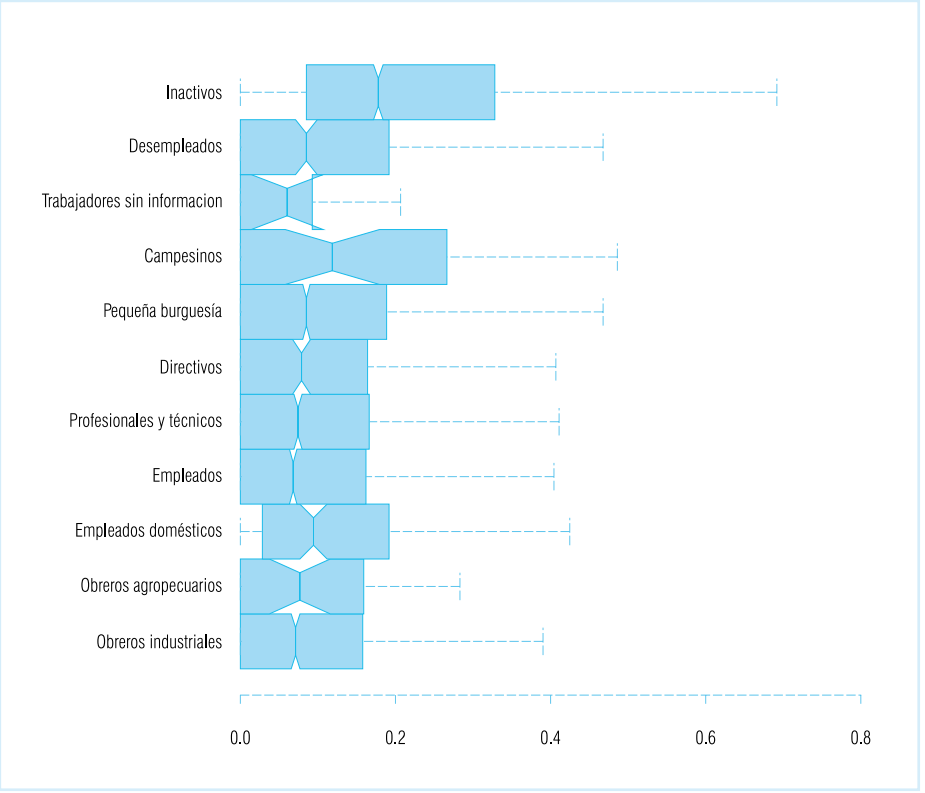
Por tanto, son mucho más útiles las desagregaciones geográficas menores que las mayores, zona vs localidad, puesto que se encuentra mayor homogeneidad de las variables de posición social en las pequeñas agrupaciones poblacionales geo-referenciadas.

Como quiera que no siempre es posible disponer de información de los efectos en salud o de 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.

Clase social (posición socio-ocupacional)

Gráfico 2.14. **Índice de deterioro, según posición socio-ocupacional**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Los resultados por posición socio-ocupacional (gráfico 2.14) muestran unos valores más diferenciados, con unos índices de deterioro superiores para los inactivos, los campesinos, los empleados domésticos, la pequeña burguesía (trabajadores independientes) y los desempleados, mientras al otro extremo, muestran el menor deterioro los obreros agropecuarios e industriales, los empleados, los profesionales y técnicos y los directivos.

Si bien este índice muestra un gradiente relacionado con la posición social, o unas asociaciones significativas en los análisis multivariados, la limitación señalada de las variables del proceso salud enfermedad de los individuos, disponibles para el

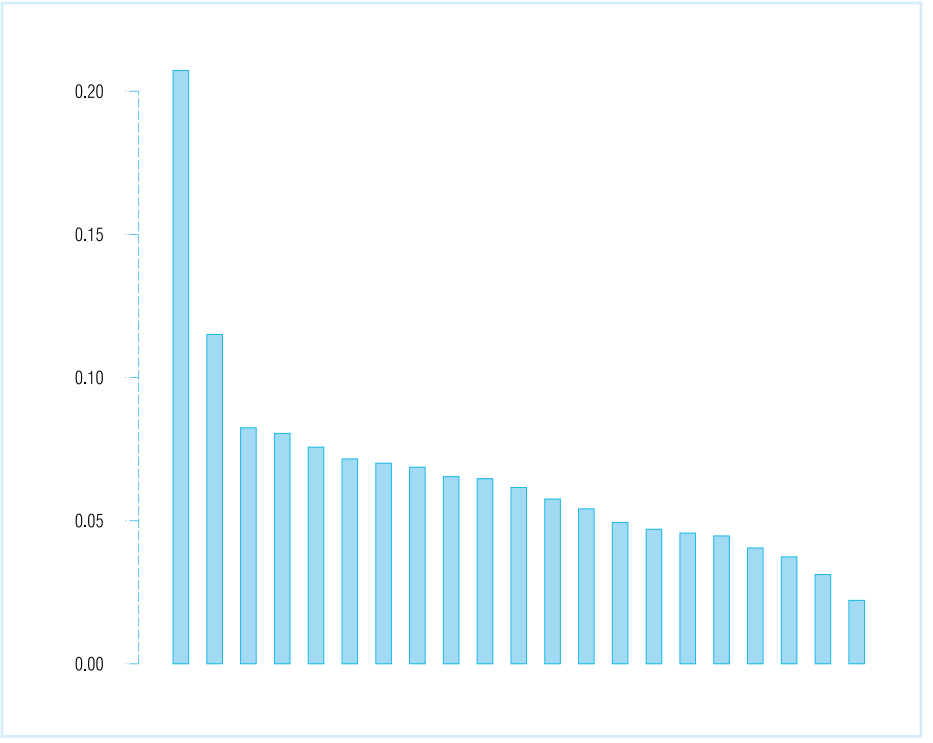
respectivo índice, se traduce en que este cambio no alcanza la magnitud o pendiente esperada o presenta resultados confusos o inesperados.

Como se señaló, en conjunto, estas variables de resultado en salud (deterioro o daño, enfermedad, discapacidad) mostraron comportamientos dispares que sugerían, a su vez, interacciones complejas de analizar, resultado clásico en todos los intentos de relacionar directamente la enfermedad con la pobreza, por lo que la investigación, al igual que en 2007, debe avanzar hacia un modelo de análisis que permitiera observar una relación más directa entre salud y posición social.

Índice de Riesgo en salud

Se construye para 2011, en primer lugar, el histograma de los valores propios de riesgo correspondiente a las variables incluidas en el índice (gráfico 2.15).

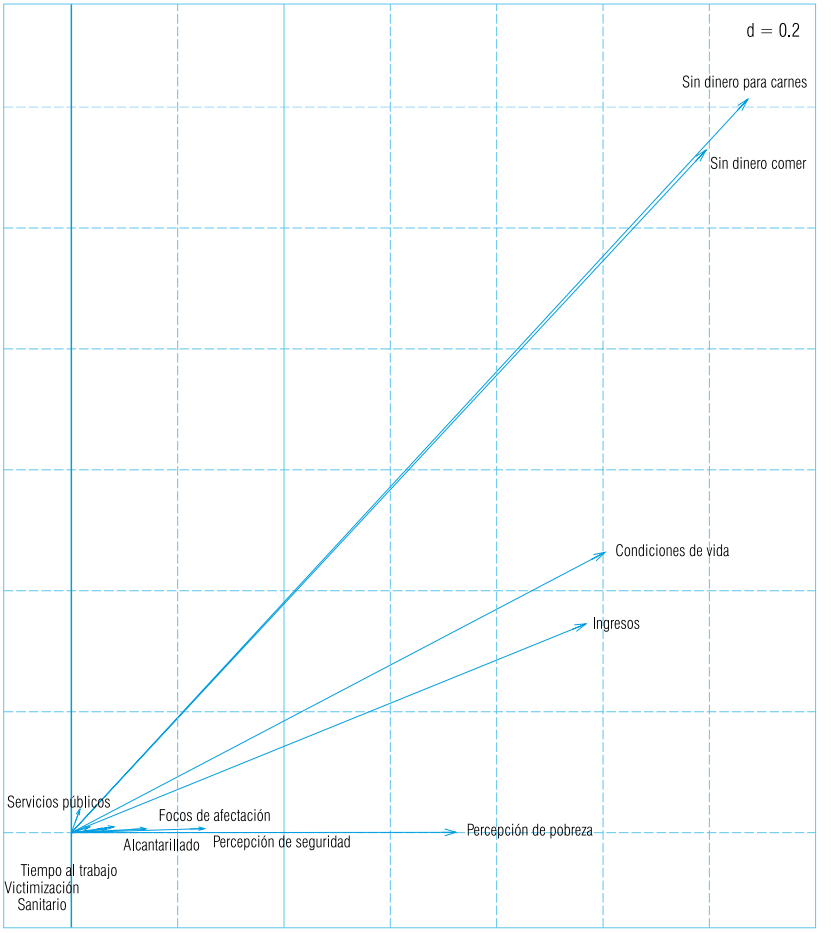
Gráfico 2.15. **Histograma de los valores propios de riesgo**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

A continuación se observan las razones de correlación, donde la longitud del vector representa una mayor correlación (gráfico 2.16), indicador de qué tanto contribuye la variable (todas las categorías que la componen) a la formación del eje. Entre más cercano al eje y más prolongada sea la representación de una variable, mejor representada se encuentra.

Gráfico 2.16. **Razones de correlación Índice de Riesgo**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

A continuación se evidencian las representaciones de las categorías en el primer plano factorial; éste es la mejor representación plana de la tabla de variables, en el sentido en el que es el que retiene una mayor proporción de la inercia de la nube de puntos; bajo éstos, se representan el valor propio y el porcentaje de inercia que retiene dicho eje. El primer factor es la variable sintética que se propone como índice, ya que contrapone los hogares de acuerdo con las condiciones de riesgo en salud de la población que los compone. En resumen, es la representación de las categorías en el plano factorial, y nos permite observar cuáles se relacionan entre sí.

Gráfico 2.17. **Primer plano factorial de riesgo**

Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Tabla 2.3. **Ponderaciones, Índice de Riesgo**

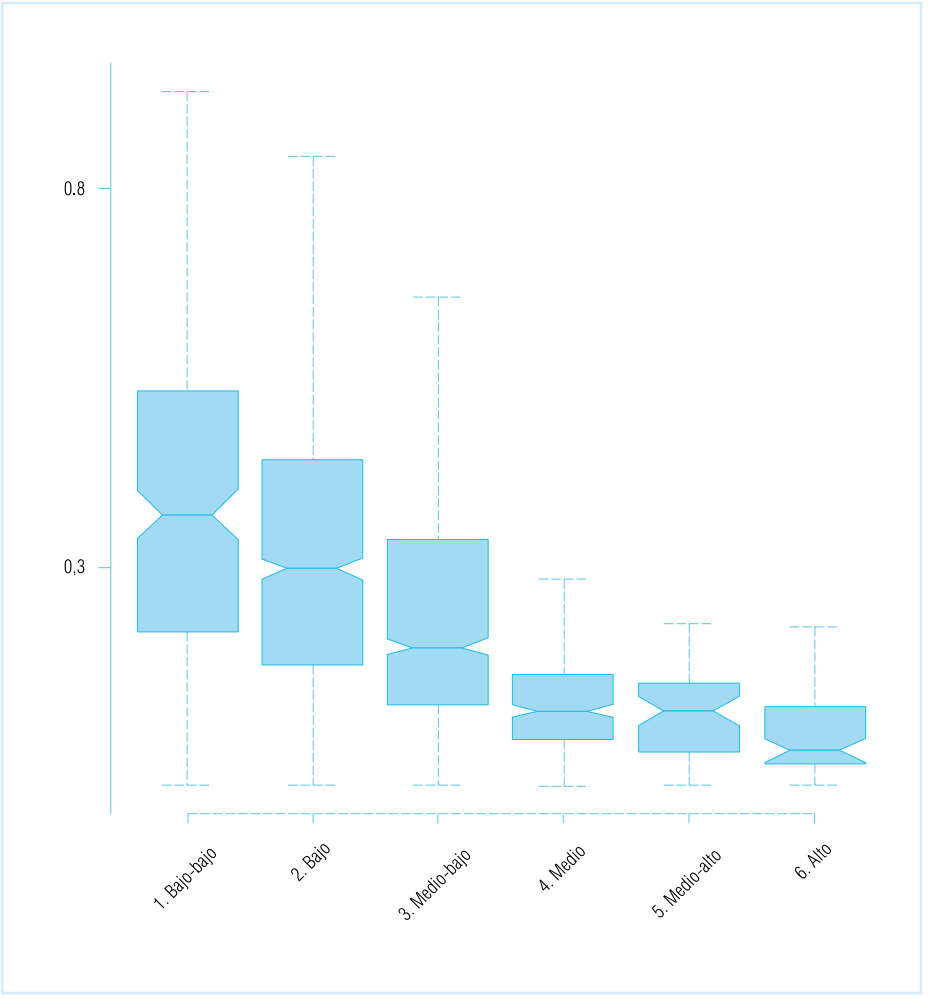
	Variable	Peso
alcant_sií	Alcantarillado	0.00
alcant_no	Alcantarillado	3.26
cond_mb	Condiciones de vida	0.00
cond_b	Condiciones de vida	3.95
cond_r	Condiciones de vida	11.92
cond_m	Condiciones de vida	19.45
f_afec_sií	Focos de afectación	2.43
f_afec_no	Focos de afectación	0.00
ingre_alcan_n	Ingresos	11.96
ingre_alcan_s	Ingresos	4.83
ingre_alcan_m	Ingresos	0.00
pobre_sií	Percepción de pobreza	7.87
pobre_no	Percepción de pobreza	0.00
seguro_sií	Percepción de seguridad	0.00
seguro_no	Percepción de seguridad	4.58
proble_sií	Problemas	2.90
proble_no	Problemas	0.00
sanitar_sií	Sanitario	0.00
sanitar_no	Sanitario	7.74
sanitar_comp_no	Sanitario compartido	0.00
sanitar_comp_sí	Sanitario compartido	5.65
ser_sí	Servicios públicos	0.00
ser_no	Servicios públicos	4.97
tcarne_f	Sin dinero carnes	14.60
tcarne_a	Sin dinero carnes	7.04
tcarne_n	Sin dinero carnes	0.00
tcomia_f	Sin dinero comer	15.84
tcomia_a	Sin dinero comer	8.27
tcomia_n	Sin dinero comer	0.00
min_trab_bajo	Tiempo al trabajo	0.22
min_trab_medio	Tiempo al trabajo	0.00
min_trab_alto	Tiempo al trabajo	1.89
min_trab_muy_alto	Tiempo al trabajo	2.44
victi_sií	Victimización	1.97
victi_no	Victimización	0.00

Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE)

Una vez construido el índice, se producen los resultados de su aplicación en la Encuesta multipropósito 2011, según variables de posición social y por localidad. En primer lugar, según estrato socioeconómico (gráfico 2.18).

Estrato

Gráfico 2.18. **Índice de Riesgo, según estrato**

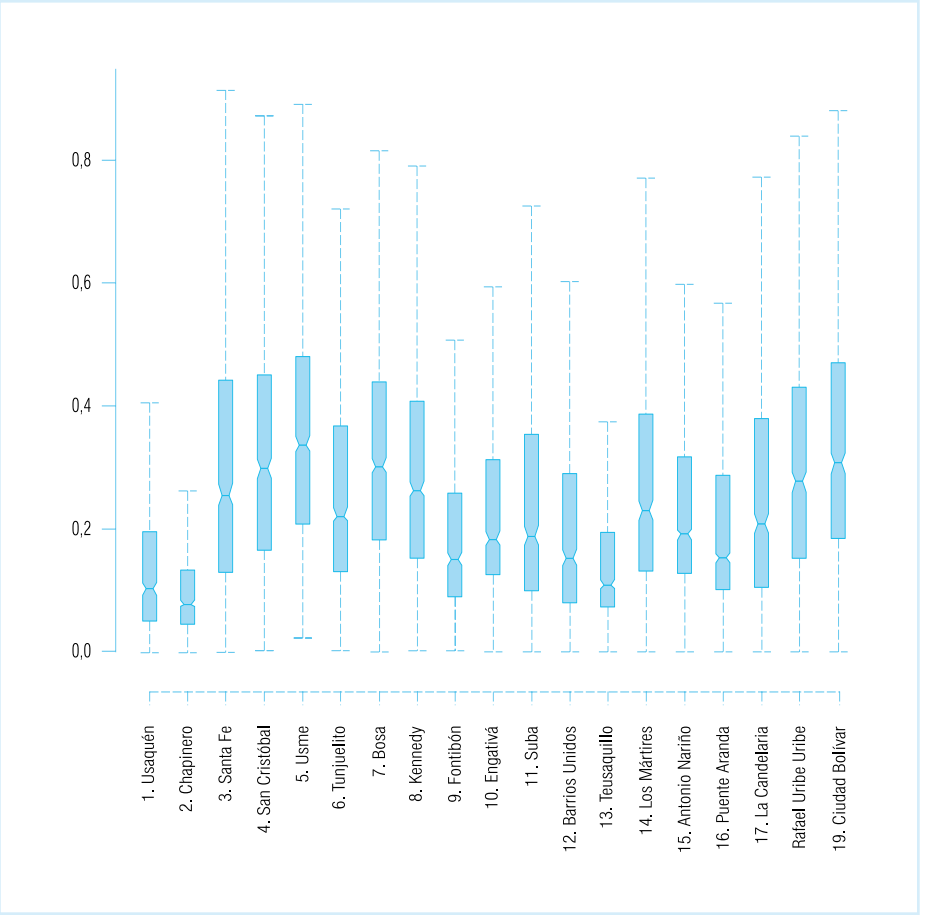


Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

La medición de riesgo resultante por estrato, de acuerdo con el índice (gráfico 2.18), muestra un gradiente mucho más notorio que el índice de deterioro para el año 2011, al igual que en la investigación previa (2007), dada la fortaleza del mismo por el número de variables contenido en las encuestas. El resultado también muestra un valor mucho mayor de riesgo para los estratos bajos y menor para los estratos altos, así como un crecimiento de pendiente muy importante, casi exponencial, hacia los estratos más bajos.

Localidad

Gráfico 2.19. **Índice de Riesgo, según localidad**

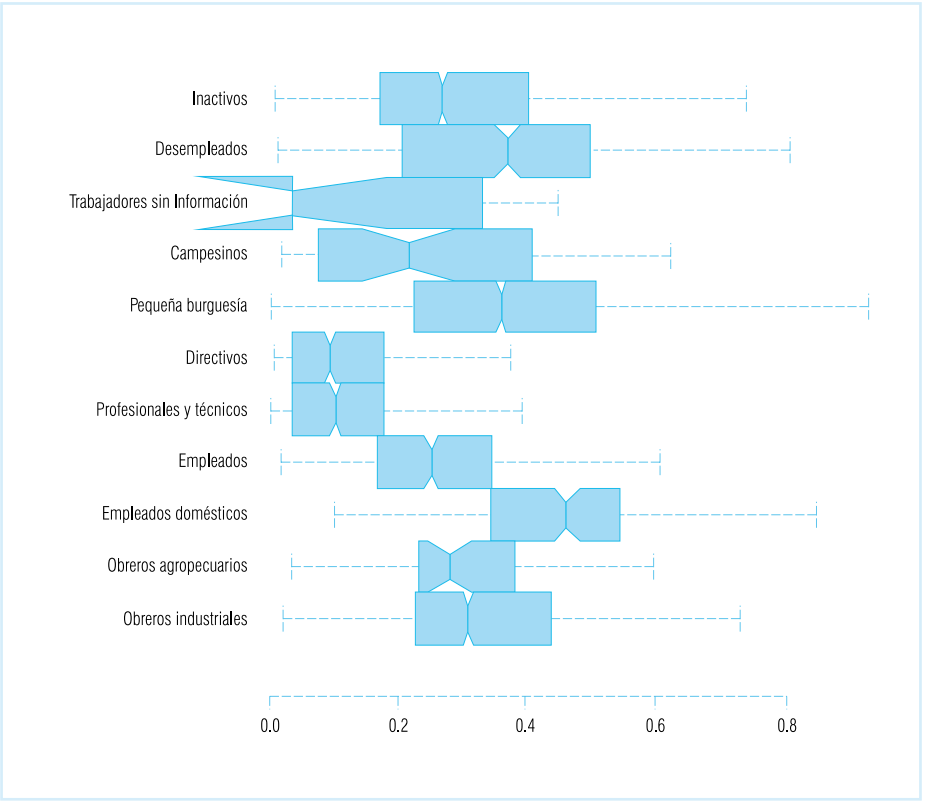


Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE)

También el gradiente por localidades resulta mucho más notorio (gráfico 2.19), con la mayor concentración de los riesgos para la población de Usme y Ciudad Bolívar y el riesgo más bajo, al otro extremo, para la población de Chapinero y Usaquén.

Clase social

Gráfico 2.20. **Índice de Riesgo, según posición socio-ocupacional**



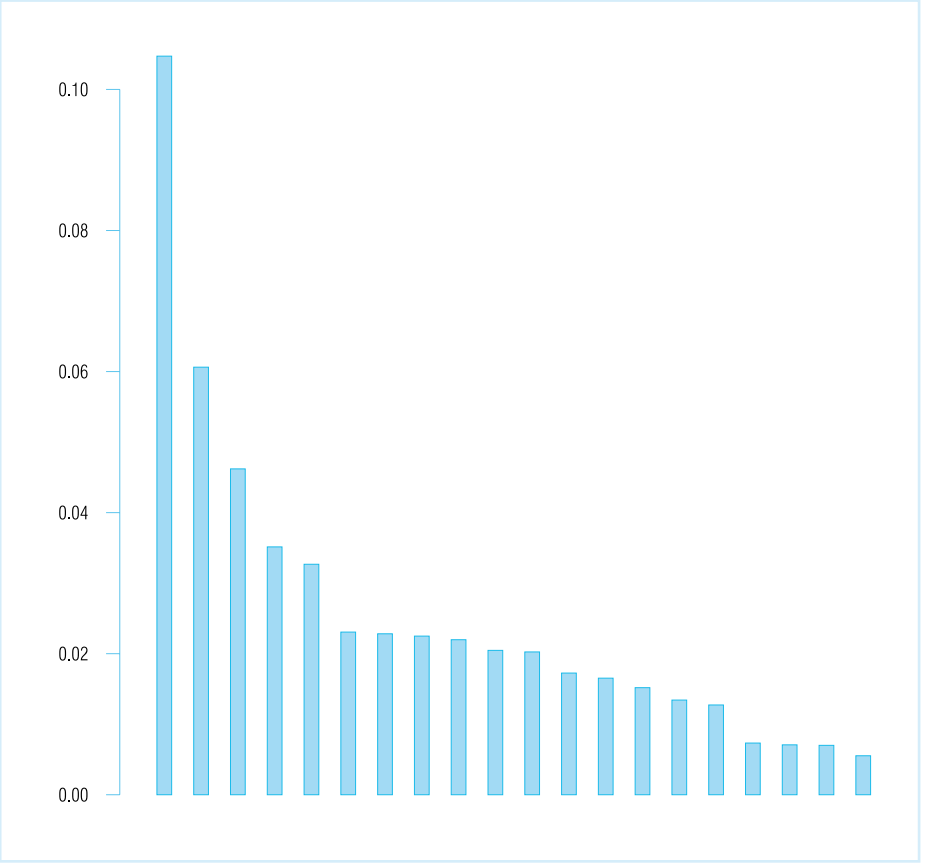
Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Igualmente, observado el Índice de Riesgo de acuerdo con la posición socio-ocupacional (gráfica 2.20), surge un gradiente mucho más claro, aunque las clases sociales que muestran las mayores concentraciones de riesgo para su población (empleados domésticos, pequeña burguesía y desempleados) y aquellas con menores riesgos (directivos y profesionales) coinciden con las de deterioro en salud.

Índice de Protección

La construcción del Índice de Protección con base 2011 inicia igualmente por el histograma de valores propios (gráfico 2.21).

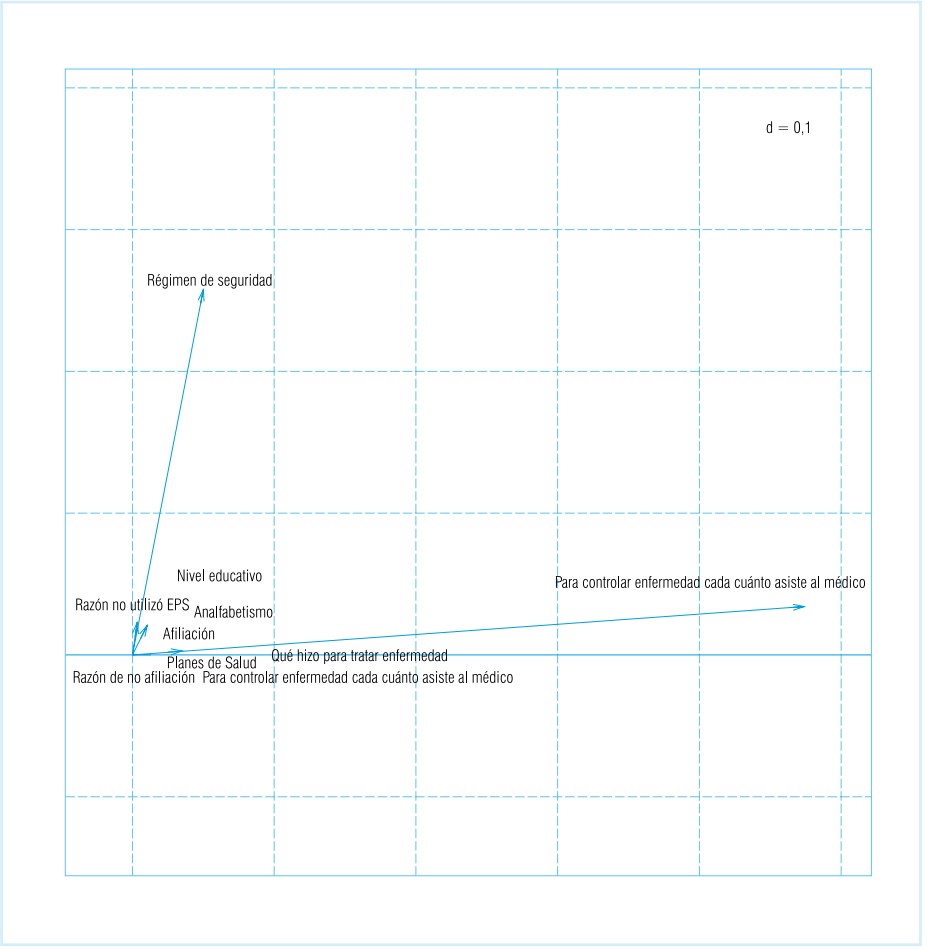
Gráfico 2.21. **Histograma de los valores propios del ACD**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

A continuación se presentan las razones de correlación, que son un indicador de qué tanto contribuye la variable (todas las categorías que la componen) a la formación del eje. Entre más cercano al eje y más prolongada sea la representación de una variable, mejor representada se encuentra (gráfico 2.22).

Gráfico 2.22. **Razones de correlación**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

A continuación se observan las representaciones de las categorías en el primer plano factorial; éste es la mejor representación plana de la tabla de variables, en el sentido en el que es el que retiene una mayor proporción de la inercia de la nube de puntos. El primer factor es la variable sintética que se propone como índice; contrapone los hogares de acuerdo con las condiciones de protección en salud de la población que los compone. En resumen, es la representación de las categorías en el plano factorial, y nos permite observar cuáles se relacionan entre sí (gráfico 2.23).

Gráfico 2.23. **Primer plano factorial del Índice de Protección**

Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Tabla 2.4. **Ponderaciones Índice de Protección**

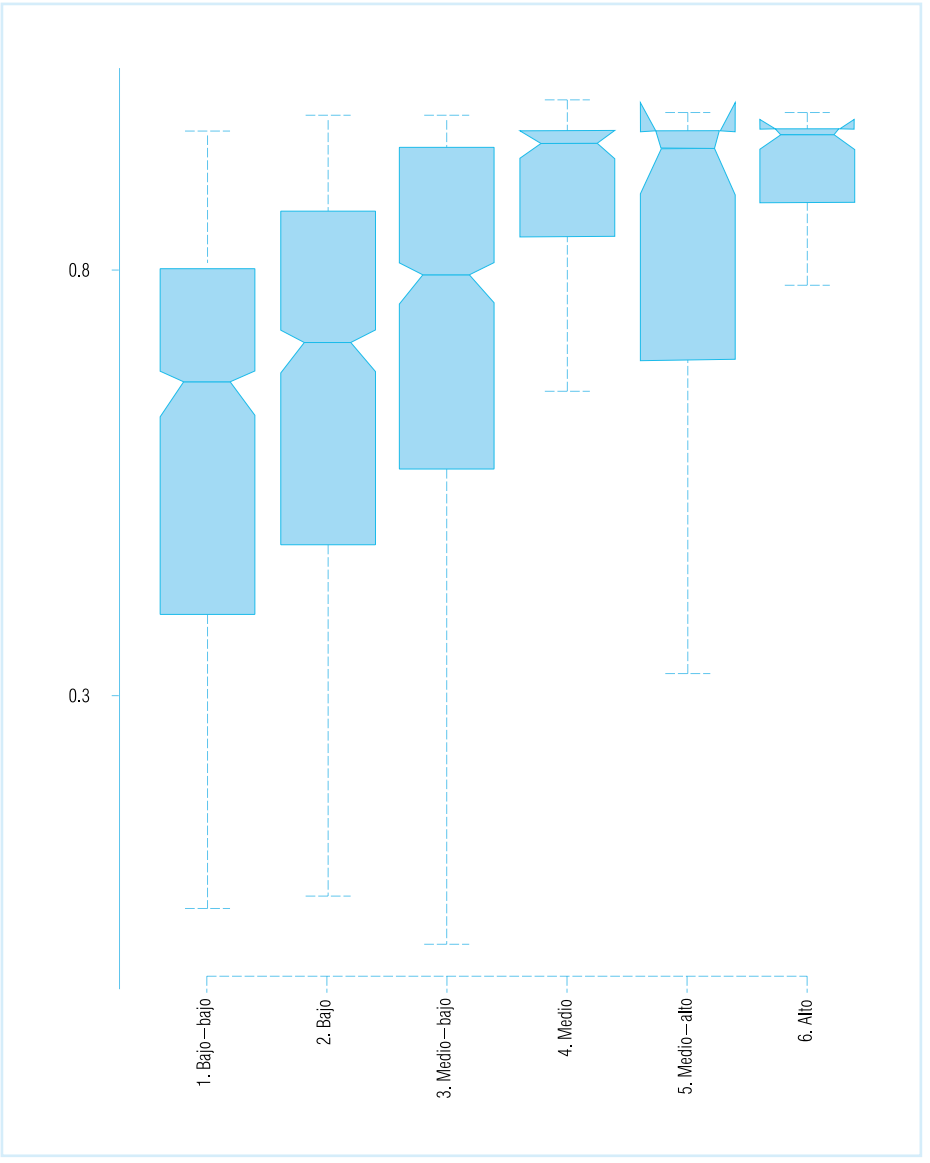
	Variable	Peso
afili_sí	Afiliación	15.51
afili_no	Afiliación	0.00
leer_sí	Analfabetismo	8.60
leer_no	Analfabetismo	0.00
niv_educa_ning	Nivel educativo	0.00
niv_educa_basi	Nivel educativo	5.25
niv_educa_med	Nivel educativo	6.57
niv_educa_tec	Nivel educativo	12.44
niv_educa_uni	Nivel educativo	15.26
asist__sí	Para controlar enfermedad cada cuanto asiste al medico	5.93
asist_no	Para controlar enfermedad cada cuanto asiste al medico	0.00
planes_sí	Planes de Salud	0.42
planes_no	Planes de Salud	0.00
preven_sí	Por prevención ha consultado esp	23.55
preven_no	Por prevención ha consultado esp	0.00
trata_médico	Qué hizo para tratar enfermedad	4.45
trata_drogue	Qué hizo para tratar enfermedad	0.00
trata_empírico	Qué hizo para tratar enfermedad	2.16
trata_altern	Qué hizo para tratar enfermedad	5.98
trata_nada	Qué hizo para tratar enfermedad	1.16
cuida_pers	Quién se ocupa del cuidado	0.26
cuida_no_requie	Quién se ocupa del cuidado	0.31
cuida_no_tiene	Quién se ocupa del cuidado	0.00
noafili_dinero_empleo	Razón de no afiliación	0.72
noafili_tramit_inter_cono	Razón de no afiliación	0.47
noafili_cercan_otra	Razón de no afiliación	0.00
no_utili_eps_noafili	Razón no utilizó EPS	0.00
no_utili_eps_dinero	Razón no utilizó EPS	0.57
no_utili_eps_malservicio	Razón no utilizó EPS	0.40
regi_contr	Régimen de seguridad	12.95
regi_sub	Régimen de seguridad	0.00

Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Una vez construido el índice, se producen los resultados de su aplicación en la Encuesta multipropósito 2011, según variables de posición social y por localidad. En primer lugar, según estrato socioeconómico (gráfico 2.24).

Estrato

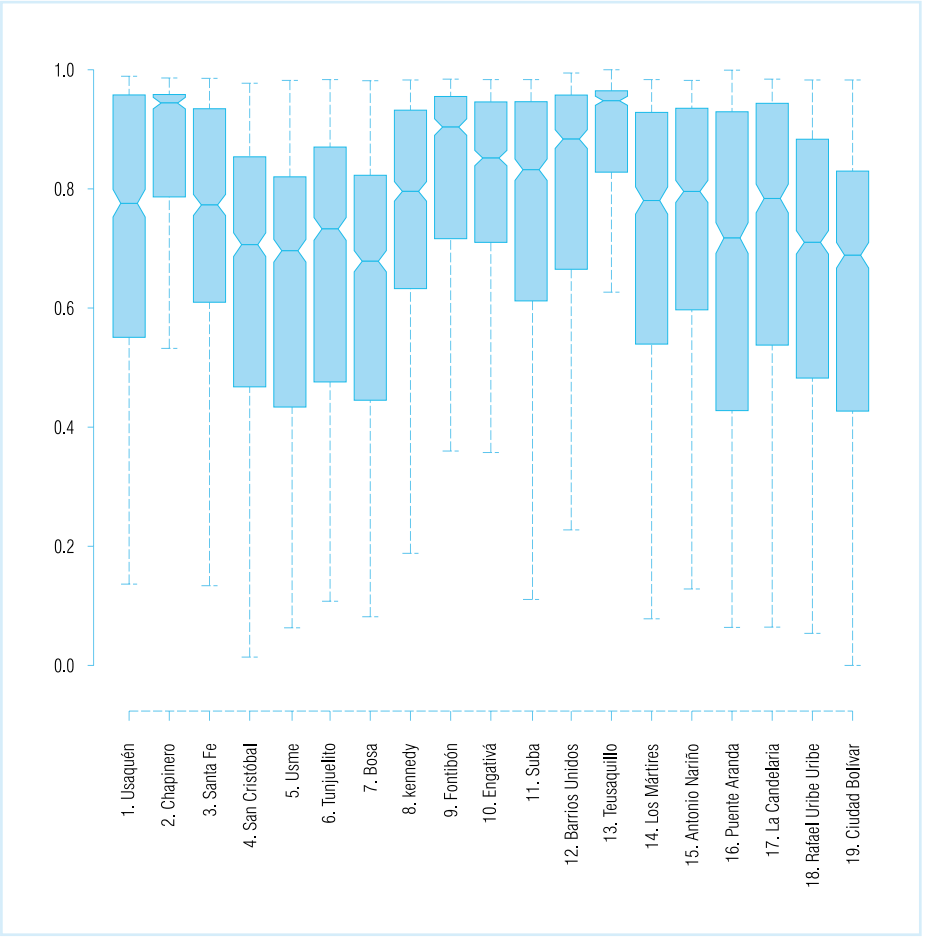
Gráfico 2.24. **Índice de Protección, según estrato**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Localidad

Gráfico 2.25. **Índice de Protección, según localidad**

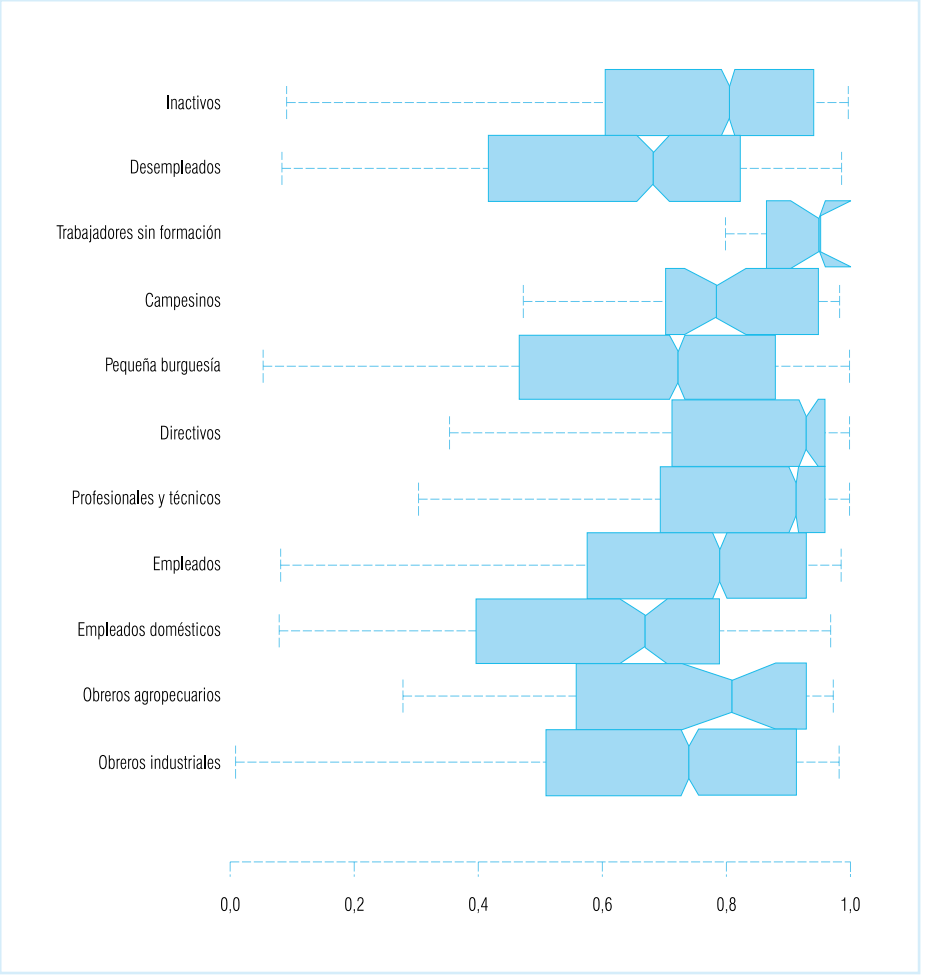


Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

En términos de protecciones, la Encuesta multipropósito para 2011 muestra un mayor índice para su población en las localidades de Chapinero y Teusaquillo, seguidas de Fontibón, Engativá y Usaquén. Al otro extremo, con menores protecciones, se encuentran las poblaciones de Bosa, Usme, San Cristóbal, Puente Aranda y Ciudad Bolívar (gráfico 2.25).

Clase social

Gráfico 2.26. **Índice de Protección según posición socio-ocupacional**



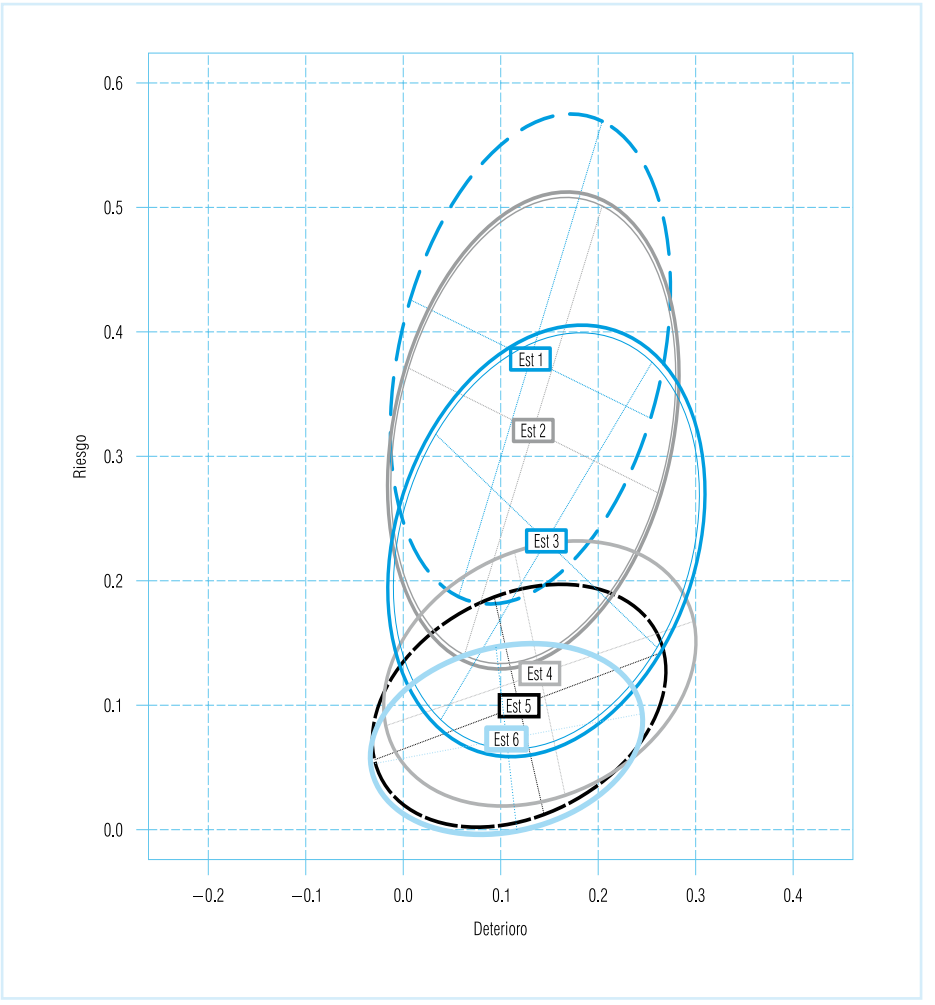
Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

El Índice de Protección resulta también inverso al de riesgo, según posición socio-ocupacional en 2011, pues son los empleados domésticos, los desempleados y la pequeña burguesía las clases que cuentan con menores protecciones, mientras los directivos y profesionales cuentan con las mayores protecciones.

Relaciones entre los índices 2011

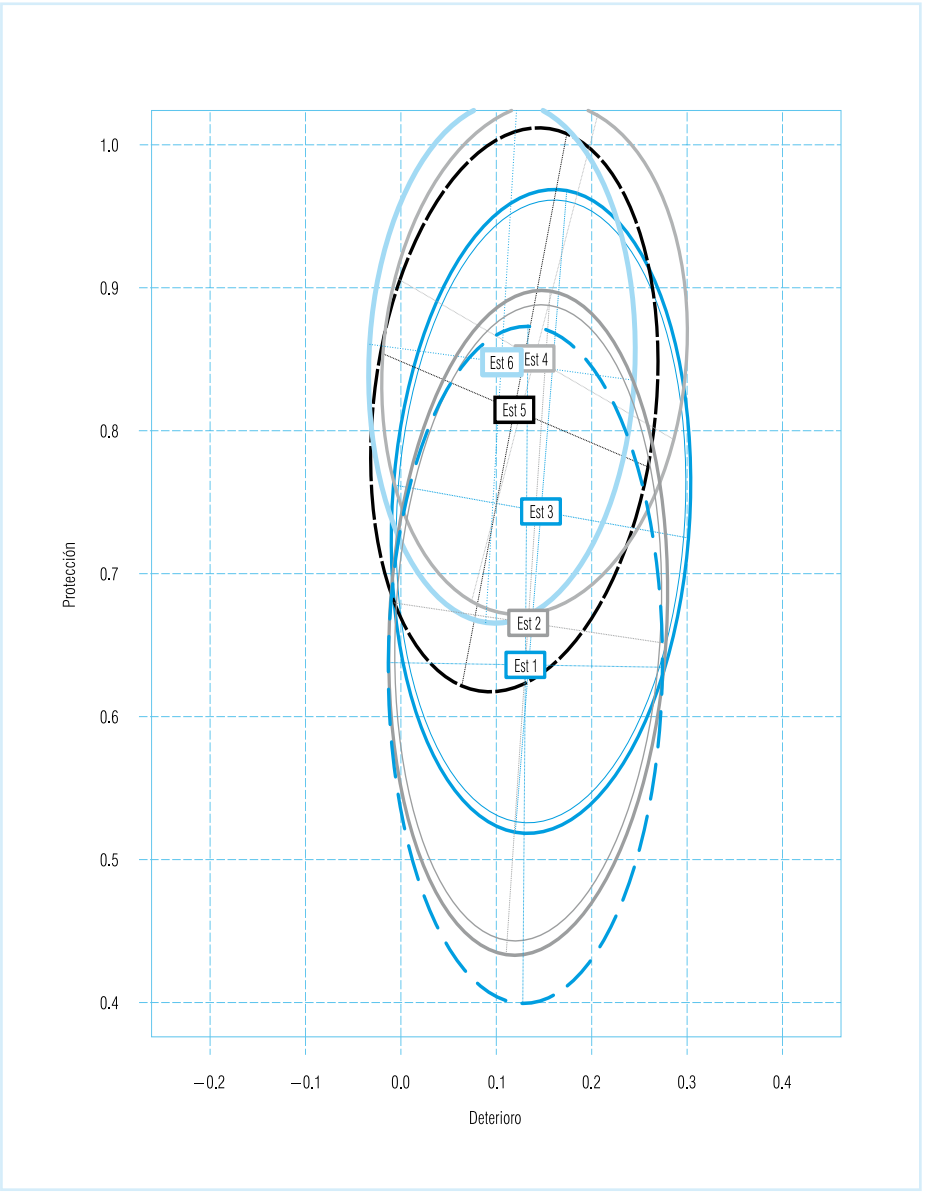
Las siguientes tres gráficas (2.27 a 2.29) representan espacialmente las relaciones entre los índices, tomando como base el estrato socioeconómico como variable proxy de posición social.

Gráfico 2.27. **Índices deterioro y riesgo, por estrato socioeconómico**



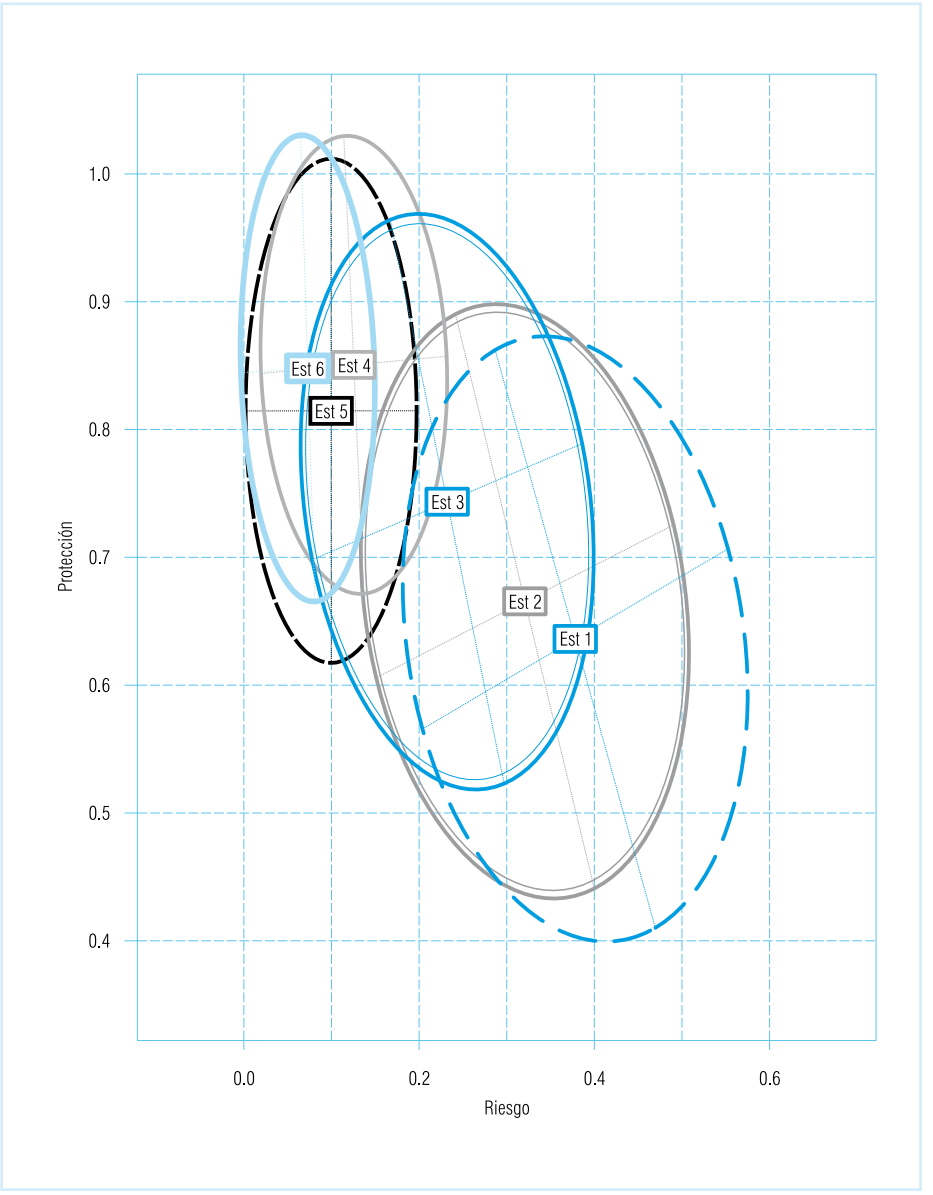
Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 2.28. **Índices deterioro y protección, por estrato socioeconómico**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 2.29. **Índices riesgo y protección, por estrato socioeconómico**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE)

Se evidencia, al igual que en 2007, una relación más fuerte aún entre posición social y riesgos para la salud y entre posición social y protecciones (respuesta social), que entre la posición social y el índice de deterioro, por la limitación señalada de las variables disponibles sobre salud enfermedad de los individuos, para el respectivo índice.

Igualmente, queda demostrando también en 2011 que, a medida que se desciende en la posición social, se incrementan los riesgos para la salud y se tienen menos protecciones para enfrentar la enfermedad. Por el contrario, las posiciones más altas presentaban un menor riesgo y muchas más protecciones.

Comparación de los índices 2007 y 2011

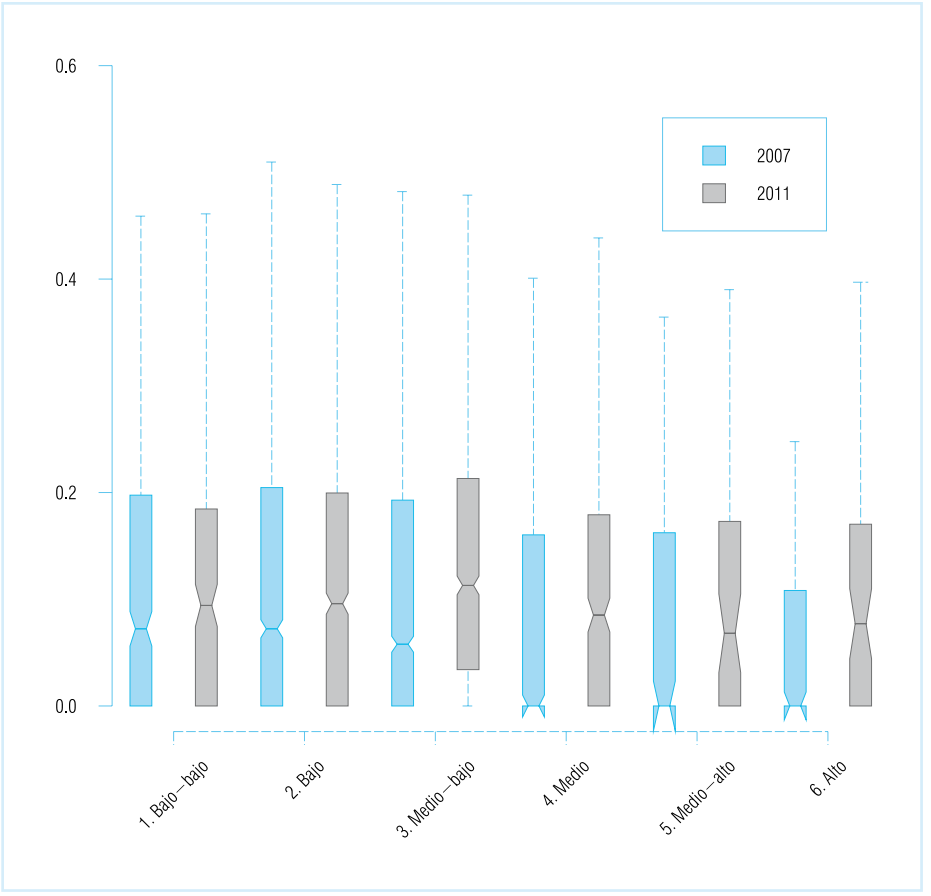
El ejercicio final de esta investigación fue la comparación de los índices obtenidos con base 2011 entre las Encuesta de calidad de vida 2007, para el Distrito, y la Encuesta multipropósito, también para Bogotá.

Se trata de interpretar los cambios en los indicadores obtenidos a la luz de los factores que inciden en la equidad en calidad de vida y salud en los cuatro años transcurridos entre 2007 y 2011, para poder establecer si se ha producido una mejoría o un deterioro en calidad de vida y salud y si las desigualdades por posición social han aumentado o disminuido para los habitantes de Bogotá en dicho transcurso.

La comparación 2007-2011 en el índice de deterioro (gráfico 2.30) arroja un resultado inesperado, cuando menos, con una leve disminución de los daños en salud en las poblaciones de los estratos 1 y 2, bajo-bajo y bajo, mientras que todos los demás grupos muestran que sus poblaciones empeoraron su condición de salud medida por las variables de resultado fundamentalmente en daños acumulados, limitación, discapacidad y enfermedad crónica.

Comparación índice de deterioro 2007-2011

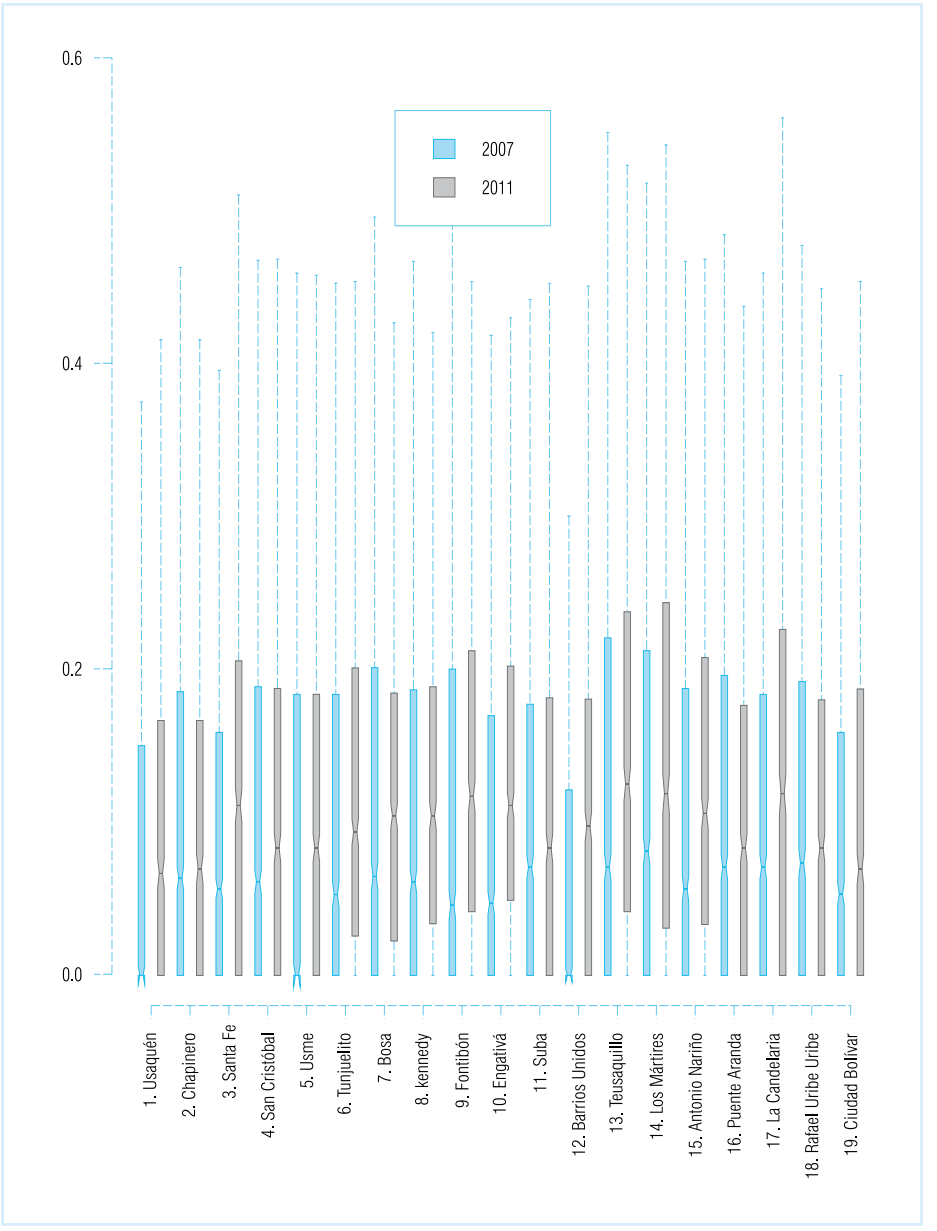
Gráfico 2.30. **Comparación, Índices de deterioro 2007-2011, según estrato**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Por localidades, el Índice de deterioro muestra comportamientos diversos entre 2007 y 2011, con algunas localidades con tendencia al incremento del nivel de daño o deterioro en la salud de su población, como Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires, La Candelaria, Santa Fe, Kennedy, Fontibón y Engativá, mientras otras muestran un cambio positivo, como Chapinero, Puente Aranda, Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe. En general, las variaciones son poco significativas (gráfico 2.31).

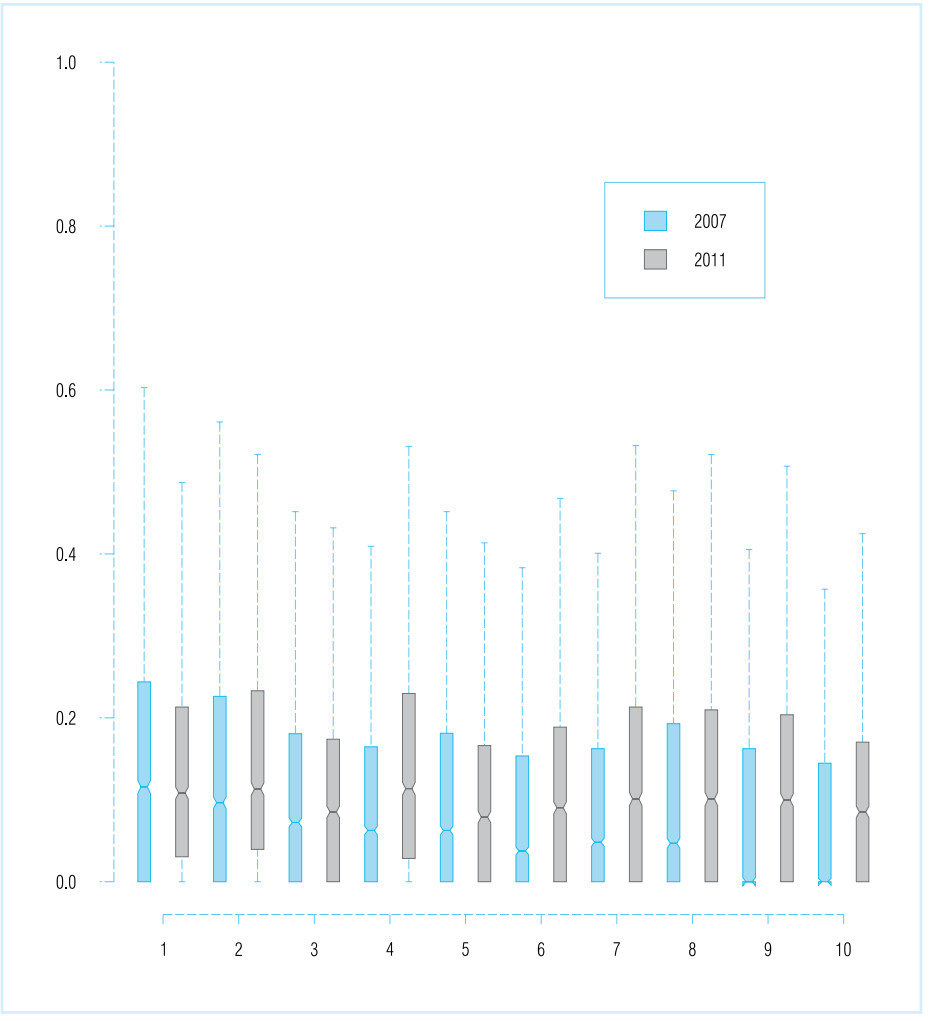
Gráfico 2.31. **Comparación Índices Deterioro 2007-2011, según localidad**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

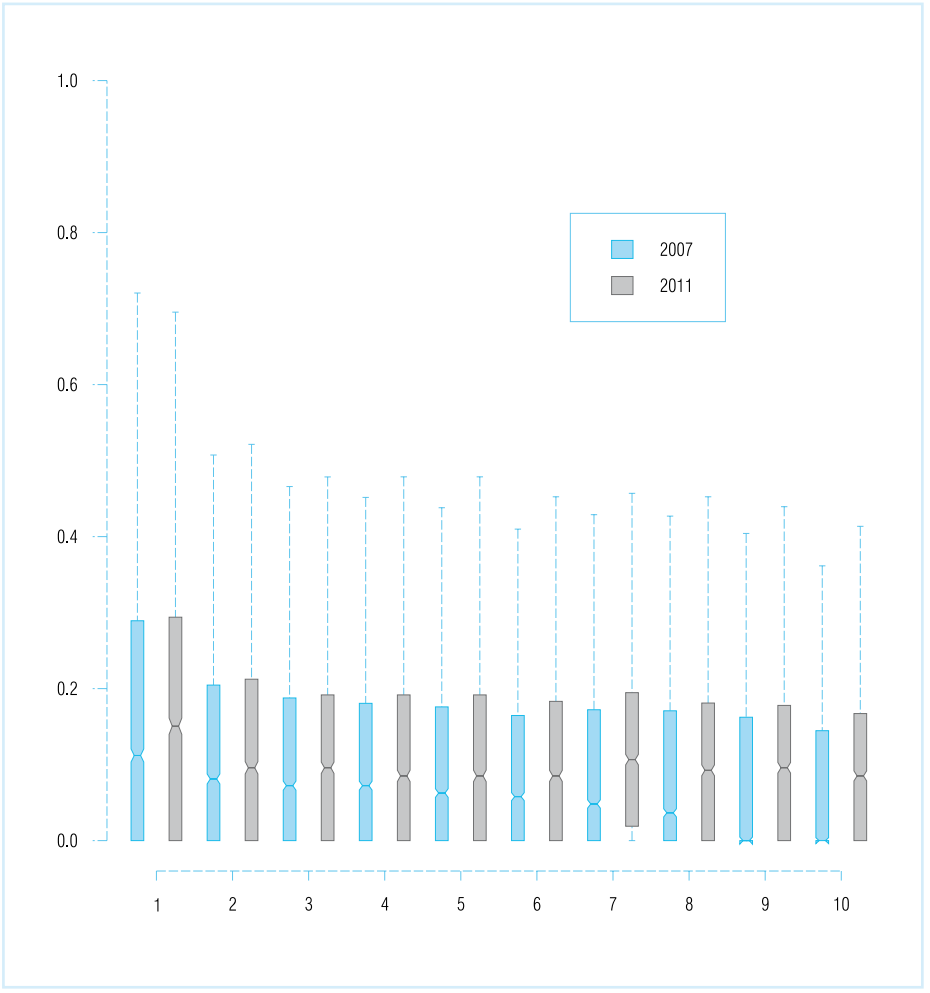
El Índice de deterioro también muestra resultados dispares por Índice de Calidad de Vida, pues el deterioro del índice no muestra un gradiente hacia los deciles más bajos ni hacia los más altos. Se observa, sin embargo, que los valores máximos de deterioro en las poblaciones de todos los deciles sí se reducen entre 2007 y 2011 (gráfico 2.32).

Gráfico 2.32. **Índices de deterioro 2007-2011 según decil de ICV**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Gráfico 2.33. **Índices deterioro 2007-2011, según decil de ingresos**

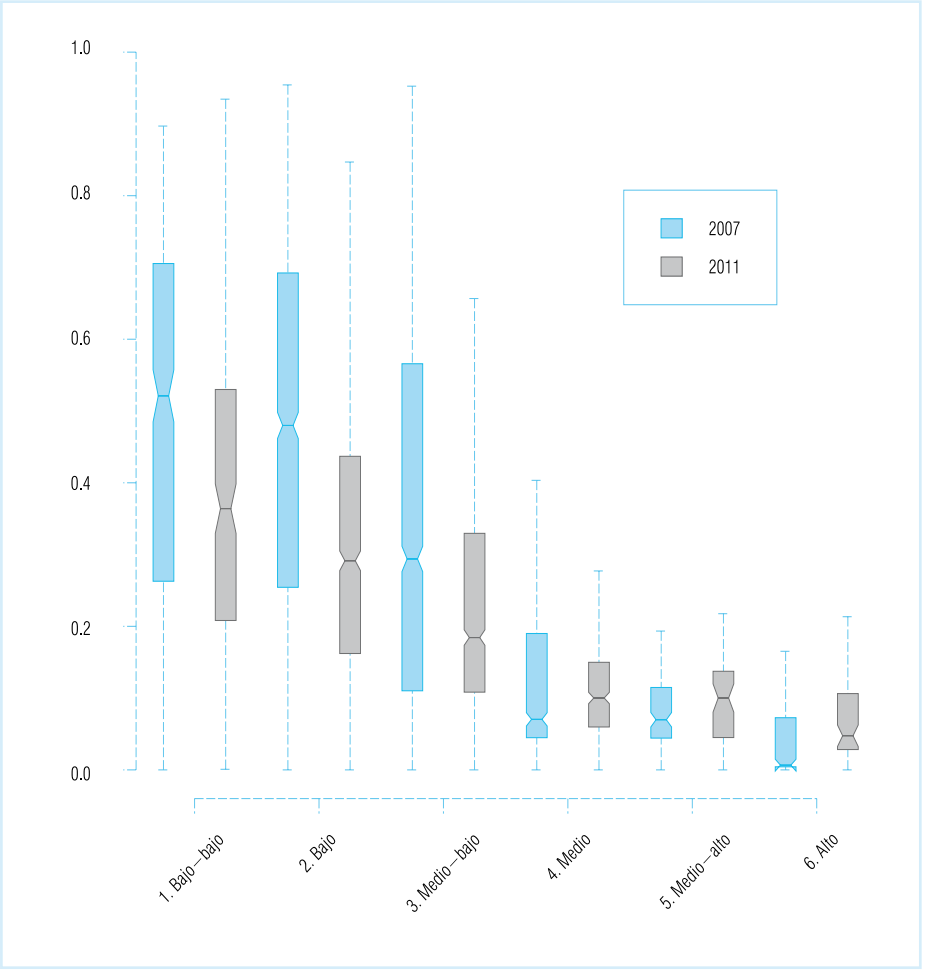


Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Por deciles de ingreso se observa un incremento moderado del deterioro de salud de la población, según las variables del índice, incremento algo más notorio cuanto más alto es el decil de ingreso (gráfico 2.33). Cabe señalar que estos resultados del Índice de deterioro parecen consistentes con el último estudio de carga de la enfermedad en el país, el que señala mayor supervivencia de la población, pero con más años de enfermedades crónicas y discapacidad.

Comparación Índice de Riesgo 2007-2011

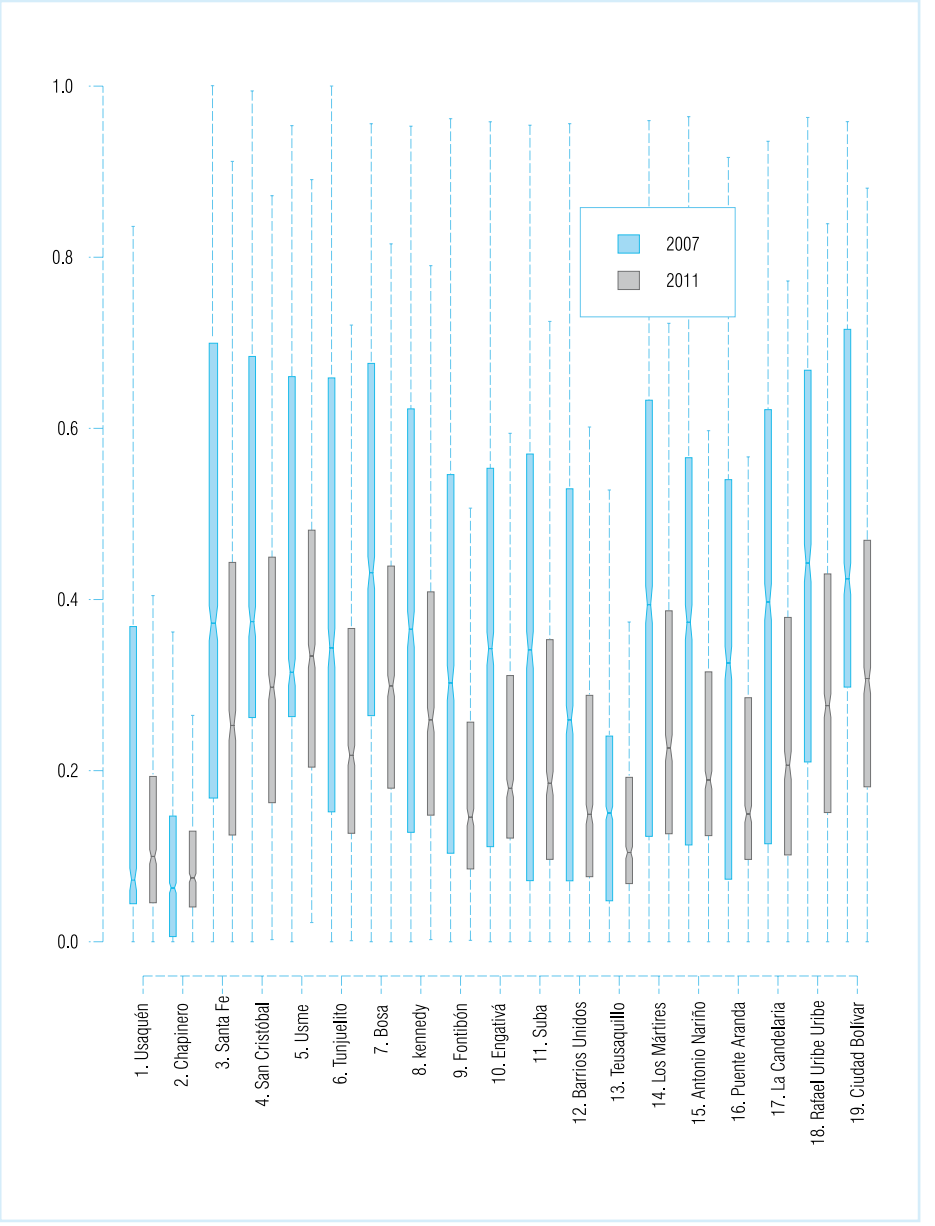
Gráfico 2.34. **Índices Riesgo 2007-2011, según estrato**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

El Índice de Riesgo muestra un comportamiento distinto, con importante reducción del riesgo en los estratos bajos y medios y un leve incremento para los estratos medio alto y alto entre 2007 y 2011, lo que indica una reducción de la desigualdad en la exposición a riesgos (gráfico 2.34).

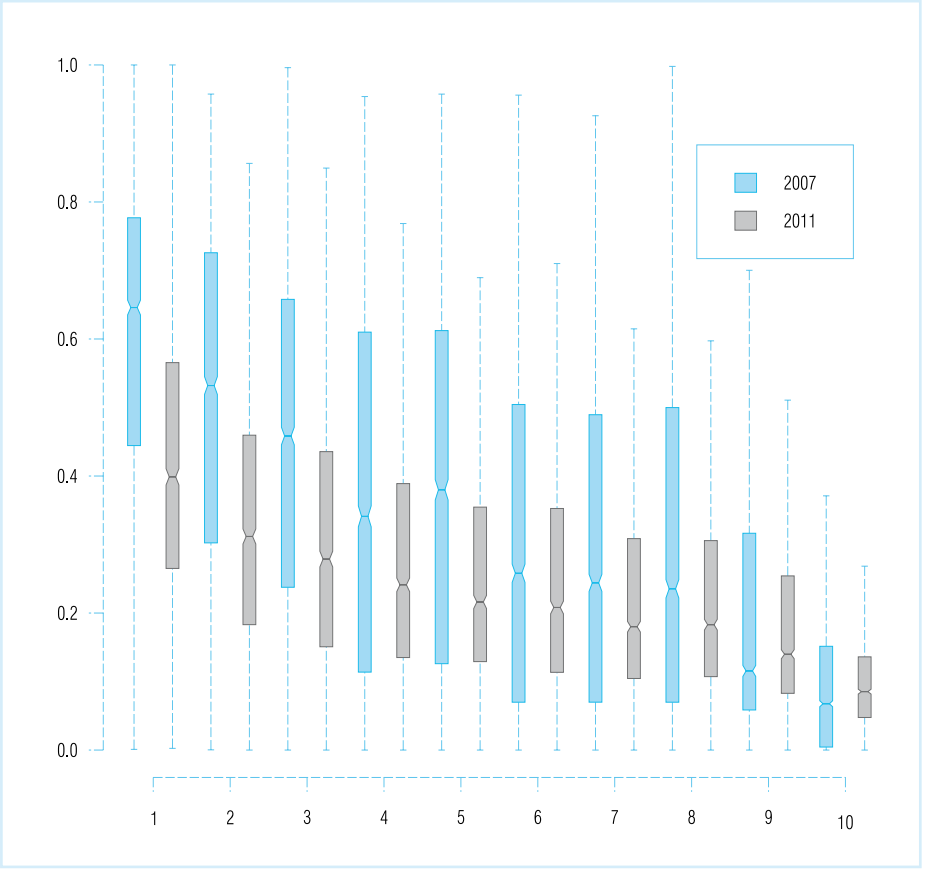
Gráfico 2.35. **Índices riesgo 2007-2011, según localidad**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Se observa una importante reducción del riesgo a que está sometida la población en todas las localidades, al comparar los índices para 2007 y 2011; sin embargo, la brecha en exposición de riesgos entre localidades no parece cerrase en este transcurso (gráfico 2.35).

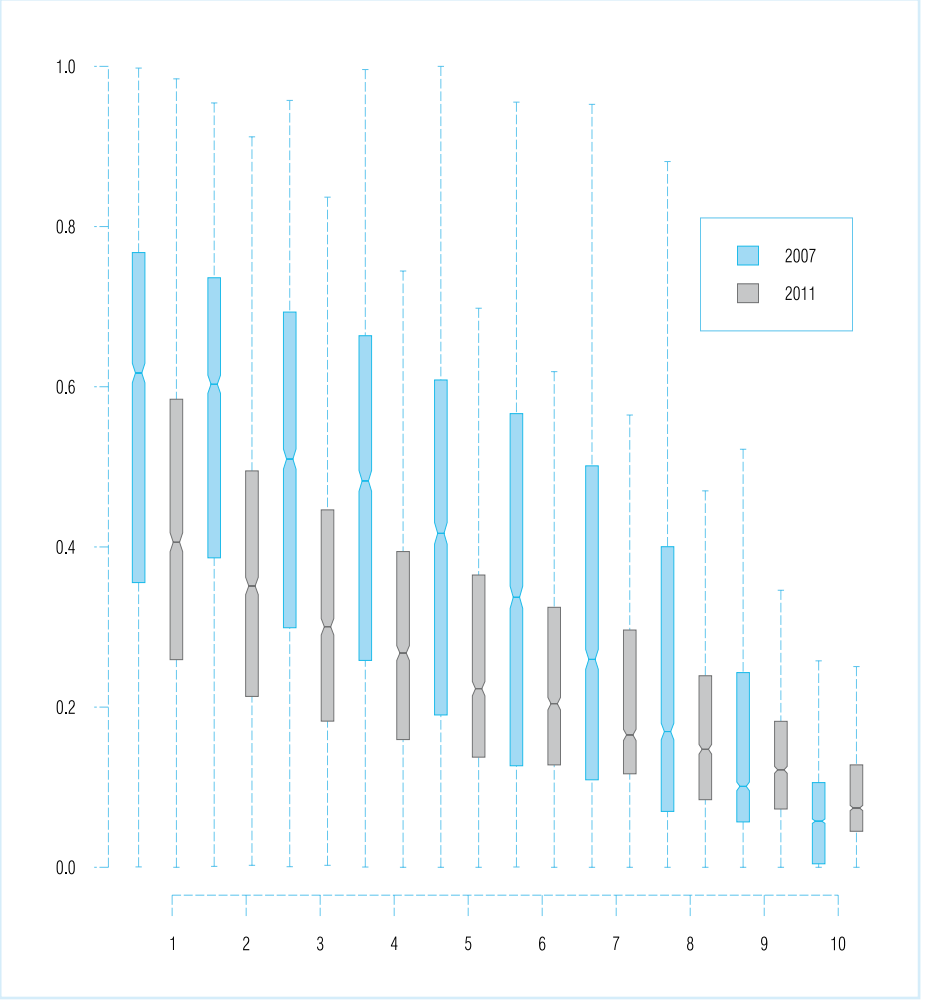
Gráfico 2.36. **Índices de Riesgo 2007-2011, según decil de ICV**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Al comparar los índices de riesgo, según decil del Índice de Calidad de Vida resultante de las encuestas de 2007 y 2011, se observa una reducción consistente de la exposición a riesgos en todas las poblaciones, pero la reducción es más significativa en los deciles más bajos o con peor calidad de vida, resultado que se traduce también en una reducción de las desigualdades en exposición a riesgos (gráfico 2.36).

Gráfico 2.37. **Índices de Riesgo 2007-2011, según decil de ingresos**

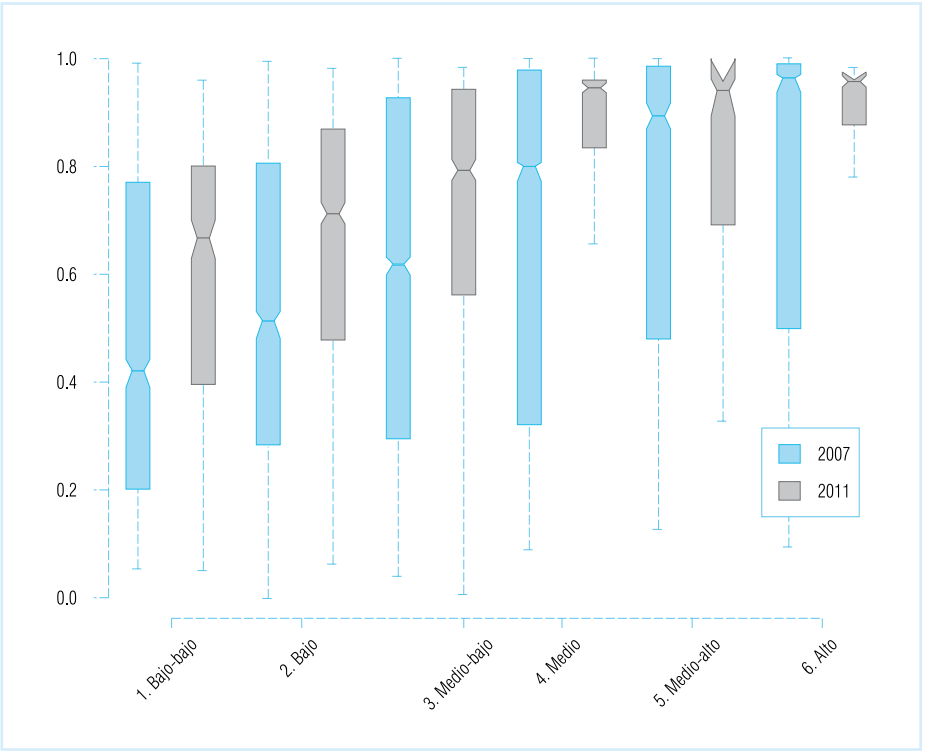


Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

La comparación del índices de Riesgo para 2007 y 2011 por deciles de ingreso muestra el mismo patrón que por deciles de calidad de vida: una reducción consistente de la exposición a riesgos en todas las poblaciones, pero la reducción es más significativa en los deciles más bajos o de menores ingresos, lo que igualmente significa una reducción de las desigualdades en la exposición a riesgos (gráfico 2.37).

Comparación resultados del Índice de Protección 2007-2011

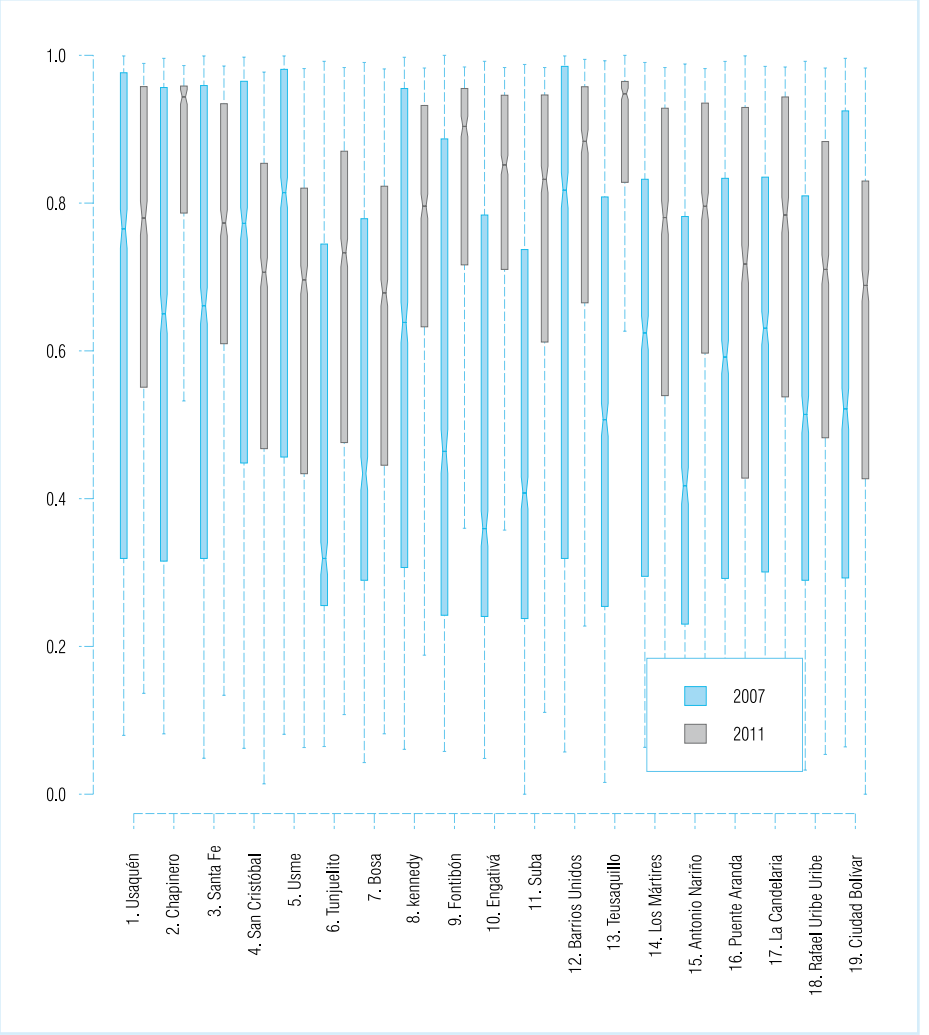
Gráfico 2.38. **Comparación, índices de protección 2007-2011; según estrato**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

La comparación del Índice de Protección entre 2007 y 2011, por estrato (gráfico 2.38), permite observar una mejor protección para la población de todos los estratos, pero especialmente en los grupos más rezagados de cada estrato, por lo que se reducen las desigualdades al interior de los estratos en términos de protección, más que las desigualdades entre las poblaciones de los distintos estratos. Pareciera que hubiera habido en el transcurso estudiado un proceso de homogeneización de las poblaciones en los barrios, o como se señalaba en la investigación previa, los resultados de la investigación igualmente muestran 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.

Gráfico 2.39. **Índices de Protección 2007-2011, por localidades**

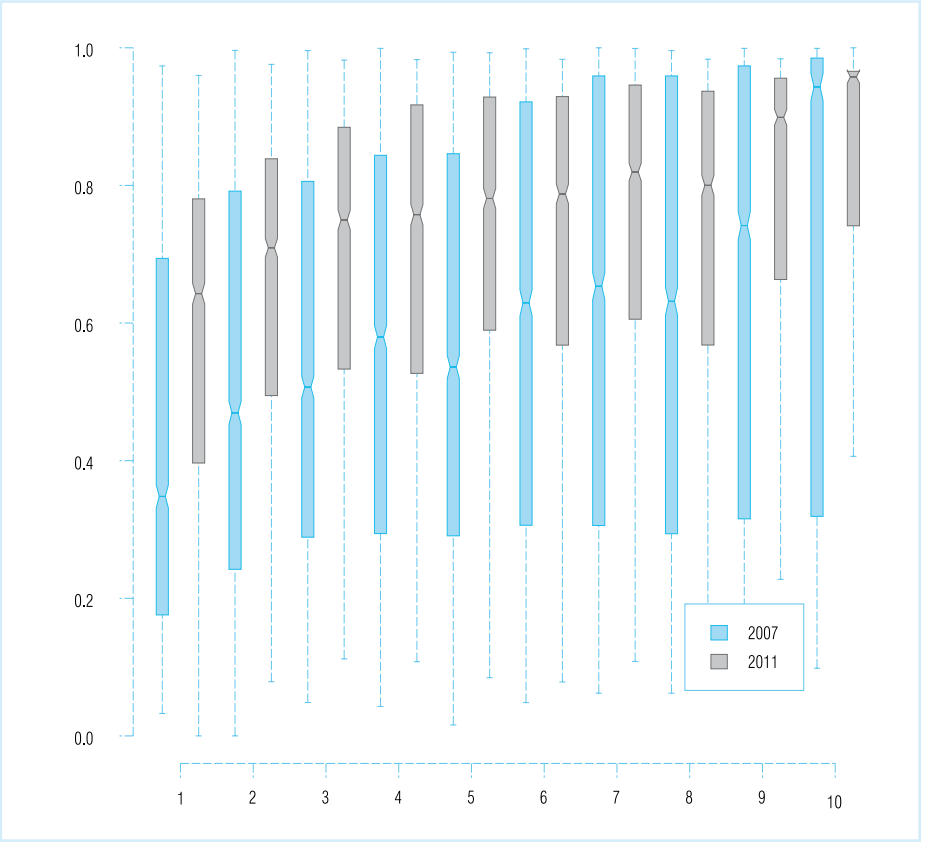


Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

La comparación de los Índices de protección 2007 y 2011 por localidades (gráfico 2.39) muestra que ha mejorado sensiblemente la situación de protección de las poblaciones en casi todas las localidades, quizás con excepción de san Cristóbal y Ciudad Bolívar. También refleja que ha mejorado más en las localidades que en 2007

mostraban un índice más bajo de protección, como también que los grupos con menor protección en cada localidad han mejorado en el transcurso estudiado. Son buenas noticias tanto en términos de protección, como en términos de reducción de las desigualdades.

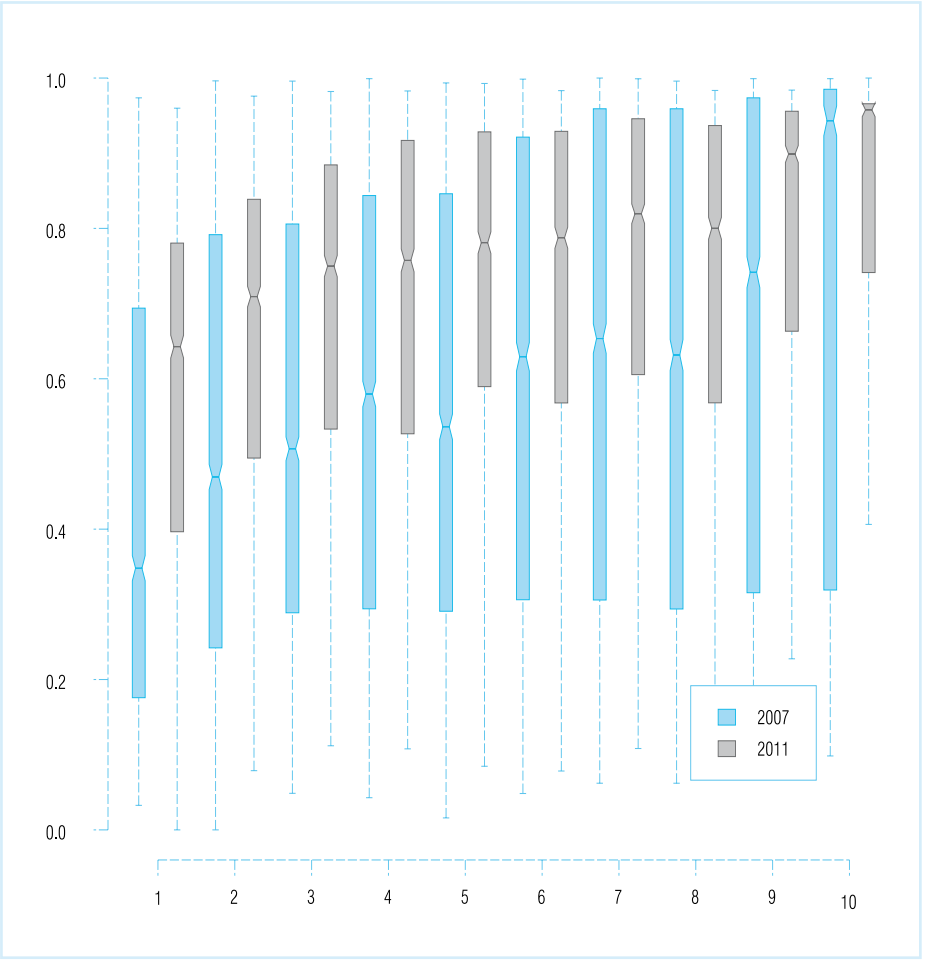
Gráfico 2.40. **Índices de Protección 2007-2011, según decil de ICV**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Según deciles de Calidad de Vida, igualmente se observa una mejor protección en 2011 que en 2007 para todos los grupos. Es notorio que en cada grupo igualmente mejora la población que tenía menor protección, con lo que se reducen las desigualdades al interior de cada decil, es decir, se homogenizan. Sin embargo, el gradiente de diferencias de protección entre deciles se mantiene, hecho que no refleja una disminución de las desigualdades o una mejora en la equidad (gráfico 2.40).

Gráfico 2.41. **Índices de Protección 2007-2011, según decil de ingresos**



Fuente: Cálculos propios con base en el procesamiento de los archivos de las encuestas de hogares de Calidad de Vida de 2003. 2007 y 2008 (DANE) y de la EMB de 2011 (SDP y DANE).

Por último, la comparación de los índices de protección entre 2007 y 2011, por deciles de ingresos (gráfica 2.41), muestra un comportamiento muy similar al observado por deciles de calidad de vida. Si bien se observa una mejoría general en la protección de la población, especialmente por parte de los grupos que tenían menor protección en cada decil, no se muestra una disminución de las diferencias en el nivel de protección entre deciles, es decir, persisten desigualdades importantes asociadas a la posición social, aquí reflejada por el ingreso.

Conclusiones

La investigación ratifica, en primer lugar, que los índices de protección y riesgo, por la disponibilidad de un conjunto de variables más rico, permite evaluar la inequidad en salud mucho mejor en el ámbito de los determinantes de salud que en el ámbito de salud (variables de enfermedad o discapacidad, es decir, daño o deterioro) en las grandes encuestas nacionales, pues se dispone de variables muy limitadas para medir este último ámbito.

La investigación valida nuevamente con firmeza la relación entre posición social y salud, entre calidad de vida y salud, entre posición social y calidad de vida, comprobando un patrón de vinculación sistemática de peor salud, en función de los determinantes (riesgos y protecciones) con posiciones sociales sucesivamente más bajas en una sociedad fuertemente desigual y estratificada, demostrando que a medida que se desciende en la posición social se incrementan los riesgos para la salud y se tienen menos protecciones para enfrentar la enfermedad. Por el contrario, las posiciones más altas presentaban un menor riesgo y muchas más protecciones.

Sin embargo, se encuentra, al mismo tiempo, una mejoría importante en los Índices de Riesgo y Protección entre las ENCV de 2007 y 2011. La comparación del Índice de Riesgo para 2007 y 2011 por deciles de ingreso, o por deciles de calidad de vida, o por estrato, muestra una reducción consistente de la exposición a riesgos en todas las poblaciones, pero la reducción es más significativa en los deciles más bajos o de menores ingresos, lo que igualmente significa una reducción de las desigualdades en la exposición a riesgos.

De otro lado, la comparación de los índices de protección entre 2007 y 2011, por deciles de ingresos, o por deciles de calidad de vida, permite observar una mejoría general en la protección de la población, especialmente por parte de los grupos que tenían menor protección en cada decil, pero no se evidencia una disminución del nivel de desigualdad entre deciles, es decir, que persisten inequidades importantes en protección asociadas a la posición social.

La investigación permite concluir, al igual que la anterior sobre la ENCV 2007, que existe una relación más fuerte entre posición social y riesgos para la salud que entre posición social y protecciones (respuesta social), hallazgo importante para la orientación de la política pública, en el sentido de que aunque el énfasis del SGSSS se ha dado sobre la protección social por medio del aseguramiento, es indispensable trabajar más intensamente sobre los riesgos a que está expuesta la población, riesgos que afectan con mucha mayor intensidad la salud de los grupos de las posiciones

más bajas de la escala social, derivados de la vivienda, del saneamiento ambiental, de la nutrición, riesgos igualmente derivados de las condiciones de trabajo y del tipo de transporte, así como de la violencia en el barrio, entre otros.

Evolución de variables simples de desigualdad en estado de salud, protección y riesgo. Bogotá 2007-2011

Decsi Astrid Arévalo Hernández *

Capítulo III

* Economista, Doctora en economía, profesora de la Universidad de los Andes, miembro del Grupo de Protección Social –GPS del Centro de Investigaciones para el Desarrollo , de la Facultad de Ciencias Económicas, de la Universidad Nacional de Colombia.

Evolución de variables simples de desigualdad en estado de salud, protección y riesgo. Bogotá 2007-2011

Decsi Astrid Arévalo Hernández

En la propuesta metodológica desarrollada por el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud se considera que un primer paso para identificar las inequidades en salud es la medición de las desigualdades, entendidas como las diferencias en la manifestación de un problema entre diferentes poblaciones (Martínez, 2012). Tales desigualdades se agrupan en cinco áreas de medición: oportunidades desiguales en salud, exposición desigual a riesgos, respuesta desigual de la sociedad, resultados desiguales a largo plazo e impacto de la inequidad en la sociedad y en la economía (Fresneda, 2007). El acento en la comparación de grupos de población se debe a que el análisis de equidad/inequidad en salud se centra en evidenciar que la condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social.

Una posibilidad de hacer efectivas tales mediciones proviene de la utilización de las encuestas socioeconómicas como las Encuestas de Calidad de Vida y la Encuesta Multipropósito adelantadas para Bogotá. A partir de esta fuente y con el enfoque conceptual propuesto por el observatorio, se desarrolló una metodología de indicadores para contrastar la evolución de algunas de estas áreas, en particular la de riesgos y de protección (Martínez, 2012). En la primera se agregan en un índice aquellas condiciones de habitación, trabajo, condiciones sanitarias, espacio público, transporte, entre otras, que inciden en la probabilidad de enfrentar un deterioro en la condición de salud y que expresan la exposición desigual a los riesgos; en la segunda se asocian las variables referidas a la respuesta social como las acciones de salud pública, la afiliación a la seguridad social y al sistema de riesgos profesionales, financiamiento, planes de beneficios, oferta y calidad de los servicios, entre otras, que constituyen los mecanismos de protección de que disponen las personas en la sociedad.

Si bien la configuración de índices permite una mirada de conjunto y agregada de varios elementos que pueden incidir sobre un fenómeno y con ello establecer me-

canismos de monitoreo y seguimiento, el análisis de variables simples puede ser utilizado como una manera de evidenciar las desigualdades y hacer seguimiento en puntos neurálgicos de las desigualdades. Se trata entonces, de seleccionar entre las variables consideradas en los índices las que mejor ilustren las condiciones de riesgo y protección de los grupos poblacionales, para observar su comportamiento en un momento dado y realizar comparaciones entre distintos períodos. En esta perspectiva, el objetivo de este artículo es ilustrar la desigualdad en algunos de los determinantes sociales de salud, a través de la observación del comportamiento variables simples y medir la magnitud de esa desigualdad a través de indicadores sencillos.

Con base en las proposiciones mencionadas se desarrolló un ejercicio de medición con variables simples tomadas de la Encuesta de Calidad de Vida 2007 y la Encuesta Multipropósito de 2011. Estas variables, agregadas en tres grupos (condición de salud, riesgo y protección) se utilizaron para diferenciar sus resultados en la población segmentada por deciles de ingreso, estrato de servicios públicos y localidades.

A continuación se presentará en primer lugar el conjunto de variables seleccionadas y la evolución de los resultados en condición de salud, riesgo y protección para el total de la población bogotana; en segundo término se ilustrará el comportamiento de la desigualdad en estos mismos temas; en el tercer segmento se mostrarán los resultados en medidas de desigualdad; en la cuarta sección se expondrán esas condiciones por localidades y finalmente se harán las conclusiones.

Selección de variables y evolución de las variables indicadoras de estado de salud, protección y riesgo, Bogotá 2007-2011

El estudio que dio origen a este artículo está ligado al trabajo desarrollado por Félix Martínez (2012a), publicado en el capítulo anterior de este libro. El marco conceptual a través del cual se eligieron los campos de análisis, así como las preguntas seleccionadas para esta medición provienen de las variantes que el Grupo de Protección Social introdujo en el modelo de determinantes sociales de la salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud (2010).

Según esa orientación conceptual las desigualdades producto de la organización socioeconómica inciden sobre el deterioro en la salud de las personas. Por ello, el análisis de las desigualdades se convierte en una tarea primordial a fin de detectar los factores que inhiben o potencian el daño en salud, en la perspectiva de contribuir al diseño de propuestas de acción que contrarresten los efectos negativos.

En concordancia con esta perspectiva aquí se destacan tres componentes: condición de salud, protección y riesgo. El primero tiene que ver con un objetivo social históricamente enunciado y hoy consagrado jurídicamente como derecho, pero cuya praxis dista mucho de constituir el camino que permita cumplir ese objetivo[26]; de ahí que puede ser considerado un elemento de contraste tanto para la protección como para el riesgo. El segundo está referido a las acciones de respuesta social de que dispone la persona para proteger su salud, evitar el deterioro o restablecerse frente al daño causado; en este sentido el componente está integrado, entre otros, por el aseguramiento, el financiamiento y la prestación de servicios. El tercero está conformado por el conjunto de riesgos derivados de la vida en sociedad: trabajo, hábitat, interacción social que inciden en sus condiciones de vida: alimentación, nivel de estrés, accidentalidad, entre otros.

Al observar el comportamiento de estos componentes a través de los diferentes grupos de la sociedad es posible no sólo evidenciar la desigualdad sino estimar su magnitud. Toda vez que el enfoque parte de establecer la relación entre la condición de salud y la estructura socio-económica, interesa destacar los agrupamientos sociales que reflejan dicha estructura y a través de los cuáles se podrían hacer conclusiones sobre la justicia/injusticia de esa desigualdad, lo que nos llevaría a determinar la inequidad.

Selección de variables

Como se mencionó en la introducción, las fuentes de este ejercicio de medición corresponden a la encuesta de calidad de vida 2007 (DANE, 2007) y la Encuesta Multipropósito para Bogotá Distrito Capital 2011 (DANE, 2011)[27]. Tomadas de manera aislada estas fuentes proveen información sustancial sobre la desigualdad, sin embargo cuando se intenta realizar comparaciones en el tiempo surgen las dificultades, entre ellas las generadas por las modificaciones en los formularios, pues no

[26] La idea de condición de salud pasa por la discusión de qué se entiende por salud, sin embargo en este ámbito la discusión es enorme y se sitúa entre dos polos, uno que asocia salud a enfermedad y otro que la define como el completo estado de bienestar físico, psicológico y social (Martínez, 1988). En la propuesta del observatorio se sigue la definición de Canguilhem (1976) en la que la salud se entiende como el desarrollo de las capacidades y las potencialidades del cuerpo humano.

[27] En 2003 la Secretaría Distrital de Planeación realizó un convenio con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE para adelantar la Encuesta de Calidad de Vida representativa por localidad; este esfuerzo se continuó en 2004 a través del Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID– de la Universidad Nacional que desarrolló la Encuesta de Capacidad de Pago ECP (representativa por localidad y por estrato socioeconómico), en 2007, nuevamente con el DANE se aplicó la Encuesta de Calidad de Vida de Bogotá y en 2011 también con el DANE se hizo la Encuesta Multipropósito para Bogotá Distrito Capital (Alcaldía Mayor, 2011). El propósito de la Secretaría es aplicar esta última encuesta cada dos años.

siempre se hacen las mismas preguntas y en algunas ocasiones aunque se refieren al mismo tema las opciones de respuesta cambian de modo que no son del todo comparables. Este obstáculo conduce a que se reduzca el número de preguntas disponibles para el análisis, pues sólo se puede recurrir a aquellas que tiene una exacta correspondencia.

Una dificultad adicional para la comparación se produce porque algunas de las preguntas en una encuesta fueron formuladas para individuos y en otras para hogares. Este el caso de la última pregunta de la lista anterior: "¿En los últimos 12 meses a este hogar le ha ocurrido lo siguiente?". Sin embargo, dada la importancia de la pregunta para observar elementos claves del riesgo que enfrentan los grupos poblacionales se decidió considerarla para el análisis, pues el volumen y la calidad de la alimentación son fundamentales en la determinación de la condición de salud. Aun cuando en el procesamiento estadístico se hizo la homologación de las respuestas de individuos a hogares de modo que para 2007 y 2011 la respuesta corresponde a la unidad hogar (la agregación se verificó considerando que al menos una persona del hogar tuviera la condición), es importante resaltar que en toda oportunidad que se haga referencia a este tema existirá la salvedad en la comparación.

Teniendo en cuenta esta limitación, se tomaron las siguientes preguntas de las encuestas señaladas:

Estado de salud
El estado de salud de (...) en general es:
Muy bueno
Bueno
Regular
Malo

Protección
¿… está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud?
Sí
No
No sabe, no informa
¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado?
Contributivo
Especial o de excepción
Subsidiado
No sabe, no informa
Sin estar enfermo (a) y por prevención, ¿(…) consulta por lo menos una vez al año?

Al médico general (general o especialista)
Al odontólogo
Medicina alternativa
A Ninguno

Riesgo
Actualmente las condiciones de vida en su hogar son:
Muy buenas
Buenas
Regulares
Malas
¿En los últimos 12 meses a este hogar le ha ocurrido lo siguiente?
- Que se termine la comida y no tengan dinero para comprar más
Frecuentemente
De vez en cuando
Nunca
- No tener dinero para consumir carne, pollo o pescado
Frecuentemente
De vez en cuando
Nunca
¿Por falta de dinero, algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la semana pasada?
Sí
No

Si bien la pregunta por el estado de salud corresponde a la percepción que tiene la persona sobre su propia condición y no necesariamente refleja el resultado que se derivaría de un completo análisis médico, constituye una aproximación a la que se puede recurrir. En una perspectiva general –habría seguramente varios casos en que no– el individuo está en la capacidad de juzgar su condición, pues tampoco es adecuado considerar que las personas no tienen ningún indicador sobre su salud. De otro lado, en las encuestas ésta es una de las preguntas con mayor continuidad y contrastada con otras reporta consistencia estadística. Seguramente en un futuro cuando contemos con estadísticas médicas completas podremos utilizar una medida mucho más cercana a la condición de salud de las personas.

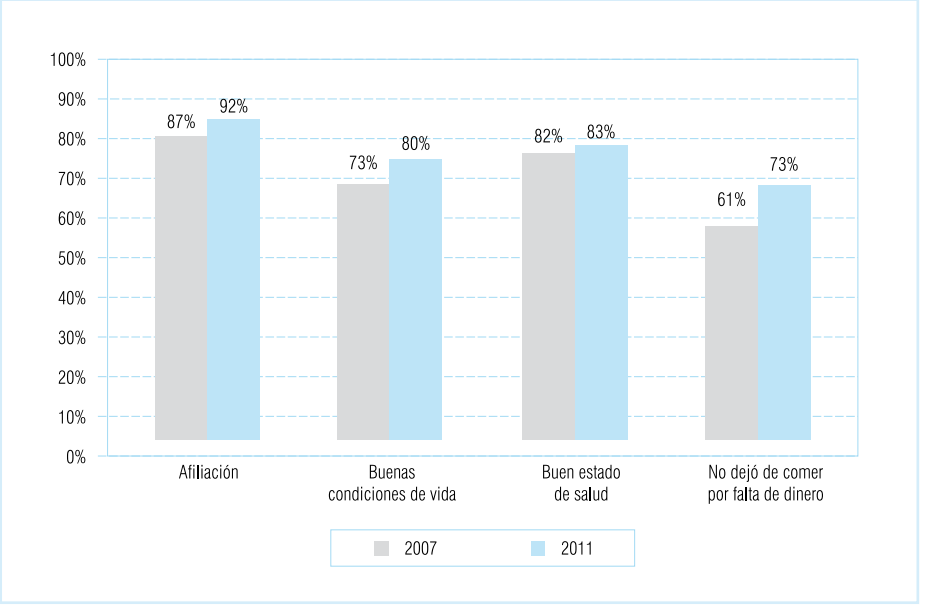
En el tema de protección, dada las características de la encuesta, se toman las preguntas sobre la afiliación y la asistencia a programas de promoción y prevención. En este caso el aseguramiento es un indicador intermedio de protección, pues este solo requisito no es total garantía de acceso a los servicios, pero la participación en promoción y prevención es más cercana porque está referido a la prestación.

Para el tema de riesgos se selecciona una pregunta de percepción (¿cómo son las condiciones de vida en el hogar?) y tres preguntas de situación alimentaria. Este último punto es relevante, pues dentro de la literatura médica se ha destacado la alta relación entre estas dos variables y cómo las deficiencias en cantidad y calidad de los alimentos generan deterioro en la condición de salud[28].

Evolución de las variables, 2007-2011

Cuando se observa la evolución de las variables en el agregado de la ciudad se puede apreciar una tendencia al mejoramiento en todas ellas (gráfico 3.1). Existe una leve mejoría en porcentaje de personas que manifiestan estar en buen estado de salud. La cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) se ha incrementado, de modo que la ciudad está a 8 puntos porcentuales de lograr la cobertura universal.

Gráfico 3.1. **Evolución de las variables indicadoras del estado de salud, protección y riesgo. Bogotá, 2007-2011**



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

[28] Ver Restrepo y otros (2006), WHO (2003), García (2003) y OPS (2002)

También se observa que aumenta el porcentaje de hogares que se perciben en muy buenas y buenas condiciones de vida, así como el porcentaje de los hogares que afirman que sus miembros nunca han dejado de comprar alimentos por falta de dinero. Consideradas estas dos últimas variables en una dirección positiva dan indicios de protección y no de riesgo; la apreciación como riesgo implica tener en cuenta los hogares en los que las condiciones de vida son regulares o malas, en los que frecuentemente se deja de consumir carne, pollo o pescado por falta de dinero, en los que algún miembro no consume ninguna comida al día por falta de dinero o en aquellos en los cuales frecuentemente se terminan los alimentos y no haya dinero para comprarlos.

Si la perspectiva del análisis fuera la protección, la conclusión sería que ha disminuido la desigualdad entre los grupos, o lo que es evidente, que cuando la población se inserta en los grupos protegidos los grados de desigualdad descienden por el hecho de la inserción. Por ello, el problema fundamental radica en quienes no quedan insertados, es decir, en aquellos que no tienen un buen plan de aseguramiento social, que no acceden a los programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, que tienen deficientes condiciones de vida o no pueden acceder a un buen plan alimenticio.

Evolución de las desigualdades en variables de condición de salud, protección y riesgo. Bogotá 2007-2011

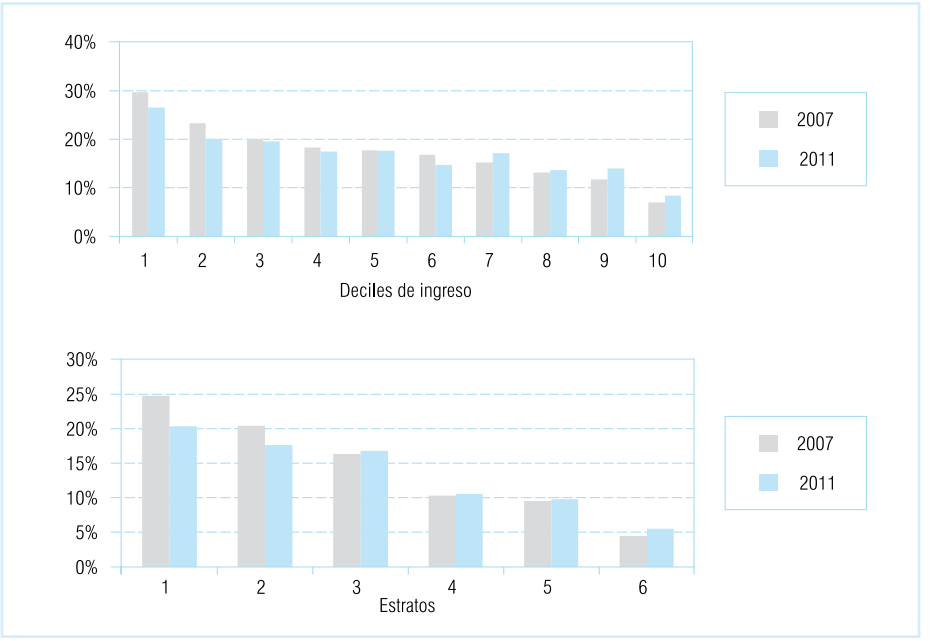
Si bien resulta esperanzador que en el agregado de la ciudad se mejoren los niveles de las variables antes señaladas es preciso insistir en la importancia de disminuir las brechas, particularmente en aquellos grupos poblacionales que se encuentran en peor situación.

Como se ha señalado en documentos anteriores (Martínez, 2007; Fresneda, 2007) entender que la desigualdad en salud se genera a partir de las diferentes condiciones sociales de los grupos poblacionales es el camino para desarrollar acciones orientadas a combatir la inequidad. En esta perspectiva, establecer las diferencias en condiciones sociales es crucial para determinar el grado y tipo de desigualdad que se enfrenta en la sociedad. En el ejercicio que aquí se presenta se tomarán dos categorías que hacen posible contemplar diferencias entre grupos sociales: deciles de ingreso y estrato de servicios públicos. A continuación, se observará la evolución de las desigualdades entre los dos años estudiados; se consideran inicialmente las variables atinentes al estado de salud, luego las referidas a la protección y finalmente las de riesgo.

Comportamiento de la condición de salud

La condición de salud es un indicador de resultado, es decir, se trata de una variable que muestra la conjunción entre el riesgo y la protección y se refiere a la "morbilidad, a la mortalidad, a la incapacidad y a las diferencias en la percepción de estado de salud, según la pertenencia del grupo o individuo a una posición socioeconómica" (Fresneda, 2007). En el caso del análisis que aquí se presenta la variable simple considerada es la percepción del estado de salud manifestada por las personas encuestadas (gráfico 3.2).

Gráfico 3.2. **Evolución de la percepción de mal y regular estado de salud. Bogotá, 2007-2011.**



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

A nivel general, como se señaló, la percepción sobre el buen estado de salud mejora; en correspondencia, disminuye el porcentaje de personas que expresan tener regular y mal estado de salud. Esa tendencia general no se verifica en cada uno de los tramos de ingreso ni en los estratos; curiosamente, en los grupos de altos ingresos aumenta la percepción de mal y regular estado de salud. Así, la desigualdad entre los grupos se aminora por un efecto favorable en los deciles bajos en los que la percepción de mala salud disminuye y por un efecto negativo en los altos.

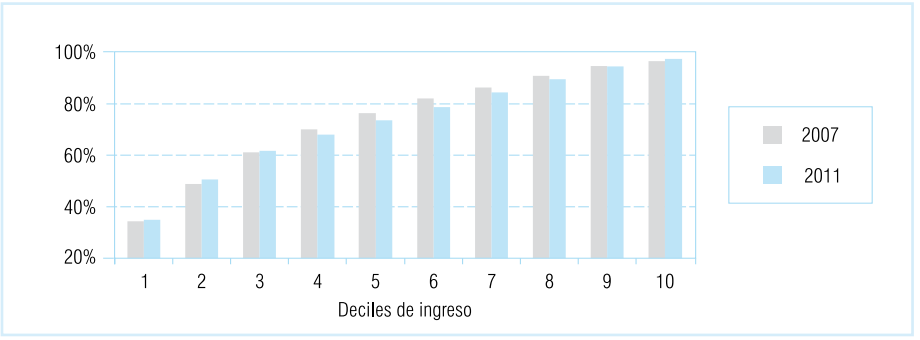
Comportamiento de la protección

Aun cuando el aumento de la cobertura en la afiliación es un síntoma de mejora en la protección, ello no implica por sí mismo una disminución en la desigualdad. En este caso es importante señalar que la información que se provee en 2011 aún no tiene contemplada la igualación en el Plan Obligatorio de Salud –POS– que si bien la había estipulado la corte constitucional en la sentencia T-760 de 2008 (Arévalo, 2012) apenas en 2011 se promulgó la igualación para los menores de edad y en 2012 la igualación para toda la población. En este sentido, en 2011 todavía cobija la diferenciación entre el paquete de servicios al que tienen acceso los afiliados a los sistemas contributivos (régimen contributivo y regímenes exceptuados) y el POS subsidiado que no contempla la atención de especialistas, el suministro de algunos medicamentos y procedimientos y tampoco tiene prestaciones económicas.

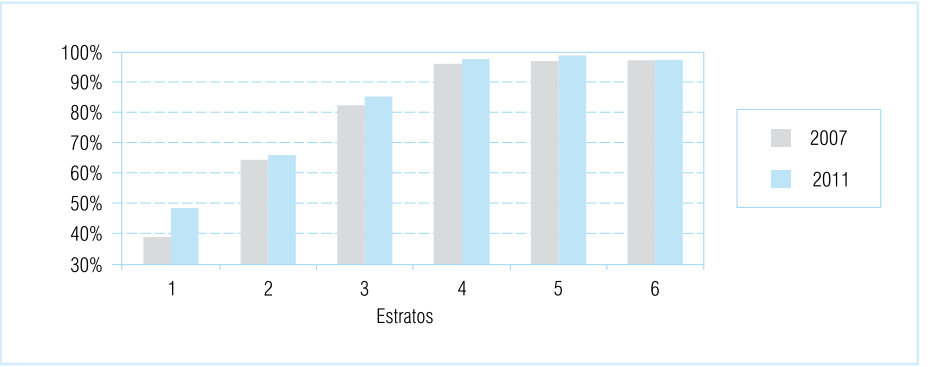
Tal diferencia constituye una enorme desigualdad dentro de la protección. Por esta consideración, la variable afiliación que se utiliza en esta medición de desigualdad es el porcentaje de la población afiliada a los regímenes contributivos y exceptuados, los que presentarían la mejor condición de afiliación que existiría en el país en tanto sistema general.

Como se aprecia en el gráfico 3.3, para todos los tramos de ingreso se ha presentado un aumento en el porcentaje de personas afiliadas a los regímenes contributivos, lo que significa que efectivamente ha mejorado la protección, dándose un ligero descenso de la desigualdad toda vez que en los deciles bajos hay un mayor aumento que en los altos, circunstancia que no sorprende toda vez que en estos últimos el margen de mejora es muy estrecho, ya que un elevadísimo porcentaje de la afiliación corresponde al régimen contributivo, y por ello no se van a registrar variaciones significativas. Buena parte de este incremento se explica en parte por la introducción de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes –PILA–, que actúa como un instrumento de coerción y de continuidad en la afiliación.

Gráfico 3.3. **Evolución de la afiliación en regímenes contributivo y exceptuado, 2007-2011**



continua Gráfico 3.3



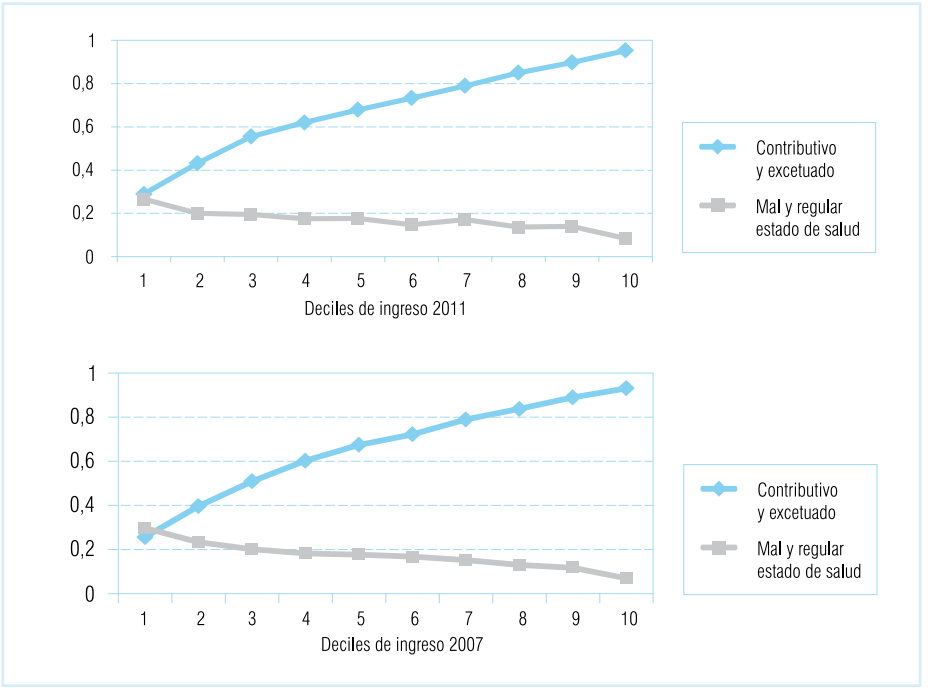
Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

Cuando la misma variable se observa por estrato, las diferencias entre los años en cada grupo cobran importancia. Se destacan el incremento que se observa en el estrato 1 y la progresiva disminución del incremento en los siguientes estratos, así como la nula variación en el estrato 6. Sin embargo, al comparar las desigualdades por ingreso con las desigualdades por estrato se aprecia una mayor incidencia en el caso de los ingresos, pues la diferencia entre la afiliación en el decil 10 y la afiliación en el decil 1 es de 66 puntos porcentuales, mientras que en los estratos la diferencia entre el 1 y el 6 es de 52 puntos porcentuales.

Esto conduce a pensar que el estrato resulta más relevante para observar las variaciones anuales y que la categoría ingreso es determinante para fijar la diferencia entre grupos. La distinción es pertinente, pues en el estrato pueden quedar subsumidas las diferencias de ingreso, ya que en un estrato de servicios públicos se conjugan grupos de ingresos distintos (aunque acotados, es decir, no están todos los grupos de ingreso) con tamaños distintos de población en esos grupos.

Al combinar los indicadores (estado de salud y afiliación), como ya se señaló, se encuentra que la brecha es un revelador indicio de la desigualdad. Tal como se muestra en el gráfico 3.4, mientras la cobertura de afiliación al régimen contributivo aumenta con el decil de ingresos, la percepción de mal y regular estado de salud tiene una relación inversa con el ingreso. Así, mientras los niveles bajos de ingreso tienen una baja cobertura y una alta percepción de mala salud, los grupos de altos ingresos muestran una gran brecha (87% en 2011) entre la cobertura de afiliación y la percepción de mala salud.

Gráfico 3.4. **Contraste entre afiliación al régimen contributivo y percepción de mal y regular estado de salud. Bogotá, 2007-2011.**



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

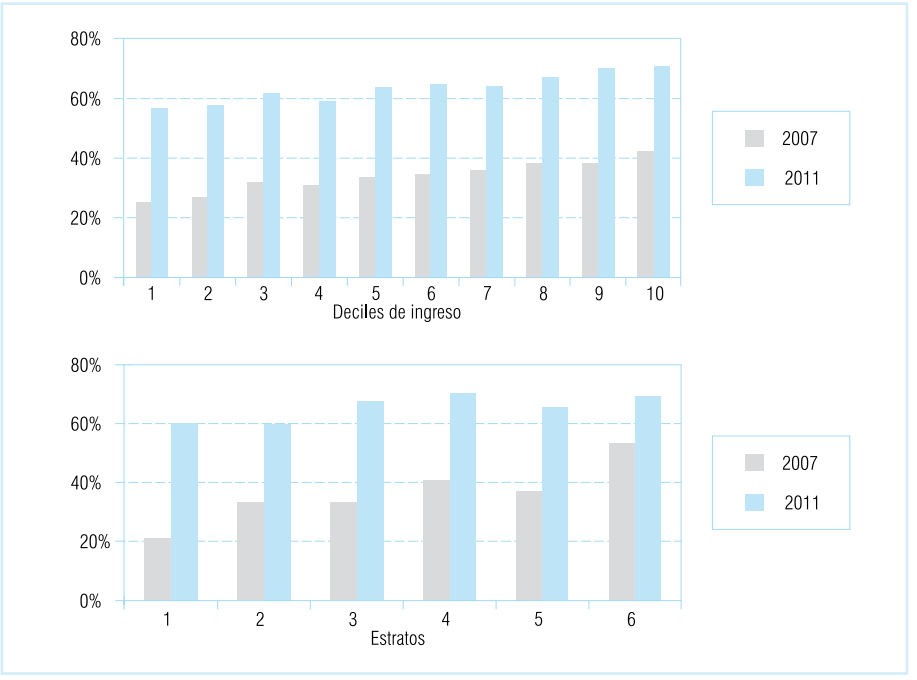
Esta circunstancia puede constituir un síntoma de la desigual protección que hay en la ciudad, pero también de las dificultades de acceso a los servicios de atención en salud que enfrentan los grupos de ingresos bajos. Como lo concluye Martínez (2012b), la distribución de los hospitales y clínicas en la ciudad muestra una marcada asimetría geográfica, con una gran concentración en la zona norte y una exigua presencia en el sur.

Justamente, reconociendo esta desigualdad en 2006, en respuesta al Decreto 190 de 2004 de ordenamiento territorial, se adoptó el Plan Maestro de Equipamientos de Salud –PMES– para el Distrito Capital, que entre sus fines contenía el de mejorar la accesibilidad y la equidad espacial. Sin embargo, como se deriva del análisis señalado las acciones no han sido suficientes para contrarrestar la desigual localización provista por el mercado.

No obstante, la condición de los niveles más bajos ha mejorado ligeramente; mientras que en 2007 la brecha era -4,1 puntos porcentuales (decil 1), es decir, que

el porcentaje de quienes expresan mala y regular condición de salud superaba el porcentaje de los afiliados al régimen contributivo, en 2011 la afiliación supera en 2 puntos porcentuales la percepción de mala salud. Otro indicador de protección que puede ilustrar el comportamiento de las desigualdades es el de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (P y P). En este caso es indudable la mejoría que se ha observado en todos los deciles de ingreso y en los estratos; para todos ellos ha habido un incremento sobresaliente en la asistencia a citas de prevención (médico general, especialista), que van del 25 al 50% en los dos años considerados (gráfico 3.5).

Gráfico 3.5. **Evolución en promoción y prevención. Bogotá, 2007-2011**



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

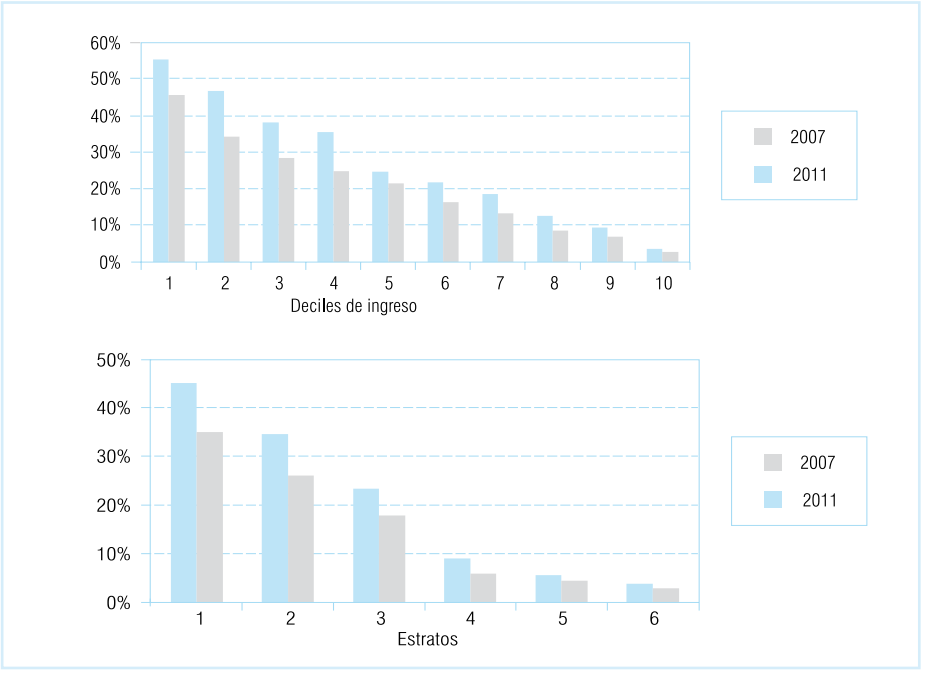
Además de este estimulante resultado, el campo de la prevención es el que menos desigualdad presenta, aunque ello era una preocupación muy importante en 2007, dado que era una igualación por lo bajo, ya que apenas dos terceras partes de la población asistía a citas por prevención. Una vez que la asistencia a prevención ha empezado a ser tomada en serio, importa hacer seguimiento a la desigualdad, pues ella tendrá efectos sobre el estado de salud de las personas. En 2007 la diferencia entre el grupo con mayor participación en prevención y el grupo con menor participación

fue de 17 puntos porcentuales, mientras que en 2011 fue de 14%. En conclusión P y P (citas médicas) arroja resultados positivos tanto en su incremento, como en la disminución de la desigualdad.

Comportamiento del riesgo

En el tema de riesgo, una primera variable de observación es la percepción de malas y regulares condiciones de vida (gráfico 3.6). En correspondencia con una muestra de mejora en los indicadores globales de protección en la ciudad, esta variable refleja la idea de que las condiciones de vida de la población mejoran. Para todos los niveles de ingresos y para todos los estratos, entre 2007 y 2011, disminuye la proporción de hogares en los que existe mala y regular condición de vida. Sin embargo, esta mejoría no se produce en igual magnitud en los distintos grupos y en todos los estratos, ya que sobresale una variación significativamente inferior en el decil 1 (-17%) y en el 5 (-13%), frente a los demás deciles en los que las variaciones oscilan entre el -26 y el -31%.

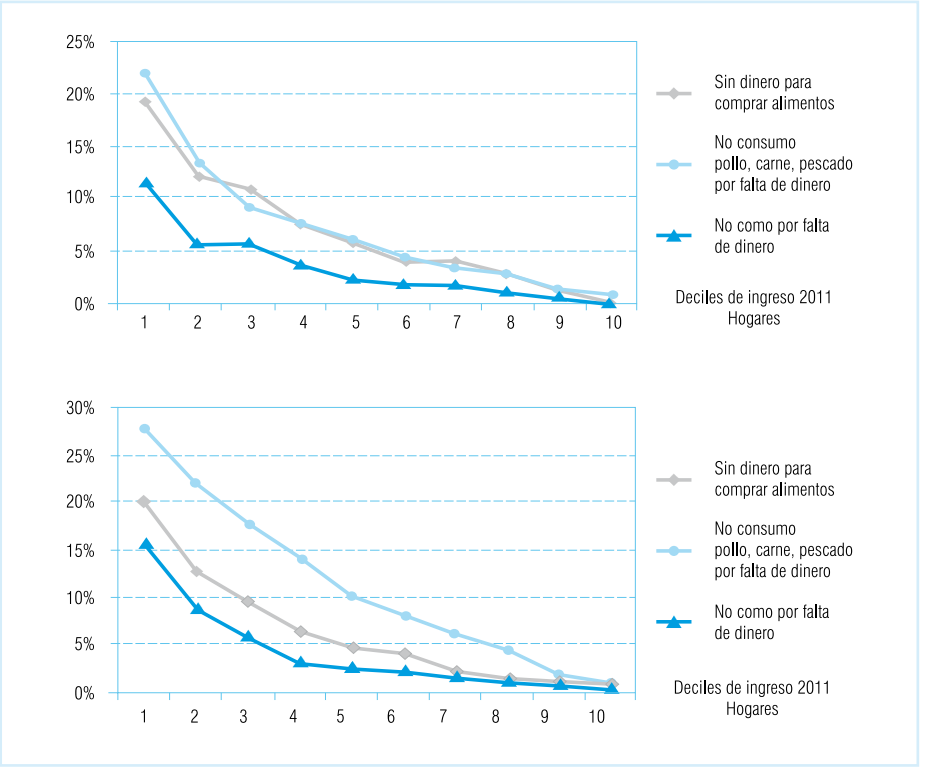
Gráfico 3.6. **Evolución de la percepción de malas y regulares condiciones de vida. Bogotá, 2007-2011**



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

Un indicador mucho más fuerte acerca de los riesgos que enfrentan los grupos poblacionales es el de las condiciones alimentarias. Aquí se han considerado tres situaciones: no tener dinero para comprar alimentos cuando éstos se acaban, no tener dinero para consumir pollo, carnes o pescado y no hacer las comidas por falta de dinero. Aunque las tres situaciones son de gran seriedad, ésta última es la que expresa mayor gravedad en el riesgo que enfrentan los hogares, pues es la completa inanición. Como se observa en el gráfico 3.7, las dos últimas situaciones registran importantes diferencias entre los deciles de ingreso y es mucho menor en el caso de los hogares en los que se acaban los alimentos y no hay dinero para comprarlos.

Gráfico 3.7. **Evolución de los riesgos alimentarios. Bogotá, 2007-2011**



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

Es necesario resaltar que en estos indicadores de riesgo la comparación de los porcentajes entre 2007 y 2011 no se puede hacer de manera directa, pues en la encuesta de calidad de vida de 2007 las preguntas se formularon a las personas, mientras

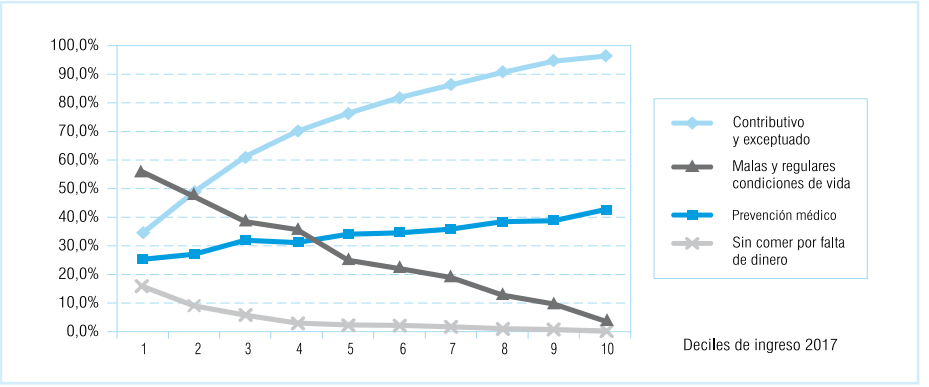
que en la Encuesta Multipropósito de 2011 se preguntó a los hogares. De modo que los cambios observados en los niveles que obtienen las variables en cada decil de ingreso no se pueden considerar directamente como deterioro en el nivel de riesgo[29]. Un elemento de comparabilidad que se tratará posteriormente son las mediciones de desigualdad.

Comparación entre protección y riesgo

Al recoger las variables de riesgo y compararlas con las de protección se obtienen comportamientos como los ilustrados en el gráfico 3.8. Tal como se mencionó arriba uno de los más impresionantes resultados es el cambio en el nivel que obtiene la asistencia a citas de prevención aun cuando sigue conservando niveles similares de desigualdad entre los deciles de ingreso.

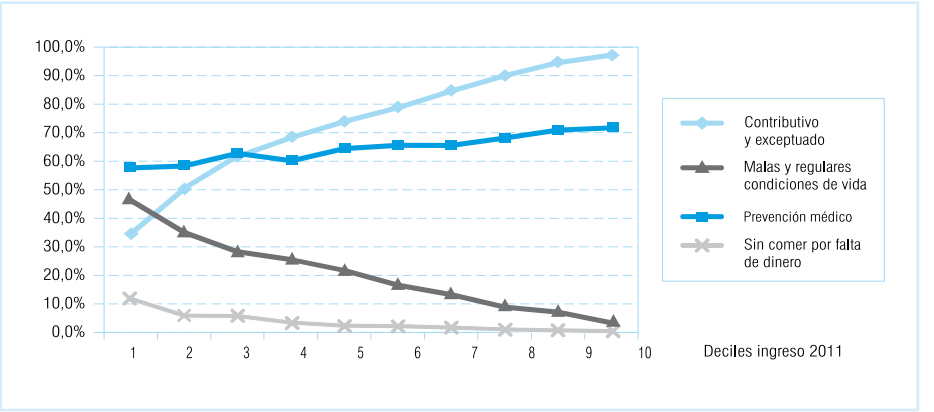
No obstante, la conclusión que se deriva de contrastar variables es la sobresaliente desigualdad entre los grupos poblacionales. En 2007, en el caso de los bajos ingresos hay más población en condición de riesgo (malas y regulares condiciones de vida) que población protegida en el régimen contributivo. Para 2011 la situación persiste aunque disminuye el porcentaje de población que enfrenta ese desamparo. Con esta característica se podría decir que es un grupo social desprotegido si no fuera por la existencia del régimen subsidiado que brinda protección, pero no en los términos completos del contributivo.

Gráfico 3.8. **Comparación de indicadores de protección y riesgo. Bogotá, 2007-2011**



continúa Gráfico 3.8

[29] El cambio en la forma de la preguntas entre la encuestas de 2007 y 2011 deja sin la posibilidad de utilizar este instrumento para tener una idea del posible efecto de políticas como las de comedores comunitarios, que sin duda podrían impactar sobre el porcentaje de personas en la condición de haber dejado de tener una comida al día por falta de dinero.



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

Por su parte, la relación entre el riesgo alimentario (ninguna comida por falta de dinero) y la protección a través de la afiliación la situación desmejora pues el porcentaje de hogares en riesgo aumenta más de lo que crece el aseguramiento.

Mediciones de desigualdad

En este aparte de la investigación se presentarán dos indicadores que muestran la magnitud de la desigualdad entre los grupos considerados, para las variables simples seleccionadas: brecha de desigualdad y razón de tasa.

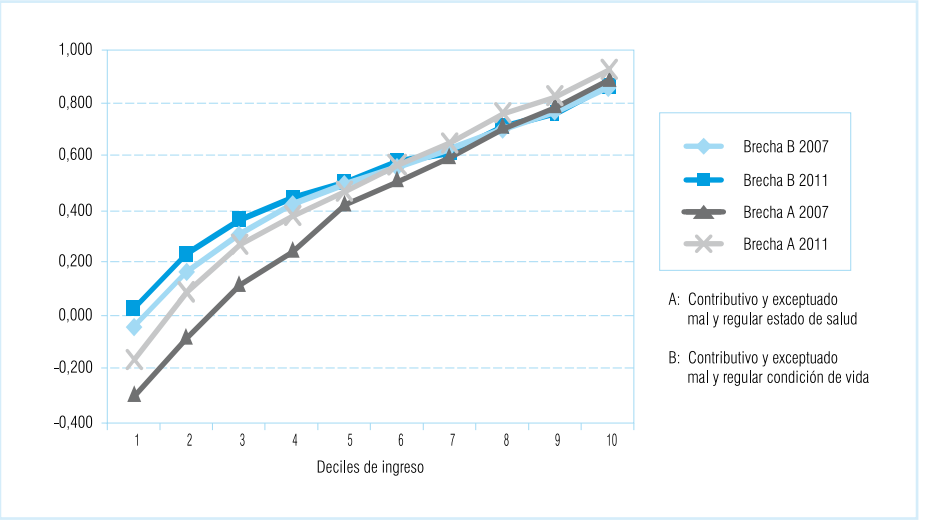
Brecha de desigualdad

Una manera de comparar esos efectos diferenciales sobre los grupos es calcular la brecha que existe entre la protección y el riesgo. Se espera que la brecha, entendida como la resta de los dos indicadores, sea cercana a 1, ya que en ese punto se tendrían la máxima protección y el mínimo riesgo. En este caso, habría un mayor porcentaje de la población afiliada al régimen contributivo y una menor proporción de población con el riesgo de malas y regulares condiciones de vida. En el gráfico 3.9 se expone la magnitud de la brecha para distintos deciles de ingreso, y resulta evidente la desigualdad entre los grupos sociales, mientras que en los niveles altos la brecha supera el 0,8 en los bajos está alrededor de cero.

La desigualdad más notable en esas brechas es la de afiliación – estado de salud en 2007 y se puede reconocer porque su pendiente es superior a las demás; esta

relación, sin embargo, tuvo una leve mejoría en 2011, año en que se aprecia la ampliación de la brecha en los grupos de bajos ingresos.

Gráfico 3.9. **Evolución de las brechas entre estado de salud - protección - condiciones de vida. Bogotá, 2007-2011.**



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

De otro lado, en la brecha protección y riesgo visto a través de las malas y regulares condiciones de vida hay, comparativamente, una menor desigualdad que en la diada anterior, aun cuando su mejoría ha sido menor de un año a otro.

Desigualdad a través de la razón de tasa

Otra medida de desigualdad que expresa su magnitud es la razón de tasa, que mide la distancia en número de veces entre el porcentaje de población que tiene la característica estudiada y el porcentaje de población base de la comparación. Otra manera de presentar la misma información es mostrar qué porcentaje de población con la característica en cada grupo habría por cada 1% de la población base con la característica estudiada.

En el caso de los indicadores de protección dicha tasa resulta de dividir la posición de cada grupo por la posición del grupo en peor condición, es decir, el grupo que presenta el porcentaje inferior en afiliación y en prevención, lo cual determina el número de veces en que los grupos están mejor respecto al de nivel inferior.

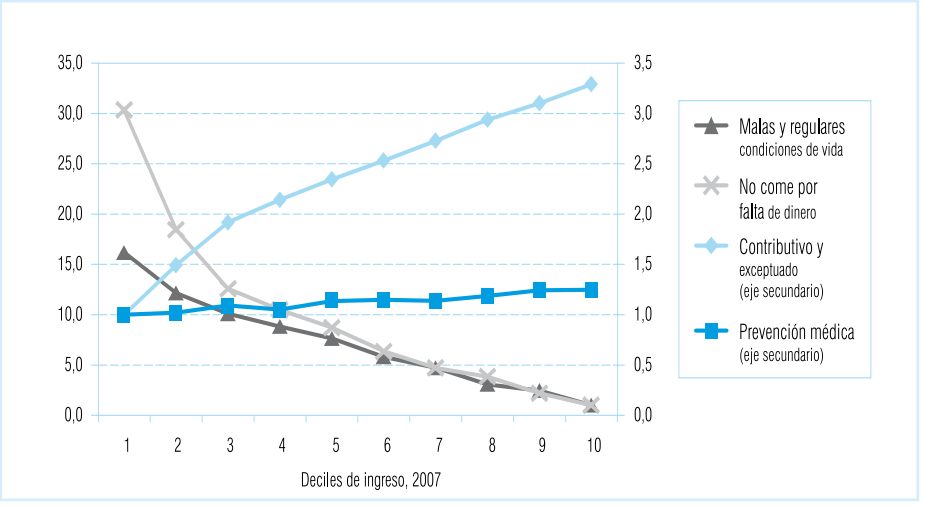
$$\text{Razón de tasa} = \frac{\text{Porcentaje de población con la característica (v.g. afiliación)}}{\text{Porcentaje de población con el más bajo porcentaje de la característica (v.g. afiliación)}}$$

En los indicadores de riesgo el denominador es el grupo en la mejor condición, por lo cual el resultado es el número de veces en las cuales el grupo está en peor condición que aquel que tiene un porcentaje menor de hogares en situación de riesgo.

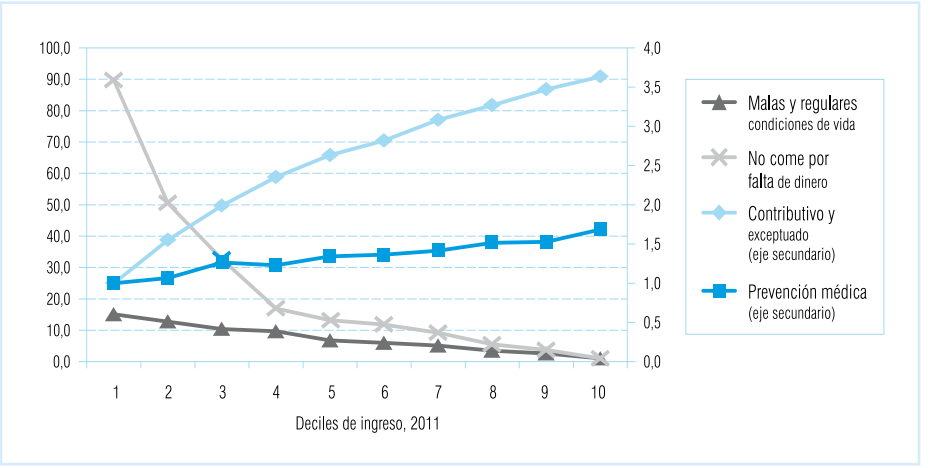
$$\text{Razón de tasa} = \frac{\text{Porcentaje de población con la característica (v.g. no consumo de alimentos)}}{\text{Porcentaje de población con el más alto porcentaje de la característica (v.g. no consumo de alimentos)}}$$

Al aplicar esta medición se evidencia la diferencia entre las brechas de protección y de riesgo (gráfico 3.10). En el caso de la afiliación la relación entre quienes están en peor condición respecto de los de mejor situación es de 1 a 3,6, es decir que los del decil 1 están 3,6 veces en peor condición que los del decil 10. En promoción y prevención como ya se ha dicho la brecha es menor, allí la relación es de 1 a 1,7.

Gráfico 3.10. **Evolución de las brechas entre protección y riesgo. Bogotá, 2007-2011**



continua Gráfico 3.10



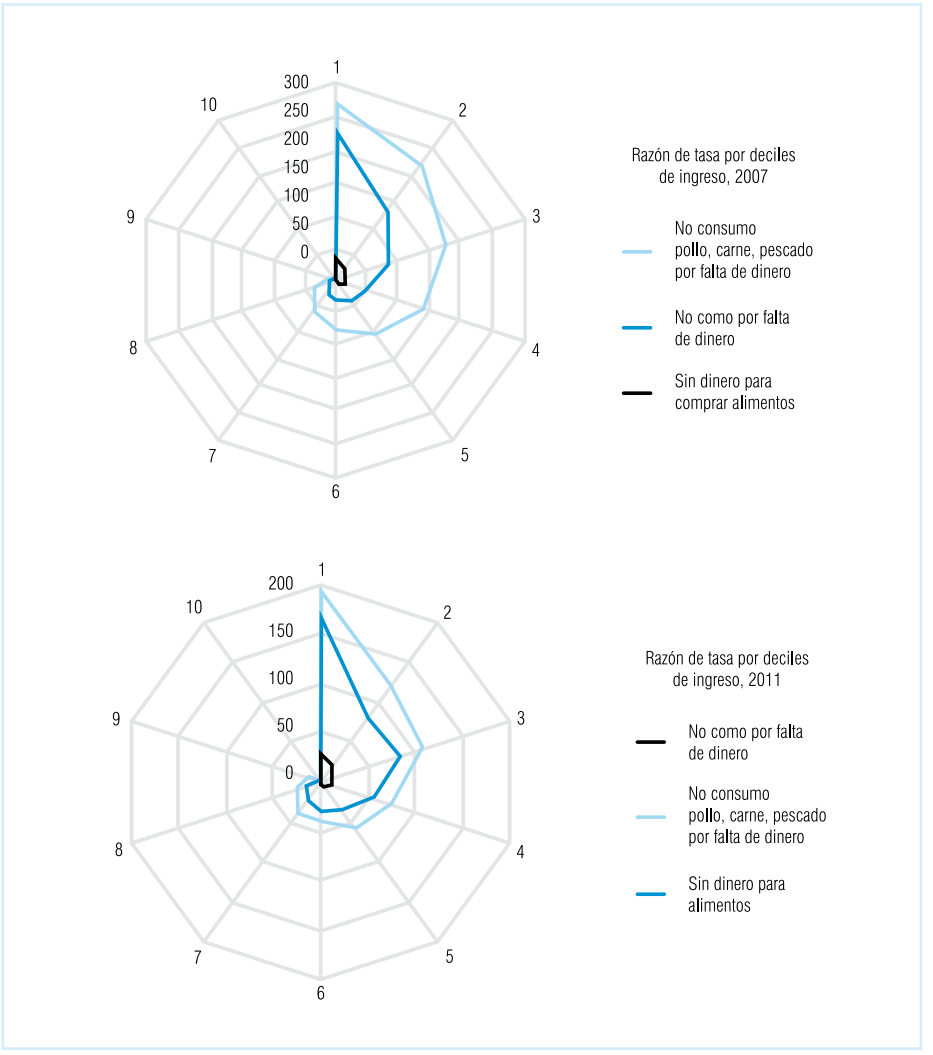
Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

Por el contrario en los indicadores de riesgo las diferencias son mucho más grandes, en el caso de las malas y regulares condiciones de vida la tasa es de 15, esto es que los del decil 1 de ingresos está 15 veces en peor condición que los del decil 10. Delicada es la situación para los hogares que a causa de la falta de dinero no pudieron comprar alimentos cuando estos se terminaron. Treinta veces es la distancia que separa al grupo en mejor condición del grupo en peor condición, es como decir que mientras el 1% de los hogares del decil 10 sufriera esa condición en ella estaría el 30% del decil 1.

Tomando un detalle sobre el comportamiento del riesgo alimentario (gráfico 3.11) se aprecia que los grados de desigualdad en los otros componentes del riesgo alimentario son superiores, al punto que, dejan prácticamente irrelevante la característica de no haber podido comprar alimentos cuando estos se acabaron. En 2011 la mayor diferenciación está en la imposibilidad de consumir carne, pollo o pescado por falta de dinero; allí la distancia entre la mejor posición y la peor es de 190 veces, lo que equivaldría a una relación entre el 0,52% del decil 10 y el 100% del decil 1. Con una razón de tasa un poco menor está la condición de no haber tenido dinero para consumir alimentos al menos un día a la semana, cuyo máximo valor está en 168.

Esta circunstancia se constituye en una de las mayores desigualdades en tanto el riesgo alimentario tiene una relación directa con el deterioro de la condición de salud. La población de bajos ingresos enfrenta una situación de necesidad extrema que la pone a gran distancia del reducido riesgo que tiene la población de altos ingresos.

Gráfico 3.11. **Comparación de las razones de tasa en riesgo alimentario. Bogotá, 2007-2011**



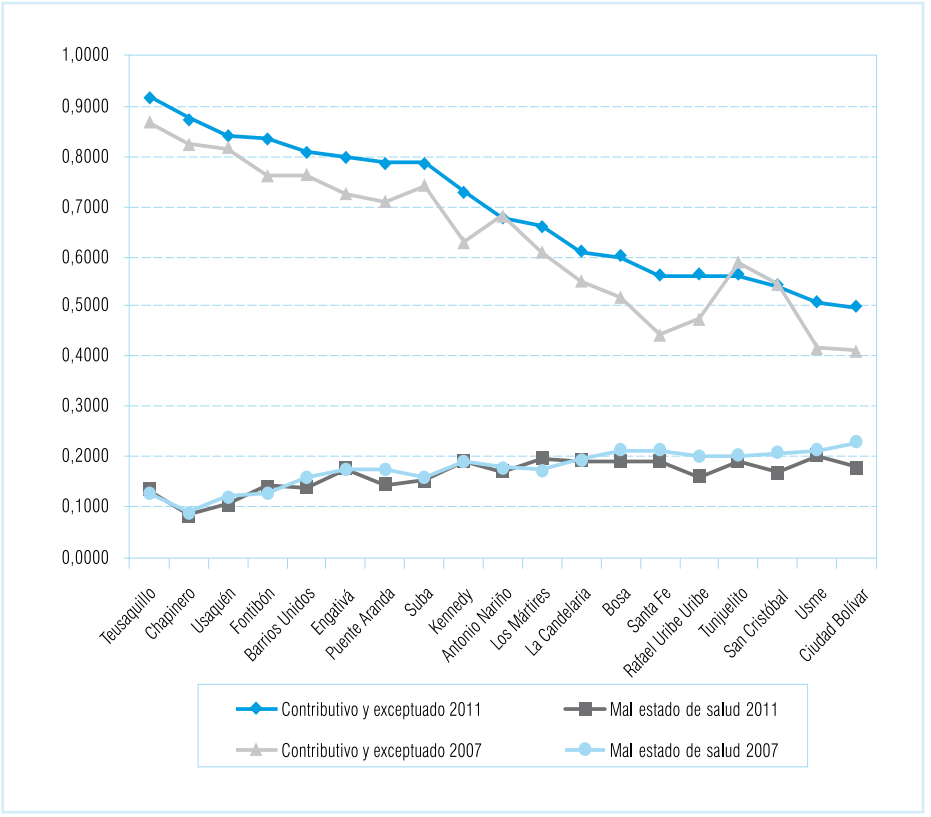
Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

Dado que esta situación es de la misma naturaleza que se presentaba en 2007, es preciso insistir en políticas que conduzcan a la reducción de la desigualdad en el riesgo alimentario, teniendo en cuenta que es uno de los que más incidencia tiene sobre la salud de los ciudadanos.

Situación por localidades del distrito capital

Al aplicar el análisis de brechas a la situación de las localidades se puede establecer su ordenamiento de acuerdo con la distancia entre los grados de protección y estado de salud que en ellas se presenta. Comparando los datos de 2007 con los de 2011 se evidencia una mejoría en los niveles de desigualdad; en ese período la brecha se amplía ligeramente para las localidades que están en el peldaño más bajo de la escala; esta característica dinámica obedece, en lo fundamental, al aumento de la afiliación al régimen contributivo, pues el descenso en el porcentaje de personas en malas y regulares condiciones de vida no es particularmente destacado (gráfico 3.12).

Gráfico 3.12. **Evolución de las brechas estado de salud – protección, según localidad. Bogotá, 2007-2011**

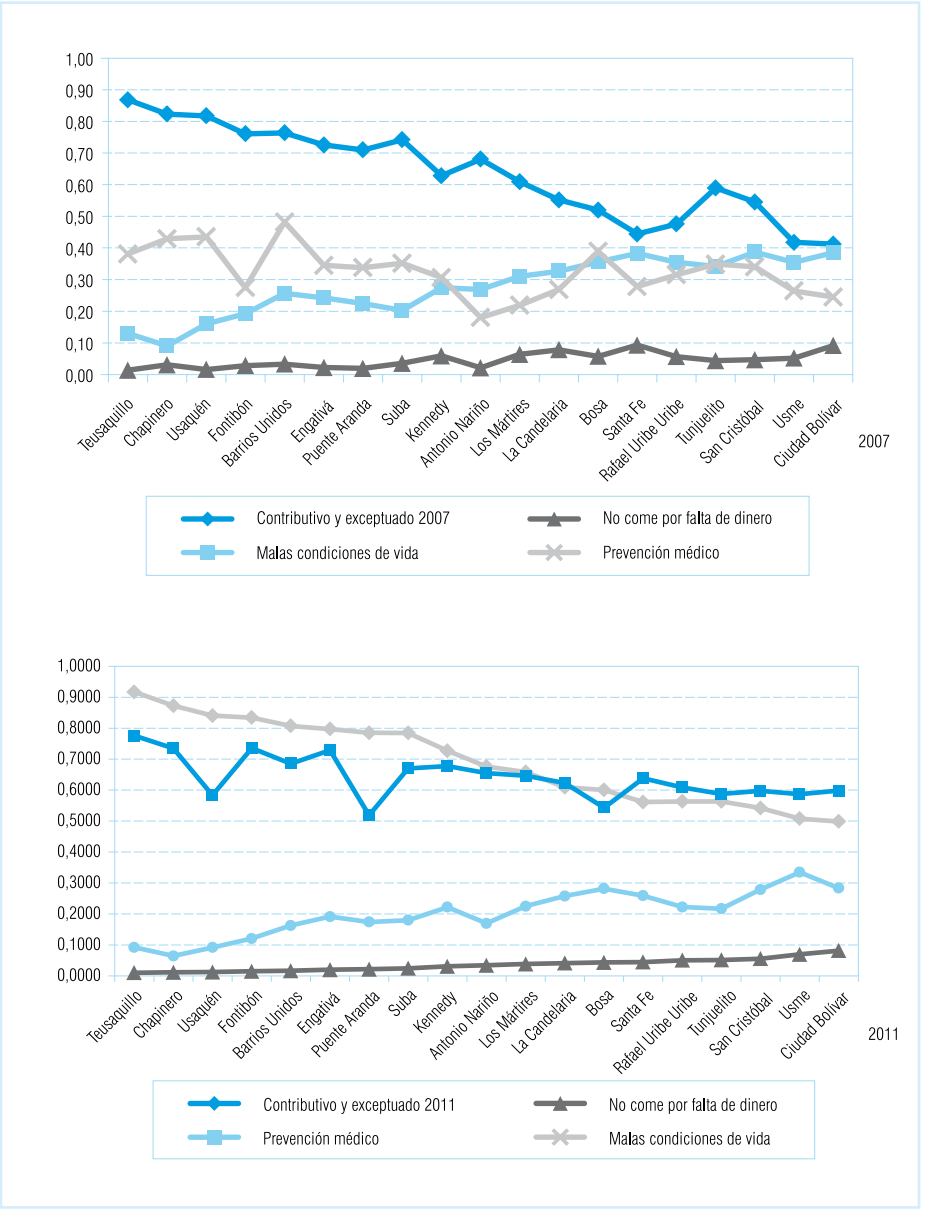


Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

Con este ordenamiento se aprecia que las localidades de Teusaquillo, Chapinero y Usaquén son las que registran una mejor posición en la geografía de la ciudad, mientras que las de San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar ocupan los últimos lugares. Tal circunstancia es sobresaliente considerando que Usaquén es la localidad que registra el primer lugar en la disponibilidad de servicios de salud y que, a su vez, concentra el mayor porcentaje de población de estratos altos de la ciudad, mientras que Chapinero y Teusaquillo muestran cinco veces más servicios habilitados que localidades entre cinco y diez veces más pobladas como Suba, Kennedy y Engativá (Martínez, 2012b). "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" (Martínez, 2012b). Por lo tanto, el aumento de la protección en afiliación puede perder buena parte de sus benéficos efectos cuando la población enfrenta barreras geográficas de acceso.

Respecto a la relación entre protección y riesgo los resultados son menos alentadores, pues en las localidades de San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar hay un estrecho margen de diferencia entre la protección y el riesgo de malas condiciones de vida (0,3), frente a un elevado margen en Teusaquillo, Usaquén y Chapinero (0.8). En el riesgo alimentario la situación no es sustancialmente distinta, ya que en las localidades en mejor condición la brecha se sitúa alrededor de 0,91 y en las de desfavorable posición la brecha es de 0,46; en este último grupo de localidades se suma la de Santa Fe. El estímulo en dirección a superar esas agudas diferencias proviene de los buenos resultados en promoción y prevención, campos en los que para todas las localidades hubo un avance entre 2007 y 2011. Además, la distancia entre los grupos de localidades señalados es de 20 puntos porcentuales; en este caso, las localidades que registran la más baja participación en asistencia a consultas de prevención son Puente Aranda y Bosa.

Gráfico 3.13. **Evolución de las brechas protección - riesgo, según localidad. Bogotá, 2007-2011**



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

Una mirada de conjunto a las medidas de desigualdad se puede hacer a través de la tabla 3.1, en el que se presentan las razones de tasa de estado de salud, afiliación al régimen contributivo y exceptuado, prevención, malas y regulares condiciones de vida y riesgos alimentarios. Aunque con algunas pocas variantes de esos indicadores se deriva el mismo ordenamiento de localidades, es importante resaltar que en las variables de riesgo es en donde se nota la más alta incidencia de la desigualdad.

Mientras que en estado de salud y las variables de protección las diferencias no superan las 2,3 veces entre la peor y la mejor posición, en las de riesgo los valores llegan a 8,3 en riesgo alimentario y a 5,2 en malas y regulares condiciones de vida.

Tabla 3.1. **Razones de tasa de los indicadores de estado de salud – protección – riesgo. Bogotá, 2001- 2011**

Localidad	2011					2007				
	Contributivo y exceptuado	Mal estado de salud	Malas condiciones de vida	No comida por falta de dinero	Prevención médico	Contributivo y exceptuado	Mal estado de salud	Malas condiciones de vida	No comida por falta de dinero	Prevención médico
Teusaquillo	1,8	1,6	1,4	1,2	1,5	2,1	1,4	1,4	0,4	2,1
Chapinero	1,7	1,0	1,0	1,1	1,4	2,0	1,0	1,0	1,0	2,4
Usaquén	1,7	1,2	1,4	1,0	1,1	2,0	1,3	1,8	0,5	2,4
Fontibón	1,7	1,7	1,9	1,7	1,4	1,8	1,4	2,1	0,9	1,5
Barrios Unidos	1,6	1,7	2,5	1,5	1,3	1,9	1,8	2,8	1,1	2,7
Engativá	1,6	2,1	3,0	2,5	1,4	1,8	1,9	2,7	0,7	1,9
Puente Aranda	1,6	1,7	2,7	2,0	1,0	1,7	1,9	2,5	0,6	1,9
Suba	1,6	1,8	2,8	3,1	1,3	1,8	1,8	2,2	1,2	2,0
Kennedy	1,5	2,3	3,5	4,4	1,3	1,5	2,1	3,0	1,9	1,7
Antonio Nariño	1,4	2,1	2,6	2,2	1,3	1,7	2,0	3,0	0,7	1,0
Los Mártires	1,3	2,4	3,5	3,9	1,2	1,5	1,9	3,4	2,1	1,2
La Candelaria	1,2	2,3	4,0	5,6	1,2	1,3	2,2	3,6	2,6	1,5
Bosa	1,2	2,3	4,4	5,2	1,0	1,3	2,4	3,9	1,9	2,2
Santa Fe	1,1	2,3	4,0	8,3	1,2	1,1	2,4	4,2	3,0	1,5
Rafael Uribe Uribe	1,1	1,9	3,5	4,2	1,2	1,2	2,2	3,9	1,9	1,7
Tunjuelito	1,1	2,3	3,4	3,5	1,1	1,4	2,3	3,8	1,4	1,9
San Cristóbal	1,1	2,0	4,3	7,0	1,2	1,3	2,3	4,3	1,5	1,9
Usme	1,0	2,5	5,2	4,5	1,1	1,0	2,4	3,9	1,7	1,5
Ciudad Bolívar	1,0	2,2	4,4	5,1	1,2	1,0	2,5	4,2	3,0	1,4

Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

Para resumir la situación de las localidades, se puede emprender un ejercicio de ordenamiento considerando la sumatoria de las desigualdades, suponiendo que cada una de las variables tenga la misma ponderación. Esta ponderación se podría modificar para efectos de programar acciones contra los diferentes riesgos para ver la evolución de sus resultados.

Con fines ilustrativos, aquí se toman las razones de tasa presentadas en el cuadro anterior y se hace una agregación aritmética; de este resultado se pueden generar unas posiciones, según la distribución del rango de la nueva variable. La conclusión de este procedimiento se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla 3.2. **Ordenamiento de las localidades según medidas de desigualdad. Bogotá, 2007- 2011**

Localidad	2007
Chapinero	7,4
Teusaquillo	7,5
Fontibón	7,9
Usaquén	8,0
Antonio Nariño	8,3
Puente Aranda	8,7
Suba	8,9
Engativá	9,0
Los Mártires	10,1
Barrios Unidos	10,2
Kennedy	10,3
Usme	10,4
Tunjuelito	10,8
Rafael Uribe Uribe	10,9
La Candelaria	11,1
San Cristóbal	11,3
Bosa	11,6
Ciudad Bolívar	12,1
Santa Fe	12,2

Localidad	2007
Chapinero	6,3
Usaquén	6,5
Teusaquillo	7,6
Fontibón	8,3
Barrios Unidos	8,7
Puente Aranda	9,0
Antonio Nariño	9,5
Engativá	10,6
Suba	10,6
Tunjuelito	11,4
Rafael Uribe Uribe	11,9
Los Mártires	12,3
Kennedy	12,9
Ciudad Bolívar	13,9
Bosa	14,2
Usme	14,3
La Candelaria	14,4
San Cristóbal	15,7
Santa Fe	17,0

Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

En síntesis, se tienen localidades que no cambian su ubicación de grupo en los dos años considerados, un par que ascienden y otro par que desmejoran su posición.

Tabla 3.3. **Cambios en la posición de las localidades**

Mantuvieron su lugar	Ascendieron	Descendieron
Chapinero, Usaquén, Teusaquillo, Fontibón, Puente Aranda, Antonio Nariño		Barrios Unidos
Los Mártires, Kennedy, Rafael Uribe Uribe, Tunjuelito	Suba	
La Candelaria, San Cristóbal, Santa Fe	Usme	Ciudad Bolívar

Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta Multipropósito 2011

Consideraciones finales

Una de las conclusiones que se obtienen al realizar el análisis de la desigualdad es la urgencia de poner en marcha medidas que permitan reducir la brecha que hay entre la exposición a riesgos y la protección. Dentro de esas medidas vale la pena destacar aquellas que tienden a reducir el riesgo alimentario que, como quedó expuesto, es uno de los factores en los que se evidencia la mayor desigualdad, que afecta con importante severidad a los deciles bajos de ingreso y que es un determinante de primera línea en las condiciones de salud de la población. En esta perspectiva, podría lograrse una mayor articulación entre los programas de crecimiento y desarrollo con los alimentarios, no sólo para obtener ventajas en la asignación de recursos, sino para propiciar acciones coordinadas para las poblaciones en grave riesgo.

Otro elemento sobresaliente, pero que desborda las políticas locales, es la desigualdad en la afiliación al régimen contributivo. En esta perspectiva, la posibilidad de incidencia devendría de estimular un alza considerable en la asistencia a programas de promoción y prevención para los afiliados al régimen subsidiado y lograr una mayor adherencia de la población a programas locales como el de madres gestantes y el de adultos mayores, a través de los cuales se pueda brindar atención complementaria.

También podría el gobierno local mejorar el grado de incidencia sobre la organización de la oferta de establecimientos sanitarios, de modo que la población no sólo esté cubierta en afiliación sino también en disponibilidad de entidades para la prestación de servicios.

Finalmente, hacer evidente la notoria diferencia entre las localidades es un buen inicio para fortalecer las acciones dirigidas a la población de las situadas en la peor condición de desigualdad. Santa Fe, La Candelaria y San Cristóbal pueden ser localidades piloto para profundizar el análisis a través de microterritorios y ver en ellos la respuesta social a las desigualdades. También pueden ser los espacios propicios para generar nuevos lineamientos en la coordinación entre los diversos programas de la alcaldía.

En esta perspectiva los análisis aquí presentados podría mejorarse introduciendo metodologías de georeferenciación que permitan modificar la escala de análisis ya no desde la localidad sino en unidades más pequeñas en las que se puedan clasificar las zonas de acuerdo con los niveles de desigualdad que enfrentas. Ello permitiría compaginar este tipo de espacialidad con la definida a través de planeación en salud y con ello precisar los focos de acción así como las modalidades para esa intervención.

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

Capítulo IV

*Felix León Martínez Martín**

* Médico, Magíster en Salud Pública, miembro del Grupo de Protección Social –GPS del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Facultad de Ciencias Económicas, de la Universidad Nacional de Colombia. Docente de la Maestría de Protección Social de la Universidad Santo Tomas

** El autor agradece las contribuciones de la Doctora Decsi Astrid Arévalo a la elaboración del documento.

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

Felix León Martínez Martín

Antecedentes y Justificación

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

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

Sobra decir que, si bien antes de la Ley 100 de 1993 un porcentaje pequeño de la población con capacidad de pago estimulaba el desarrollo de servicios privados de salud de mediana y alta complejidad en cercanías a sus áreas residenciales, el proceso franco de privatización del aseguramiento, producto de la reforma, abrió las perspectivas de ofrecer servicios de baja, mediana y alta complejidad a los nuevos pagadores en el Régimen Contributivo y, parcialmente, en el Régimen Subsidiado, donde un porcentaje de la prestación de servicios de salud, en virtud de la regulación, siguió ligado a la red pública. En materia de dotación de infraestructura sanitaria la política distrital reciente se organiza a partir del mandato del Decreto 190 de 2004, en el que la elaboración de planes maestros de equipamiento se constituye en el elemento central de la planeación y se definen como instrumentos estructurantes con un horizonte de largo plazo. (Arévalo, 2012)

Para el ámbito de la salud se entiende que los equipamientos son aquellos destinados a la administración y prestación de servicios de salud suministrados por las instituciones prestadoras de servicios de salud tanto del sector privado, como del público y en los distintos ámbitos territoriales. En la prestación de servicios queda incluido todo el conjunto de atenciones que se realizan en esas entidades: promoción, protección específica, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El diagnóstico sobre el equipamiento en salud conducente a la definición del Plan Maestro de Equipamiento (Decreto 318 de 2006), tenía como propósito "determinar las necesidades específicas en salud de la población del distrito capital y cómo dichas necesidades se reflejan en la localización de equipamientos en salud de los niveles, I, II y II". Este intención estaba orientada a fijar las metas para cumplir con uno de los objetivos específicos en el desarrollo del Plan Maestro de Equipamientos en salud –PMES–: lograr una mayor accesibilidad y equidad espacial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por parte de la población de menores ingresos de la ciudad; así que se propone ordenar y mejorar la oferta actual y futura de equipamientos y de servicios, de manera accesible, equitativa, disponible, integral y de calidad, para contribuir en la garantía al derecho a la salud de la población del Distrito Capital. (SDP, 2005)

Para fijar las metas se requería definir una adecuada localización de la infraestructura sanitaria; para ello dentro del diagnóstico en el campo de la accesibilidad espacial se aplicó un "modelo gravitacional que tiene en cuenta la suficiencia del transporte público, la distancia, la fricción en el desplazamiento, la capacidad de la oferta disponible y la magnitud de la demanda de atención"[30]. En dicho diagnóstico se toma como base a 2004 y se hacen proyecciones hasta 2019 tanto en población por UPZ, como en demanda de servicios de salud para la población de estratos 1- 3.

[30] Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2005, op. cit. En el modelo gravitacional la distribución de la oferta de servicios en el que el oferente más cercano consigue una mayor participación en la demanda. En el documento de la Secretaría se afirma que "El modelo de gravitación combina en una sola fórmula, el análisis de la accesibilidad geográfica con la capacidad de oferta de los servicios existentes, para representar la interacción potencial entre cualquier punto de la población y todos los puntos de servicios dentro de una distancia razonable".

La síntesis de los resultados obtenidos en ese diagnóstico se puede observar en el Anexo 1 y entre las conclusiones se destaca que en la localidad de Suba se debe mejorar la capacidad de oferta, particularmente en Rincón, Tibabuyes y Suba; en Engativá hay que mejorar la oferta en la UPZ Engativá; en Chapinero hay que actuar sobre la UPZ San Isidro Patios; en Usaquén, aunque el índice de accesibilidad global es satisfactorio, se requiere mejorar la cobertura en poblaciones situadas en la zona de los cerros orientales; en la red centro-oriente, las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Santa Fe presentan problemas de accesibilidad; en la red sur-occidente, las localidades de Kennedy y Bosa presentan graves problemas de accesibilidad espacial al servicio, por lo que se requiere una pronta intervención al igual que en la red sur. En resumen, las localidades de las redes sur y sur occidente son las que presentan mayores problemas de accesibilidad y mayor déficit en su capacidad de oferta de servicios.

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

En términos de equidad, es necesario hacer visibles las diferencias en la disponibilidad de servicios de salud en la ciudad para los habitantes de las distintas localidades y posiciones sociales, ya que, en la práctica, la inaccesibilidad geográfica conlleva inaccesibilidad económica, aun en el aseguramiento, en función tanto de los costos del transporte, como de los costos económicos y sociales que se traducen tiempos perdidos en razón de dichos desplazamientos. Al respecto, la administración distrital ha incrementado la inversión en la red pública, con el fin de disminuir las brechas en la disponibilidad de equipamientos en salud, por lo que cabría esperar algún impacto favorable. En el Análisis de la Situación de Salud de Bogotá 2009, se señala:

> En el Área de Desarrollo de Servicios, la ciudad no cuenta con evaluaciones integrales de la relación oferta / demanda; se equipara ésta con la producción de servicios y se destaca que la información para el sector privado se limita a los datos acerca de la capacidad instalada y de la habilitación de servicios. No se conocen, por ejemplo, condiciones de accesibilidad y oportunidad, limitando así el ejercicio de rectoría sobre la calidad, y hay vacíos de información que permitan valorar las condiciones de atención del Régimen Contributivo –60% del total de ciudadanos–, amén de aspectos sensibles como la accesibilidad, oportunidad y cumplimiento en entrega de medicamentos.

Marco teórico

El enfoque de equidad en salud

El observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud viene trabajando en las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social: oportunidades desiguales de construir salud en los niños, exposición desigual a riesgos, relacionadas con las condiciones de vida y trabajo, respuesta desigual de la sociedad en accesibilidad y calidad, o financiamiento o aseguramiento diferencial y, finalmente, resultados desiguales a largo plazo, en términos de morbilidad, discapacidad y mortalidad (Martínez, 2007).

En el mismo sentido planteó 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 ventaja/desventaja social.

Exposición diferencial al riesgo enfermedad y discapacidad, relacionadas con condiciones de vida y trabajo asociadas a ventaja/desventaja social.

Respuesta desigual de la sociedad. Acceso a servicios, exclusión en salud, asociadas a ventaja/desventaja social.

Resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida al nacer, mortalidad temprana o mayor por ciertas patologías, asociadas a ventaja/desventaja social.

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

El enfoque de equidad adoptado por el Observatorio también parte de las siguientes premisas: (Martínez, 2007)

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". (Wagstaff, 2002: 80)

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". (Evans, Diderishen, Wirth, 2002)

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.

"La equidad en salud puede ser definida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales clave) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales." (Braveman y Gruskin, 2003: 57)

"Estas relaciones expresan el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones." (OPS 1998)

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

> El término «desigualdad» hace referencia a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema, sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si la diferencia de ocurrencia del fenómeno entre distintos grupos es justa o injusta (…) 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 salud. (OPS 1998)

En el marco teórico desarrollado en el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá se señalaba igualmente:

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 del Estado servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, conforme con los sistemas organizados de protección social.

En este caso interesa el tercer ítem, la posibilidad real de recibir de la sociedad y del Estado servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, conforme con los sistemas organizados de protección social, en términos de la disponibilidad de la oferta para la población en distintas localidades del distrito.

Para la Corte Constitucional "los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna." (Sentencia T-760 de 2008)

La localización de la infraestructura sanitaria: entre la equidad y la eficiencia

Los desarrollos en materia del análisis de localización han destacado dos modelos para definir la ubicación de instalaciones empresariales: minisum (minidistance) y minimax, que provienen de las ideas básicas de estadística de maximun likelihood, máximum utility y máximum entropy. El primero tiene como objetivo decidir la ubicación de los centros de servicio en dirección a minimizar el costo total, expresado generalmente como "la minimización de la distancia total que tienen que recorrer los usuarios del sistema para abastecerse de sus respectivos centros de servicio" (Canos, Mocholi, Martínez, 2009). En esta perspectiva, para un nivel dado de densidad de población, la mejor solución será aquella en la que el centro de servicio se ubica de modo que la mayoría de los usuarios tenga que recorrer distancias cortas. Sin embargo, el criterio de mayorías puede implicar que la minoría tenga que hacer largos trayectos para adquirir los servicios, con lo cual la eficiencia induce la desigualdad.

El modelo minimax, por su parte, intenta minimizar la distancia máxima, sea que se pondere o no entre los usuarios y los centros de servicios a los cuales están asociados. Tal modelo diseñado para generar igualdad puede implicar problemas de eficiencia "dado que la no discriminación de los usuarios más alejados se obtiene a costa de un incremento de los costes respecto" (Ibíd.) de los de un modelo de asignación eficiente.

La disparidad entre estos dos modelos ha sido sujeto de múltiples discusiones y propuestas. Entre estas últimas se encuentra la búsqueda de soluciones de compromiso que generen alguna coincidencia entre las expectativas tanto de los usuarios, como de quienes deben tomar la decisión de instalar el centro de servicio. Una

solución en este camino es crear restricciones por zonas de modo que el objetivo es localizar los centros de servicio cumpliendo dos condiciones: distancia mínima y recepción de al menos el mismo número de centros en cada zona. Otra opción es ubicar los centros de servicio de manera que se maximice la población cubierta con una distancia dada y, al tiempo, se garantice que los usuarios de cada punto de demanda encontrarán un centro que no está más lejos de un determinado límite.

Dentro de estos modelos se introducen consideraciones no sólo de distancia, sino también de niveles de atención características de la demanda, según perfiles epidemiológicos. Con estos atributos se encuentra el modelo gravitacional ya comentado, originalmente utilizado para analizar los flujos de pacientes que recibe el hospital. En ese modelo se afirma que el flujo de pacientes de un área hacia el hospital es directamente proporcional a la morbilidad relativa de la población de esa área y directamente proporcional a la capacidad del hospital para dar atención, y es inversamente proporcional a la accesibilidad al hospital.

Este tipo de modelos tienen como propósito definir la localización deseable de los equipamientos. Como se puede observar en esos enfoques metodológicos hay diferencias importantes entre los intereses privados y los públicos al localizar la infraestructura y, por ello, se manifiestan las tensiones entre eficiencia y desigualdad.

Sin embargo, estos procedimientos para determinar la localización de los equipamientos ofrecen dificultades para ser utilizados como metodología para el seguimiento, toda vez que la información no ofrece la suficiente disponibilidad y oportunidad. Con esta perspectiva es importante encontrar mecanismos que permitan un monitoreo más sistemático y menos costoso para la administración.

Igualmente, el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud ha señalado que la relación entre variables geográficas y variables socioeconómicas no resulta sencilla ni muy útil para los análisis de equidad, cuando las agrupaciones poblacionales geo-referenciadas son muy heterogéneas respecto a las variables de ventaja o desventaja social.

"Son mucho más útiles las desagregaciones geográficas menores que las mayores, por ejemplo, a nivel urbano, puesto que se encuentra mayor homogeneidad de las variables de posición social en las pequeñas agrupaciones poblacionales geo-referenciadas.

"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." (Martínez, 2007)

Objetivos

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.

Metodología

La investigación tomó como insumo fundamental la Base de Datos del Registro Especial de Prestadores (habilitación) de 2011, del Sistema de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El Sistema Único de Habilitación tiene su fuente en la Ley 100 de 1993 que introdujo la calidad como uno de sus principios rectores y estipuló la creación de un sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC), creado con el Decreto 2174 de 1996. A través de la Ley 715 de 2002 se estableció el sistema de garantía de la calidad y el sistema único de habilitación, cuya reglamentación fue modificada con el Decreto 1011 de 2006. En esta última norma se definen los componentes de SOGC: el sistema único de acreditación de IPS y empresas administradoras de planes de beneficios EAPB; sistema de información a los usuarios y EPS; auditoría para el mejoramiento de la calidad y el sistema único de habilitación de prestadores y de EPS. El Sistema Único de Habilitación establece las condiciones que deben cumplir los prestadores

de servicios de salud para habilitar sus servicios así como implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Dentro de estas condiciones están las tecnológicas y científicas (estándares básicos de estructura y de procesos), suficiencia patrimonial-financiera y capacidad técnico-administrativa. El procedimiento que siguen las entidades es: la entidad declara sus condiciones en esas materias y manifiesta cumplir con los estándares; luego, este cumplimiento debería ser verificado por las autoridades, y del resultado de esa verificación dependería la autorización de las entidades. Cumplido ese proceso se diligencia un formulario de inscripción en el registro de prestadores, que se radica en la dirección departamental o distrital de salud y, con ello, las autoridades conforman una base de datos que permite conocer la oferta de servicios[31].

La Dirección de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital facilitó la base de datos de las IPS habilitadas, geo-referenciadas por las 20 localidades del Distrito Capital.

A partir de esta base era posible establecer la existencia de servicios de distinto tipo, clasificados por los tres niveles de complejidad señalados en el Sistema de Habilitación, en cada una de las localidades del Distrito.

Para este análisis se seleccionaron únicamente las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas o privadas, que estaban constituidas como personas jurídicas con este objeto social y que contaban con sedes o establecimientos registrados, es decir, no se incluyó a los profesionales independientes, a los servicios de transporte de pacientes ni a otros objetos sociales diferentes que prestan servicios de salud, como centros médicos de las Universidades o de la sanidad militar, generalmente pertenecientes a regímenes especiales y sin personería jurídica propia.

En primer lugar, se presenta el número simple de servicios habilitados en cada localidad, por tipos de servicios, para observar la concentración geográfica de los mismos.

Posteriormente, con los datos poblacionales de cada localidad, obtenidos de la Secretaría Distrital de Planeación, el número de servicios de distinto tipo existentes se convierte en relaciones o tasas para un denominador común poblacional, que permita la comparación en términos de servicios disponibles por 100.000 habitantes.

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

[31] Sin embargo, esta metodología fijada en las normas no siempre fue cumplida en la práctica, en parte dada la escasa disponibilidad administrativa para realizar las verificaciones, de modo que el registro funciona a partir de la asunción de buena fe en el registro de información.

cifras también procedentes de las bases de datos del DANE, proporcionadas por la SDS.

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

Resultados

Un primer análisis, a partir la Base de Datos del Registro Especial de Prestadores (Habilitación) de 2011, permite evidenciar las enormes diferencias en la disponibilidad de servicios de salud en la ciudad en cada una de las localidades. Para el análisis por localidad se unieron dos de ellas, Santa Fe y Candelaria, dado que, a más de estar la segunda incluida en el territorio de la primera, separadamente cuentan cada una con muy escasa población, hecho que afectaría los resultados del análisis por localidades (tabla 4.1).

Tabla 4.1. **Población de Bogotá, por localidad. Proyección 2011**

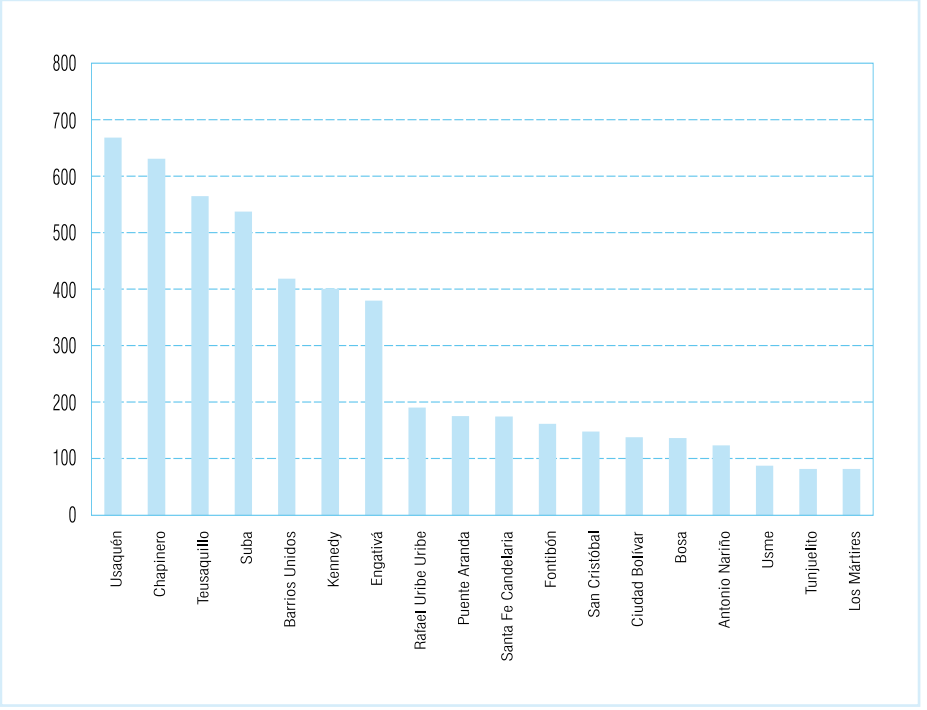
Nombre localidad	Número localidad	Población
Usaquén	1	474.773
Chapinero	2	133.778
Santa Fe – Candelaria	3	134.137
San Cristóbal	4	409.799
Usme	5	382.876
Tunjuelito	6	201.843
Bosa	7	583.056
Kennedy	8	1.019.949
Fontibón	9	345.909
Engativá	10	843.722
Suba	11	1.069.114
Barrios Unidos	12	233.781
Teusaquillo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

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

Servicios de consulta externa

Usaquén, Chapinero y Teusaquillo tienen registrados el mayor número de servicios de consulta de baja complejidad, hecho que no tiene relación alguna con la población que se debe atender en el primer nivel de complejidad, pues estas localidades, especialmente Chapinero y Teusaquillo, se cuentan entre las de menor población (gráfico 4.1).

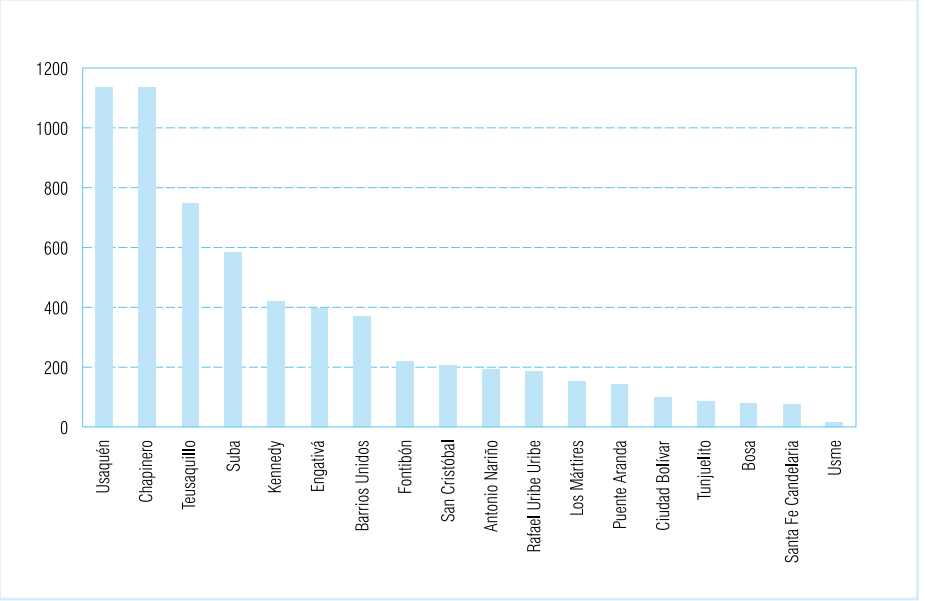
Gráfico 4.1. **IPS: servicios de consulta externa de baja complejidad, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS.

En servicios de consulta externa especializados, 99% registrados como de mediana complejidad, esta concentración en las tres localidades señaladas es aún más notoria. Usaquén, la localidad que concentra el mayor porcentaje de población de estratos altos de la ciudad toma el primer lugar, mientras Chapinero y Teusaquillo muestran cinco veces más servicios de consulta externa habilitados que localidades entre cinco y diez veces más pobladas (gráfico 4.2).

Gráfico 4.2. **IPS: servicios de consulta externa especializados, por localidad.**

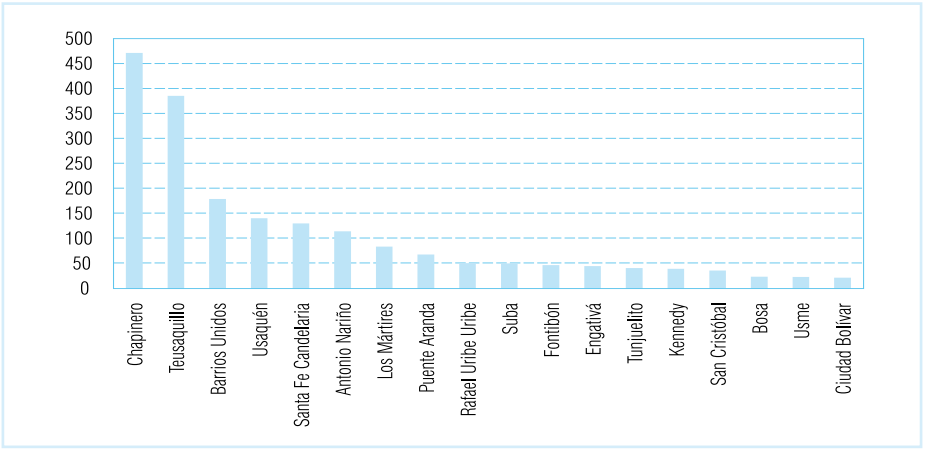


Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS.

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 (gráfico 4.3).

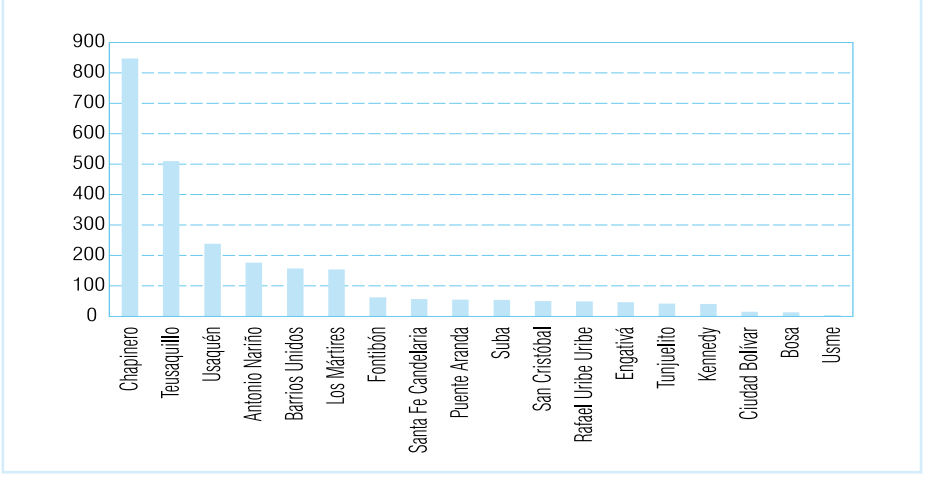
Gráfico 4.3. **IPS: servicios de consulta externa de baja complejidad x 100.000 habitantes, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS.

En servicios de consulta externa de mediana complejidad habilitados por cada 100.000 habitantes, las diferencias se amplían aún más entre Chapinero y Teusaquillo localidades de gran población, como las señaladas (gráfico 4.4).

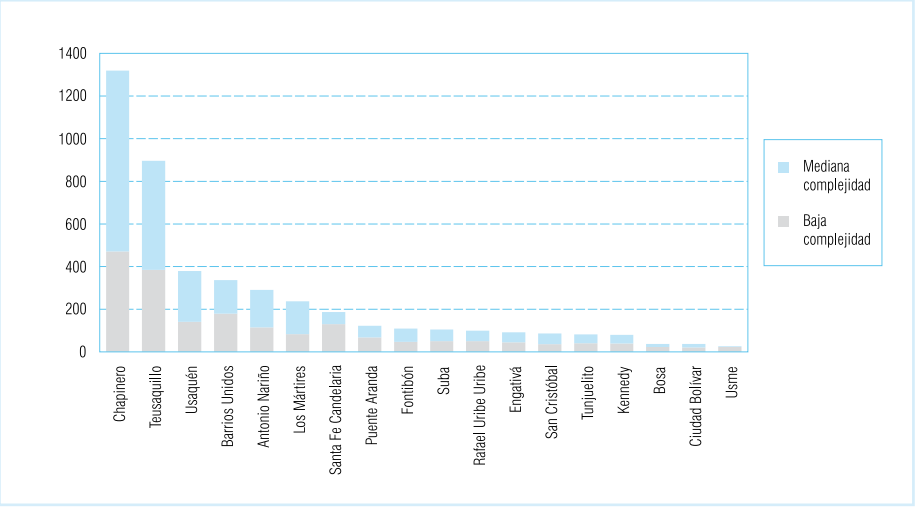
Gráfico 4.4. **IPS: servicios de consulta externa de mediana complejidad x 100.000 habitantes, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS.

Si se suman la oferta de servicios de consulta externa de baja y mediana complejidad, las diferencias en servicios habilitados por las IPS, por cada 100.000 habitantes, entre las distintas localidades se hacen aún más notorias (gráfico 4.5).

Gráfico 4.5. **IPS: servicios de consulta externa x 100.000 habitantes, según complejidad, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS.

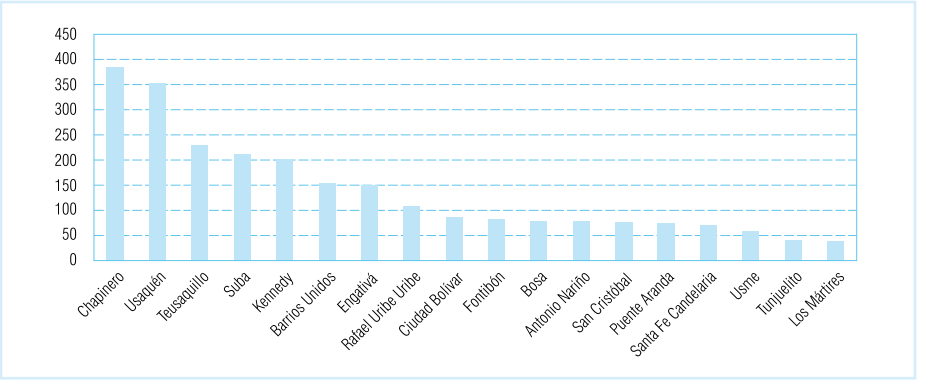
En este punto es fácil comprender que los habitantes de las localidades con mayor población cuentan con una disponibilidad mucho menor de servicios de consulta externa general y especializada en las IPS por cada 100 000 habitantes, lo que implica en primera instancia una necesidad de desplazamiento para obtener los servicios concentrados en otras localidades que tienen un excedente, 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 en el 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.

Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

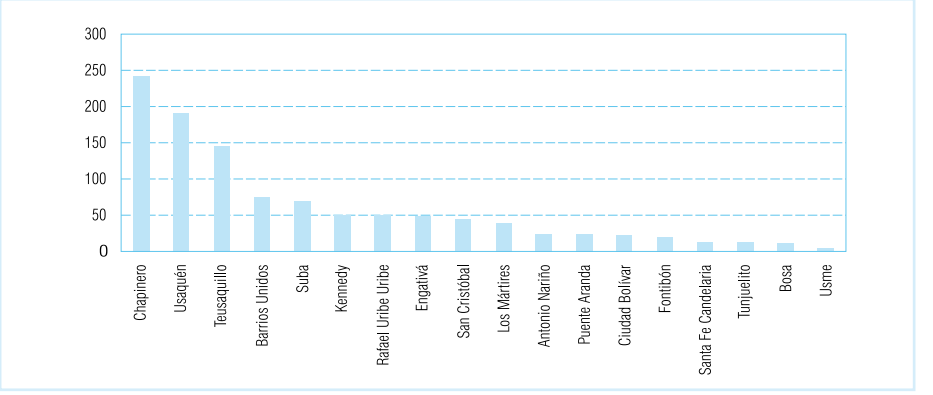
Al igual que los servicios de consulta externa, los servicios habilitados de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica por la IPS, en los tres niveles de complejidad, nuevamente se encuentran concentrados en las mismas localidades. Los de mayor nivel de complejidad casi desaparecen en las localidades pobres del sur de la ciudad (gráficos 4.6, 4.7 y 4.8).

Gráfico 4.6. **IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad, por localidad**



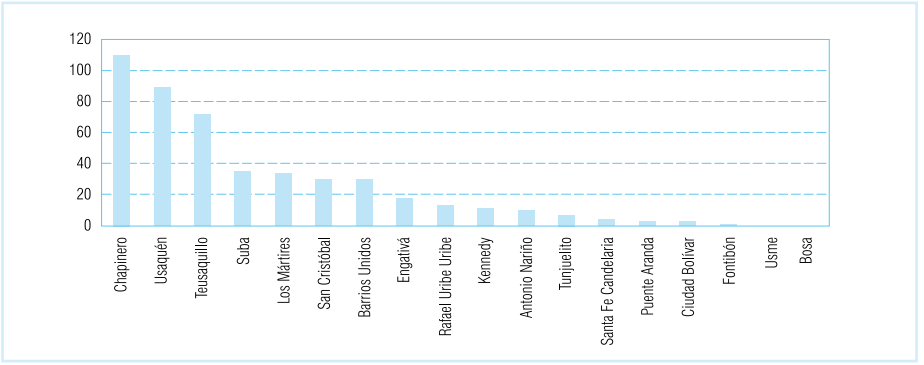
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS.

Gráfico 4.7. **IPS: servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de mediana complejidad, por localidad.**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS..

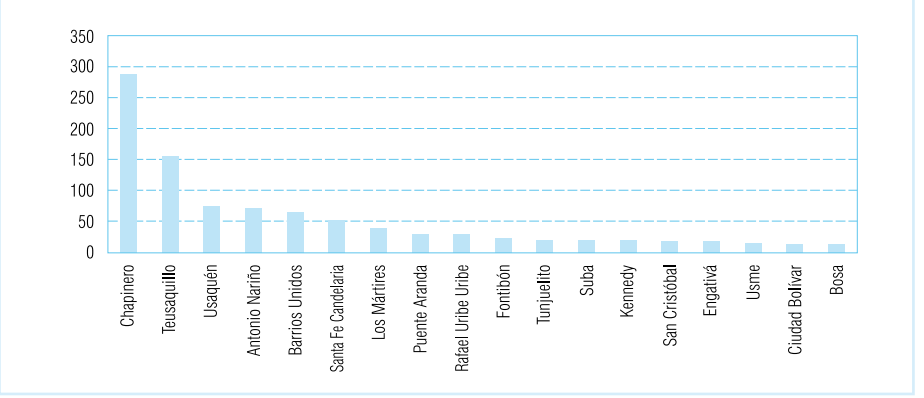
Gráfico 4.8. **IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS.

Sin embargo, 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 (gráfico 4.9).

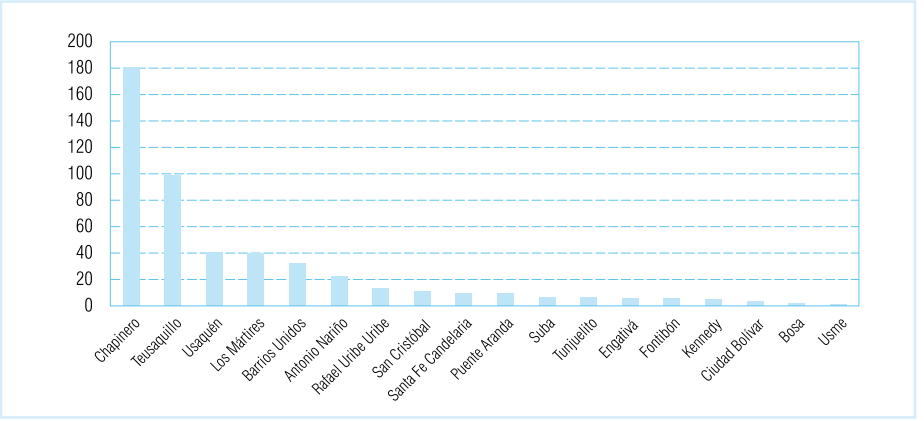
Gráfico 4.9. **IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad X 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS.

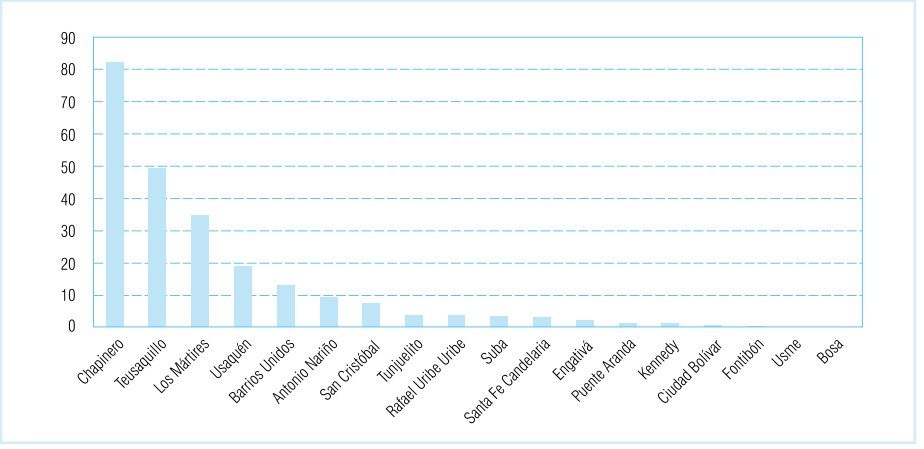
Esta desigualdad en la oferta por parte de las IPS se torna mucho más grande en los servicios de apoyo diagnóstico de mediana complejidad, donde se observan prácticamente disponibilidades cercanas a cero x 100.000 habitantes en las localidades más pobladas del occidente y sur de la ciudad (gráficos 4.10 y 4.11).

Gráfico 4.10. **IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de mediana complejidad x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS..

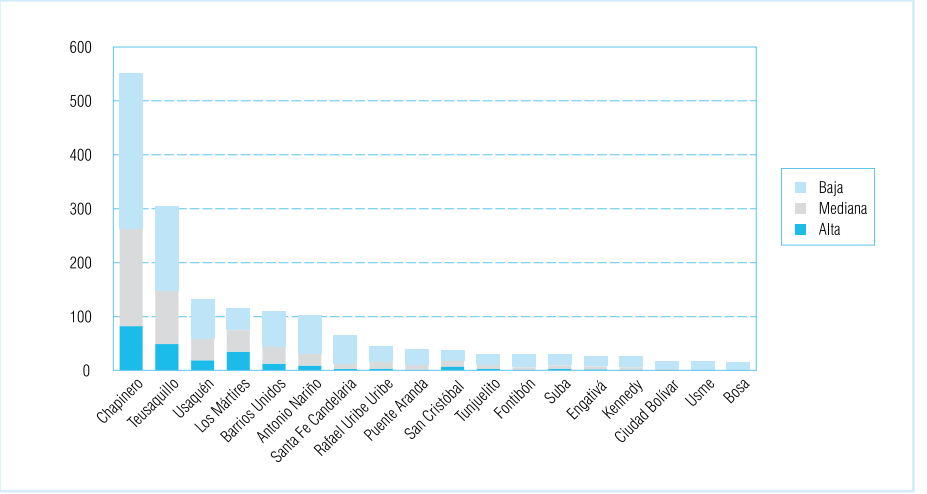
Gráfico 4.11. **IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS..

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 (gráfico 4.12).

Gráfico 4.12. **IPS: servicios apoyo diagnóstico y complementación terapéutica según complejidad X 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud- SDS..

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 de 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.

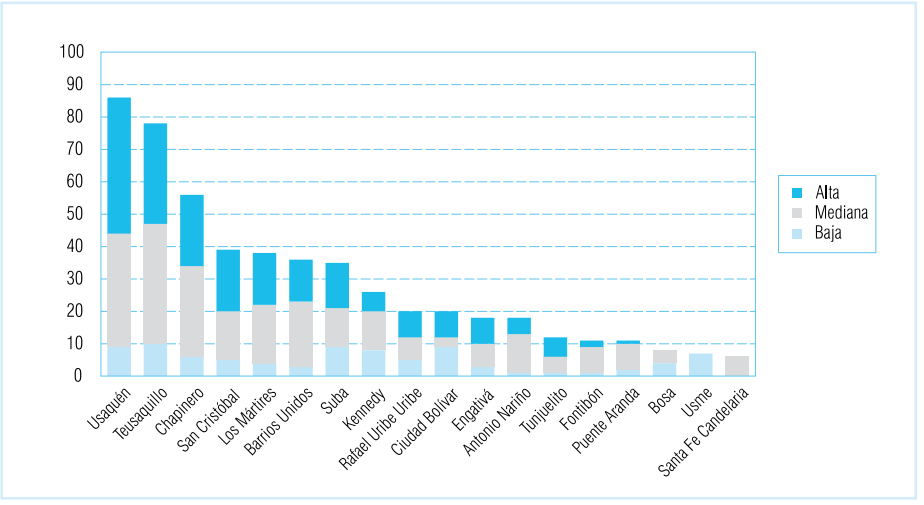
Cabe destacar igualmente que, si bien podría justificarse en algún grado la concentración de algunos servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de alta complejidad en algunas zonas de la ciudad, el hallazgo de una gran desigualdad en disponibilidad de servicios de baja complejidad es prueba igualmente de que la igualdad establecida por la cobertura de la seguridad social de estos servicios en el Régimen Contributivo y en el Subsidiado, no se ha traducido en una igual oportunidad para el acceso a los servicios.

Debe señalarse en este punto la práctica inexistencia de los servicios de mediana y alta complejidad en apoyo diagnóstico y complementación terapéutica para los habitantes de las localidades más pobladas, lo que parece coincidir con la inequidad planteada en el derecho a estos servicios mediante un Plan Subsidiado que no los incluyó sino hasta el presente año cuando se ordenó la unificación del Plan Obligatorio de Salud.

Servicios hospitalarios

La distribución por localidad de servicios hospitalarios habilitados por las IPS muestra un patrón similar a la de los servicios de consulta externa y apoyo diagnóstico, incluso con diferencias menos acentuadas en la distribución por localidad (gráfico 4.13), lo que plantearía que la oferta de servicios hospitalarios tiene un patrón de comportamiento diferente, pues no se abren en conjunto tantos servicios de este tipo en las localidades con población de estratos más altos. 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.

Gráfico 4.13. **Servicios hospitalarios habilitados, por nivel de complejidad, por localidad**

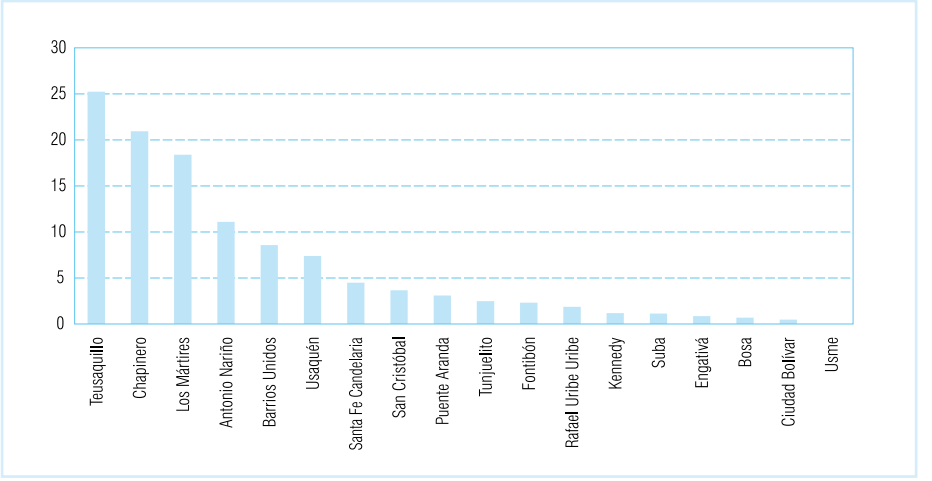


Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

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 (gráficos 4.14 y 4.15). No se analiza la baja complejidad

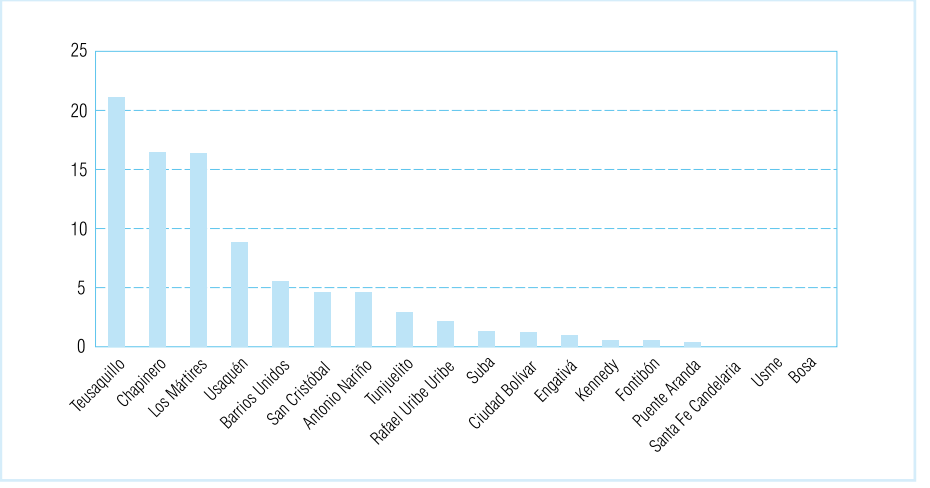
hospitalaria, pues no es propia de las ciudades sino de poblaciones marginadas, que tan sólo cuentan con médico general.

Gráfico 4.14. **Servicios hospitalarios de mediana complejidad x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.15. **Servicios hospitalarios de alta complejidad x 100.000 habitantes, en cada localidad**



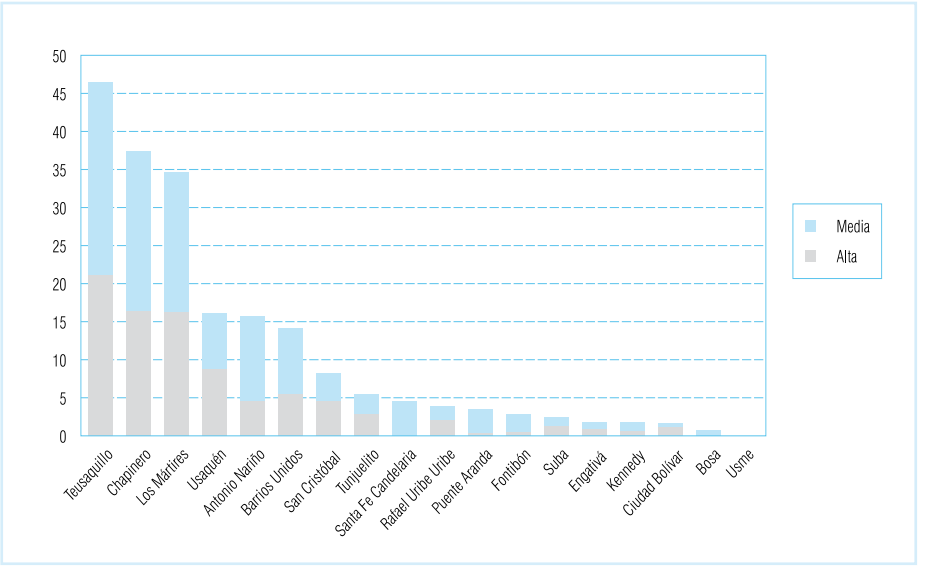
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

En este punto es importante señalar que en la norma internacional, el hospital básico, capaz de atender una urgencia médica o quirúrgica, como una apendicitis, 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 ubicado cerca al lugar de residencia, para superar las barreras de acceso, garantizar los servicios y procurar la conservación de la vida en condiciones de urgencia.

La disponibilidad cercana a cero, por cien mil habitantes, de estos servicios en las localidades muy pobladas del occidente y sur de la ciudad 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 la carencia evidente de servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios de mediana complejidad para estas localidades.

Estas diferencias no resultarían tan abrumadoras si los muy escasos servicios disponibles fueran de gran tamaño y capacidad para solventar el déficit, en conjunto, del número de servicios hospitalarios en las localidades señaladas (gráfico 4.16), hecho que podría comprobarse más adelante en el análisis.

Gráfico 4.16. **Servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad x 100.000 habitantes, en cada localidad**

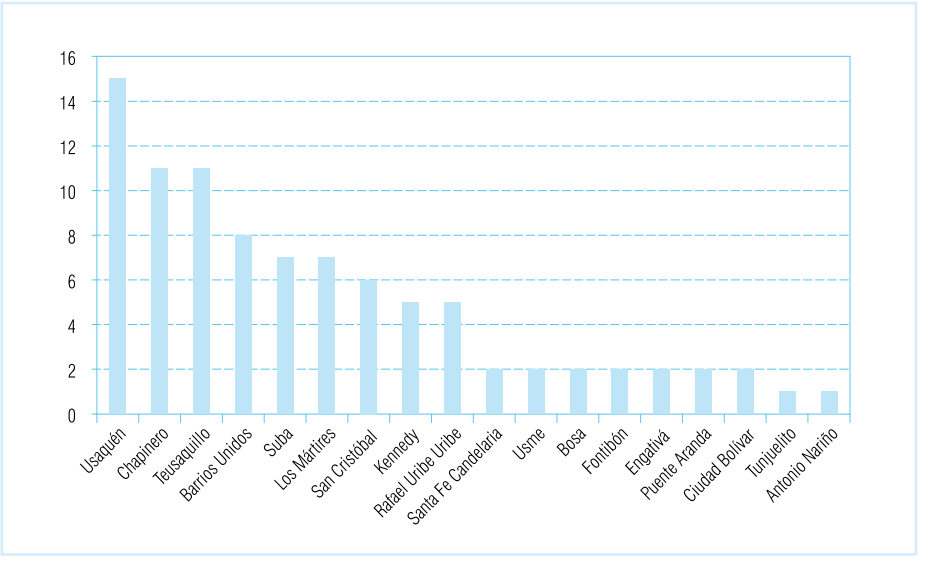


Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

En este punto, es necesario comenzar a desagregar la oferta y disponibilidad por localidad de los servicios hospitalarios por atención a grandes grupos etarios, en principio cuatro: la población adulta, la población infantil y las mujeres gestantes con sus neonatos.

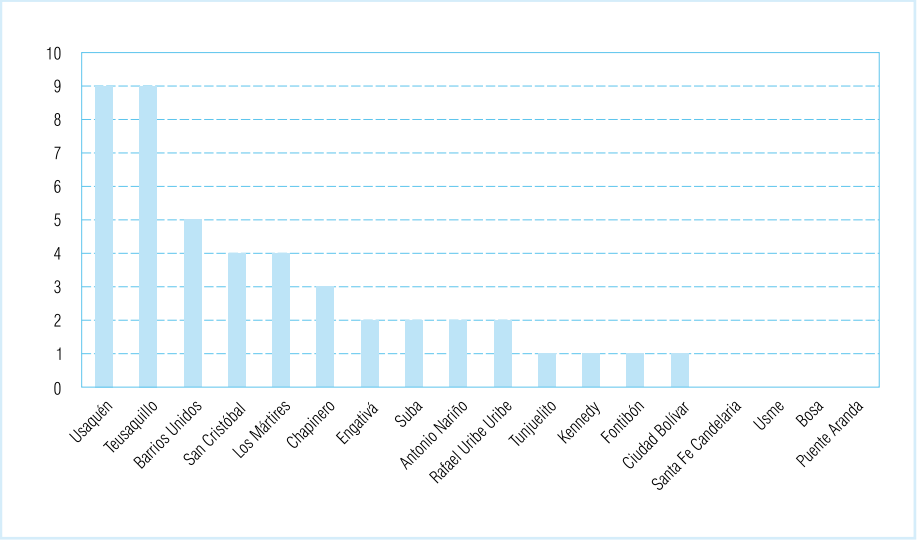
Los servicios hospitalarios para población adulta repiten el patrón de distribución por localidad de los servicios hospitalarios en conjunto, concentrados en las localidades del norte con población de mayores recursos, fenómeno que se acentúa cuando aumenta el nivel de complejidad a segundo y tercero, es decir, cuidados intermedios y cuidados intensivos, servicios que empiezan a desaparecer prácticamente en las localidades más pobres del sur de la ciudad (gráficos 4.17 a 4.19).

Gráfico 4.17. **Servicios Hospitalización general adultos, por localidad**



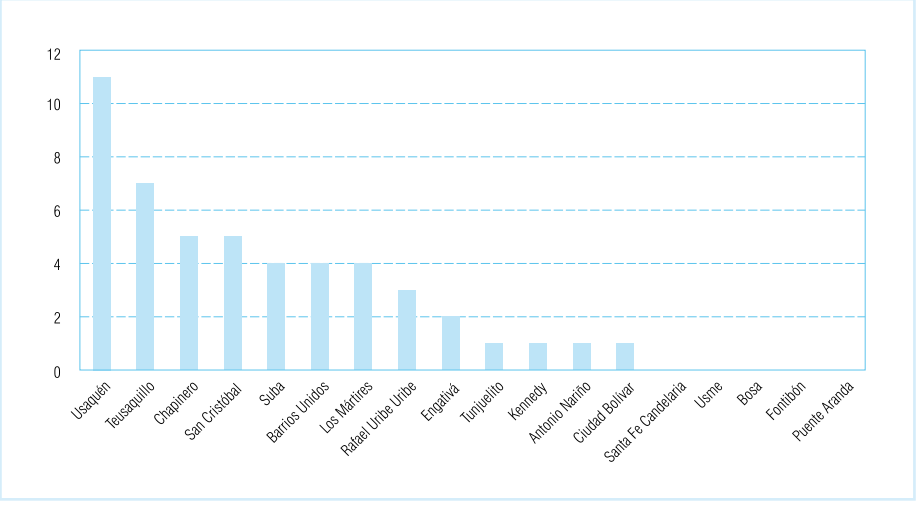
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.18. **Servicios de cuidado intermedio para población adulta, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.19. **Servicios de cuidado intensivo para población adulta, por localidad**

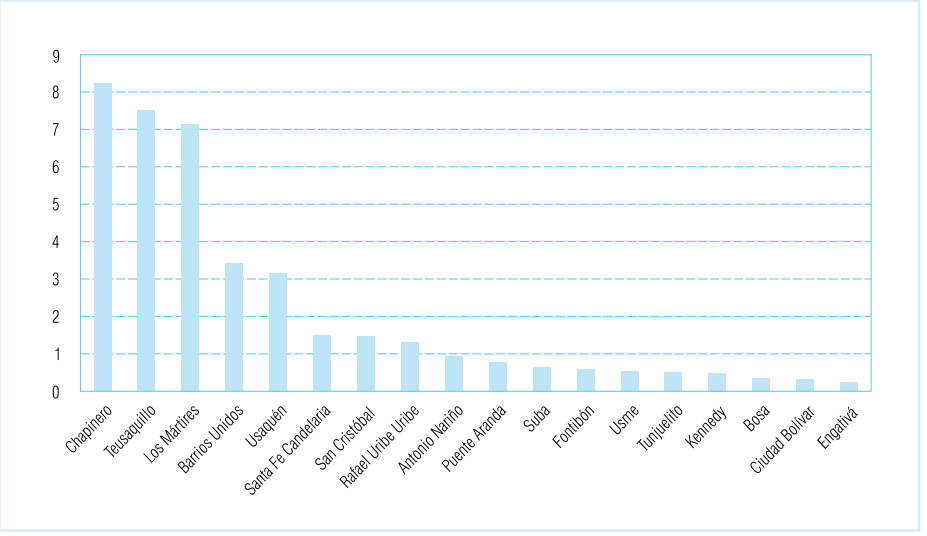


Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

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 hospitalarios para la población adulta disponibles por cada 100.000 habitantes, para cada una de las localidades.

Dos localidades se agregan en esta oportunidad a las de mayor oferta, Los Mártires y Barrios Unidos, en función probablemente de oferta institucional de las antiguas instituciones de la seguridad social, del ISS y de 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 población adulta (gráfico 4.20).

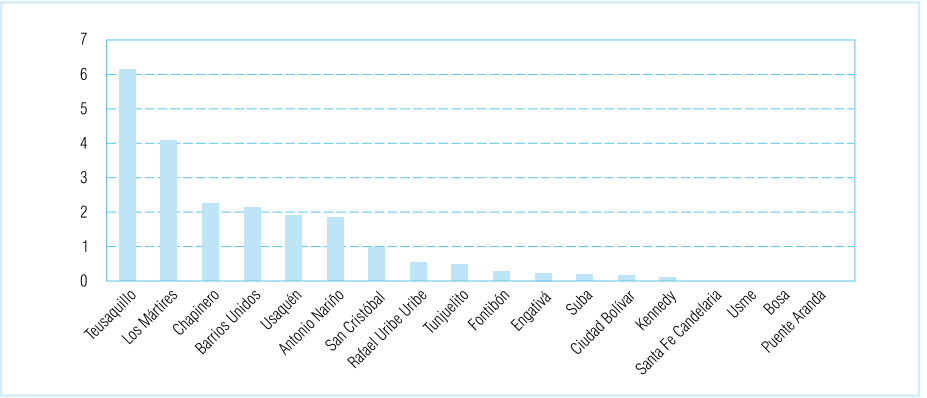
Gráfico 4.20. **Servicios de hospitalización general para población adulta x 100.000 habitantes en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

En este caso, el nivel de mediana complejidad, con disponibilidad de cuidados intermedios, especialmente importantes para personas adultas mayores, debería mostrar la mayor igualdad de oferta de estos servicios, pero nuevamente se encuentran enormes deficiencias en las localidades de mayor población del sur y occidente de la ciudad (gráfico 4.21).

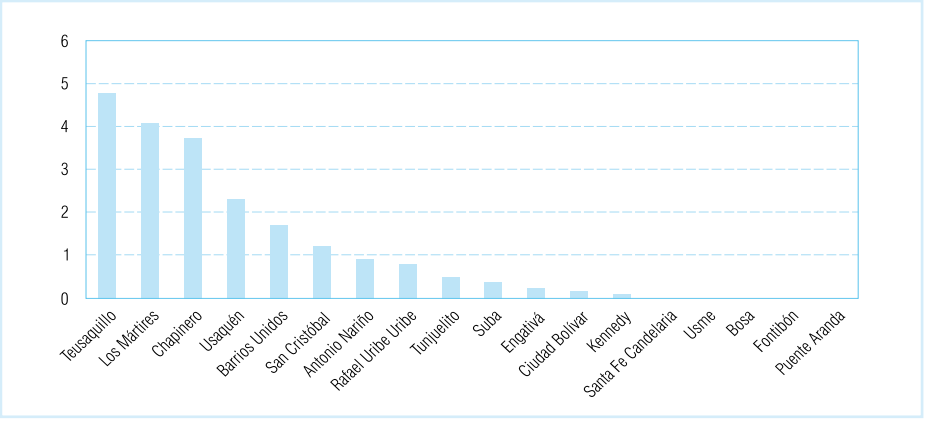
Gráfico 4.21. **Servicios de cuidado intermedio para personas adultas x 100.000 habitantes en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Era de esperar, sin embargo, la concentración de cuidados intensivos en algunas localidades, lo que no deja de plantear un grave problema para garantizar la conservación de la vida en las localidades que no cuentan con estos servicios, en caso de accidentes graves o eventos cardiovasculares, para los cuales la posibilidad de acceder a un respirador puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, situación que hace también muy vulnerables estas poblaciones en caso de una epidemia por enfermedad respiratoria grave (gráfico 4.22).

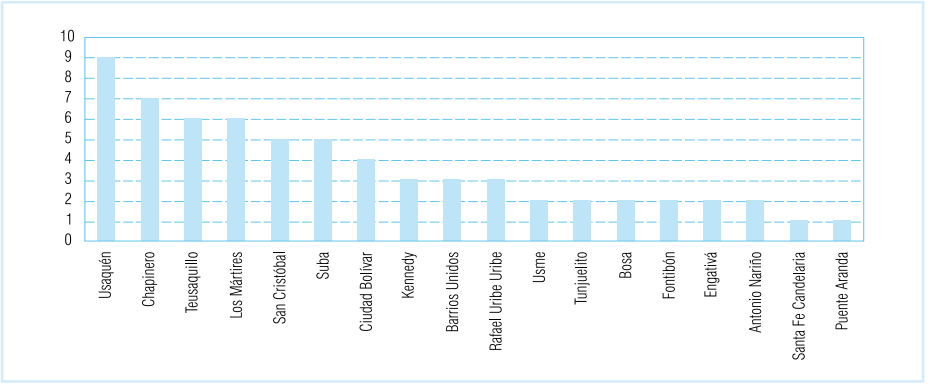
Gráfico 4.22. **Servicios de cuidado intensivo para población adulta x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Respecto a los servicios de hospitalización pediátrica, escasos en conjunto en la ciudad desde hace muchos años, el patrón de concentración en las localidades se repite (gráfico 4.23).

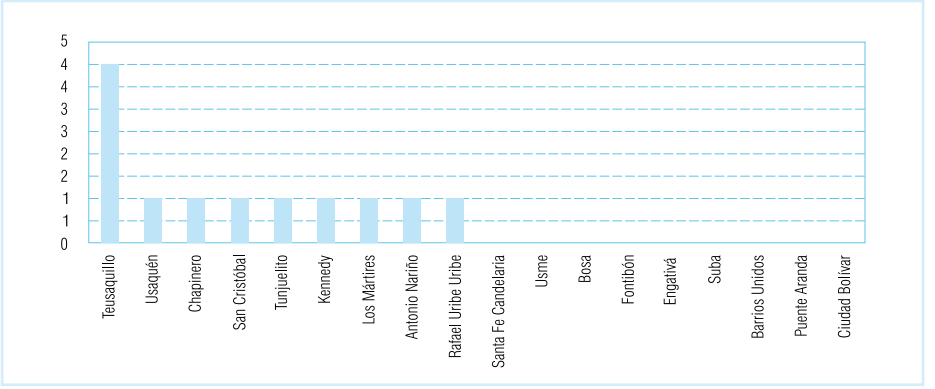
Gráfico 4.23. **Servicios de hospitalización pediátrica, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

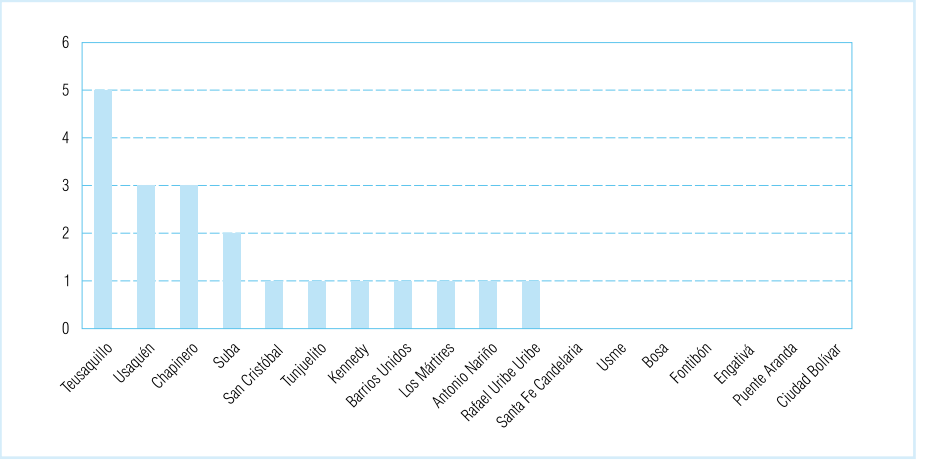
Pero las diferencias en la oferta se tornan verdaderamente preocupantes en cuidados intermedios y cuidados intensivos pediátricos, servicios inexistentes en la práctica en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad (gráficos 4.24 y 4.25), justamente las localidades con mayor concentración de población de 1 a 17 años de edad, como se comprobará más adelante.

Gráfico 4.24. **Servicios de cuidado intermedio pediátrico, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

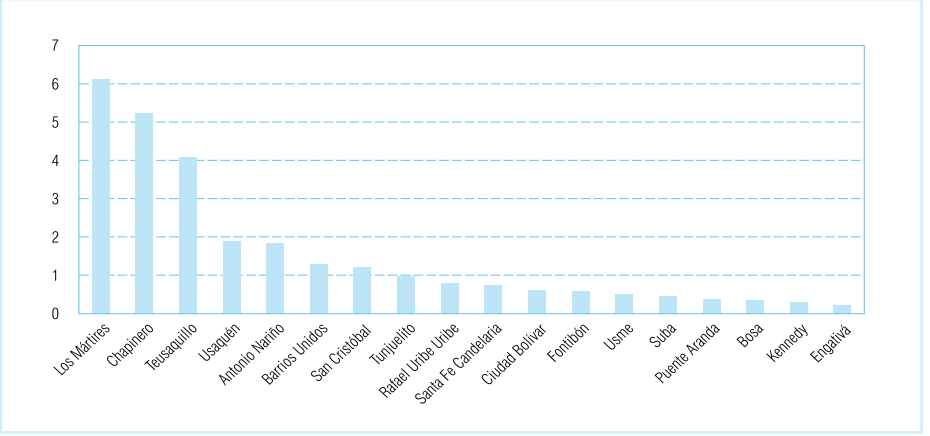
Gráfico 4.25. **Servicios de cuidado intensivo pediátrico, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Expresados en disponibilidad por cien mil habitantes (entre tanto se analiza por población infantil), los servicios de hospitalización pediátrica dejan en notoria desventaja, por su mínima oferta, a las localidades con mayor población y esto resulta especialmente crítico para las familias con niños residentes en estas localidades (gráfico 4.26)

Gráfico 4.26. **Servicios de hospitalización pediátrica x 100.000 habitantes, en cada localidad**

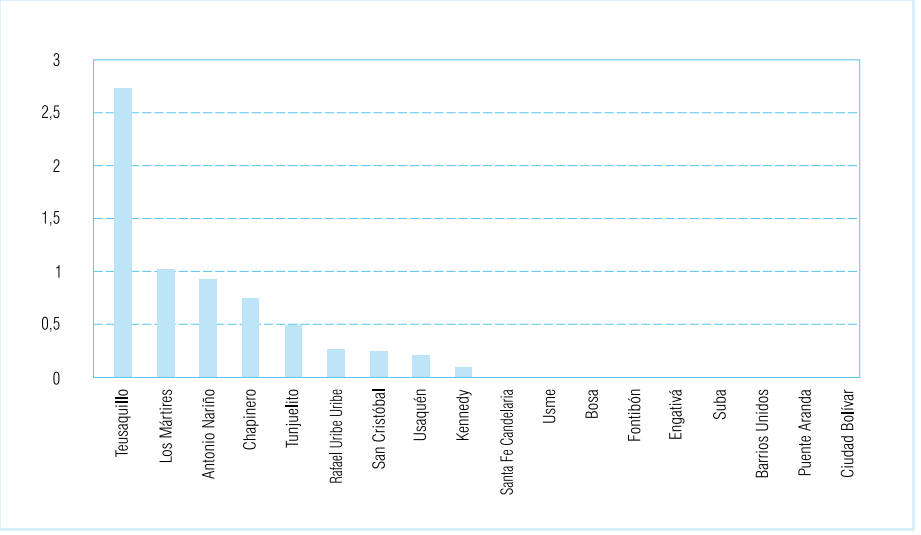


Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Una vez más la situación se torna totalmente desigual respecto a la disponibilidad por cien mil habitantes de servicios pediátricos de cuidado intermedio y cuidado intensivo, por localidad (gráficos 4.27 y 4.28).

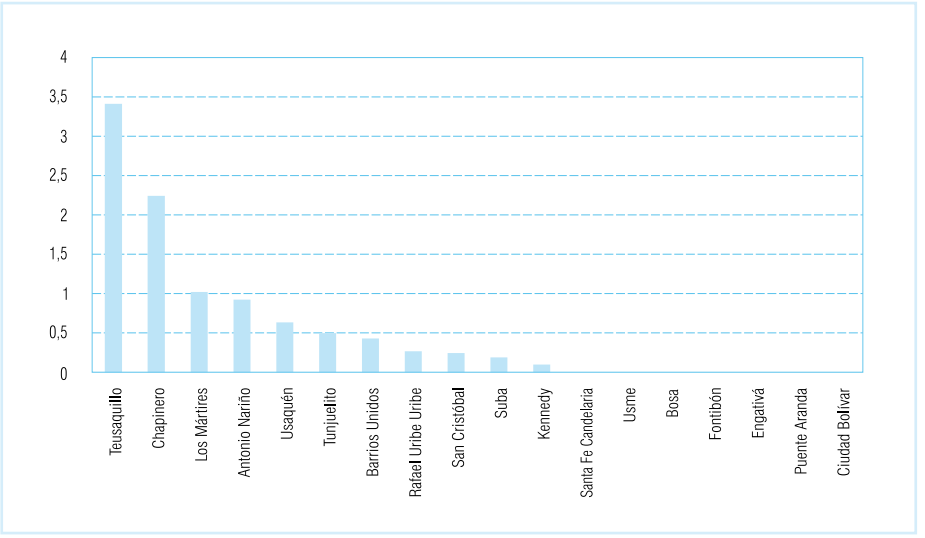
También, la inexistencia práctica de servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo pediátrico en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad, plantea una situación crítica para garantizar la conservación de la vida en las localidades que no cuentan con estos servicios, en caso de accidentes graves, en los que la posibilidad de acceder a un respirador puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, situación que hace también muy vulnerables estas poblaciones en picos epidémicos frecuentes de enfermedades respiratorias.

Gráfico 4.27. **Servicios de cuidado intermedio pediátrico x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.28. **Servicios de cuidado intensivo pediátrico por 100.000 habitantes, en cada localidad**



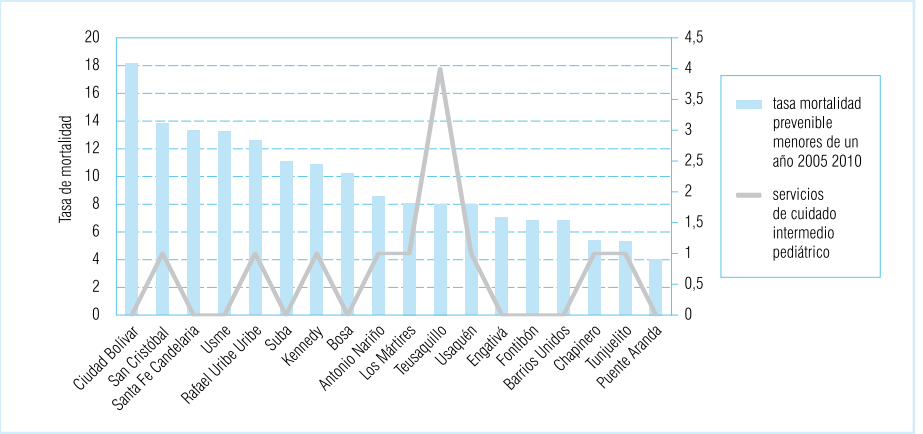
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Es necesario agregar que esta inexistencia de servicios en las grandes localidades también implica una necesidad de desplazamiento para obtenerlos y visitar a los hijos hospitalizados, lo que, en resumen, constituye una vez más para estas poblaciones una barrera, geográfica y económica y una diferencia en términos de derechos.

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

Del mismo modo, las localidades con mayor natalidad y mortalidad infantil por enfermedades prevenibles, cuentan en general con el menor número de servicios pediátricos con capacidad de resolución, o incluso con ninguno, como en el caso de Ciudad Bolívar, localidad con la mayor mortalidad de menores de un año de edad por este tipo de enfermedades (gráfico 4.29).

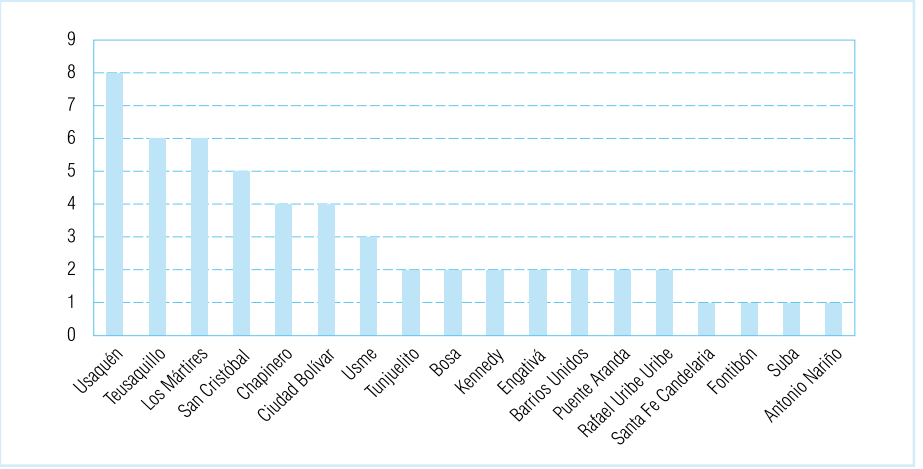
Gráfico 4.29. **Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por enfermedades prevenibles (EDA, IRA e Inmunoprevenibles) por 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre (promedio 2005-2010), y servicios de cuidado intermedio pediátrico, por localidad.**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

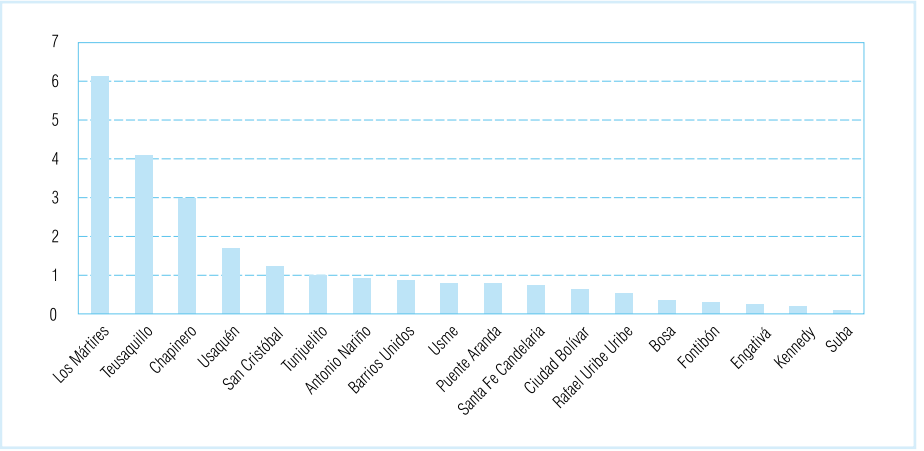
El fenómeno de desigualdad entre localidades, con sus consecuencias, se repite en los servicios de obstetricia, tanto en términos generales como en disponibilidad por cien mil habitantes (gráficos 4.30 y 4.31).

Gráfico 4.30. **Servicios de hospitalización en obstetricia, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

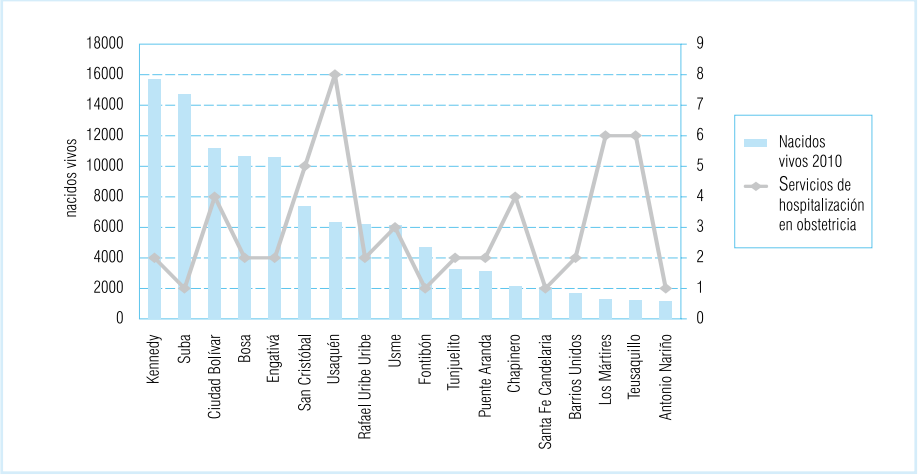
Gráfico 4.31. **Servicios de hospitalización en obstetricia x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

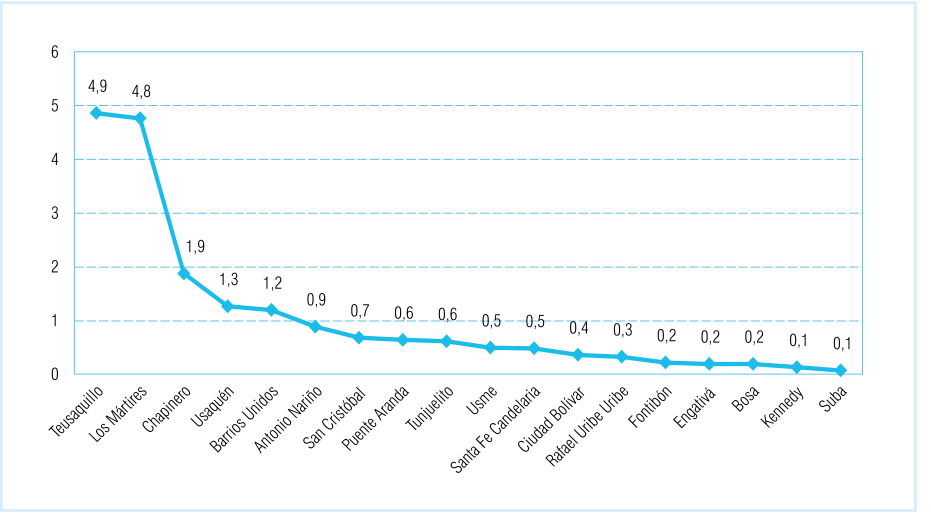
Esta gran desigualdad, caracterizada por la mínima disponibilidad de servicios de obstetricia en las localidades más grandes, resulta crítica en función de la mayor natalidad en las localidades más pobladas y con menos servicios (gráficos 4.32 a 4.34).

Gráfico 4.32. **Nacidos vivos, por residencia de la madre, y servicios de hospitalización en obstetricia, por localidad, 2010**



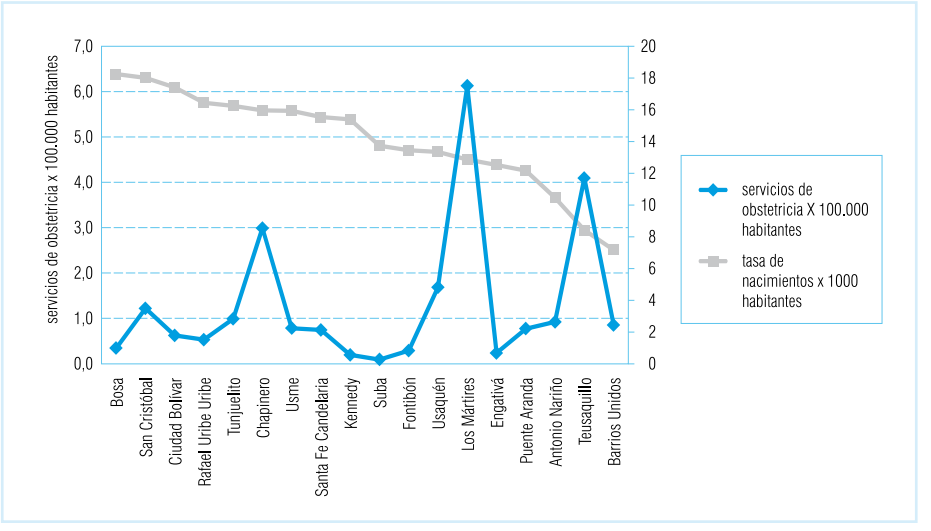
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS– y base de nacimientos DANE para Bogotá.

Gráfico 4.33. **Servicios hospitalarios de obstetricia x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, en cada localidad, 2010**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

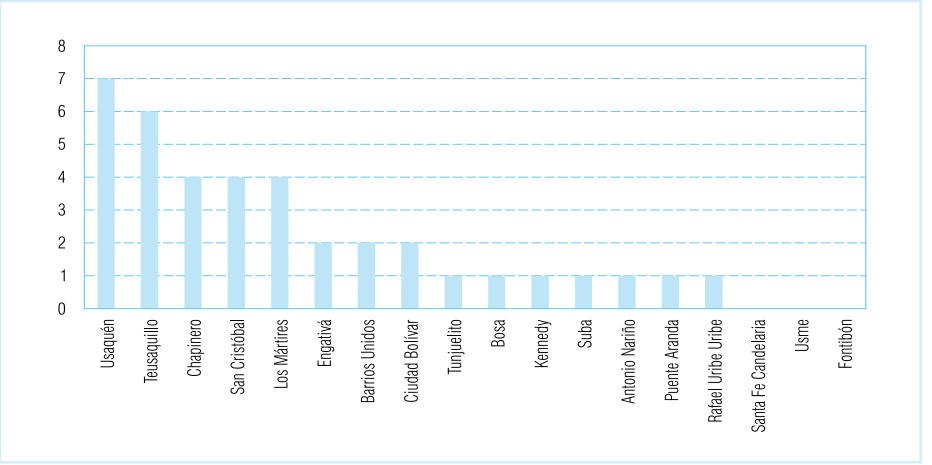
Gráfico 4.34. **Tasa de nacimientos X 1000 habitantes y servicios de obstetricia X 100.000 habitantes en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS– y base de nacimientos DANE para Bogotá.

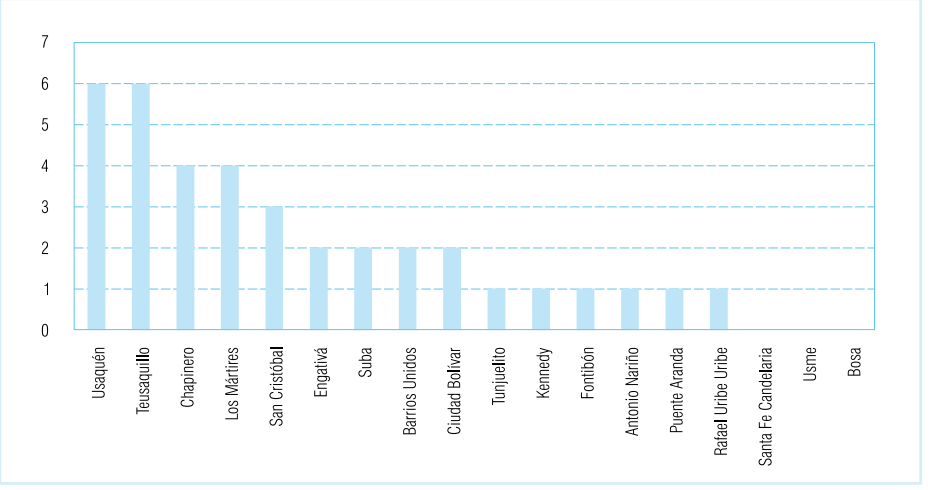
La ausencia de servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo neonatal en algunas localidades pobres del sur plantea incluso un problema de derechos (gráficos 4.35 y 4.36).

Gráfico 4.35. **Servicios de cuidado intermedio neonatal, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

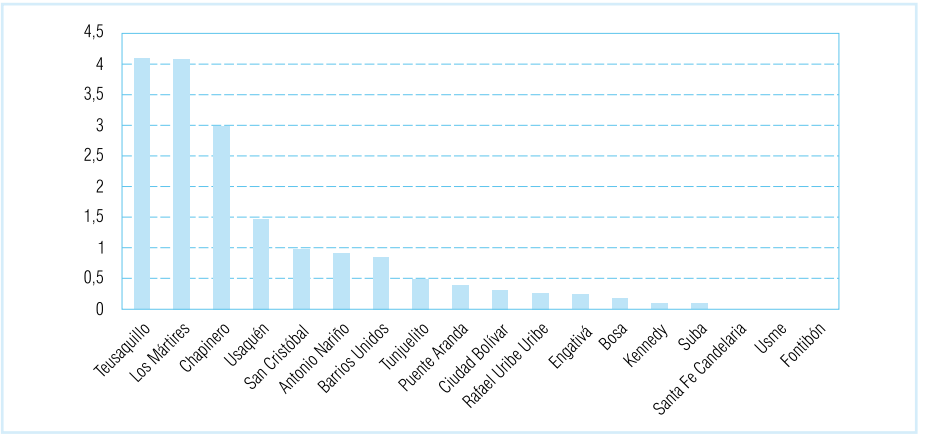
Gráfico 4.36. **Servicios de cuidado intensivo neonatal, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

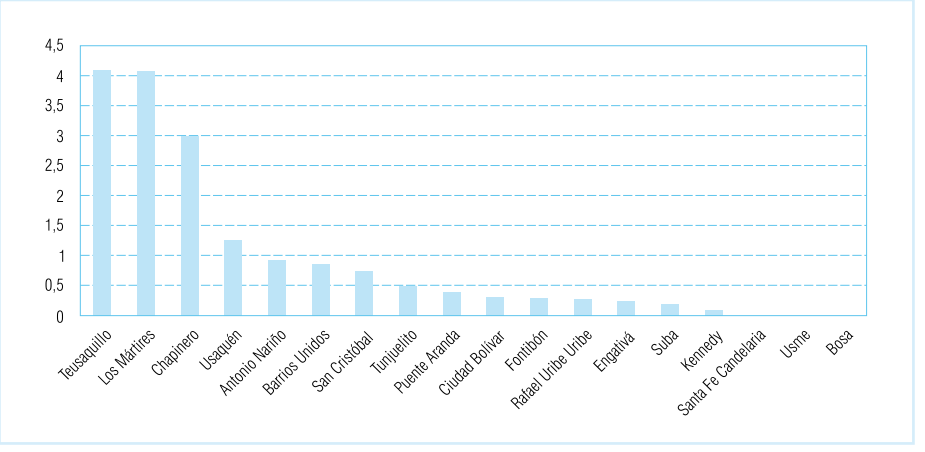
Una vez más, la disponibilidad de servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo neonatal por cien mil habitantes se acerca a cero en las localidades con mayor población del occidente y sur de la ciudad (gráficas 4.37 y 4.38). Se comprobará por nacimientos más adelante.

Gráfico 4.37. **Servicios de cuidado intermedio neonatal x 100.000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

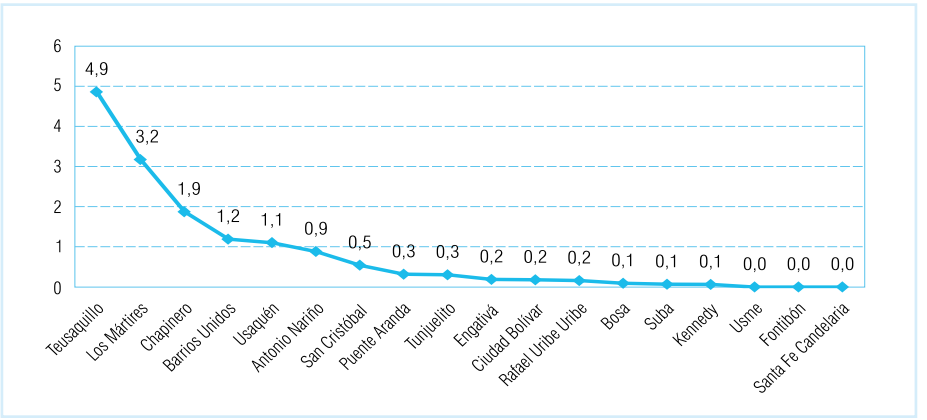
Gráfico 4.38. **Servicios de cuidado intensivo neonatal x 100.000 habitantes en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

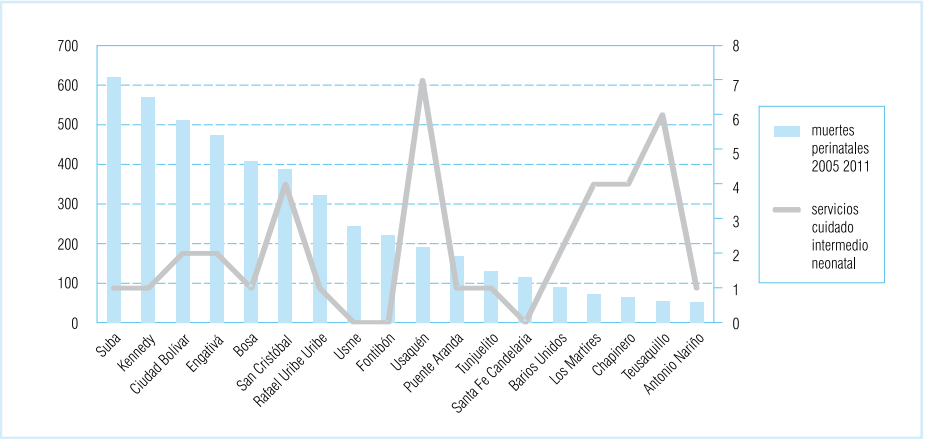
Los servicios de cuidado intermedio neonatal por 1000 nacidos vivos son cercanos a cero en muchas localidades, incluso en las de mayor población y número de nacimientos y, adicionalmente, no guardan ninguna relación con el riesgo, es decir, con el número de muertes perinatales correspondientes a cada localidad, según residencia de la madre (gráficos 4.39 y 4.40).

Gráfico 4.39. **Servicios de cuidado intermedio neonatal x 1000 nacidos vivos, según residencia de la madre, en cada localidad, 2010**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.y base de nacimientos DANE para Bogotá.

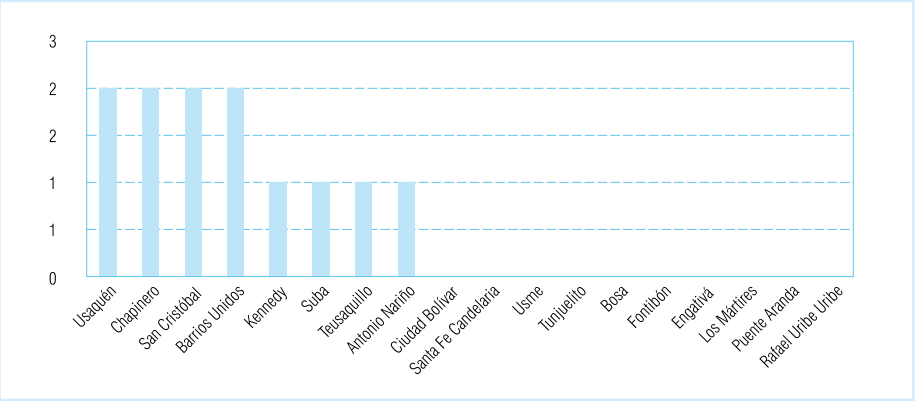
Gráfico 4.40. **Muertes perinatales 2005-2011, según residencia de la madre, y servicios de cuidados intermedios perinatales, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS– y base de defunciones DANE para Bogotá.

Finalmente, en cuanto a los servicios hospitalarios de psiquiatría, o con su nombre eufemístico salud mental y servicios hospitalarios de farmacodependencia, se puede observar la poca oferta de estos servicios y la ausencia total de los mismos en muchas de las localidades del occidente y sur de la ciudad (gráfico 4.41).

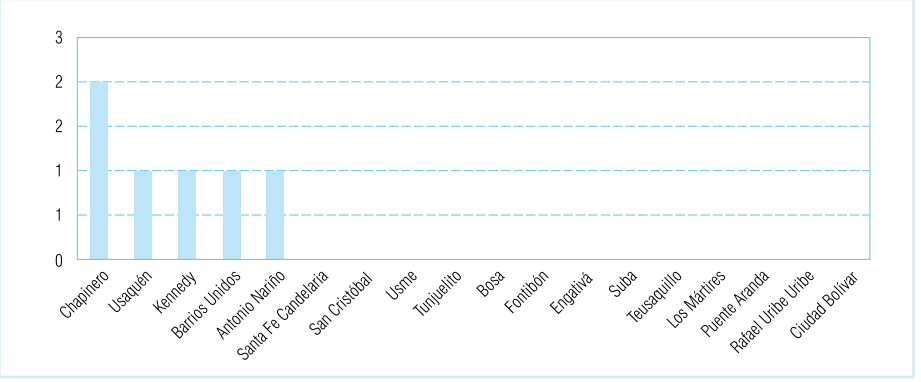
Gráfico 4.41. **Servicios hospitalarios de psiquiatría, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

No deja de resultar paradójico que los problemas de farmacodependencia se concentran en la población de más baja posición social (OMS, 2003) y que estos servicios se encuentren concentrados en localidades pertenecientes fundamentalmente al otro extremo del espectro social (gráfico 4.42).

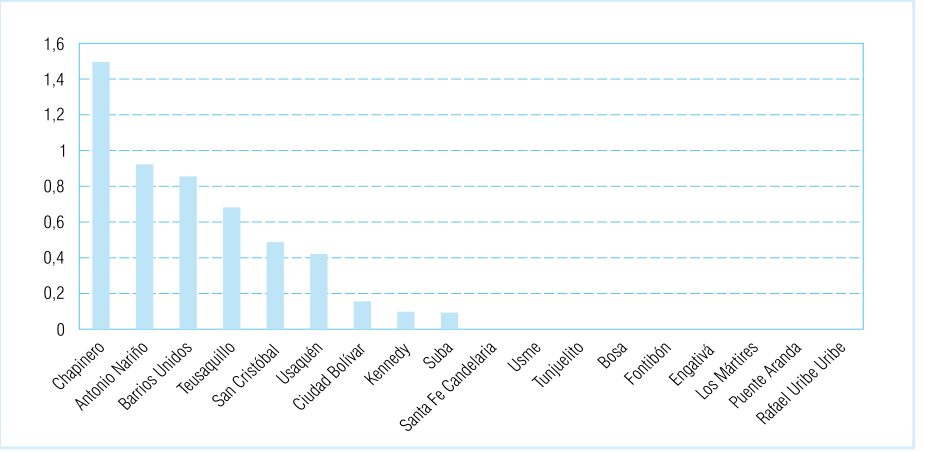
Gráfico 4.42. **Servicios de hospitalización en farmacodependencia, por localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

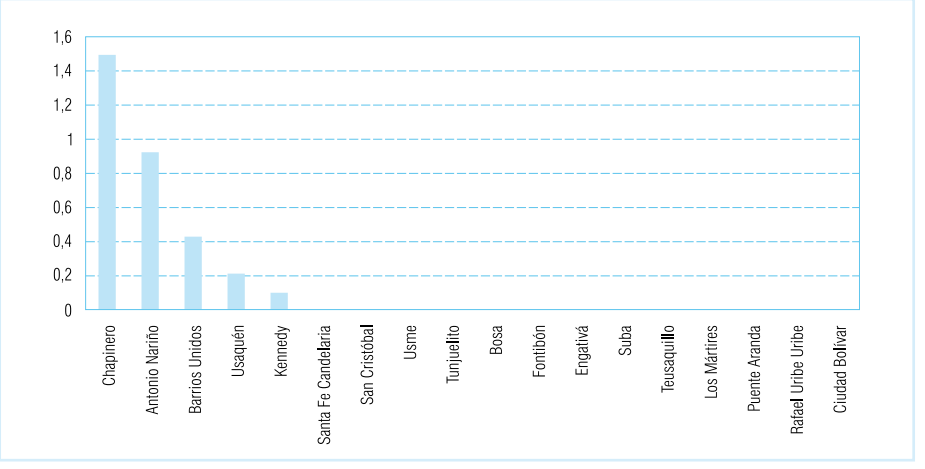
Observar las desigualdades entre las localidades en términos de la disponibilidad por cada cien mil habitantes en este caso resulta un ejercicio inocuo cuando para la mayoría de ellas el numerador es cero (gráficos 4.43 y 4.44).

Gráfico 4.43. **Servicios hospitalarios de psiquiatría x 100 000 habitantes, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.44. **Servicios de hospitalización en farmacodependencia x 100.000 habitantes en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Análisis de equidad

Como se ha señalado, en el marco teórico desarrollado en el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá (Martínez 2007), 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 con los sistemas organizados de protección social.

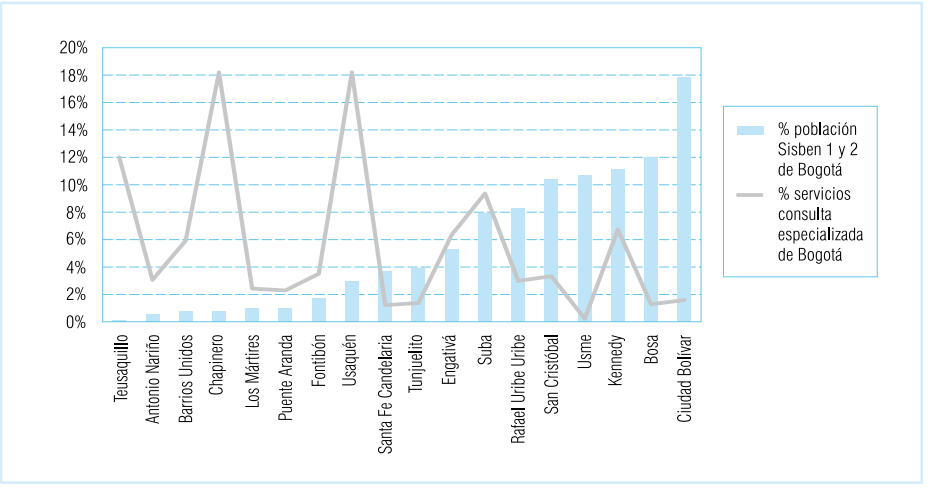
En este caso interesó el tercer ítem, la posibilidad real de recibir de la sociedad y el Estado servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, conforme con los sistemas organizados de protección social, en términos de la disponibilidad de la oferta para la población en distintas localidades del distrito.

Evidenciar la relación entre condición de salud y posición social

Igualmente, se destacó que 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).

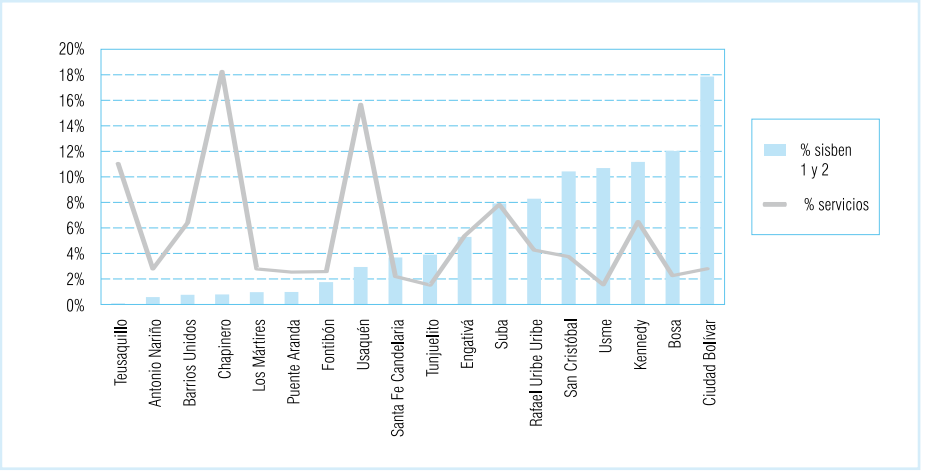
En este caso, se realiza un primer análisis con una variable "proxi" de posición social, aquella utilizada precisamente por el Estado para determinar qué familias se encuentran en condición de pobreza y requieren subsidios de salud y otros sectores. Se utilizó la población identificada por el SISBEN 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 los siguientes gráficos (gráficos 4.45 a 4.58) se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y por tanto más necesitada en términos de salud.

Gráfico 4.45. **Porcentaje de servicios de consulta especializada de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad en cada localidad**



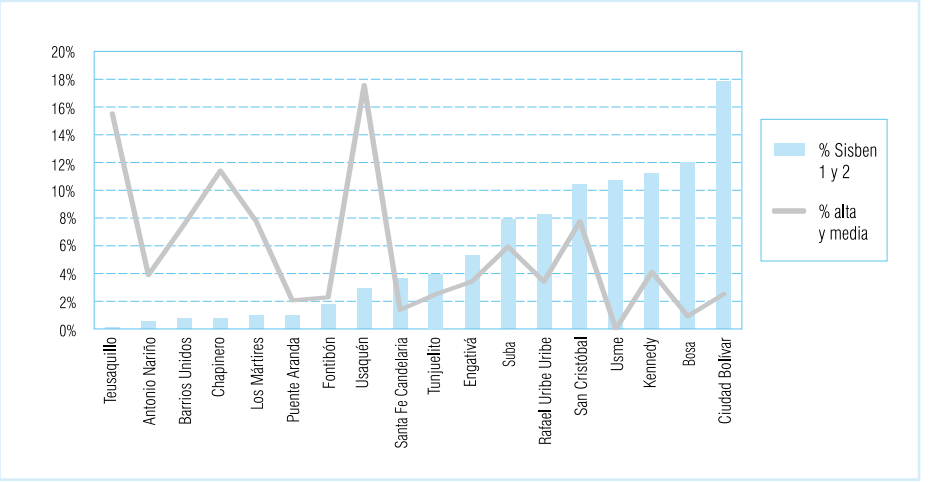
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.46. **Porcentaje de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 de la ciudad, por localidad.**



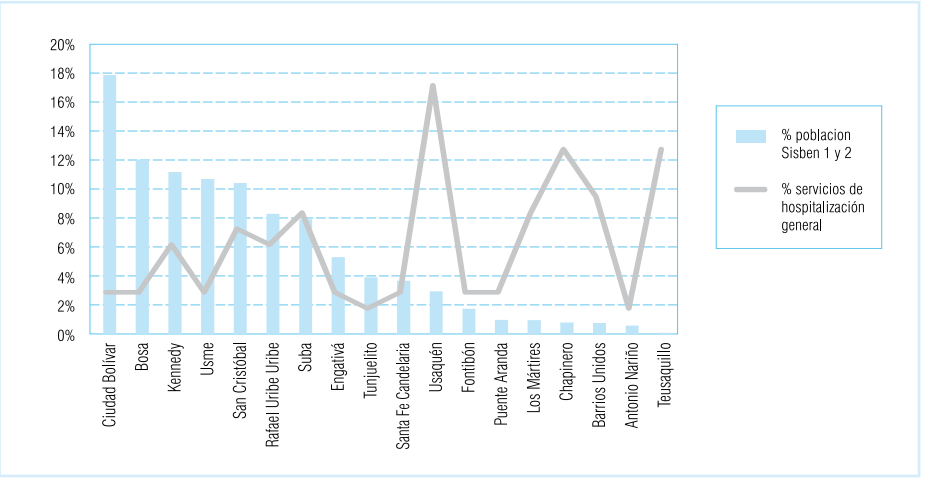
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.47. **Porcentaje de servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad en la ciudad y porcentaje de población SISBEN I y 2, por cada localidad**



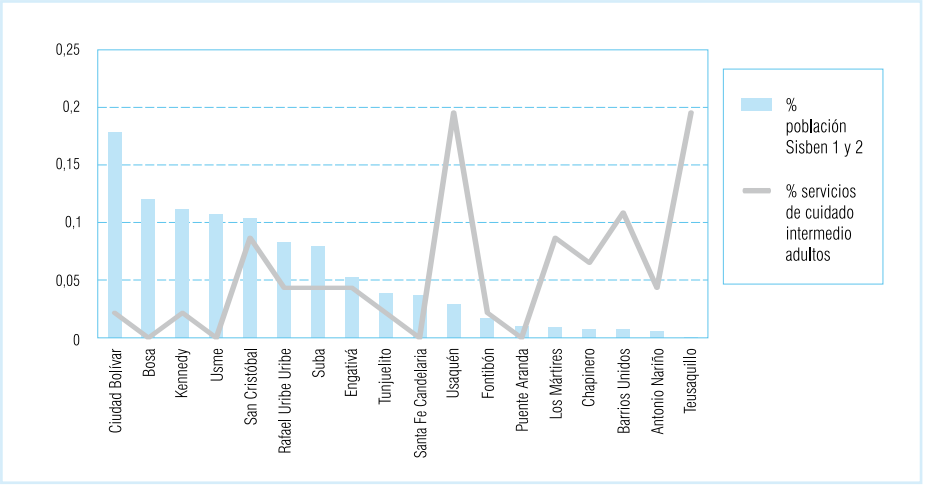
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.48. **Porcentaje de servicios de hospitalización general para población adulta de la ciudad y porcentaje de población SISBEN I y 2, en cada localidad**



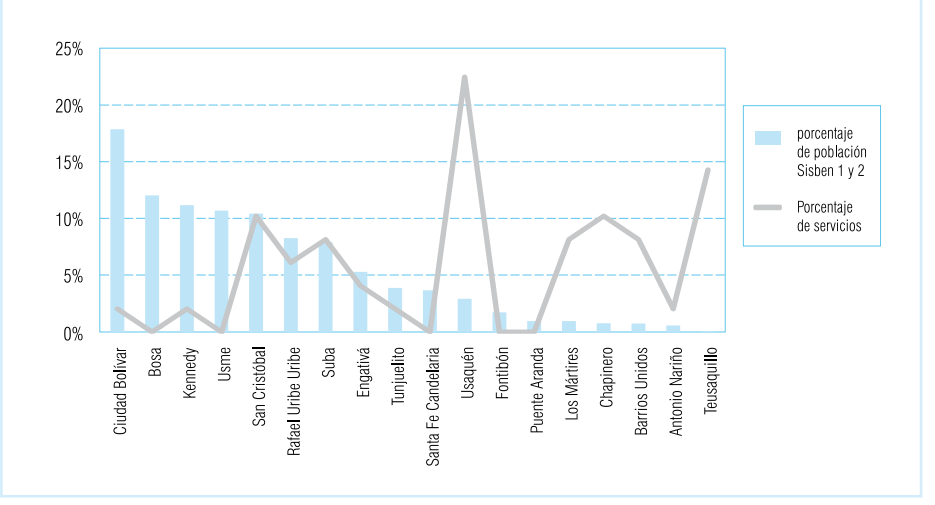
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.49. **Porcentaje de servicios de cuidado intermedio para población adulta de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2, en cada localidad**



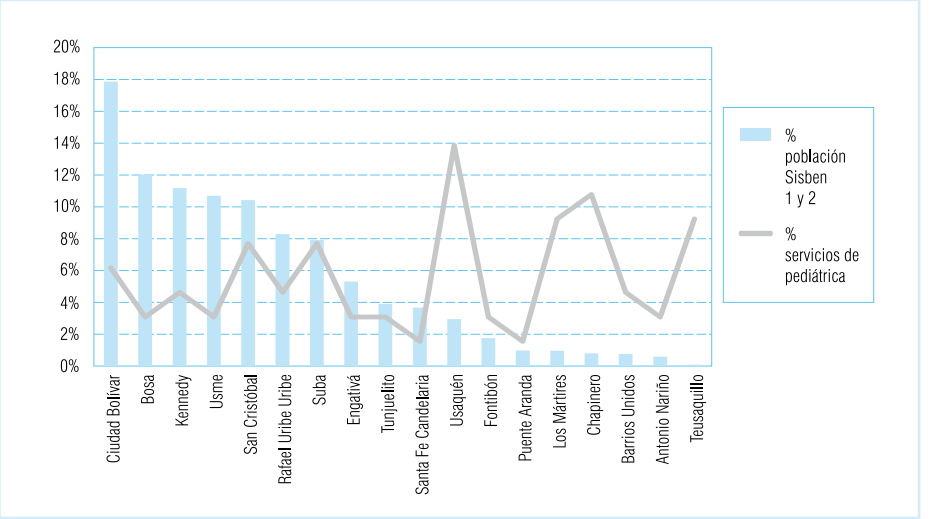
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.50. **Porcentaje de servicios de cuidado intensivo adultos de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2, en cada localidad**



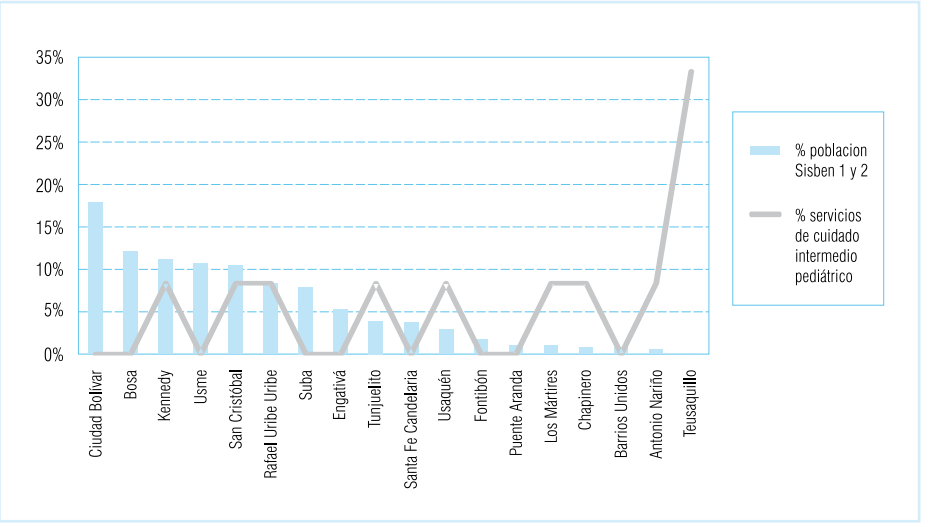
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.51. **Porcentaje de servicios de hospitalización pediátrica de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2 , en cada localidad**



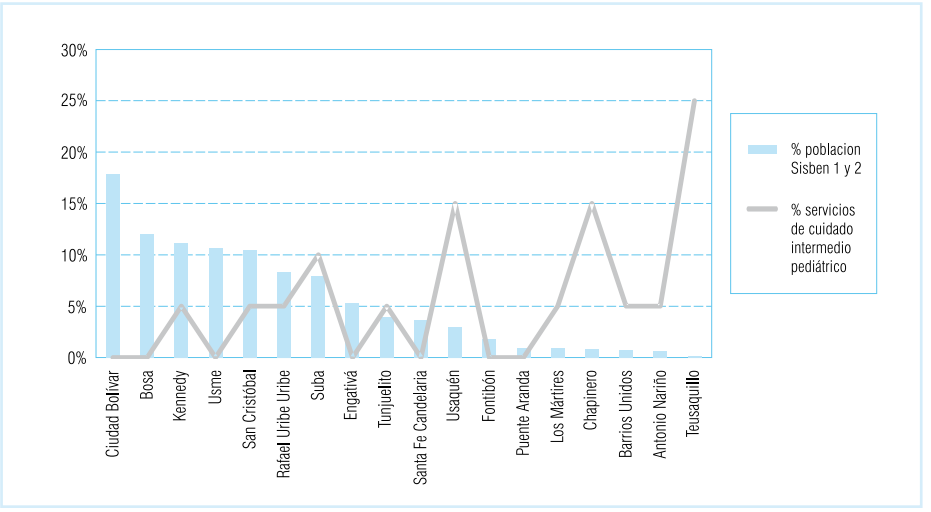
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.52. **Porcentaje de servicios de cuidado intermedio pediátrico de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2, en cada localidad**



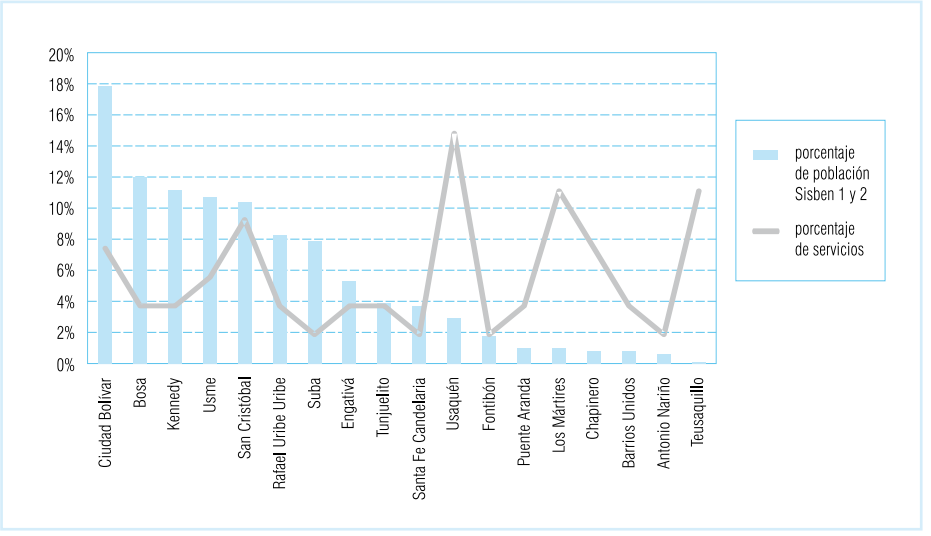
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.53. **Porcentaje de servicios de cuidado intensivo pediátrico de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2, en cada localidad.**



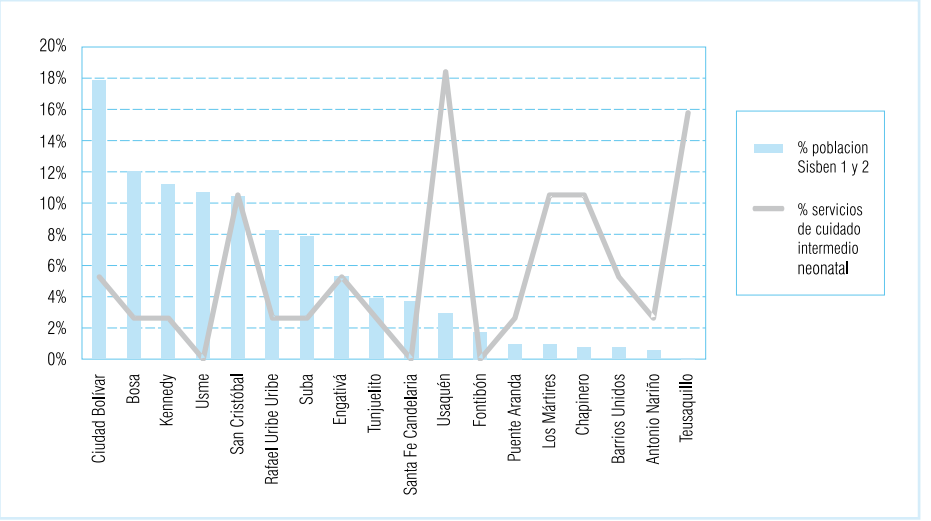
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.54. **Porcentaje de servicios de hospitalización en obstetricia de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2, en cada localidad**



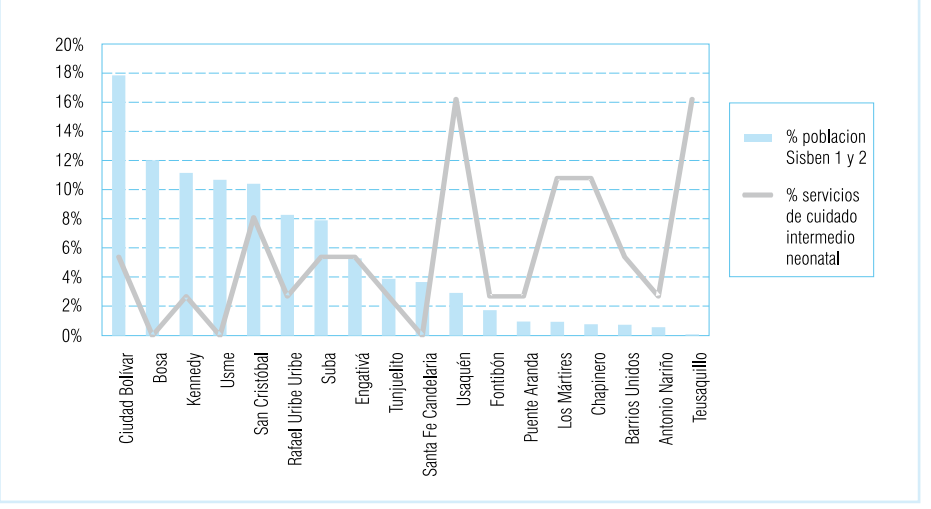
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.55. **Porcentaje de servicios de cuidado intermedio neonatal de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2, en cada localidad**



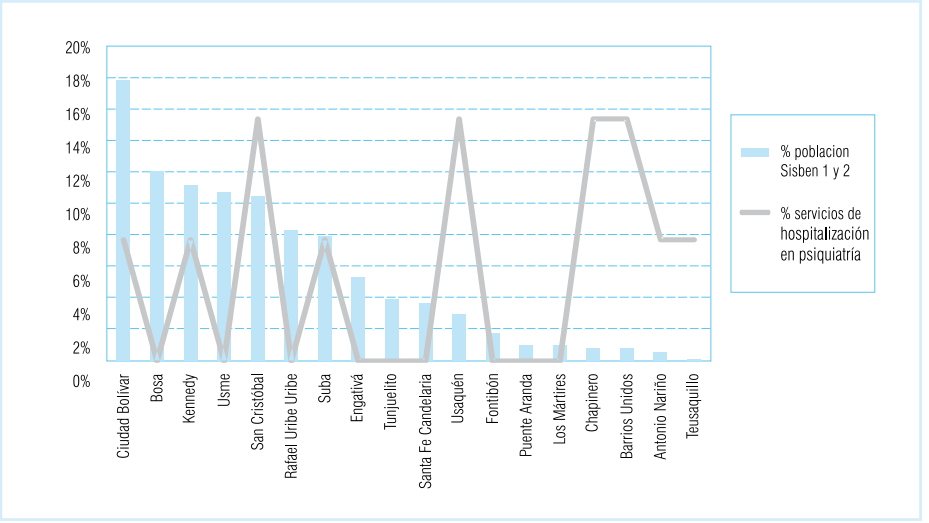
Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.56. **Porcentaje de servicios de cuidado intensivo neonatal de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2, en cada localidad**



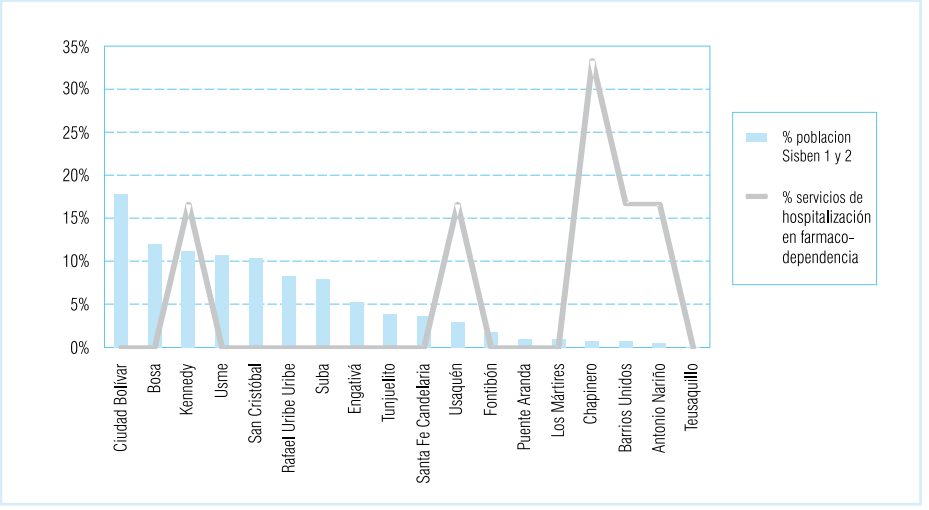
Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.57. **Porcentaje de servicios de hospitalización en psiquiatría de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Gráfico 4.58. **Porcentaje de servicios de hospitalización en farmacodependencia de la ciudad y porcentaje de población SISBEN 1 y 2, en cada localidad**



Fuente: Cálculos propios sobre la Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011, y base de datos del SISBEN, de la Secretaría Distrital de Salud –SDS–.

Conclusiones

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

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

Se evidencia 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 se demuestra igualmente que a las posiciones más bajas en la escala social no le llega la oferta de servicios de salud mientras que a las más altas les llega en demasía.

La investigación deja, por otra parte, abierta la pregunta ¿cómo asigna el mercado?, pues supuestamente el aseguramiento universal y por tanto la garantía de la demanda previamente financiada iban a garantizar el acceso igualitario y sin discriminación de la población a los servicios.

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

Otros estudios ya habían revelado hace algunos años que el aseguramiento no garantizaba el acceso de las poblaciones pobres y subsidiadas a la prestación de servicios, por ejemplo, los realizados también por el CID de la Universidad Nacional sobre este régimen (Arévalo y Martínez, 2002), o los adelantados por FEDESALUD en relación con las poblaciones dispersas (Martínez et al., 2005), o los realizados por el Cendex de la Universidad Javeriana. (Acosta et al., 1999; Peñaloza et al., 2002)

Podrá argumentarse, insistiendo en las mismas teorías, que las restricciones a la libre contratación en el Régimen Subsidiado son las responsables de la deformación del mercado, aunque éstas no se dieran en la primera etapa de la reforma. Sin embargo, la prestación de servicios aquí estudiada incluye ambos regímenes y las restricciones de oferta afectan también severamente a las familias del Régimen Contributivo. Ya en el año 1993 el mayor número de trabajadores del Régimen Contributivo, afiliado al Instituto de Seguros Sociales, vivía con sus familias en las localidades de Engativá, Kennedy y Suba, las cuales, casi 20 años después, siguen sin la oferta necesaria de servicios para tan grandes poblaciones[32].

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

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

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.

[32] Según la Encuesta de Calidad de Vida de 2007 en la localidad de Engativá el 78,6% de las personas está afiliada al régimen contributivo,en Suba lo está el 79,2% y en Kennedy el 68,3%).

Un hospital básico 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 uno por cada 200.000 habitantes. 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.

Las inversiones privadas tampoco parecen interesarse en la construcción de hospitales, quizás porque la tasa de retorno de la inversión resulta poco llamativa o francamente negativa. La privatización reciente ha consistido principalmente en tomar viejas instituciones públicas, con lo que se evitan los costos reales de la creación de nuevas instituciones hospitalarias, o bien se concentra en localidades con poder de pago superior al del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El estudio deja en claro, por tanto, la enorme 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.

Para cerrar, es oportuno citar a Polanyi quien nos recuerda la historia: "Sin embargo, cada uno de esos países experimentó un periodo de libre comercio y de laissez-faire, seguido de un periodo de legislación antiliberal en lo referente a la salud pública, a las condiciones fabriles, al comercio municipal, al seguro social, a los subsidios a los embarques, a los servicios públicos, a las asociaciones comerciales, etc." (1944) o cuando asegura "Mientras que la economía del laissez-faire era el producto de una acción estatal deliberada, las restricciones subsecuentes al laissez-faire se iniciaron en forma espontánea. El laissez-faire se planeó, la planeación no" (Ibíd.).

Anexo 1.

Situación y proyección de accesibilidad a los servicios de salud, Distrito Capital, 2004-2019.

La tabla siguiente proviene de: Secretaría Distrital de Salud. Plan Maestro de equipamientos del sector salud.

Tabla 4.2. **Situación de accesibilidad especial y déficit actual y futuro de personal médico en los servicios de primer nivel de atención, según red, localidad y tipo de servicio.**

Red	Localidad	Servicio	Accesibilidad espacial		Déficit (2004) déficit esc A*	Déficit (2012) déficit esc A*	Déficit (2019) déficit esc A*
			Índice [27] global localidad	Valoración N			
NORTE	USAQUEN	Consulta ambulatoria	2.6	Buena accesibilidad	-10	-2	4
		Urgencias	23.7	Buena accesibilidad	-7	Nd	Nd
	SUBA	Consulta ambulatoria	0.6	Deficiente accesibilidad	30	36	71
		Urgencias	4.7	Buena accesibilidad	-9	Nd	Nd
	ENGATIVA	Consulta ambulatoria	0.8	Deficiente accesibilidad	9	7	14
		Urgencias	2.1	Buena accesibilidad	-1	Nd	Nd
	CHAPINERO	Consulta ambulatoria	0.8	Deficiente accesibilidad	0.3	0.3	3
		Urgencias	25.0	Buena accesibilidad	-5	Nd	Nd
CENTRO ORIENTE	SAN CRISTOBAL	Consulta ambulatoria	0.5	Deficiente accesibilidad	55	56	87
		Urgencias	3.5	Buena accesibilidad	-11	Nd	Nd
	SANTA FE	Consulta ambulatoria	0.5	Deficiente accesibilidad	11	10	16
		Urgencias	1.4	Buena accesibilidad	-1	Nd	Nd
	CANDELARIA	Consulta ambulatoria	1.0	Buena accesibilidad	-2	-2	-1
		Urgencias	11.0	Buena accesibilidad	-3	Nd	Nd
	RAFAEL URIBE	Consulta ambulatoria	0.7	Deficiente accesibilidad	16	23	43
		Urgencias	2.0	Buena accesibilidad	-5	Nd	Nd
	MARTIRES	Consulta ambulatoria	1.5	Buena accesibilidad	-1	-1	-1
		Urgencias	28.0	Buena accesibilidad	-4	Nd	Nd
	ANTONIO NARIÑO	Consulta ambulatoria	1.0	Buena accesibilidad	-3	-3	-2
		Urgencias	25.3	Buena accesibilidad	-3	Nd	Nd
SUROCCIDENTE	FONTIBON	Consulta ambulatoria	6.5	Buena accesibilidad	-3	-0.2	4.6
		Urgencias	12.0	Buena accesibilidad	-6	Nd	Nd
	KENNEDY	Consulta ambulatoria	0.4	Deficiente accesibilidad	39	49	99
		Urgencias	0.9	Deficiente accesibilidad	3	Nd	Nd
	BOSA	Consulta ambulatoria	0.5	Deficiente accesibilidad	46	55	109
		Urgencias	0.6	Deficiente accesibilidad	3	Nd	Nd
SUR	CIUDAD BOLIVAR	Consulta ambulatoria	0.4	Deficiente accesibilidad	65	99	181
		Urgencias	2.0	Buena accesibilidad	-12	Nd	Nd
	USME	Consulta ambulatoria	0.3	Deficiente accesibilidad	45	90	171
		Urgencias	1.2	Buena accesibilidad	-1	Nd	Nd
	TUNJUELITO	Consulta ambulatoria	0.4	Deficiente accesibilidad	16	16	22
		Urgencias	2.1	Buena accesibilidad	-2	Nd	Nd

[27] Corresponde al promedio de los índices de accesibilidad espacial de sus UPZ

* Valores con signo negativo indican sobreoferta, valores con signo positivo indican déficit.

** ND: no determinado

Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades 2005 – 2011

*Felix León Martínez Martín**
*Mario Hernández Álvarez***

Capítulo V

*Médico, Magíster en Salud Pública, miembro del Grupo de Protección Social –GPS del Centro de Investigaciones para el Desarrollo , de la Facultad de Ciencias Económicas, de la Universidad Nacional de Colombia. Docente de la Maestría de Protección Social de la Universidad Santo Tomas

**Médico, Doctor en Historia, Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública y Director del Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, profesor e investigador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, de la Universidad Nacional de Colombia y del Observatorio para la Equidad en Salud y Calidad de Vida, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia y de la Secretaría Distrital de Salud, de Bogotá

Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades 2005 – 2011

Felix León Martínez Martín
Mario Hernández Álvarez

Introducción

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud realizó un análisis de la equidad en la mortalidad materna e infantil, por causas evitables, en el período 1998-2004 (Fresneda y Martínez, 2007), como uno de los indicadores más potentes para el seguimiento de la equidad en salud en Bogotá. Este ejercicio previo es el punto de referencia para el estudio que se presenta a continuación. El objetivo de este análisis es evaluar la tendencia de las tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil (menores de un año de edad) en el periodo 2005 – 2011 y su relación con determinantes sociales, indicadores clave de inequidad en salud, seleccionados desde las primeras investigaciones del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá.

Marco teórico y situacional

Equidad en salud

La equidad en salud significa la ausencia de desigualdades injustas y evitables entre grupos humanos; y son injustas y evitables aquellas que se derivan de ventajas o desventajas producidas por la posición social de las personas y grupos de ellas. La posición social puede estar definida por la clase social a la que se pertenece, por la riqueza acumulada, por el prestigio o por el poder que se reconoce socialmente (Hernández-Álvarez, 2008). Con frecuencia se combinan todas estas condiciones, más aún cuando se articulan la clase social, el género y la etnia (Breilh, 2003).

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud viene trabajando en las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social: oportunidades desiguales de construir salud en los niños y niñas, exposición desigual a riesgos, relacionadas con las condiciones de vida y trabajo, respuesta desigual de la sociedad en accesibilidad y calidad, o financiamiento o aseguramiento diferencial y, finalmente, resultados desiguales a largo plazo, en términos de morbilidad, discapacidad y mortalidad (Martínez, 2007). Destacaba el Observatorio:

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 clasificadores proxy 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.

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 del fenómeno salud- enfermedad, en busca de desigualdades, y no una variable más de análisis.

Igualmente, el Observatorio ha señalado que la relación entre variables geográficas y variables socioeconómicas no resulta sencilla ni muy útil para los análisis de equidad, cuando las agrupaciones poblacionales geo-referenciadas son muy heterogéneas respecto a las variables de ventaja o desventaja social.

[…] son mucho más útiles las desagregaciones geográficas menores que las mayores, por ejemplo, a nivel urbano, puesto que se encuentra mayor homogeneidad de las variables de posición social en las pequeñas agrupaciones poblacionales georeferenciadas.

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, se presenta una distribución más uniforme, sin grupos de altos ingresos, pero sin barrios de miseria donde se concentra la mortalidad infantil.

En el mismo sentido, respecto de la segmentación social de la ciudad, el Observatorio en su última publicación señaló:

[…] se presenta una fuerte correspondencia entre las divisiones de clase y la segmentación territorial de la ciudad, por localidades. Es decir, existe una división socio territorial de las clases sociales, lo cual se corroborará por la repartición espacial desigual de los índices de calidad de vida y salud. Así, por ejemplo, en Teusaquillo, Chapinero y Usaquén predominan directivos, gerentes, profesionales y técnicos con altos niveles de calidad de vida y salud, mientras en Ciudad Bolívar, Bosa y Usme es mayoritaria la población obrera y la de los independientes de pequeños negocios, con menores índices de calidad de vida y salud. Algo similar sucede en el análisis de la composición por posiciones de clase social dentro de los estratos. La segmentación espacial de la ciudad, bajo esta perspectiva, es también una segmentación entre clases sociales (Restrepo, 2011).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS 1998) 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 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.

Mortalidad materna e infantil

Según señala el PNUD (2005) respecto al Objetivo 4 de las Metas del Milenio: la meta para Colombia consiste en reducir la mortalidad en menores de un año de edad a 14 por mil nacidos vivos (n.v.), tomando como línea base el dato de la Encuesta de demografía y salud, de Profamilia de 1990, que corresponde a 37 muertes por mil n.v. Al proyectar la tasa de mortalidad infantil estimada con base en los registros de defunción del Dane entre 1998-2001, y los datos de las Encuestas de demografía y salud, Colombia tendría en 2015 una tasa de mortalidad infantil de 18 por mil n.v. superior a la de la meta propuesta (14 por mil n.v). Es urgente entonces reorientar la acción del Estado en el corto plazo, para mejorar las condiciones de salud y nutrición de las gestantes para el momento del parto y proteger al niño recién nacido, con el fin de reducir la mortalidad perinatal, que corresponde a un alto porcentaje de las infantiles.

De acuerdo con las evaluaciones presentadas por el Programa Así Vamos en Salud, la mortalidad infantil ha venido disminuyendo de manera progresiva en el país. La línea de base en 1990 fue de 37 muertes por cada mil nacidos vivos; en 2000 estuvo en 20.4,1 y en 2009 se redujo a 13.69 muertes por cada mil nacidos vivos. Teniendo en cuenta lo anterior, para 2005 Colombia habría superado la meta de desarrollo del milenio. No obstante, el indicador planteado en el CONPES 140 es la tasa ajustada calculada por el DANE y, a partir de ella, el país todavía estaría a cuatro puntos de alcanzar la meta planteada (la tasa reportada para 2008 fue de 20.6). A pesar de haber superado la meta en el ámbito nacional, la situación departamental es diferente: sólo 18 de los 32 departamentos lograron cumplir con la meta para 2008.
El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio –ODM– consiste en mejorar la salud materna. Para lograrlo, los países se comprometieron a reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna (MM) en tres cuartas partes. La MM se define como toda muerte ocurrida por causa del embarazo, parto o puerperio, o por complicaciones de alguna enfermedad agravada por el embarazo, que ocurre durante éste, el parto o hasta 6 semanas después de éste. Para el caso de Colombia la meta es reducir a 45 las muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Según la información reportada por el DANE a junio de 2011, en el año 2009 la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 72,88 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que representa una disminución de 40,19% de la mortalidad materna frente al año 2000. Sin embargo, hubo un incremento de casi 10 muertes por 100.000 nacidos vivos frente al año 2008, situación preocupante porque Colombia debería mantener una reducción sostenida para lograr la meta propuesta para 2015.

En el análisis de la equidad en la mortalidad materna e infantil por causas evitables en el período 1998-2004 (Fresneda y Martínez, 2007) se concluía:

La trayectoria de las tasas de mortalidad evitable guarda relación con el curso seguido por las medidas de pobreza extrema y de intensidad de la pobreza. También está asociada con el grado de concentración de los ingresos, expresado por el coeficiente de Gini, tanto a nivel general como al interior de los pobres. Se destacan así posibles vínculos entre los fenómenos sanitarios y la forma cómo evolucionan las condiciones de equidad del conjunto de la ciudad.

Objetivos

Objetivo general:

Evaluar la tendencia de las tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil (menores de un año de edad) en el periodo 2005 – 2011 y su relación con determinantes sociales

Objetivos específicos:

- Obtención de frecuencias del total de muertes maternas en el período. Revisión de la información para las clasificaciones utilizadas (fundamentalmente causas prevenibles para menores de un año de edad) y agrupación de información
- Cálculo de tasas y tendencias.
- Análisis de desigualdades sociales relacionadas con la mortalidad, por variables de posición social y localidades
- Revisión de logros en metas del Plan de Desarrollo Distrital
- Análisis de inequidades en mortalidad materna e infantil y limitaciones sociales estructurales que siguen actuando como determinantes de esta mortalidad

Metodología

Fuentes de información

Para la mortalidad materna y de menores de un año de edad, certificado individual de defunción, según bases de datos recibidas de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Para el denominador nacidos vivos, bases de datos de natalidad del DANE recibidas igualmente de la Secretaría Distrital de Salud.

Para las metas del Plan de Desarrollo, el Plan de Desarrollo 2008-2012 y el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), Bogotá, 2009. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud

Para las proyecciones de mortalidad, las Estadísticas Vitales, del DANE.

Para el análisis por localidades y el análisis de equidad, cifras de pobreza e indigencia de la Encuesta de Calidad de Vida, Bogotá, 2007.

Procesamiento y análisis

Desde el punto de vista metodológico, el objetivo implicó la obtención de frecuencias del total de muertes maternas en el período, la revisión de la información para las clasificaciones utilizadas (fundamentalmente causas prevenibles), el cálculo de razones y sus tendencias, y la revisión de logros en metas del Plan Distrital de Desarrollo.

Desde esta perspectiva, se presenta la situación de desigualdad en la mortalidad materna e infantil en Bogotá en el período en estudio, con base en la información registrada en los certificados de defunción y de nacimientos, proporcionada por la Secretaria Distrital de Salud, y desde el enfoque que ha venido desarrollando el Observatorio.

Igualmente, se produce el seguimiento de las desigualdades sociales relacionadas con la mortalidad de menores de un año de edad, según las variables proxy de posición social disponibles en los registros de mortalidad, las desigualdades entre las localidades del Distrito y, finalmente, el análisis de inequidades en mortalidad de menores de un año de edad mediante correlaciones entre las tasas de mortalidad encontradas y las características sociales de las localidades.

Cuando no se cuenta en la fuente de información primaria sobre mortalidad aquella información sobre las muertes que permita evidenciar la aparición diferencial del

fenómeno entre grupos construidos, según variables de posición social, ventaja o 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 optará por buscar la concentración de la mortalidad en los grupos con mayores desventajas sociales, por una serie de información secundaria disponible para las localidades.

Las bases de datos del registro de defunciones recibidas de la Secretaría Distrital de Salud no incluían aún el año 2011 completo, por lo cual dicho año tan sólo se utiliza para los análisis de proporciones y no para las cifras totales o razones de mortalidad anual.

Para el ejercicio de mortalidad materna se descartaron algunas muertes registradas en la base de datos correspondientes a mujeres residentes en otros departamentos, casos que, por supuesto, no aplicaban para el ejercicio de equidad propuesto, exactamente una muerte en 2006, una en 2007 y otra en 2008. De aquí, pequeñas variaciones en las razones respecto a las cifras oficiales dadas a conocer por la Secretaría Distrital de Salud en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), de 2009.

Para el ejercicio de mortalidad de menores de un año de edad las cifras totales utilizadas, procedentes de las bases de datos de la SDS y, por tanto, las tasas de mortalidad globales de menores de un año de edad 2005 – 2010, son idénticas a las publicadas por la SDS.

Los datos correspondientes al periodo 1998 – 2004 son los publicados en la anterior investigación del Observatorio y se utilizan únicamente para observar el comportamiento de las series en un plazo mayor (Fresneda y Martínez, 2007).

El denominador nacidos vivos, para el periodo estudiado, procedente de las bases de natalidad del DANE, recibidas igualmente de la Secretaría Distrital de Salud, incluye cifras idénticas a las de las publicaciones de la Secretaría.

Tabla 5.1. **Número de nacidos vivos, SDS.**

2005	2006	2007	2008	2009	2010
112.478	113.918	117.228	117.563	115.659	110.032

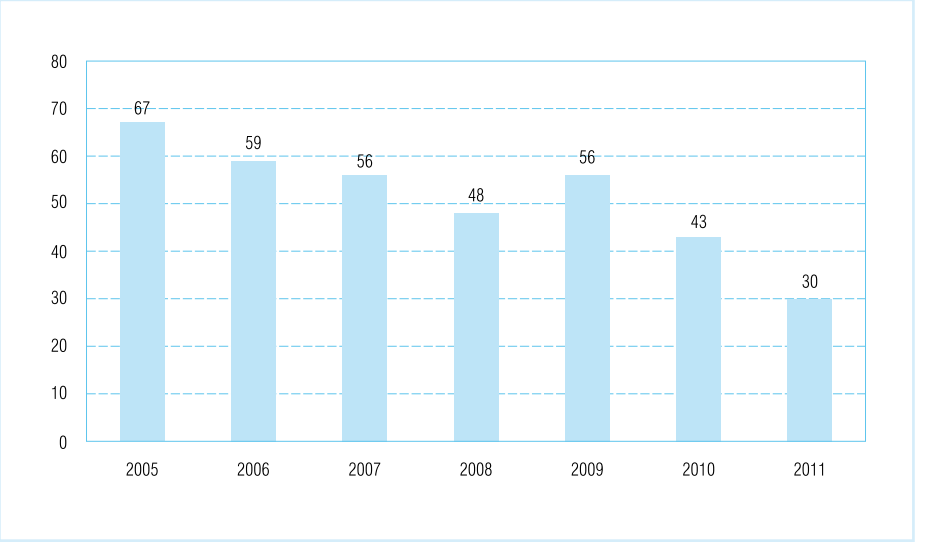
El anexo 1 presenta los códigos de las enfermedades prevenibles utilizadas para el análisis, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), siguiendo los mismos parámetros utilizados en el estudio anterior del Observatorio.

Resultados

Evolución de la mortalidad materna 2005 2011

El número de casos de muertes maternas disminuye en la ciudad, desde 67 en 2005, hasta 30 en 2011, es decir, una reducción muy acentuada, que equivale a 51% en este periodo (gráfico 5.1).

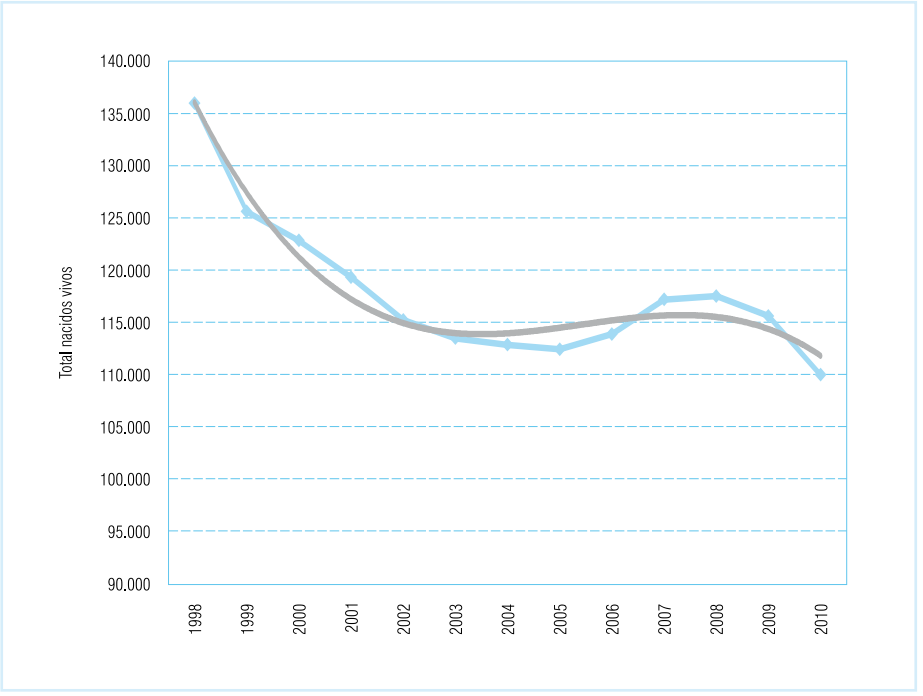
Gráfico 5.1. **Muertes maternas registradas por año en Bogotá, 2005-2011**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

El subregistro u omisión en el registro de defunciones en Bogotá para el año 2005 era cercano a 5,3%, contra un promedio de 23.8% en el ámbito nacional, según publica el Análisis de Situación de Salud (ASIS), elaborado por la Facultad Nacional de Salud Pública (2010), basado en fuentes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), cifra que ha debido reducirse aún más en los últimos años y que no cambiarían sensiblemente la situación y el presente análisis.

Gráfico 5.2. **Total nacidos vivos. Bogotá, 1998-2010.**

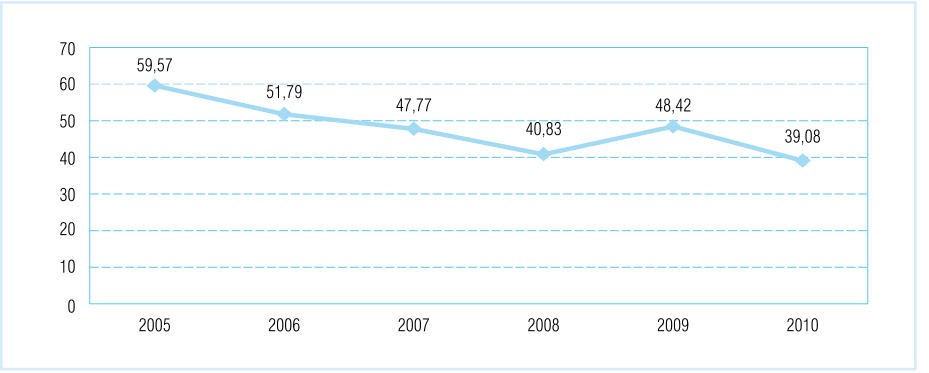


Fuente. Base de datos de nacimientos SDS con base en DANE

La disminución de muertes maternas no obedece a la disminución en los nacimientos de la ciudad (gráfico 5.2), que muestran, por el contrario, una tendencia a la estabilización en el periodo 2005-2010, en cerca a los 110.000 por año, con una pendiente que disminuye su inclinación, en comparación con el periodo 1998 – 2004, previamente estudiado por el Observatorio. (Fresneda y Martínez, 2007)

La razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos muestra, en consecuencia, una disminución porcentual mayor (35%) entre 2005 y 2010 que el número de nacidos vivos, con una disminución tan sólo de 2.2%. La razón se reduce sensiblemente en valores, de 59,6 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en 2005 a tan sólo 39,08 en 2010 (gráfico 5.3).

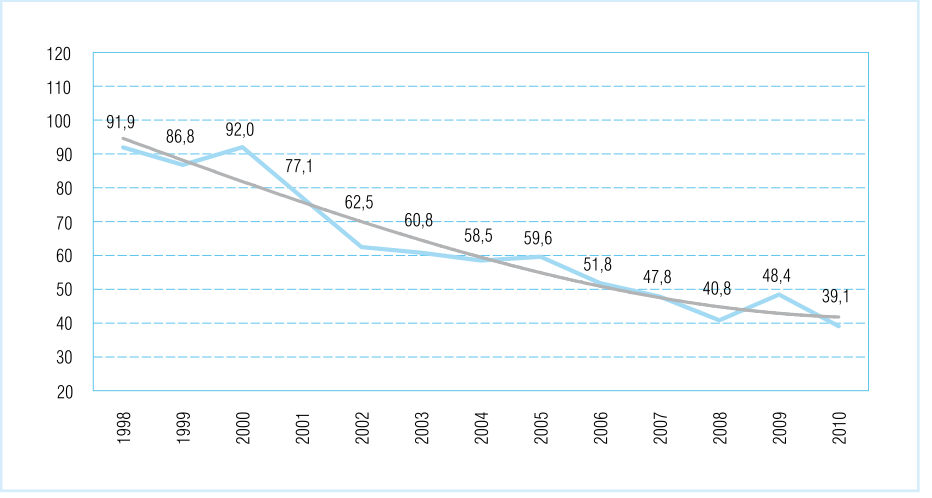
Gráfico 5.3. **Razón de mortalidad materna, por 100.000 nacidos vivos, Bogotá. 2005 – 2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Desde el año 2000 la razón se ha reducido de 92 a 39,1 (gráfico 5.4), valores que se podrían comparar con la reducción de la razón en el ámbito nacional, desde 105 en el año 2000 a 62,8 en 2008, cifra que superó Bogotá desde el año 2002.

Gráfico 5.4. **Razón de mortalidad materna, por 100.000 nacidos vivos, Bogotá. 1998 – 2010.**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

El Plan de Desarrollo Distrital 2008-2012 fijaba una razón de 40 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos para 2012, meta ya alcanzada en 2010 (tabla 5.2).

Tabla 5.2 Meta de mortalidad materna, en el Plan Distrital de Desarrollo 2008-2012

METAS (Razón)	2008	2009	2010	2011	2012
	53	50	47	43	40

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública 2009.

Cabe aclarar que una meta establecida para un territorio determinado está construida necesariamente sobre cifras totales para la población de dicho ámbito geográfico, lo que no implica que las poblaciones en unidades geográficas más pequeñas dentro del mismo territorio arrojen los mismos resultados para cualquier indicador de salud. Por el contrario, lo normal es que estén por encima o por debajo de la cifra de la unidad territorial mayor. Al cumplimiento de la meta por tanto contribuyen los resultados de las poblaciones en todas las unidades geográficas menores, sin que ello quiera decir que todas alcancen la misma meta.

En suma, el hecho de que Bogotá como un todo haya alcanzado la meta de mortalidad materna trazada en el Plan de Desarrollo no implica que todas las localidades o UPZ que la conforman hayan superado esa meta. Si así fuera, dadas las diferencias o el gradiente entre ellas, el resultado sobrepasaría por mucho la meta trazada.

Análisis de desigualdades en mortalidad materna

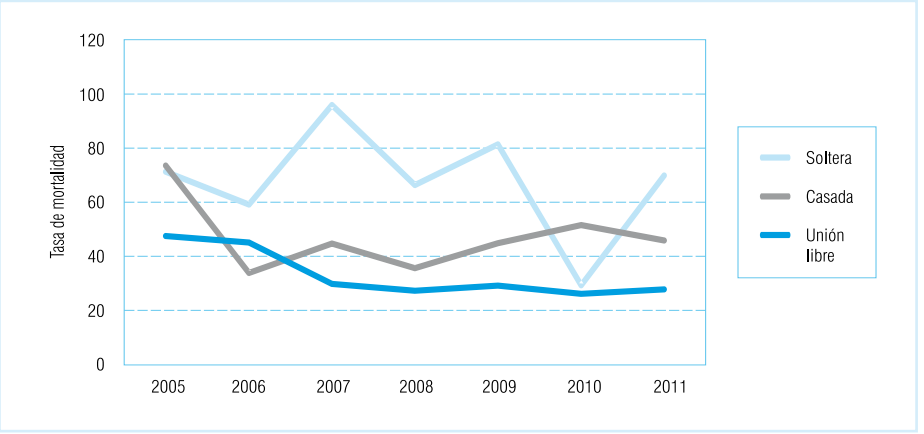
El instrumento de los certificados de defunción que constituye el registro de mortalidad, que da lugar a la base analizada, permite observar las desigualdades en las razones de mortalidad materna entre mujeres con algunas condiciones sociales que constituyen ventaja o desventaja social y que, por tanto, permiten introducir el análisis de inequidad en la mortalidad materna.
La primera variable a considerar es el estado civil. La unión libre, que representa 58% en promedio del total de las madres entre 2005 y 2011, es la condición con menor razón de mortalidad en el periodo, seguida de la condición de casada, mientras la razón de mortalidad más alta corresponde a quienes tuvieron su hijo en condición de solteras.

Ya para el periodo 2000 – 2004 el grupo de madres en unión libre presentaba la menor razón de mortalidad, pero con un valor promedio de 60 por 100.000 nacimientos vivos, el cual se ha reducido en más de 50% (27,7) para el promedio 2008-2011.

Otras condiciones de estado civil, como separada o viuda, han dejado de ser representativas en el total de madres, de modo que el grupo de madres en condición de

solteras en el estado civil representa el grupo con mayor razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos (61,8) para el periodo 2008 – 2011, más del doble que las madres en unión libre, seguido por las madres casadas (44,5) (gráfico 5.5).

Gráfico 5.5. **Razón de mortalidad materna, por 100.000 nacidos vivos, según estado civil Bogotá. 1998 – 2010.**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

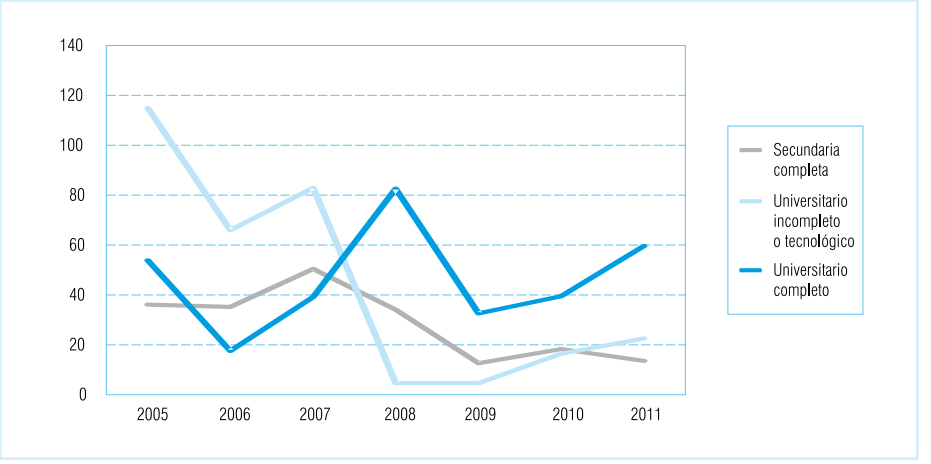
El nivel educativo es la variable más importante, disponible en el instrumento de mortalidad, para acercarse a la identificación de la posición social, es decir, la ventaja o desventaja social, puesto que en éste no se registran variables como estrato, ingreso o posición socio-ocupacional. Por la misma razón, resulta también la de mayor importancia en los análisis de equidad.

El nivel de educación secundaria completa es el de mayor peso entre las madres, pues representa 35% de los nacimientos en el periodo 2005-2011, con tendencia al incremento. Este grupo reduce la razón de mortalidad materna en forma importante, más de la mitad en el periodo analizado, de un valor promedio de 40,6 entre 2005 y 2007, a uno promedio de 14,8 entre 2009 y 2011. Contra este grupo central se comparan los de menor educación y los de mayor educación.

Las madres con educación superior al bachillerato no presentan razones de mortalidad muy distantes a las de las bachilleres, pero resulta más variable dicha razón, en parte porque hay un número menor de madres en estas categorías (gráfico 5.6). Las madres con estudios primarios completos o bachillerato incompleto tampoco se alejan de las madres bachilleres, y reducen su razón de mortalidad en similar proporción (gráfico 5.7). Sin embargo, a diferencia de la mortalidad de todos los demás grupos, el grupo con menor educación (ninguna o primaria incompleta), muestra ra-

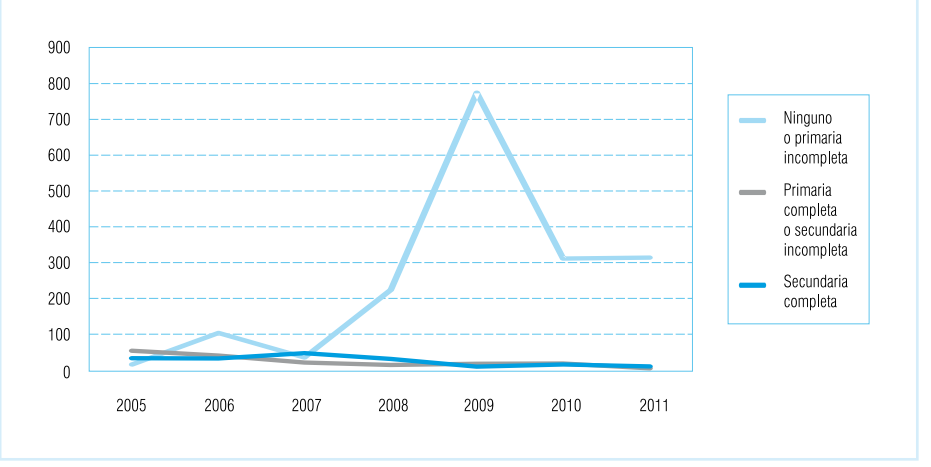
zones de mortalidad mucho más altas, con gran variación (incluso alcanza razones superiores a 700 en el año 2009) y con tendencia creciente en el periodo estudiado, lo que demuestra que el fenómeno está relacionado con la posición social, en este caso con su variable proxy nivel educativo (gráfico 5.7).

Gráfico 5.6. **Razón de mortalidad materna, por 100.000 nacidos vivos, según nivel educativo de la madre. Bogotá. 1998 - 2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS.

Gráfico 5.7. **Razón de mortalidad materna, por 100.000 nacidos vivos, según nivel educativo de la madre. Bogotá. 2005 – 2011**

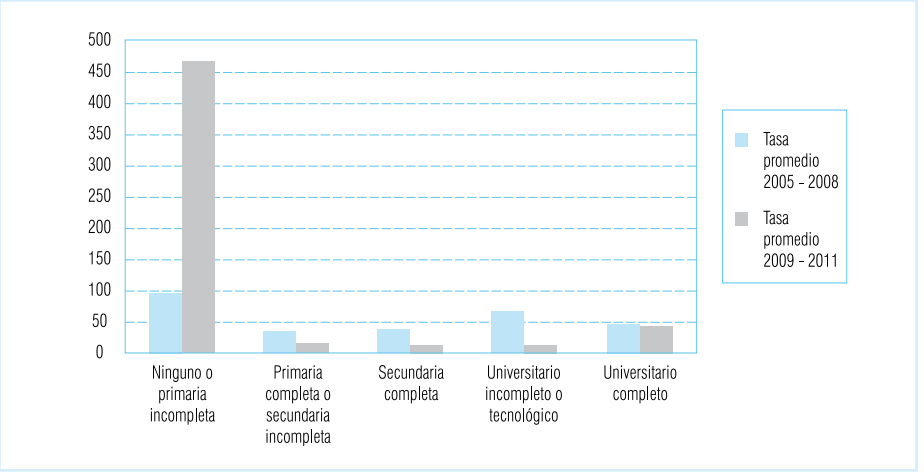


Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Se demuestra igualmente que el riesgo de mortalidad materna se multiplica varias veces entre las madres con muy bajo nivel educativo, es decir, en condición muy inferior al promedio educativo logrado, lo que señala un grado de exclusión o marginación, de seguro correspondiente a las más bajas posiciones sociales.

En conjunto, en el periodo analizado se observa una disminución de la mortalidad materna en todos los grupos, según nivel educativo, excepto en el sin educación o con primaria incompleta, que muestra un incremento preocupante entre 2008 y 2010 (Gráfico 5.8). Estos años coinciden con un crecimiento de la natalidad en la ciudad.

Gráfico 5.8. **Razón de mortalidad materna, por 100.000 nacidos vivos, según nivel educativo de la madre. Bogotá. Promedios 2005–2008 y 2009-2011**

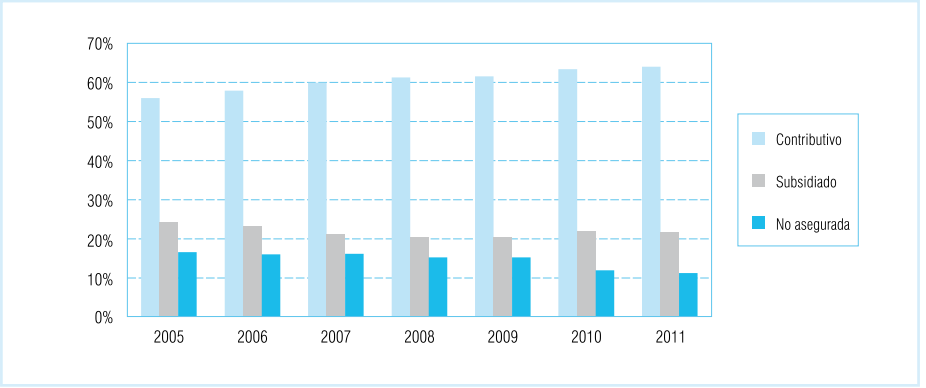


Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Otra variable muy importante, tanto en términos de posición social, como en términos de nuestro sistema de salud, es la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. En términos de posición social, porque precisamente la condición de pertenecer a los grupos más pobres es la llave de entrada al Régimen Subsidiado. En términos del sistema de salud, por cuanto de este tipo de afiliación puede depender la calidad de los servicios, y de esta calidad depende en gran parte la mortalidad materna.

El porcentaje mayor de madres en el periodo corresponde al Régimen Contributivo, con un promedio del 65, creciendo desde 56% en 2005 hasta un promedio de 64% en el 2011 (gráfico 5.9).

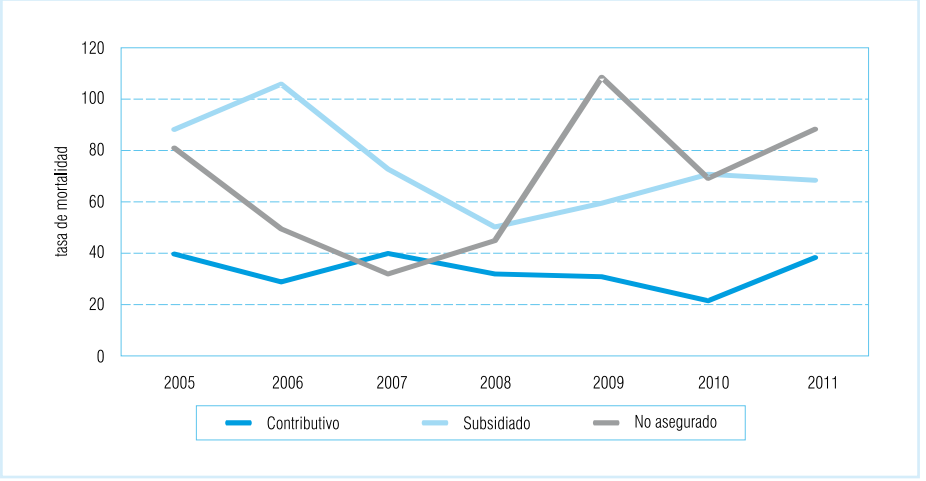
Gráfico 5.9. **Afiliación a la Seguridad Social en Salud de las madres con nacido vivo en Bogotá. 2005-2011**



Fuente: Base de datos de nacimientos SDS con base en DANE

Las madres afiliadas al Régimen Subsidiado, por definición las más pobres, presentan una razón de mortalidad que duplica la del Régimen Contributivo, aunque su mortalidad se redujo de un promedio de 89 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, en el periodo 2005-2007, a una razón promedio de 62,2 en el periodo 2008-2011. Entre tanto, la razón promedio de las madres del Régimen Contributivo evolucionó de 36,1 a 30,7 en el mismo periodo (Gráfico 5.10).

Gráfico 5.10. **Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos según régimen de afiliación a la Seguridad Social en salud. 2005-2011**

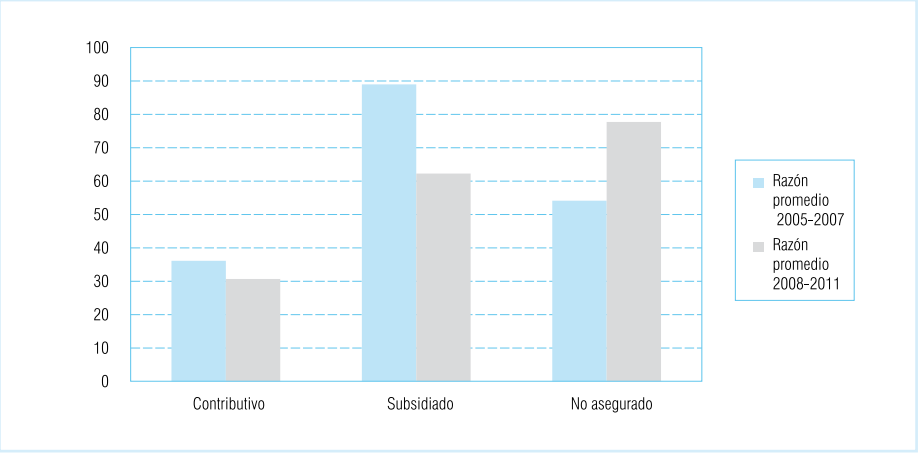


Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

El grupo de madres no aseguradas constituye, en promedio, 15% de las madres con hijo nacido vivo en el periodo, con tendencia al descenso porcentual (del 16 en 2005 al 10 en 2011). Sin embargo, su razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos presenta un importante aumento, de un promedio de 54,1% entre 2005 y 2007 a uno de 77,7% en el periodo 2008 – 2011, constituyéndose en los últimos años en el grupo de mayor riesgo de mortalidad materna, al haber superado las cifras de las madres del Régimen Subsidiado, que mostraban una razón de 97 entre 2000 y 2004, muy superior a la de 76 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos de las no afiliadas.

En el gráfico 5.11 pueden observarse las diferencias de razones promedio de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en las madres afiliadas a los distintos regímenes de seguridad social en salud en los periodos 2005-2007 y 2008 -2011, así como el crecimiento o decrecimiento de las mismas.

Gráfico 5.11. **Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, según régimen de seguridad social en salud. Bogotá, promedios 2005-2007 y 2008-2011.**

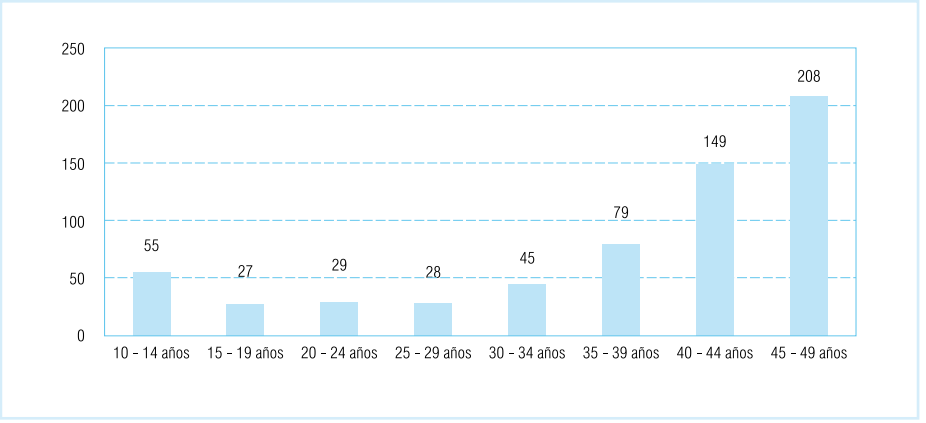


Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Al analizar la mortalidad materna por grupos de edad en el periodo 2005-2011 se encuentra que las razones más bajas corresponden a las madres de 15 a 29 años de edad, como es de esperar; los valores empiezan a crecer a partir de los 30 años de edad y el riesgo de muerte crece geométricamente a partir de los 35. También las madres menores de 15 años de edad, al otro extremo, presentan una razón de mortalidad algo superior al promedio (gráfico 5.12).

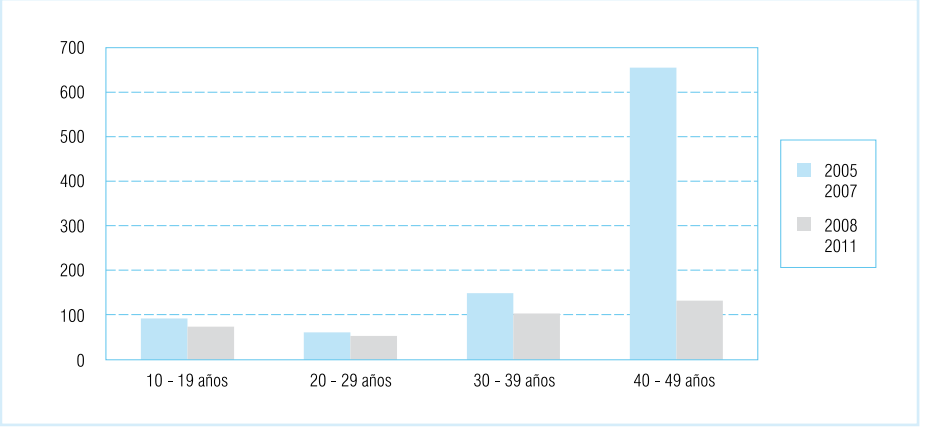
La tendencia de la mortalidad materna es a la disminución para todos los grupos, si se compara el promedio 2005-2007 con el promedio de las razones de 2008 a 2011. La reducción de la razón de la mortalidad, sin embargo, es mucho más notoria en las madres mayores de 40 años de edad (gráfico 5.13).

Gráfico 5.12. **Razón de mortalidad materna, por grupos de edad quinquenales, por 100.000 nacidos vivos, promedio 2005-2011.**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

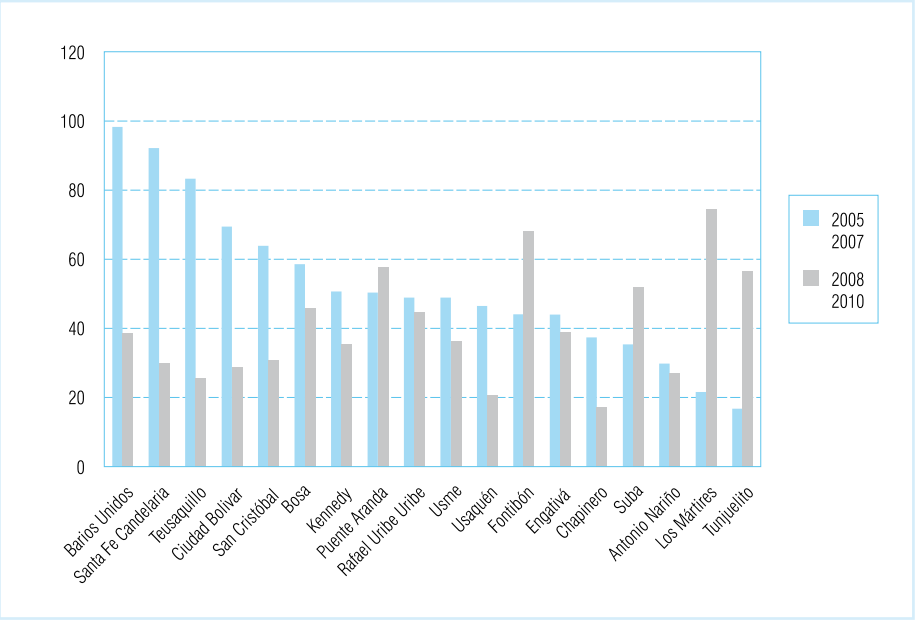
Gráfico 5.13. **Razón de mortalidad materna, por grupos de edad decenales. Comparación de promedios por 100.000 nacidos vivos 2005-2007 y 2008-2011**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Respecto de las diferencias por territorios, se observan cambios significativos en la evolución de las razones de mortalidad materna por localidad, entre el periodo 2005-2007 y el periodo 2008 – 2010, con reducción en la mayoría de los casos. Localidades que mostraban la mayor razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos presentaron importantes reducciones, como Barrios Unidos, Santa Fé – Candelaria, Teusaquillo, Ciudad Bolívar y San Cristóbal, mientras que al otro extremo las localidades de Los Mártires, Tunjuelito, Suba y Fontibón presentan incrementos significativos (gráfico 5.14).

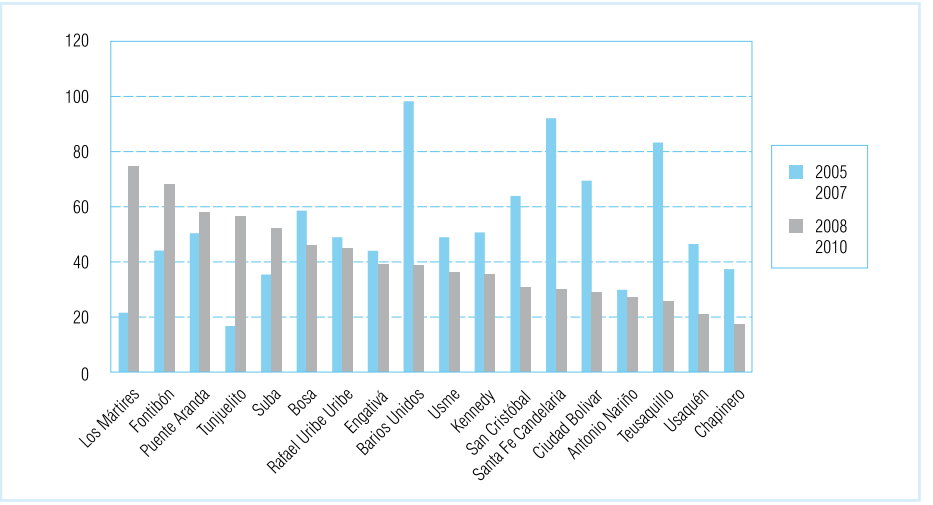
Gráfico 5.14. **Razón de mortalidad materna por localidad. Comparación de promedios 2005-2007 y 2008-2010, ordenada según 2005-2007**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Ordenadas según la mortalidad 2008 – 2010, se observa una mayor razón de mortalidad materna en las localidades de Los Mártires, Fontibón, Puente Aranda, Tunjuelito, Suba, Bosa y Rafael Uribe, por encima de 40 muertes por 100.000 nacidos vivos, mientras que presentan la menor razón las localidades de Chapinero, Usaquén, Teusaquillo, y Antonio Nariño, resultados que parecen consistentes, pero que requieren igualmente mayor análisis (gráfico 5.15).

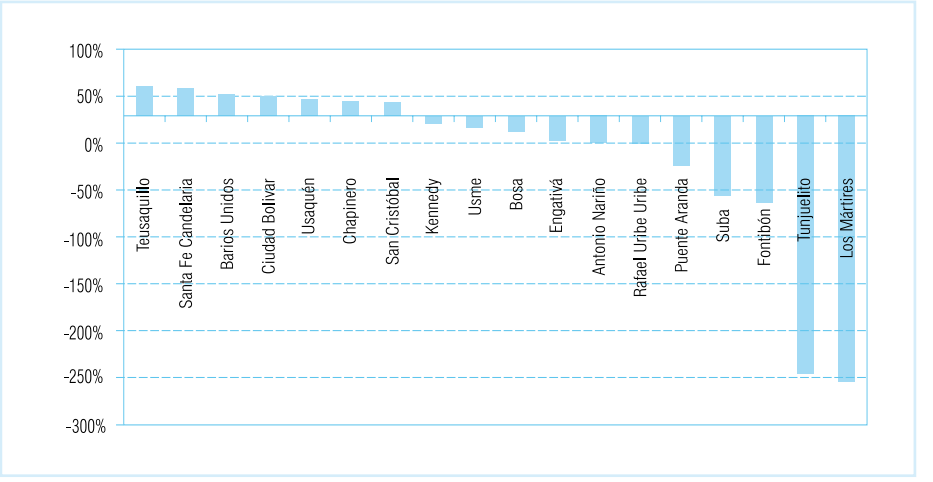
Gráfico 5.15. **Razón de mortalidad materna por localidad, comparación promedios 2005-2007 y 2008-2010, ordenada según 2008-2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

El gráfico 5.16 muestra cuáles localidades aportaron a la reducción de la mortalidad en el Distrito en mayor o menor grado que el promedio de la ciudad.

Gráfico 5.16. **Mortalidad materna por localidad, Bogotá. Mayor o menor porcentaje de reducción respecto del promedio Distrital.**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

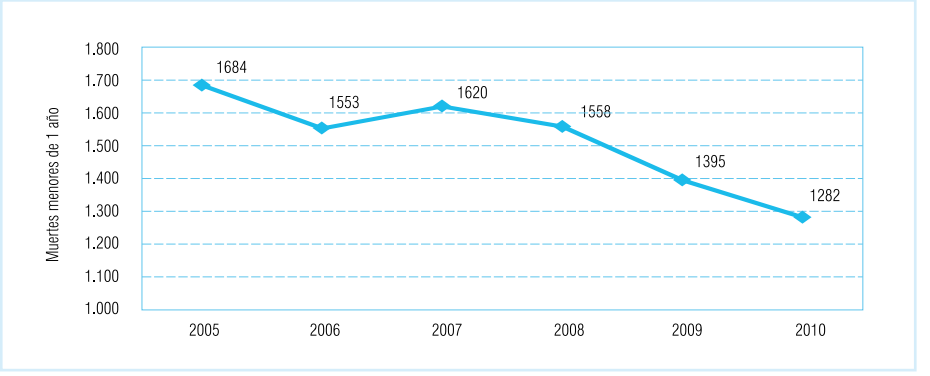
No se encontró relación significativa entre la mortalidad materna por localidad y los porcentajes de pobreza o miseria de las respectivas localidades, por lo que el conjunto de desventajas sociales, asociado a la posición social, no parece determinar, en primeria instancia, este riesgo, como sí parece hacerlo el nivel educativo muy bajo. Parecen existir, sin embargo, algunas dificultades en el registro y organización de las bases de datos al registrar la localidad de muerte y la localidad de vivienda de la madre, lo que podría estar alterando, en alguna medida, los resultados.

La meta del Plan de Desarrollo Distrital ha sido cumplida plenamente, pues había planteado reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos para 2012, meta que ya se alcanzó en el año 2010. Sin embargo, para incorporar realmente el enfoque de equidad en las políticas relacionadas con este tema, deberían incluirse metas de disminución de brechas entre localidades o entre regímenes de afiliación.

Evolución de la mortalidad infantil (menores de un año de edad) 2005-2011

El número de casos de muertes de menores de un año de edad disminuye en la ciudad, desde 1.684 casos en 2005, hasta 1.282 casos en 2011, es decir, una reducción importante, que equivale a 24% en este periodo (gráfico 5.17).

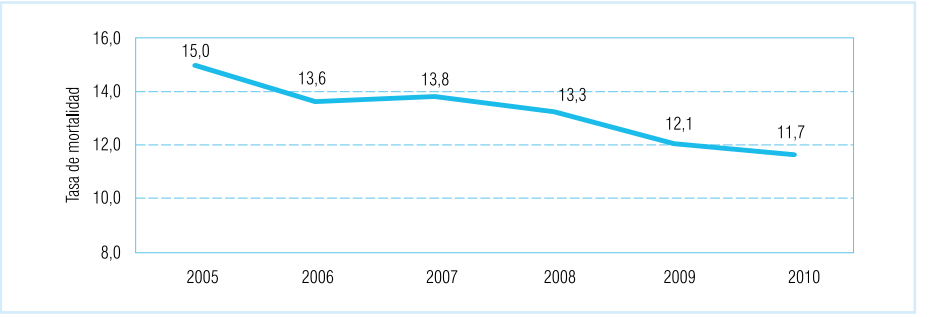
Gráfico 5.17. **Total muertes anuales menores de 1 año de edad. Bogotá. 2005-2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

La tasa de mortalidad por 1000 nacidos vivos se reduce, en consecuencia, de 15 por mil a 11,7 por mil entre 2005 y 2010 (gráfico 5.18).

Gráfico 5.18. **Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por 100 000 nacidos vivos, Bogotá, 2005-2010.**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

La meta trazada por el Plan de Desarrollo del Distrito 2008-2012 de 11.7 muertes por 1000 nacidos vivos, para el año 2009, fue alcanzada en 2010 (tabla 5.3).

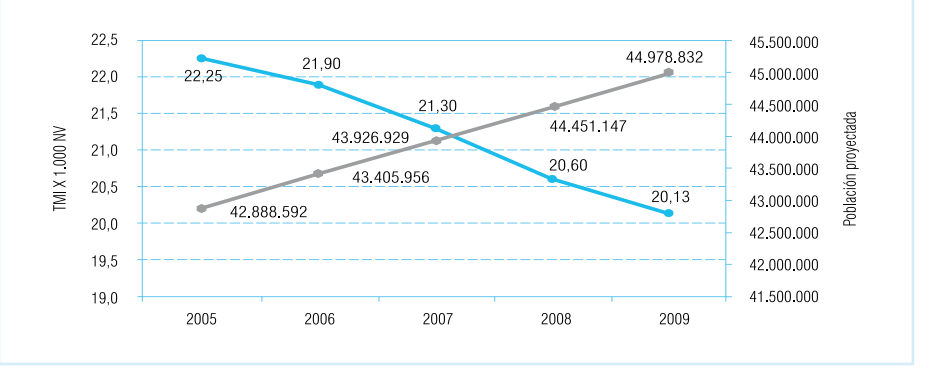
Tabla 5.3. **Metas de mortalidad infantil en el Plan Distrital de Desarrollo 2008-2012**

METAS (Razón)	2008	2009	2010	2011	2012
	12,3	11,7	11,1	10,5	9,9

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, 2009.

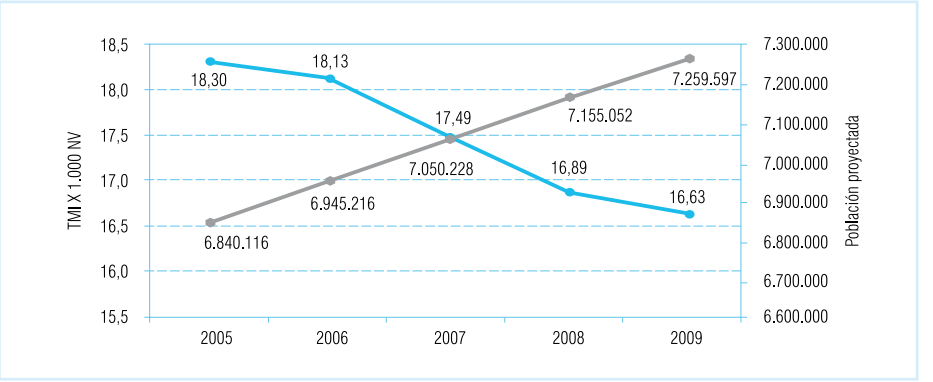
El resultado es, sin embargo, mucho mejor que las proyecciones de mortalidad para este grupo de edad en la nación y específicamente en el Distrito Capital (gráficos 5.19 y 5.20).

Gráfico 5.19. **Proyecciones de mortalidad en menores de un año de edad. Colombia, 2005-2009.**



Fuente: Estadísticas vitales DANE

Gráfico 5.20. **Proyecciones de mortalidad en menores de un año de edad. Bogotá. 2005-2009.**



Fuente: Estadísticas vitales DANE

Clasificada la mortalidad de menores de un año de edad por grupos de causas, el grupo considerado no prevenibles ocupa cerca de 40% de las muertes y dentro de las evitables las perinatales son responsables de más de 80% de las muertes (tabla 5.4).

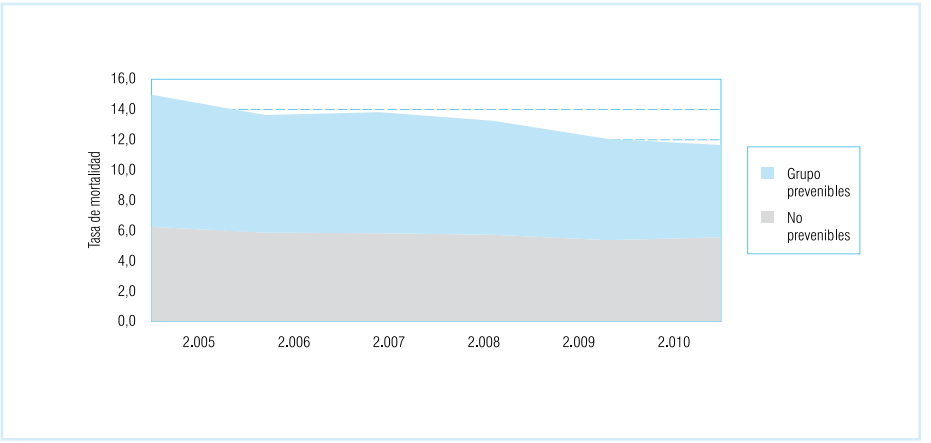
La tasa de mortalidad del grupo de prevenibles muestra una reducción desde 8,72 por 1000 nacidos vivos en 2005, hasta 6,10 por 1000 nacidos vivos en 2010, es decir, de 30% en el periodo estudiado, mientras que la tasa de mortalidad por 1000 nacidos vivos del grupo de no prevenibles disminuye en menor grado, desde 6,25 en 2005 a 5,55 en 2010, es decir 11% (gráfico 5.21).

Tabla 5.4. **Tasa de mortalidad de menores de un año de edad por 1000 nacidos vivos según principales grupos de causas. Bogotá 2005 -2010**

Grupos de causas	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de muertes	14,97	13,63	13,82	13,25	12,06	11,65
Perinatal	7,38	6,71	6,88	6,20	5,91	5,26
ERA	1,16	0,94	0,97	1,19	0,72	0,76
EDA	0,14	0,10	0,13	0,09	0,06	0,05
Inmunoprevenibles	0,04	0,03	0,02	0,05	0,00	0,03
Grupo prevenibles	8,72	7,77	7,99	7,53	6,69	6,10
No prevenibles	6,25	5,86	5,83	5,72	5,37	5,55

Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS.

Gráfico 5.21. **Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por 1000 nacidos vivos, grupo prevenibles y no prevenibles. Bogotá, 2005-2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Dentro del grupo de prevenibles, la mortalidad perinatal se reduce de 830 casos en 2005 a 579 en 2010 en Bogotá, es decir, 30%. Sin embargo, la mayoría de muertes perinatales en Bogotá se asocia a malformaciones congénitas, que no son en teoría prevenibles y sólo se reducen en 1,5% en el periodo analizado, por lo que la reducción observada corresponde fundamentalmente a las causas verdaderamente prevenibles entre las perinatales (tablas 5.5 y 5.6).

Tabla 5.5. **Número de muertes en menores de un año de edad, por malformaciones congénitas, Bogotá, 2005-2010.**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	221	236	227	231	205	208
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	189	200	195	199	175	196

Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS.

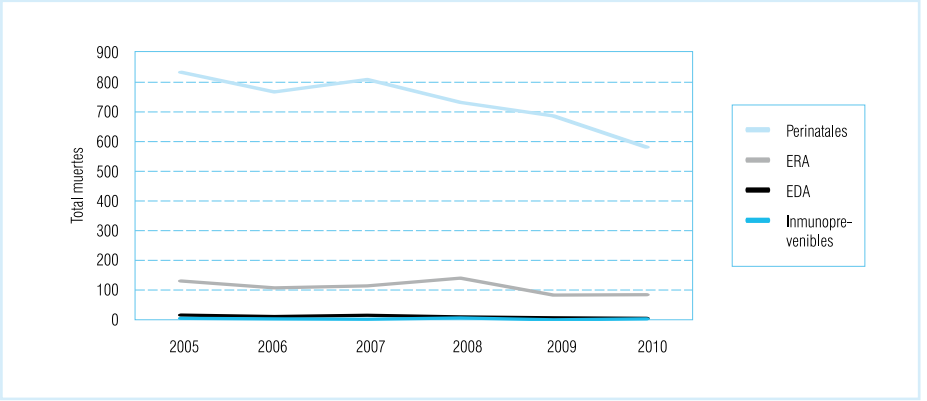
Tabla 5.6. **Análisis de causas reducibles de mortalidad en menores de un año de edad, SDS, 2006.**

	CAUSAS REDUCIBLES POR DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	2001	2002	2003	2004	2005
1.01	Enfermedades infecciosas intestinales	42	41	31	28	16
1.04	Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	7	2	3	4	5
1.05	Meningitis	23	13	13	13	17
1.06	Septicemia, excepto neonatal	32	10	10	9	11
1.07	Enfermedad por VIH (SIDA)	2	1	7	3	1
1.08	Infecciones respiratorias agudas	217	141	138	174	130
	TOTAL	323	208	202	231	180
	CAUSAS REDUCIBLES POR CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO Y PERÍODO NEONATAL					
4.02	Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	67	57	56	56	58
4.04	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	512	478	417	418	408
	TOTAL	579	535	473	474	466
	CAUSAS REDUCIBLES POR BUEN CONTROL PRENATAL					
4.01	Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	13	20	23	26	16
4.05	Sepsis bacteriana del recién nacido	132	100	97	91	126
4.03	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	16	19	32	27	21
	TOTAL	161	139	152	144	163
	CAUSAS DIFÍCILMENTE REDUCIBLES CON EL CONOCIMIENTO ACTUAL					
6.13	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	409	392	388	401	372
	TOTAL	409	392	388	401	372

Fuente: Memorias sala situacional de mortalidad infantil, agosto 28 de 2006, citado en Secretaria Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, 2009.

Sigue en importancia la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), que disminuye en el periodo analizado aún más que las perinatales, de 130 casos en 2005 a 84 en 2010, es decir 35% (gráfico 5.22).

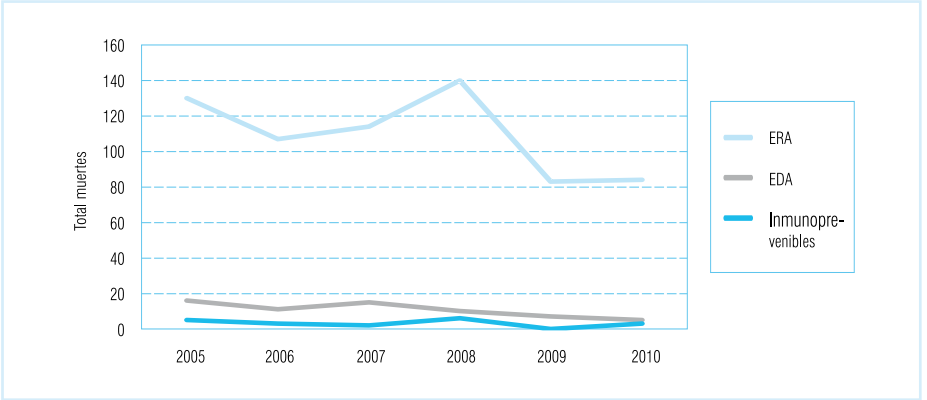
Gráfico 5.22. **Total muertes de menores de un año de edad, por causas del grupo prevenibles. Bogotá, 2005-2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y las enfermedades inmunoprevenibles presentan pocos casos de mortalidad en la ciudad y continúan disminuyendo en el periodo analizado, como se observa en el gráfico 5.23, en el que se excluyen las perinatales.

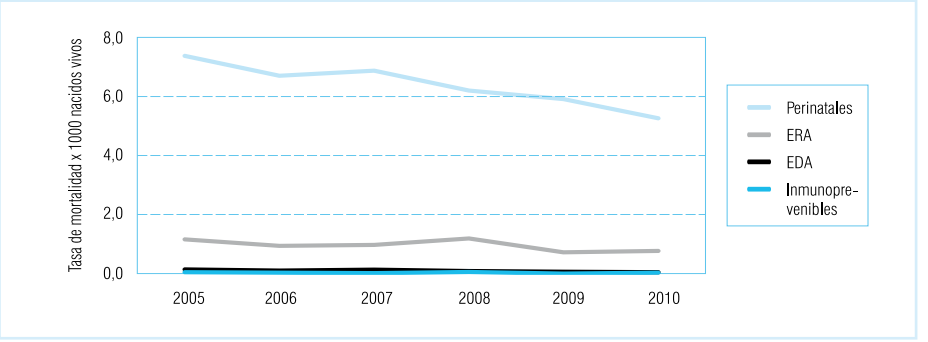
Gráfico 5.23. **Total muertes de menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles. Bogotá, 2005-2010.**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Las tasas de mortalidad muestran el peso de las causas perinatales en relación con las otras causas prevenibles (gráfico 5.24).

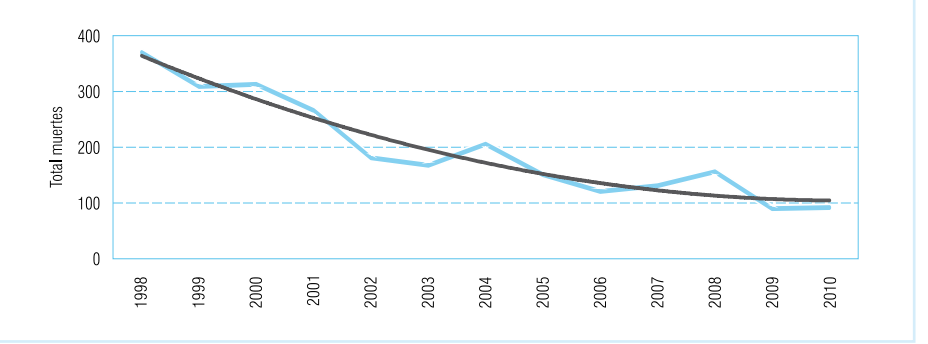
Gráfico 5.24. **Tasas de mortalidad en menores de un año de edad, del grupo prevenibles. Bogotá. 2005-2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS.

El análisis se concentrará en el grupo de prevenibles, constituido por la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y las enfermedades inmunoprevenibles. El número de muertes de menores de un año de edad por estas causas se reduce dramáticamente, desde 370 casos en 1998 hasta 92 en 2010, es decir, una disminución de 75% o, lo que es lo mismo, en 2o10 sólo se presentaron 25% de las muertes de menores de un año de edad que ocurrieron en 1998. La reducción entre 1998 y 2004 había alcanzado 45%, mientras que entre 2005 y 2010 alcanza 39%, lo que señala la tendencia de la curva a aplanarse, hecho lógico cuando se aproximan valores cercanos a cero (gráfico 5.25).

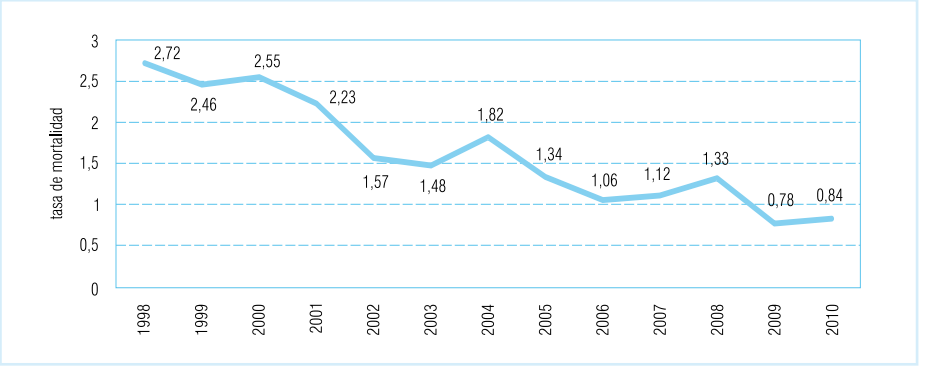
Gráfico 5.25. **Total muertes de menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles. Bogotá. 1998-2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

La tasa de mortalidad por este grupo de causas prevenibles se reduce, en consecuencia, de 2,72 por 1000 nacidos vivos en 1998 a 0,84 por 1000 nacidos vivos en 2010. La reducción se torna más lenta en el último periodo analizado (gráfico 5.26).

Gráfico 5.26. **Tasa de mortalidad en menores de 1 año de edad por 1.000 nacidos vivos, por ERA, EDA e Inmunoprevenibles. Bogotá. 1998-2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

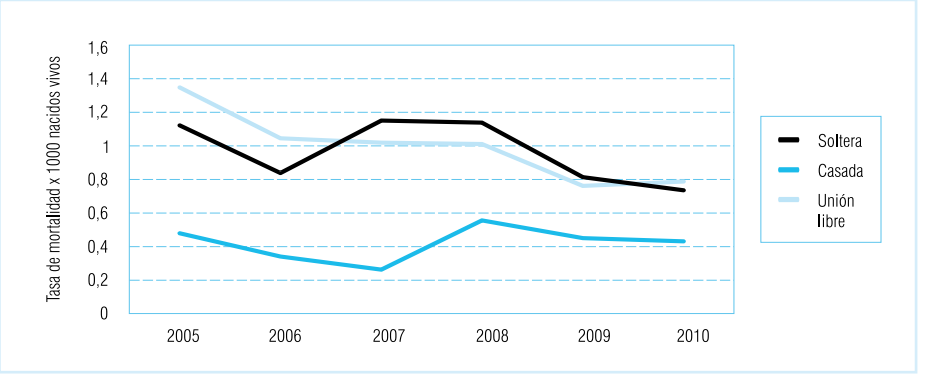
Análisis de desigualdades en mortalidad por ERA, EDA e inmunoprevenibles

El certificado de defunción, que constituye el registro de mortalidad, que da lugar a la base analizada, permite observar las diferencia de las tasas de mortalidad de los menores de un año de edad entre algunas condiciones sociales, que constituyen ventaja o desventaja social y que, por tanto, permiten introducir el análisis de desigualdades en la mortalidad evitable.

La primera variable a considerar es el estado civil de la madre. La tasa de mortalidad por el grupo estudiado, ERA, EDA e inmunoprevenibles, se muestra sustancialmente menor (0,4 por 1000 nacidos vivos en 2010), para los menores de un año de edad con madres que reportan estado civil casada o con matrimonio vigente, que para los grupos con madres solteras o en unión libre, que en conjunto muestran una tasa cercana al doble (0,8 por 1000 nacidos vivos).

La mayor reducción de mortalidad en el periodo analizado corresponde a los menores de un año de edad con madres en unión libre, desde una tasa de 1,35 por 1000 nacidos vivos en 2005 a 0,79 por 1000 nacido vivos en 2010, disminución de 42% en términos porcentuales (gráfico 5.27).

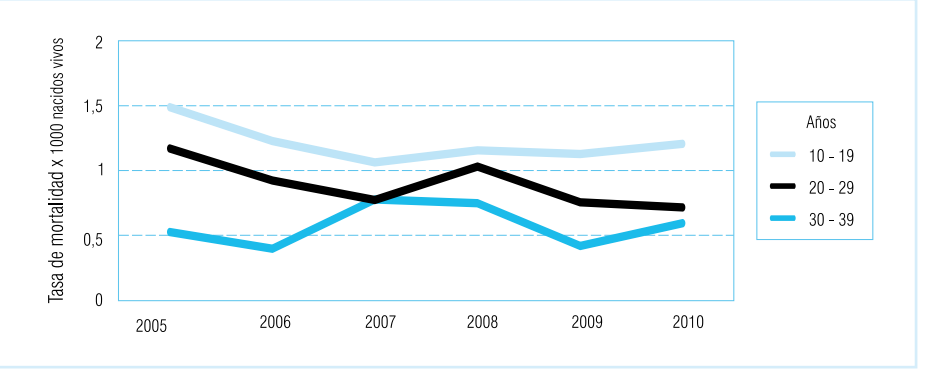
Gráfico 5.27. **Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles, según estado civil de la madre. Bogotá. 2005-2011**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

La segunda desigualdad observable se relaciona con la edad de la madre, pues la mortalidad agrupada por las causas del grupo analizado, fundamentalmente evitable, es siempre mayor en el grupo con las madres más jóvenes. La tasa del grupo con madres de 10 a 19 años de edad alcanza 1.2 por 1000 nacidos en el año 2010, mientras el grupo con madres de 30 a 39 años de edad presenta la mitad de esta tasa (0,6 por 1000 muertes por estas causas por 1000 nacidos vivos). El grupo de 20 a 29 años de edad presenta una tasa intermedia, pero es el grupo en el que la tasa se reduce más (39%) entre 2005 y 2010 (gráfico 5.28).

Gráfico 5.28. **Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles. Según grupos decenales de edad de la madre. Bogotá. 2005-2010**

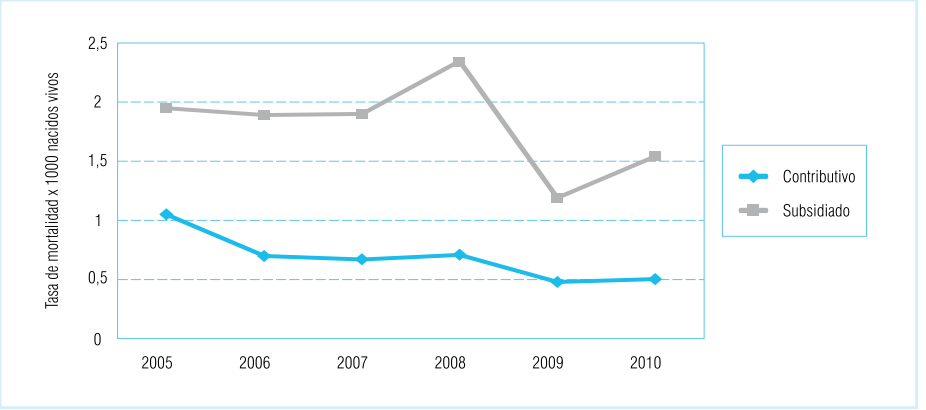


Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

El régimen de seguridad social permite acercarse a la posición social de la madre y de la familia del menor de un año de edad, ya que por definición para pertenecer al Régimen Subsidiado se requiere que la familia sea clasificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios del Estado (SISBEN) y, además, que ninguno de los padres tenga un trabajo formal, con seguridad social, lo que ubicaría al niño y a su progenitora automáticamente en el Régimen Contributivo.
Para el año 2005, la tasa de mortalidad de menores de un año de edad por las causas evitables agrupadas en el análisis era casi el doble en las familias del Régimen Subsidiado que en las del Régimen Contributivo (1,95 por 1000 contra 1,05 por 1000 nacidos vivos).

Para el año 2010 ambas tasas disminuyen. Sin embargo, la diferencia acaba siendo mayor, 1,55 por 1000 en el Régimen Subsidiado contra 0,5 por 1000 nacidos vivos en el Régimen Contributivo, pues este último redujo a la mitad su tasa de mortalidad, mientras que el Régimen Subsidiado la redujo tan sólo cerca de 20% (gráfico 5.29).

Gráfico 5.29. **Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles, según régimen de seguridad social. Bogotá. 2005-2010**



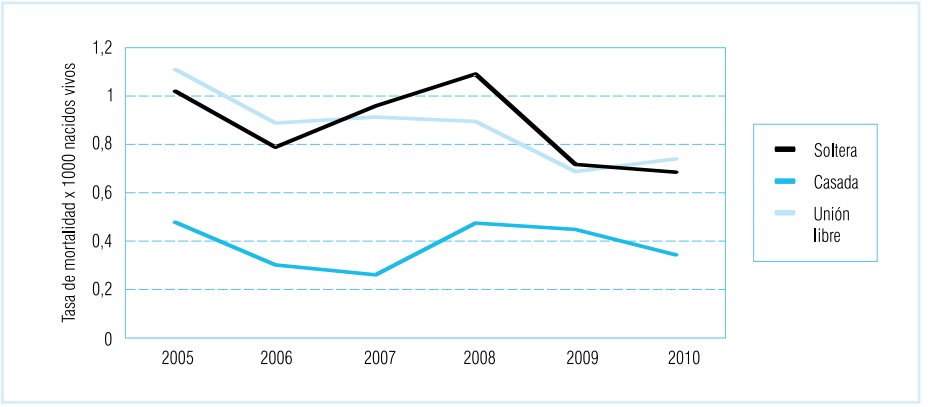
Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

La principal causa evitable, la ERA

Si se estudia separadamente la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda (ERA), que ostenta la mayor tasa entre las tres analizadas, en términos de las desigualdades observables, según las variables incluidas en los registros de mortalidad, se observa un comportamiento similar (gráfico 5.30).

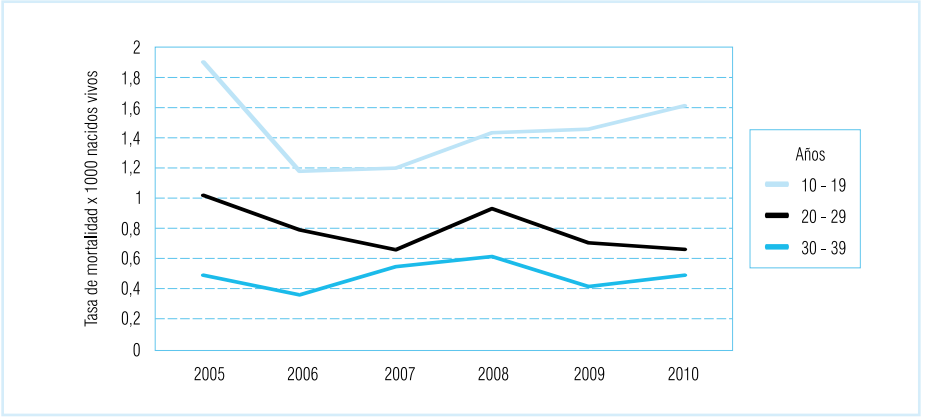
Por grupos de edad de la madre, igualmente la tasa de mortalidad por ERA de los menores de un año de edad es mayor en aquellos con madres más jóvenes. Sin embargo, se aprecia claramente un incremento de la tasa de mortalidad por 1000 nacidos vivos en los menores de un año de edad con madres entre 10 y 19 años de edad, con una tasa que después de descender a 1.2 por 1000 nacidos vivos en 2006, retorna a 1,6 en 2010, la cual es más del triple de la tasa del grupo con madres de 30 a 39 años de edad (gráfico 5.31).

Gráfico 5.30. **Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, según estado civil de la madre. Bogotá. 2005-2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

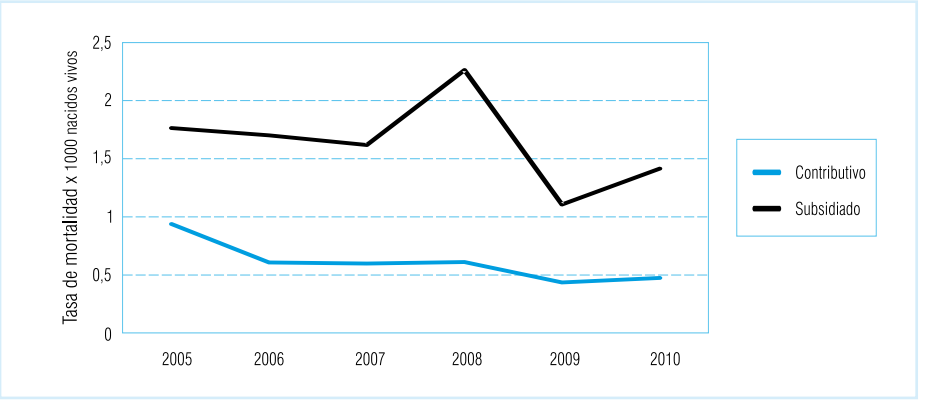
Gráfico 5.31. **Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, según grupo decenal de edad de la madre. Bogotá, 2005-2010.**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

La reducción de la mortalidad es un poco menor en el Régimen Subsidiado para la ERA que para las tres causas agrupadas, pues la tasa se reduce tan sólo de 1,76 por 1000 a 1,42 por 1000 nacidos vivos entre 2005 y 2010 (gráfico 5.32).

Gráfico 5.32. **Tasa de mortalidad en menores de un año de edad por IRA, según afiliación a la seguridad social de la madre. Bogotá. 2005-2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Diferencias por localidades y análisis de inequidad

Las tasas de mortalidad de los menores de 1 año de edad por 1000 nacidos vivos por las causas evitables estudiadas muestran grandes diferencias entre las localidades que conforman el Distrito Capital, al mismo tiempo que las tasas de las localidades varían notoriamente a lo largo de los años, como se puede observar al comparar las tasas promedio para el periodo 2005 – 2007 con la tasas promedio para el periodo 2008 -2010. En publicación previa del Observatorio sobre las tasas de mortalidad se había señalado:

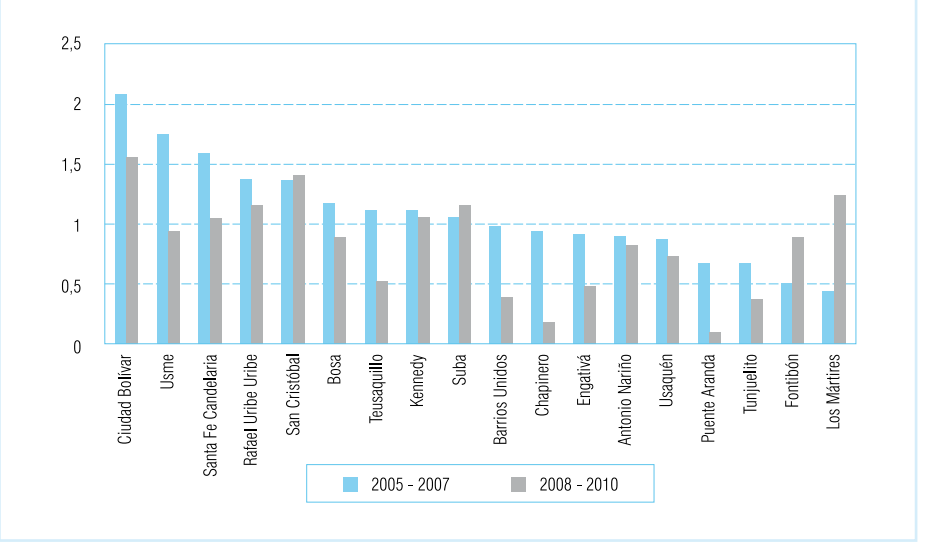
> La trayectoria de las tasas guarda relación con la seguida por el nivel de pobreza extrema (indigencia, según la metodología de los ingresos), la intensidad de la pobreza y por el grado de concentración general de los ingresos y al interior de los pobres, medido por el coeficiente de Gini (gráficos 2 a 9) 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. (Fresneda, Martínez, 2007)

Para los años 2005-2007, las localidades del sur de la ciudad, como Ciudad Bolívar y Usme, seguidas por localidades como San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Bosa, muestran las mayores tasas de mortalidad de menores de un año de edad por 1000 nacidos vivos por las tres causas evitables estudiadas, junto con Santa Fe – Candelaria, localidades del centro unidas en este análisis por su menor tamaño e integración geográfica (gráfico 5.33).

Gráfico 5.33. **Tasas de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles por localidad. Comparación promedios 2005-2010 y 2008-2010, ordenada según 2005-2007.**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Es conocido el hecho de que en estas localidades se concentra la mayor proporción de población pobre e indigente del Distrito, si se exceptúa la localidad rural de Sumapaz, que no se integra en el análisis por cuanto su mínima población arrojaría una gran variabilidad de las tasas entre uno y otro periodo (Tabla 5.7).

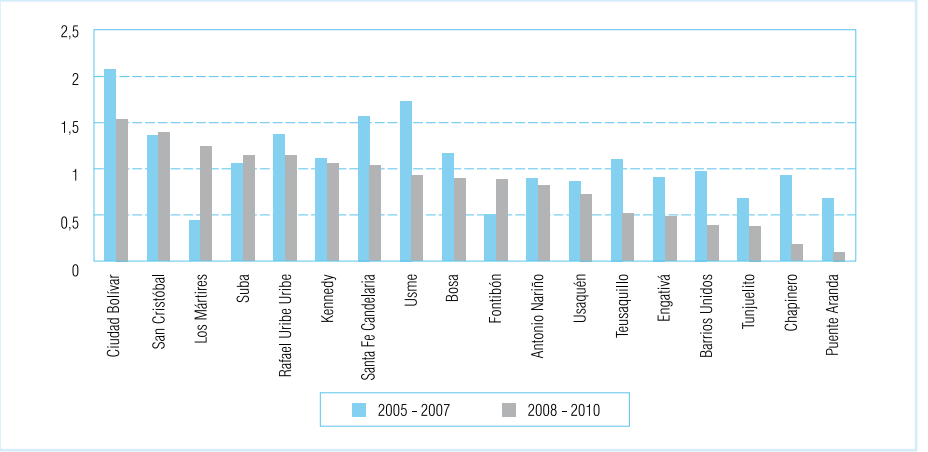
Tabla 5.7. **Pobreza e indigencia en las localidades del Distrito, según ECV, Bogotá, 2007**

Localidad	Total de Hogares	Hogares en indigencia		Hogares en pobreza	
		Total	%	Total	(%)
Total Bogotá	1.978.528	143.842	7,3	451.687	22,8
Usaquén	137.979	5.921	4,3	13.908	10,1
Chapinero	50.351	3.743	7,4	5.251	10,4
Santa Fe Candelaria	38.094	4.514	11,8	9.378	31,0
San Cristóbal	108.331	10.975	10,1	36.544	32,3
Usme	77.292	6.856	8,9	29.354	38,0
Tunjuelito	50.302	4.115	8,2	14.417	28,7
Bosa	137.351	7.781	5,7	43.160	31,4
Kennedy	263.661	15.208	5,8	60.727	23,0
Fontibón	91.798	5.290	5,8	14.188	15,5
Engativá	241.964	14.799	6,1	38.033	15,7
Suba	287.783	12.872	4,5	43.927	15,3
Barrios Unidos	68.494	3.375	4,9	9.246	13,5
Teusaquillo	48.537	2.270	4,7	3.184	6,6
Los Mártires	26.893	2.141	8	5.868	21,8
Antonio Nariño	30.499	1.944	6,4	6.574	21,6
Puente Aranda	70.670	3.431	4,9	11.261	15,9
Rafael Uribe Uribe	101.815	15.080	14,8	40.760	40,0
Ciudad Bolívar	145.353	23.048	15,9	64.994	44,7
Sumapaz	1.362	480	35,3	914	67,1

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, Bogotá, 2007

Para el periodo 2008 – 2010, ascienden a los puestos con las mayores tasas de mortalidad grandes localidades del occidente y norte de Bogotá, como Kennedy y Suba, mientras se moderan los resultados de las localidades del sur, aunque Ciudad Bolívar sigue destacándose en el primer lugar (gráfico 5.34).

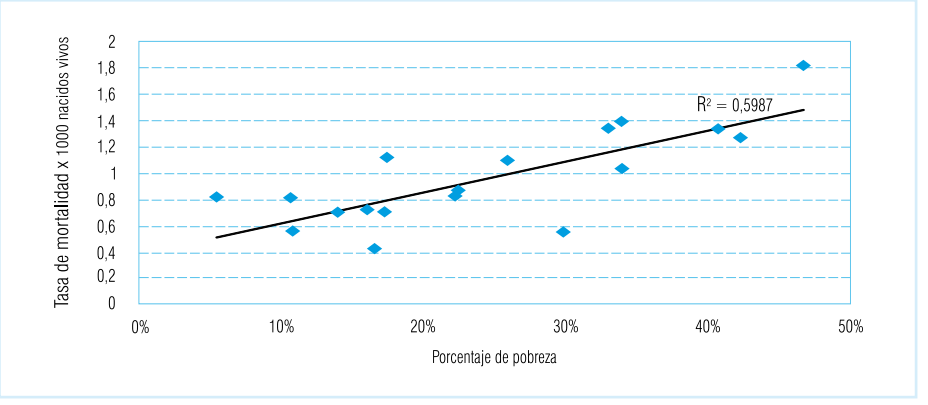
Gráfico 5.34. **Tasa de mortalidad en menores de un año por ERA, EDA e Inmunoprevenibles por localidad. Comparación promedios 2005-2007 y 2008-2010, ordenada según 2008-2010**



Fuente: Certificado individual de defunción. Bases SDS

Para el análisis de inequidad se relacionan los porcentajes de pobreza e indigencia de las localidades del Distrito, según la Encuesta de Calidad de Vida para Bogotá 2007, con las tasas de mortalidad por 1000 nacidos vivos agrupadas por las causas evitables estudiadas, ERA, EDA e inmunoprevenibles. El resultado es una clara correlación estadística entre la tasa de mortalidad y el porcentaje de pobreza en cada localidad (R2 = 0,598) (gráfico 5.35).

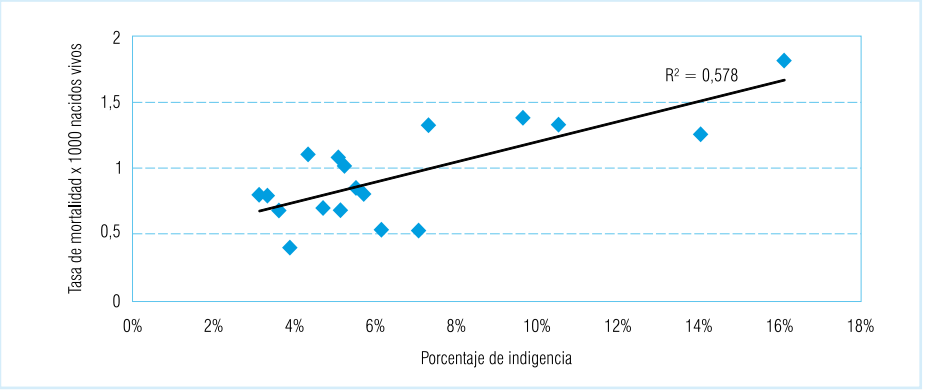
Gráfico 5.35. **Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles (Promedio 2005-2010) y porcentaje de población en pobreza en cada localidad.**



Fuente: Cálculos propios con base en certificado individual de defunción.- Bases SDS y Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2007

A diferencia del estudio realizado por el Observatorio para el período 1998-2004, la correlación entre porcentaje de indigencia en cada localidad y tasa de mortalidad evitable por las causas analizadas resulta con un R2 (de 0,578) algo inferior al de la correlación con pobreza, aunque muy similar (gráfico 5.36).

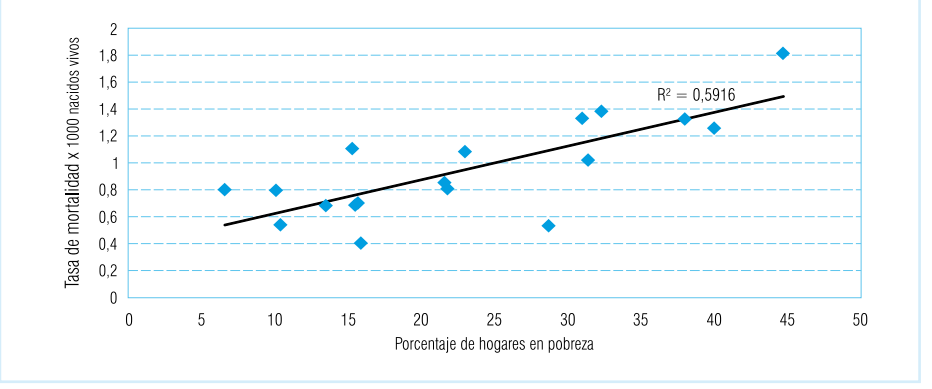
Gráfico 5.36. **Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles (Promedio 2005-2010) y porcentaje de población en indigencia en cada localidad.**



Fuente: Cálculos propios con base en certificado individual de defunción. Bases SDS y Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2007

Similar resultado se halla al correlacionar el porcentaje de hogares en pobreza (en lugar de personas) en cada localidad con la tasa de mortalidad de menores de un año de edad por 1000 nacidos vivos por las causas evitables (gráfico 5.37).

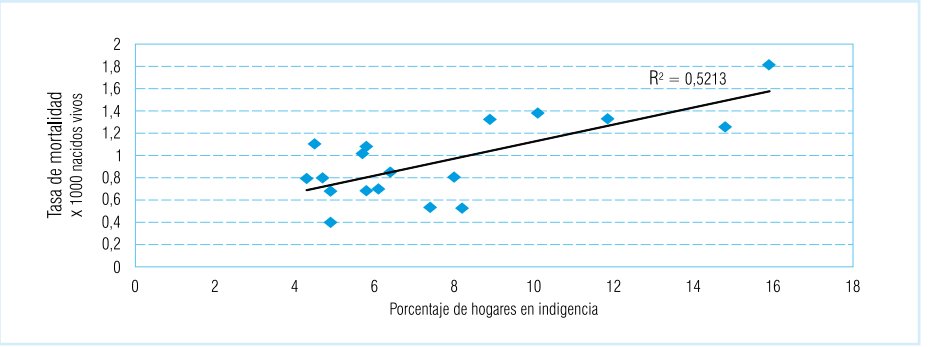
Gráfico 5.37. **Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles (Promedio 2005-2010) y porcentaje de hogares en pobreza en cada localidad.**



Fuente: Cálculos propios con base en certificado individual de defunción. Bases SDS y Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2007.

El coeficiente de correlación obtenido con la tasa de mortalidad, al utilizar el porcentaje de hogares en indigencia en lugar del porcentaje de personas en indigencia resulta algo inferior (R2 = 0,521) (gráfico 5.38).

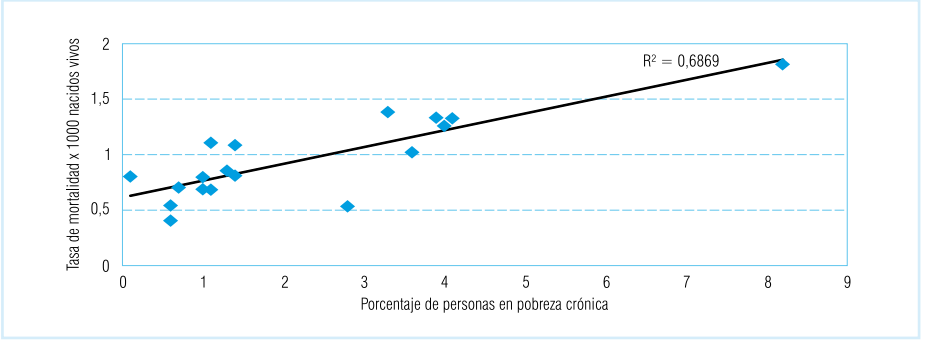
Gráfico 5.38. **Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de hogares en indigencia en cada localidad.**



Fuente: Cálculos propios con base en certificado individual de defunción. Bases SDS y Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2007.

Finalmente, se toma la caracterización de la pobreza en cada localidad, basada en la misma ENCV de 2007 para el Distrito, para el análisis de correlación con la tasa de mortalidad por las causas evitables analizadas (Tabla 5.6). El resultado indica que la mortalidad de menores de un año de edad por las causas evitables estudiadas muestra una mayor correlación con la pobreza crónica (R2 =0,687) que con la pobreza reciente (R2 = 0,522) (gráficos 5.39 y 5.40).

Gráfico 5.39. **Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de personas en pobreza crónica en cada localidad.**



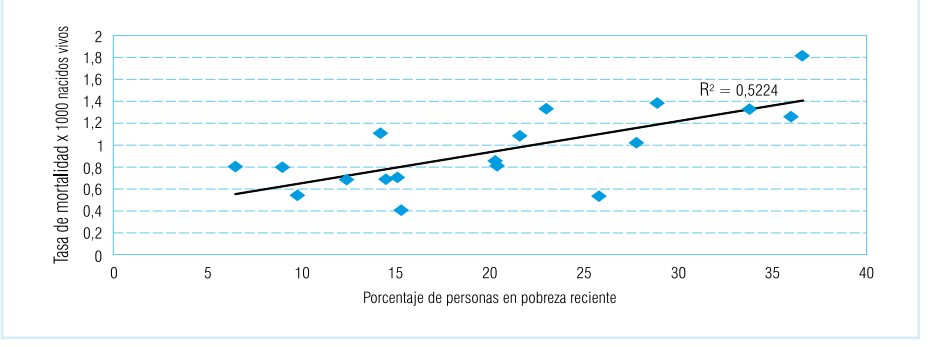
Fuente: Cálculos propios con base en certificado individual de defunción. Bases SDS y Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2007.

Tabla 5.8. **Características de la pobreza por localidad, Bogotá.**

Localidad	Hogares en pobreza		Brecha	Intensidad	Severidad
	Total	%			
Total Bogotá	451.687	22,8	47,1	10,8	7,4
Usaquén	13.908	10,1	52,1	5,3	4,1
Chapinero	5.251	10,4	69,8	7,3	6,9
Santa Fe Candelaria	9.378	31,0	52,7	16,3	12,3
San Cristóbal	36.544	32,3	46,8	15,1	9,9
Usme	29.354	38,0	42,2	16,0	9,9
Tunjuelito	14.417	28,7	44,7	12,8	8,4
Bosa	43.160	31,4	37,6	11,8	6,8
Kennedy	60.727	23,0	43,2	10,0	6,4
Fontibón	14.188	15,5	50,5	7,8	5,6
Engativá	38.033	15,7	50,8	8,0	6,0
Suba	43.927	15,3	44,2	6,8	4,6
Barrios Unidos	9.246	13,5	49,1	6,6	5,0
Teusaquillo	3.184	6,6	74,6	4,9	4,6
Los Mártires	5.868	21,8	50,4	11,0	8,0
Antonio Nariño	6.574	21,6	46,4	10,0	6,8
Puente Aranda	11.261	15,9	45,9	7,3	5,2
Rafael Uribe Uribe	40.760	40,0	51,0	20,4	14,8
Ciudad Bolívar	64.994	44,7	50,7	22,7	15,9
Sumapaz	914	67,1	57,0	38,3	27,7

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2007.

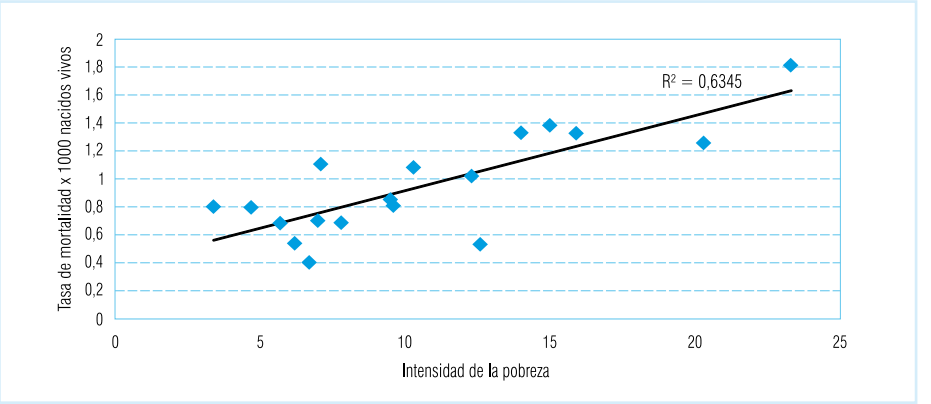
Gráfico 5.40. **Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y porcentaje de personas en pobreza reciente en cada localidad.**



Fuente: Cálculos propios con base en certificado individual de defunción. Bases SDS y Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2007.

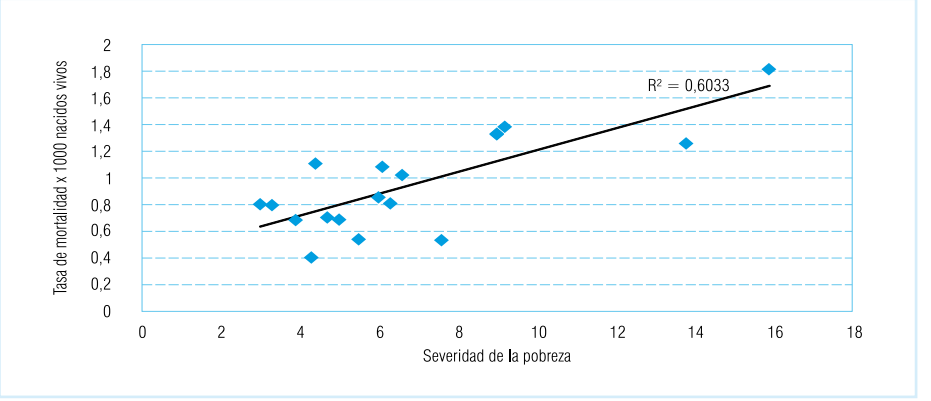
Igualmente, se puede observar una mayor correlación de la mortalidad estudiada con la intensidad de la pobreza (R2 = 0,634) que con la severidad de la misma (R2 = 0,603) (gráfico 5.41).

Gráfico 5.41. **Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) e intensidad de la pobreza en cada localidad.**



Fuente: Cálculos propios con base en certificado individual de defunción. Bases SDS y Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2007.

Gráfico 5.42. **Relación tasa de mortalidad en menores de un año de edad por ERA, EDA e Inmunoprevenibles (promedio 2005-2010) y severidad de la pobreza en cada localidad (ENCV 2007).**



Fuente: Cálculos propios con base en certificado individual de defunción. Bases SDS y Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2007.

Conclusiones

Si bien el Distrito Capital ha venido mejorando en todos los indicadores promedio de mortalidad materna e infantil, al punto de haber alcanzado las metas propuestas en el Plan Distrital de Desarrollo 2008-2012, no puede valorarse de la misma manera la situación de inequidad. Respecto de todos los indicadores de posición social escogidos para el análisis se encuentra persistencia de las brechas o inequidades acumuladas.

Sin duda, afectar situaciones profundas como la persistencia de mujeres sin educación o la pobreza crónica requiere decisiones y transformaciones que van más allá de un período gubernamental. Pero el seguimiento realizado en este ejercicio, que abarca un período no despreciable de 12 años, debería mostrar mejores resultados. Probablemente, la propuesta del actual gobierno distrital de superar la segregación social de la ciudad (Eje 1 del Plan, Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016, denominado "Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo"), contribuya a hacer más conciencia acerca de las inequidades y de sus determinantes sociales, para orientar mejor la acción colectiva y estatal hacia su superación. En todo caso, la situación merece más atención por parte de los sectores relacionados con tales determinantes y no sólo del sector salud.

La OPS (OPS 1998) 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….. 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".

Anexo 1.

Tabla de enfermedades evitables, según la clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión (CIE 10)

Tabla 5.9. **Enfermedades evitables, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10)**

(CIE 10)	DENOMINACIÓN
	MORTALIDAD MATERNA
A35	OTROS TÉTANOS
O00	EMBARAZO ECTÓPICO
O02	OTROS PRODUCTOS ANORMALES DE LA CONCEPCIÓN
O03	ABORTO ESPONTÁNEO
O05	ABORTO MÉDICO
O06	OTRO ABORTO
O07	INTENTO FALLIDO DE ABORTO
O10	HIPERTENSIÓN PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PAR TO Y EL PUERPERIO
O11	TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PREEXISTENTES, CON PROTEINURIA AGREGADA
O12	EDEMA Y PROTEINURIA GESTACIONAL [INDUCIDOS POR ELEMBARAZO] SIN HIPER TENSIÓN
O13	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL [INDUCIDA POR ELEMBARAZO] SIN PRO TEINURIA SIGNIFICATIVA
O14	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL [INDUCIDA POR ELEMBARAZO] CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA
O15	ECLAMPSIA
O16	HIPERTENSIÓN MATERNA NO ESPECIFICADA
O21	VÓMITOS 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	DESNUTRICIÓN EN EL EMBARAZO
O26	ATENCIÓN 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 MÚLTIPLE
O31	COMPLICACION ESPECÍFICAS DEL EMBARAZO MÚLTIPLE
O32	ATENCIÓN MATERNA POR PRESENTACIÓN ANORMAL DEL FETO
O33	ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCIÓN
O34	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUN TAS DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS DE LA MADRE

Continúa tabla 5.9

(CIE 10)	DENOMINACIÓN
O35	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDAD O LESIÓN FETAL, CONOCIDA O PRESUNTA
O36	ATENCIÓN MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES, CONOCIDOS O PRESUNTOS
O40	POLIHIDRAMNIOS
O41	OTROS TRASTORNOS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO 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 INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
O62	ANORMALIDADES DE LA DINÁMICA DEL TRABAJO DE PARTO
O63	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO
O64	TRABAJO DE PARTO OBSTRUIDO DEBIDO MALA POSICIÓN Y PRESENTACIÓN 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 COMPLICADO POR HEMORRAGIA INTRAPARTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
O68	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADO POR SUFRIMIENTO FETAL
O69	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADO POR PROBLEMAS DEL CORDÓN UMBILICAL
O70	DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO
O71	OTRO TRAUMA OBSTÉTRICO
O72	HEMORRAGIA POSTPARTO
O73	RETENCIÓN 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 OBSTÉTRICA
O89	COMPLICACIÓN 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 OBSTÉTRICA DE CAUSA NO ESPECIFICADA
O96	MUERTE MATERNA DEBIDA A CUALQUIER CAUSA OBSTÉTRICA QUE OCURRE DESPUES DE 42 DÍAS PERO ANTES DE UN AÑO DEL PARTO
O97	MUERTE POR SECUELAS DE CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS

Continúa tabla 5.9

(CIE 10)	DENOMINACIÓN
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 1 AÑO DE EDAD	
EDA	
A00	CÓLERA
A02	OTRAS INFECCIONES DEBIDAS A 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 INFLUENZAE
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	TÉTANOS NEONATAL
A35	OTROS TÉTANOS
A36	DIFTERIA
A37	TOS FERINA [TOS CONVULSIVA]
B05	SARAMPIÓN
B06	RUBEOLA [SARAMPIÓN ALEMÁN]

Evaluación de la política de gratuidad en hospitales públicos para poblaciones prioritarias definidas

*Felix León Martínez Martín**
*Óscar Rodríguez Salazar***

Capítulo VI

* Médico Magíster en Salud Pública, miembro del Grupo de Protección Social –GPS del Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, de la Facultad de Ciencias Económicas, de la Universidad Nacional de Colombia. Docente de la Maestría de Protección Social de la Universidad Santo Tomas

** Economista, Doctor en Sociología, Doctor en Ciencias Económicas. Profesor Emérito y Titular de la Universidad Nacional de Colombia. Director del Grupo de Protección Social- GPS del Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia

Evaluación de la política de gratuidad en hospitales públicos para poblaciones prioritarias definidas

Felix León Martínez Martín
Óscar Rodríguez Salazar

Antecedentes y justificación

El Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá, D. C., para el periodo 2008 – 2012 *Bogotá positiva: para vivir mejor,* dentro del programa de garantía de aseguramiento y atención en salud estableció la gratuidad en la atención en salud para la población menor de 5 años de edad, para la mayor de 65 años de edad y para la población con discapacidad severa, de los niveles 1 y 2 del Sisben.

Según un informe de la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, de la Secretaría Distrital de Salud, "De los 14.074 casos con motivos de barreras de acceso registrados en 2008, el 86% fueron barreras de acceso de tipo administrativas, en segundo orden están las barreras de tipo geográficas con el 9%, y en tercer orden las de tipo económicas con el 4%. Es de anotar, que a través del proceso de orientación e información a la ciudadanía, no se evidencian en forma considerable las barreras de tipo cultural, ya que estas se identifican más es en procesos de atención en salud y en el desarrollo de programas de promoción y prevención en salud"[33].

[33] Informe sobre motivos de Barreras de Acceso a los Servicios De Salud, identificados a través del Proceso de Orientación a la Ciudadanía, que desarrolla la Dependencia de Servicio al Ciudadano de la Secretaria Distrital de Salud Periodo: Año 2008. Bogotá. Enero de 2010.

El Acuerdo 308 del Concejo De Bogotá, D.C. (9 de junio de 2008), por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012, especifica la meta de "Lograr el acceso de la población a la atención integral en salud con calidad" y, en la Meta 4: garantizar al 2012, de manera gradual, el acceso a los servicios de salud de manera gratuita a 100% de la población de niños de entre 1 a 5 años de edad, a los mayores de 65 años de edad y a la población en condición de discapacidad severa, afiliada al Régimen Subsidiado y con clasificación en los niveles 1 y 2 de SISBEN, incluyendo las actividades del NO POS-S, en el Título II, Objetivos Estructurantes - Ciudad de Derechos, Artículo 33 Metas de Proyectos - Plan marco, Objetivo 6.

Según la Dirección de Aseguramiento, con esta meta "se buscó que la propuesta de gratuidad en salud apunte fundamentalmente a la universalización de la salud y al acceso oportuno a los servicios, pretendiendo eliminar progresivamente, antes de 2012, las barreras de acceso de tipo económico para la atención en salud, que tiene la población objeto del proyecto, impactando con una mejor oportunidad el acceso a las citas médicas en acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud, provisión de medicamentos, exámenes de laboratorio y, en general, que el acceso a los servicios de la población del Régimen Subsidiado, definida en este proyecto, sea de manera gratuita". La población definida en el programa de gratuidad se estimó así:

Tabla 6.1. **Población definida en el programa de gratuidad**

Régimen	Población	Proyección de la población			
		2008	2009	2010	2011
Sisbén 1	Menores 5 años	48,574	57,786	65,463	70,683
	Mayores 65 años	57,371	68,251	77,318	83,484
Sisbén 2	Menores 5 años	38,964	46,354	52,512	56,699
	Mayores 65 años	59,893	71,252	80,718	87,154
TOTAL		204,802	243,643	276,011	298,021

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

El número de atenciones estimado por la Dirección de Aseguramiento y por la Dirección de Planeación se presentan en la siguiente tabla. El proyecto se materializa en octubre de 2008, según estas dependencias.

Tabla 6.2. **Número de atenciones estimado**

Población	Vigencias			Acumulado A dic. 31 de 2010
	2008[1]	2009	2010	
> 65 años	44.264	210.129	430.452	684.845
< 5 años	34.538	66.428	179.143	280.109
Discapacidad severa	6.500	11.804	55.795	74.099
TOTAL	85.302	288.361	665.390	1.039.053

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

Para la sostenibilidad de esta propuesta de gratuidad en salud, la Administración Distrital – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, invertiría alrededor de 125 mil millones durante los cuatro años (2008 - 2012), del rubro "Aporte Ordinario del Distrito Capital", con el que se desarrollará el Plan de Desarrollo, además de lo contemplado por la Ley 1122 de 2007 para el Régimen Subsidiado, en lo referente a gratuidad en copagos para la atención de toda la población nivel 1 de dicho Régimen.

En la ficha del proyecto se registra un número mayor de beneficiarios previsto y se plantea que para 2010 alcanzaría a los 528 mil.

Tabla 6.3. **Número de beneficiados por el proyecto.**

Proyecto	2008	2009	2010	2011	2012
Cuantificar la población objeto para la proyección de crecimiento a cuatro años para la sostenibilidad de la gratuidad	50.000	223.546	528.515	671.623	671.623
Implementar gradualmente la gratuidad en la prestación de servicios de salud a la población objeto y actividad seleccionada	50.000	223.546	528.515	671.623	671.623
Calcular los costos por copago y cuotas de recuperación, que se generaran en la demanda de servicios de salud por la población objeto de gratuidad.	50.000	223.546	528.515	671.623	671.623
Realizar acciones estratégicas con diferentes actores sectoriales, locales y distritales para posicionar la gratuidad en salud	50.000	223.546	528.515	671.623	671.623

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

Según el Análisis de la Situación de Salud de Bogotá 2009: "Para los afiliados al Régimen Subsidiado del Nivel 1 del SISBEN la gratuidad cubrirá eventos no POS como, por ejemplo, las atenciones en unidad de cuidados intermedios, atenciones de especialidades como: otorrinolaringología, gastroenterología y medicina interna. Estos pacientes afiliados al Régimen Subsidiado no pagarán cuota de recuperación. Anteriormente debían cancelar 5% del valor de las atenciones. Para los afiliados del nivel 2 del Sisben, la gratuidad consistirá en no efectuar pago por todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud como por ejemplo: consulta general, medicamentos, ayudas diagnósticas, tratamientos y rehabilitación. Anteriormente los pacientes pagaban 10%"[34].

La ambiciosa meta de gratuidad, correspondiente a la estrategia de "Eliminar de manera progresiva las barreras físicas, económicas y culturales que impiden el acceso oportuno y equitativo a los servicios sociales, ambientales y de vivienda" ha debido generar resultados de impacto social, que es necesario evaluar.

Marco de referencia

La gratuidad como parte de los sistemas de protección social construidos a partir de una concepción sobre derechos

El análisis de la política pública construida sobre la gratuidad la realizamos a partir de los sistemas de Protección Social (SPS) concebidos como el conjunto de instituciones, organismos y prácticas a través de los cuales la sociedad se protege contra los elementos que amenazan su cohesión, y ampara a los individuos que la componen frente a los riesgos derivados de su existencia. Dichas instituciones se

[34] Análisis de la Situación de Salud de Bogotá 2009. (2010). Serie Documentos Técnicos. Secretaría Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. ISBN 978-958-99558-0-2.

construyen socialmente y están insertas en un régimen de acumulación[35]. Entre las instituciones más importantes del SPS estarían las encargadas del aseguramiento social y aquellas orientadas a la asistencia pública. Situar el aseguramiento social en la perspectiva de la protección social implica reconocer que su estudio desborda el tema de la sostenibilidad financiera y se ubica en el terreno de la política, pues se trata de determinar la manera como la sociedad quiere restaurar el tejido social y hacer permanentes los lazos de solidaridad que la sustentan. La referencia al orden político involucra, además, un nuevo concepto de ciudadanía, en el que ya no sólo se refiere a la posibilidad de ejercer los derechos políticos, sino también a que el individuo tenga garantizados los derechos civiles y sociales.

Al considerar el SPS como un sistema de mediaciones sociales se destaca que "existe un círculo virtuoso: protección social-productividad-salario-protección social. Esta apuesta es a la vez económica y política. En su componente económico, equivale a afirmar que la protección no es únicamente un costo, sino que genera aumentos en productividad que –incluso sin redistribución entre salarios y beneficios- permite aumentos de salarios donde la parte individual crece menos rápidamente que la parte socializada [Rodríguez Salazar 2006]. En su dispositivo político, equivale a decir que se puede establecer un compromiso político sobre este modo de distribución de las ganancias de productividad (que se traduce en una estabilidad de la distribución entre salarios y beneficios en un aumento de la participación del salario indirecto en el salario total). (Lautier, 2006 a.: 103)

Como integrante de los SPS, en su componente asistencial, la gratuidad sería una vía para desarrollar derechos que se derivan de "vivir en sociedad", perspectiva que remite al riesgo social, es decir, los derechos en cuestión son considerados como derecho de ser protegido (asegurado) contra riesgos. Esta definición de riesgo sería entendida como un derecho a bienes y servicios (medicamentos, cuidado, servicios personales) y a transferencias monetarias (jubilación, ingreso de remplazo, bolsa escolar). La gratuidad podría ser considerada como un derecho humano, por cuanto establecen ampliamente la intervención de poderes públicos, instituciones y organizaciones no gubernamentales en los campos importantes de las políticas sociales. De otra parte, ellos tienden al mismo tiempo a transformar radicalmente la naturaleza misma de los derechos sociales, desvinculándolos del trabajo asalariado, luego

[35] Esta alternativa teórica, seleccionada para estudiar el SPS, "se opone a las teorías individualistas basadas en la elección racional, tipo Manejo Social del Riesgo, que piensan deducir de los fundamentos micro sociales la evolución global de la sociedad contemporánea; el presente proyecto considera más pertinente fundar su problemática dentro de las nociones de relación social e interdependencia entre los individuos, con la perspectiva de derivar de los fundamentos macro sociales los comportamientos individuales. Ver Lautier Bruno. [2006]

del trabajo en general y aún de la ciudadanía, para hacer residir esos derechos sólo en una condición (pobre, viejo, madre), es decir, la simple humanidad.

De otra parte, optar por una política de gratuidad parte de reconocer que el régimen de acumulación desarrollado en el conjunto de la economía colombiana es generador de pobreza y exclusión social; en la medida en que este régimen -caracterizado como de "financiarización"[36] informaliza y hace más precario el trabajo, y que un porcentaje substancial de la población se encuentra en condiciones de pobreza laboral, la "lucha" contra este flagelo va acompañada de un ingrediente político y de contera convierte en un imperativo moral que las instituciones gubernamentales garanticen, por lo menos, el acceso al sistema de salud para la población más pobre.

La gratuidad en salud es también resultado de las falencias estructurales que presenta el modelo de salud construido a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993. Entre los supuestos que tuvo la reforma en salud estaba el que las reformas de los años noventa, al generar mayor crecimiento económico, impactarían el mercado laboral, extendiendo la relación laboral y, por ende, la afiliación al régimen contributivo. Sin embargo, al revisar la afiliación se encuentra que a partir de 2004 el régimen subsidiado supera en número de afiliados al régimen contributivo. Para 2010 los que tenían contrato laboral y capacidad de pago, es decir el Régimen Contributivo, representaban 47.5% del total de la afiliación. El régimen de bajos salarios que se derivó de este modelo de desarrollo afecta las finanzas del aseguramiento social; para marzo de 2012, en la pensiones, 70% de los afiliados cotizan sobre uno o dos salarios mínimos legales vigentes.

Otra explicación al porqué la administración se inclina por esta política pública, es la crisis por la que atraviesa el modelo de salud construido a partir del "pluralismo estructurado," ideado por Juan Luis Londoño y otros, y materializado en la Ley 100 de 1993 y sus posteriores reformas. El soporte de esta norma descansaba en la idea de que aumentar la participación de los agentes privados elevaba la eficacia en el cumplimiento de los objetivos de la Ley y generaba una mayor eficiencia en la gestión de los recursos. Sin embargo, se afirmaba que la actuación de los agentes privados debería operar bajo un esquema de competencia regulada con separación de las funciones de aseguramiento y prestación de servicios.

[36] Esta categoría expresa que en el proceso económico la lógica financiera se sobrepone a la productiva. Las ganancias en el sector financiero son superiores a las realizadas en la economía real y por ende los mayores costos en el proceso productivo son los ocasionados por el endeudamiento de las empresas. La financiarización afecta al la deuda pública en donde los pagos de intereses, es decir el servicio de la deuda, afecta considerablemente el presupuesto del Estado. Ver Giraldo Cesar [2007].

Las debilidades regulatorias del Estado y el hecho de que al interior del sistema se hayan conformado un grupo de aseguradoras "buscadoras de rentas" han puesto en peligro la red pública, por cuanto los hospitales no reciben oportunamente los recursos que les adeudan las EPS del régimen subsidiado, lo cual impacta la calidad del servicio. Estas demoras ponen en peligro la existencia de la red pública de hospitales y atentan contra la calidad del servicio brindado. Por ejemplo, la deuda morosa en el hospital Federico Lleras ascendía a la suma de 92.000 millones, en el hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta, era de 28.000 millones, en el Distrito, ocho EPS le debían a la red pública 250.000 millones, 60% con una cartera morosa superior a 365 días. De acuerdo con la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI), el monto de la deuda pública del Régimen Contributivo con las instituciones agrupadas en este gremio era de 380 mil millones (El Tiempo edición del 7 de agosto de 2011). Una de las dificultades por las que atraviesa el sistema es la falta de liquidez de los hospitales públicos[37]. La cartera total de las IPS ascendió a $3.5 billones de pesos presentando un crecimiento promedio de 9% durante el período del 2008 a 2010.

La asignación presupuestal es otra de las restricciones a las cuales se enfrenta el sistema de seguridad social en salud. La llamada "dictadura fiscal" que se derivó del acuerdo de Washington puso en segunda prioridad el gasto social, en comparación con otros desembolsos contemplados en el presupuesto nacional.

Las reformas a las transferencias obedecieron a esta lógica. La Ley 715 de 2001 redujo significativamente los recursos para salud y educación, por cuanto la distribución dejó de basarse en los ingresos nacionales del año correspondiente, y se estableció una base fija de 10,9 billones de pesos, con incrementos anuales de 2% real entre 2002 y 2005, y de 2,5% entre 2006 y 2008. Esas sumas se debían repartir en las siguientes proporciones: 58,5% para educación, 24,5% para salud, 17% para propósitos generales y 4% para asignaciones especiales (fundamentalmente resguardos indígenas y alimentación escolar). Los cálculos realizados por el CID entre lo que estipuló la Ley 715 de 2001 y lo que se habría recibido de continuar la Ley 60 de 1993, detectaron que entre 2002 y 2005 el "ahorro fiscal" del gobierno nacional significó para el régimen subsidiado una pérdida de $489.081 millones en 2004 y de $794.644 millones en 2005, lo que equivale a 6,9 millones de UPC. Con la segunda reforma que se produce en 2007, el "nuevo ahorro fiscal" se deriva de disminuir el crecimiento de las transferencias a las regiones y le permitirá al ejecutivo contar con

[37] Informe de Monitoreo, Seguimiento y Control, al uso de recursos del Sistema General de Participaciones. Vigencia del 2011. Ministerio de Hacienda y Crédito Público

mayores recursos que, sumados al presupuesto con el que contaba la Presidencia de la República, dotaban al gobierno de un mayor protagonismo en las regiones y cohesionaba las fuerzas "uribistas" alrededor de la figura presidencial.

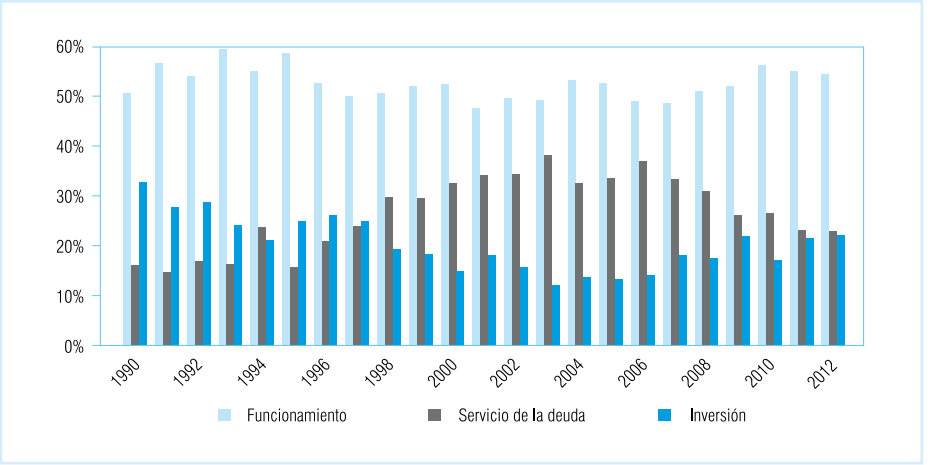
Esta nueva modificación significó para el Distrito, de acuerdo con los cálculos hechos por Betancourt y Castro, [2007. 124] dejar de percibir de manera permanente 0.6% del PIB distrital. Para hacer un estimativo de lo que Bogotá dejara de recibir, estos investigadores, diseñaron dos escenarios: el primero consideraba que los ingresos corrientes de la Nación crecen a la misma proporción que el PIB. Este escenario daba como resultado que, a pesos de 2007, el Distrito dejaba de recibir $ 4.6 billones entre 2008 y 2017. El segundo, consideró que los ingresos corrientes de la nación crecían con una elasticidad de 1.13% frente al PIB, lo que dio como resultado que el Distrito dejaba de recibir 5.3 billones de pesos para el mismo período[38].

Los recursos destinados a la salud se fijan dentro del conjunto de prioridades asignadas al presupuesto, el cual al final es una decisión política tomada entre los diferentes sectores sociales cuyos intereses se expresan en las fuerzas parlamentarias y en el régimen presidencial. Al observar la ejecución presupuestal (gráfico 6.1), desde el momento cuando se adoptan las políticas de ajuste estructural -inicios de la década de los noventa del siglo XX- se puede observar el peso que ha venido ganando el servicio de la deuda; para 1996 este rubro representaba 16.4%, en 2006 el gasto en servicio de la deuda fue del orden de 36.8% del total del presupuesto, y para 2011, de 23.4%. Otro rasgo de la ejecución presupuestal es que el servicio de la deuda supera los gastos de inversión. Este comportamiento se registra a partir de 1999; en 2006 el servicio de la deuda representó 36.8%, mientras que la inversión significó tan sólo 14.1%. Otros componentes importantes del gasto del Estado lo constituyen el destinado al conflicto armado y al sostenimiento del orden público: el ramo de defensa y policía, según el informe suministrado por la Dirección General del Presupuesto Público Nacional participó en 2010 con 22% y, en 2011, con 21% del total de pagos del gobierno[39].

[38] La participación de Bogotá en el SGP se ha estancado en 9% para 2007 y 2008, de una suma total del SGP que para este último año ascendió a $2.725.468.471.818, con una afiliación al régimen subsidiado de 1.754.891 para 2008.

[39] Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Dirección General del Presupuesto Público Nacional (Bitácora. Cifras Presupuestales 2000-2012)

Gráfico 6.1. **Histórico de ejecución presupuestal 1990 – 2012**



Fuente: Cálculos propios con base en datos Dirección General de Presupuesto Público Nacional.

Los recursos que la sociedad en su conjunto destinó a salud en el 2010 fueron equivalentes a 7.9% del PIB. Tales recursos provienen de cotizaciones o aportes obrero patronales (26.50 millones de pesos del 2010), recursos privados (19.50 millones de pesos del 2010), recursos públicos (54.0 millones de pesos del 2010) para un total [Nuñez y Zapata. 2012. 24] de 42.066 (millones de pesos del 2010).

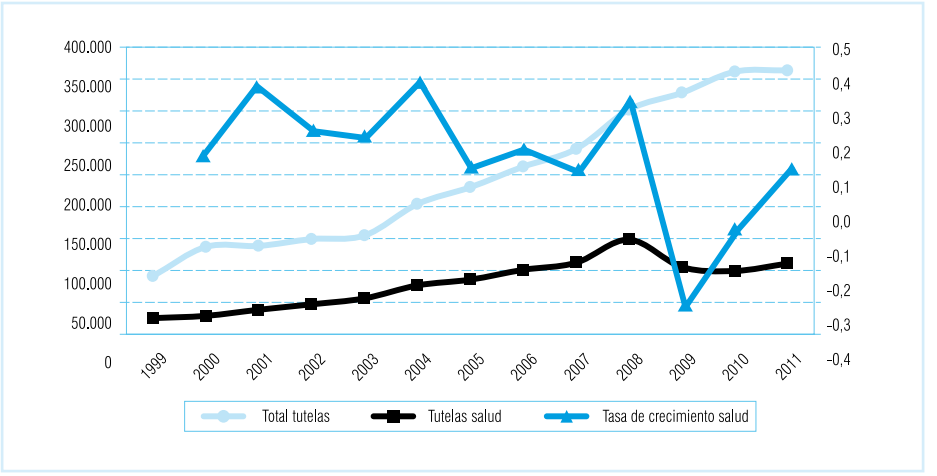
El sistema de aseguramiento en salud atraviesa por una profunda crisis de credibilidad. Los problemas de regulación subsisten a pesar de los diferentes ajustes normativos a la Ley 100, en especial la expedición de la Ley 1438 del 2011 –que entre sus objetivos tenía cumplir con la Sentencia T 760, expedida por la Corte Constitucional en lo referente a avanzar hacia la cobertura universal en condiciones de equidad, igualando los dos POS- conocida como la ley ordinaria en salud, tramitada por el presidente Santos y aprobada por los actuales parlamentarios.

Uno de los indicadores de los problemas regulatorios del sistema es el número de tutelas interpuestas, las cuales se han convertido en una de las formas que tiene la población para acceder al servicio de salud. El derecho a la salud es el más invocado en el total de las tutelas interpuestas. En 2010 representó 23.31% del total de las tutelas y un año más tarde, -cuando por efectos de la Sentencia T-760 de 2008, emanada de la Corte Constitucional, se esperaba que disminuyeran- se colocaron 105.947, lo que representó 26.14% del total (gráfico 6.2). Esto significó, que entre 2010 y 2011 se presentase una tasa de crecimiento de 12%. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, "las solicitudes más frecuentes en las tutelas son, en su orden:

tratamientos, medicamentos, cirugías y citas médicas especializadas. La unificación del POS de los regímenes contributivo y subsidiado no es garantía de la disminución de las tutelas por servicios del POS. El 67,81% de las solicitudes en las tutelas en salud se encuentra incluido dentro del POS, y es el Régimen Subsidiado el que presenta el mayor número de ellas. En tratamientos, 88.58% de las solicitudes se encuentran incluidas en el POS, y las tutelas sobre este aspecto son mayores en el Régimen Subsidiado".

Las cuotas moderadoras y copagos, de acuerdo con el informe de la Defensoría, continúan siendo barreras de acceso a los servicios de salud; este indicador justifica ampliamente los programas de gratuidad. De contera se podría afirmar que no es comprensible que algunas aseguradoras sigan funcionando, a pesar de que de manera sistemática niegan a sus afiliadas citas, procedimientos y exámenes de laboratorios, no obstante el hecho de estar incorporados en el POS.

Gráfico 6.2. **Número total de tutelas interpuestas y tasa de crecimiento de las tutelas en salud**



Fuente: Defensoría del Pueblo. Datos tomados de la Corte Constitucional.

Evaluación de políticas públicas

La evaluación de las políticas públicas permite "fortalecer el crecimiento del capital social e instalar una concepción del desarrollo sostenible centrada en los recursos, capacidades y potencialidades de la población, exige organizar la participación ciudadana, considerar los factores que permiten ampliarla y capitalizar los saberes

y nuevos aprendizajes sociales en construir mayor calidad en las intervenciones públicas" (Pulido 2011).

Por otra parte, "Si las políticas públicas se implementaran siempre de acuerdo a las intenciones, y si no hubiera efectos no buscados, la evaluación no sería útil, excepto para confirmar el logro de los objetivos. En ese tipo de mundo no habría incertidumbre; coincidiendo lo planeado con lo realizado, no habría diferencias entre ex ante y ex post" (Feinstein 2007).

Fenstein agrega: "Pero en el mundo real las políticas no siempre pueden implementarse conforme a las intenciones, y los planes no siempre se cumplen, o se cumplen sólo parcialmente. Además, frecuentemente se presentan efectos no buscados, positivos y/o negativos. Por lo tanto, es importante verificar qué es lo que realmente ha sucedido y el grado en que se han cumplido los objetivos, lo cual permitirá mejorar la eficacia y eficiencia de las intervenciones futuras, posibilitando un mejor uso de los recursos para alcanzar un mayor nivel de resultados positivos y evitar o mitigar los efectos indeseados negativos".

Hay diferentes tipos de evaluaciones que pueden utilizarse para aprender de la experiencia; entre ellas cabe destacar:

- Las evaluaciones de procesos: focalizan la atención en los mecanismos e instrumentos a través de los cuales se ha intentado alcanzar determinados objetivos.
- Las evaluaciones de impacto: se centran en los resultados últimos de las políticas públicas, esto es, en las modificaciones logradas en un conjunto de variables objetivo, por ejemplo, en los componentes del desarrollo humano o en los objetivos del programa de gobierno.

Si bien lo que realmente interesa es el impacto de las políticas, programas o proyectos, en las evaluaciones de impacto hay circunstancias en las cuales no es posible determinar de modo inequívoco, cuál ha sido el efecto atribuible a determinadas intervenciones; por ello, es importante complementar el análisis de impacto con un análisis de procesos.

Según Pulido (Pulido, 2001), "La complejización creciente de las relaciones sociales y económicas, parece estar requiriendo una evaluación que con carácter constructivo y formativo ponga el foco en los atributos del dispositivo de implementación de las políticas, consideradas como el corpus de intervención deliberada del poder público en los asuntos vinculados al bien común. Es en este marco que concebimos la evaluación como una política en sí misma. La política dirigida a evaluar políticas en el contexto latinoamericano tiene como desafío forjar mayor democratización de los vínculos ciudadanía-administración, para incidir en la calidad de las instituciones y de la gestión de políticas"

Objetivos

Objetivo general

Evaluar si la disminución de la barrera económica se tradujo en un incremento efectivo del acceso a los servicios para niños y de las niñas menores de cinco años de edad y personas mayores de 65.

Objetivos específicos

- Revisar las estadísticas de la red pública distrital de servicios de salud en dos momentos, uno previo al plan de desarrollo y otro tras su implementación, para determinar si se incrementaron en términos proporcionales la demanda y el acceso a los servicios de estos grupos poblacionales.

- Revisar los resultados de las Encuestas de Calidad de Vida previas al plan de desarrollo y tras su implementación, para determinar si disminuyeron las barreras económicas y se incrementaron la demanda y el acceso a los servicios de estos grupos poblacionales.

Desde el comienzo del proyecto se planteó que era posible que la evaluación de la demanda y del acceso a los servicios de salud de los niños y de las niñas menores de cinco años de edad y de las personas mayores de 65 estuviera disponible en las fuentes estadísticas señaladas. Sin embargo, no parecía probable que, al mismo tiempo, dichas fuentes permitieran explorar los cambios en la demanda y acceso de las personas discapacitadas, por lo que el análisis en este grupo dependía de la posibilidad de determinar fuentes de datos confiables, dado que no se plantea búsqueda primaria de información a través de encuestas.

Metodología

Para establecer si la política de gratuidad se tradujo en una mayor demanda y acceso a los servicios de salud de estos grupos poblacionales, se planteó el análisis de las fuentes de información en dos periodos anuales, 2007 y 2010, uno previo a la puesta en marcha de la política, y el otro el último año completo de información disponible al momento de iniciar el proyecto y ya ejecutada la política de gratuidad.

Análisis a partir de los registros estadísticos de la SDS

- Determinación de la población objeto de la política de gratuidad para los años 2007 y 2010 a partir de la información demográfica y la base de datos del SISBEN.

- Análisis, con los pares de la Secretaría, de las bases de datos disponibles sobre servicios prestados en consulta externa general y especializada, urgencias y hospitalización por la red pública del distrito para los años 2007 y 2010, a través de registros específicos o del RIPS.

- Verificación de la calidad de los datos de los registros de prestación de servicios y específicamente de la información sobre edad, sexo, nivel SISBEN y diagnóstico.

- Decisión con los pares de la Secretaría sobre alternativas para trabajar la base total de prestación de servicios de la red del Distrito o una muestra de IPS. Finalmente, se trabajó con la base total de servicios para la población no asegurada y la asegurada al Régimen Subsidiado en los servicios no POS. Ambos servicios son los cobrados por los hospitales del Distrito y algunos privados, contratados con el Fondo de Salud.

- Construcción de la base de datos para el análisis.

- Determinación del volumen de servicios de consulta externa general y especializada, urgencias y hospitalización, es decir, indicadores clave sobre servicios demandados y utilizados por las poblaciones objeto de la política en 2007 y 2010. Consideraciones sobre la variación, en función de los cambios de estos grupos poblacionales, incluyendo variable de afiliación a la seguridad social en salud.

- Análisis de la utilización de los servicios por estos grupos poblacionales, en relación con el total de servicios utilizados por toda la población estudiada en 2007 y 2010, en la perspectiva de determinar si se presentó incremento de la participación de estos grupos sobre el total de servicios, atribuible a la diferencia de acceso originada en la política de gratuidad, discriminando según variable de afiliación a la seguridad social en salud.

Inicialmente se revisaron las cifras para septiembre de 2010, mes anterior a la iniciación de la política y diciembre de 2010, el último periodo disponible, pero se pudo observar que los dos meses no eran estrictamente comparables en volumen de servicios, por lo cual se solicitó nuevamente la información de septiembre de 2010, para comparar los servicios en dos periodos iguales.

Dadas las dificultades para el análisis de cobertura en consulta externa, urgencias y hospitalización, por la dificultad real de determinar el denominador poblacional, el estudio se concentra en observar si aumentó la participación de los grupos poblacionales de 1 a 5 años de edad y de mayores de 65 en el total de servicios prestados y pagados por el Distrito.

Análisis a partir de las Encuestas de Calidad de Vida 2007 y Multipropósito 2011

La segunda parte del análisis se realiza a partir de las encuestas de Calidad de Vida 2007 y la Encuesta Multipropósito de 2011 para la ciudad de Bogotá. Se revisan tres preguntas presentes en las dos encuestas en términos de equidad:

1.- ¿Qué hizo para tratar el problema de salud de los últimos 30 días?
2.- ¿Cuáles de los servicios de salud utilizó durante los últimos 30 días?
3.- ¿Para controlar la enfermedad crónica recibe asistencia o va a la institución de salud?

Para la segunda pregunta se analizaron los resultados de la primera y tercera variable, consulta médica y servicios de apoyo diagnóstico.

Las respuestas de la tercera pregunta sobre atención de enfermedades crónicas no resultaron comparables entre ambas encuestas, pues en la de 2007 las respuestas se refieren a frecuencia de atención y en la de 2011 es categórica sobre si fue o no atendido.

Análisis de resultados y evaluación de impacto de la política de gratuidad

Recibidas de la Dirección de Planeación las tablas de servicios prestados por grupos de edad, extractadas de los registros individuales de atención (RIPS) que consolida la Secretaría a partir de los servicios facturados por los hospitales públicos y privados al Fondo Distrital de Salud (FDS), se encuentra una notoria disminución de servicios entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010, los dos meses que se pretende comparar.

El fenómeno es atribuido, por los funcionarios de la Dirección de Planeación, al progreso en la cobertura de los regímenes de seguridad social. Sin embargo, cabría señalar que los servicios no POS se prestan a toda la población del Régimen Subsidiado con cargo al FDS precisamente, por lo que no habría razones para la disminución de población atendida y de servicios realizados.

Tabla 6.4. **Cobertura de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (activos en BDUA)**

	Población total Bogotá[1]			Población total Régimen Subsidiado[2]			% Cobertura Régimen Subsidiado		
Edad	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
0-4 años	289.775	304.059	593.834	48.367	46.599	94.966	16.69%	15.33%	15.99%
5-9 años	292.071	306.436	598.507	61.824	58.687	120.511	21.17%	19.15%	20.14%
10-14 años	308.646	319.911	628.557	78.736	75.094	153.830	25.51%	23.47%	24.47%
15-19 años	320.742	331.371	652.113	79.488	78.024	157.512	24.78%	23.55%	24.15%
20-24 años	310.388	314.591	624.979	52.137	60.971	113.108	16.80%	19.38%	18.10%
25-29 años	341.825	312.007	653.832	35.645	48.200	83.845	10.43%	15.45%	12.82%
30-34 años	320.707	293.278	613.985	30.473	44.992	75.465	9.50%	15.34%	12.29%
35-39 años	281.705	256.024	537.729	30.384	45.199	75.583	10.79%	17.65%	14.06%
40-44 años	275.771	244.290	520.061	34.565	49.376	83.941	12.53%	20.21%	16.14%
45-49 años	265.949	229.412	495.361	37.291	50.774	88.065	14.02%	22.13%	17.78%
50-54 años	225.498	188.754	414.252	33.578	42.683	76.261	14.89%	22.61%	18.41%
55-59 años	176.026	145.064	321.090	27.294	31.991	59.285	15.51%	22.05%	18.46%
60-64 años	134.465	109.817	244.282	19.400	22.961	42.361	14.43%	20.91%	17.34%
65-69 años	97.554	78.036	175.590	13.503	17.805	31.308	13.84%	22.82%	17.83%
70-74 años	71.279	51.185	122.464	10.733	15.189	25.922	15.06%	29.67%	21.17%
75-79 años	50.271	33.870	84.141	7.266	11.384	18.650	14.45%	33.61%	22.17%
80 o más años	52.567	30.608	83.175	7.003	13.921	20.924	13.32%	45.48%	25.16%
Total	3.815.239	3.548.713	7.363.952	607.687	713.850	1.321.537	15.93%	20.12%	17.95%

Fuente 1: Proyecciones de población 2006-2020 anualizadas por sexo y edad, serie de población 1985-2020 DANE
Fuente 2: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 30 de Junio de 2011. Dirección de Aseguramiento SDS.

Las cifras parecen señalar lo contrario. Los afiliados al Régimen Subsidiado superaban los 1.600.000 para el año 2009, según el Análisis de la Situación de Salud de Bogotá 2009. Sin embargo, para junio de 2011 se registran únicamente 1.321.000 afiliados, según las estadísticas de la Dirección de Aseguramiento.

En el periodo estudiado se presentó la ampliación del Plan de Beneficios para uno de los grupos de edad estudiados, el de 1 a 5 años de edad, por Acuerdo 5 de 2009 [CRES], expedido por la Comisión de Regulación en Salud, en cumplimiento de la sentencia T – 760, de la Corte Constitucional, que ordenó la igualación de los planes de salud de los Regímenes Subsidiado y Contributivo. Este acuerdo supone una disminución de los servicios especializados con cargo al FDS, a partir de octubre de 2009. De tal modo que si la base de datos estudiada sólo incluye la facturación contra el Fondo Distrital de Salud, estos servicios ya serán facturados contra las EPS del Régimen Subsidiado y se debe esperar una reducción sustantiva de los mismos, pues tan sólo la atención de menores de edad no asegurados quedaría a cargo del Distrito.

Ahora bien, se confirma que aparte de servicios no POS a la población del Régimen Subsidiado, están incluidos en la base de RIPS los servicios por atención de vinculados de los niveles 1 y 2 del SISBEN. Se supone que esta población es un porcentaje inferior en la ciudad y su proporción también debe ser inferior en estos registros, pero no se proporcionó información precisa al respecto.

Por tal razón, no es posible, a partir de la base de datos de los servicios a cargo del Distrito, evaluar la mayor accesibilidad, demanda y prestación efectiva de servicios al grupo de 1 a 5 años de edad, a partir de la política de gratuidad, pues la facturación de servicios pasa a las EPS y ésta no hace parte de las bases de datos que reúne el Distrito.

Es importante cuestionar aquí el hecho de que la Secretaría Distrital de Salud y, en general, todas las direcciones territoriales de salud del país, departamentales, distritales y municipales, no tengan acceso a la información necesaria para cumplir sus responsabilidades.

Poco tiempo después de la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993 el Ministerio de Salud puso fin al Sistema Nacional de Información en Salud, subsistema o régimen del Sistema Nacional de Salud, creado en 1975 y que permitió contar con información de las actividades de salud del país en el sistema público. Este sistema no sólo registraba sistemáticamente la morbilidad, sino todas las acciones de prevención y atención en salud, además de ser la base para la planeación, formulación de políticas, programación y presupuestación. El sistema no incluía la seguridad social

ni las instituciones privadas, pues el primero contaba con su propio sistema de información y el segundo no rendía información al Sistema si la entidad no estaba formalmente vinculada al mismo.

El flujo de información de los hospitales a las direcciones territoriales en salud, que hacía parte del Sistema de Información en Salud (SIS) en el Sistema Nacional de Salud, y que permitía la planeación de la salud pública y de la oferta de servicios, fue eliminado por el Ministerio de Salud, para proponer un flujo de información de las IPS a las EPS y de éstas a la Dirección del Sistema. Desprovistas de la información básica para la planeación en salud y para la vigilancia en salud pública, las autoridades territoriales de salud siguen actualmente atadas de pies y manos para ejercer su responsabilidad con la salud de sus ciudadanos.

El Ministerio, al crear el nuevo flujo de información, había podido ordenar a las IPS que, al mismo tiempo que entregaban la información sobre servicios prestados a cada EPS, entregaran el consolidado de su información a las direcciones territoriales de salud respectivas. El hecho de que las autoridades territoriales quedaran sin información sobre lo acaecido en servicios de salud en su territorio e incluso sobre morbilidad atendida, que explica en buena parte la crisis de la salud pública del país, no fue entonces un efecto colateral de la nueva organización del Sistema, sino una decisión intencional para que las autoridades de salud no tuvieran ningún control sobre las EPS que operaban en su territorio. El proceso de privatización en marcha exigía que a los entes privados sólo los vigilara una instancia nacional y esta exigencia se impuso sobre las necesidades de salud pública de los colombianos.

Es preciso aclarar que se dejó una porción de la información a las Direcciones Territoriales de Salud, claro está, de los servicios prestados por las IPS a la población no asegurada o a la asegurada parcialmente, que acabarían pagando, donde la dirección territorial actúa como si fueran un asegurador más. Cabe citar al mismo Banco Mundial cuando señala que:

> Los sistemas de vigilancia en salud pública deben ser capaces de participar activamente: en la mejora del estado de salud de la población identificando y aportando análisis ajustados a la dimensión del problema y de la intervención; en el desarrollo de los sistemas información para la toma de decisiones en los problemas bien y mal estructurados; en la transformación de la información científica en información político-técnica para la toma de decisiones adecuadas a todos los niveles del sistema de salud, de manera que exista una correspondencia entre los niveles del sistema y los de decisión político administrativa. (Banco Mundial, 1989: 1-9)

Vista la gravedad del problema de ausencia de información de las Direcciones Territoriales de salud, que permitiera la formulación de políticas, planes y programas de salud, de acuerdo con sus responsabilidades, y dada la enorme crisis de la salud pública, se intentó devolver a las autoridades territoriales la competencia sobre la información y la información misma mediante la Ley 715.

La ley 715 de 2001 señala entre las funciones de los departamentos, Artículo 43.Numeral 1.6: adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema. Igualmente. Señala entre las funciones de los municipios, Artículo 44 .Numeral 1.6; adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

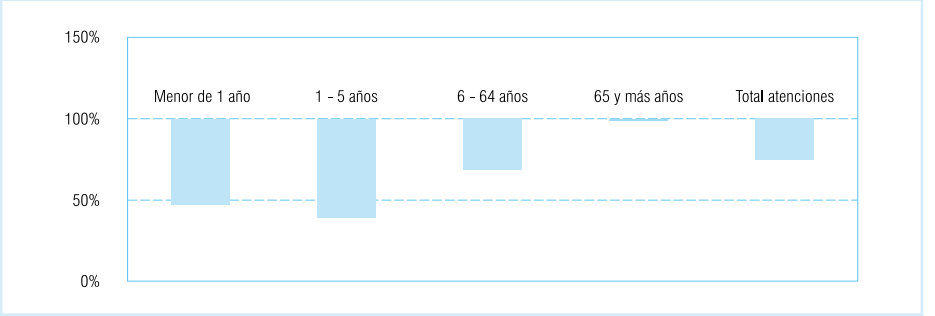
Desde 2002, hasta finalizada su actuación como Ministerio de la Protección Social, la dirección del SGSSS se negó a implementar el mandato de la Ley 715, que pretendía devolver a las autoridades sanitarias territoriales la información básica sobre la morbilidad de sus territorios que permitiría un proceso mínimo de ordenamiento de sus prioridades en salud y posibilitaría la planeación en salud y la vigilancia epidemiológica.

Análisis a partir de la información de servicios disponible en la SDS (RIPS)

La reducción de personas atendidas con cargo al FDS alcanza 31% entre septiembre de 2009 y septiembre de 2010, lo que puede explicarse por la transición de las cuentas de los menores de 18 años de edad a las EPS y, quizá, también por algún grado de subregistro.

Por ello comienzan a ser importantes las proporciones entre los grupos de edad que considera el análisis. Puede observarse cómo el grupo de 1 a 5 años de edad muestra una reducción de 62% en personas atendidas, contra tan sólo 1.1% de reducción en los mayores de 65 años, grupo este último que no debiera presentar reducción de las personas atendidas (gráfico 6.3). Tampoco debería presentarse una reducción importante en menores de un año de edad, pues estos ya contaban con cobertura completa en el Régimen Subsidiado en 2007.

Gráfico 6.3. **Incremento/decremento de personas atendidas en la red hospitalaria del Distrito, por grupos de edad, financiadas por oferta, según RIPS. Sept. 2007-Sept 2010**

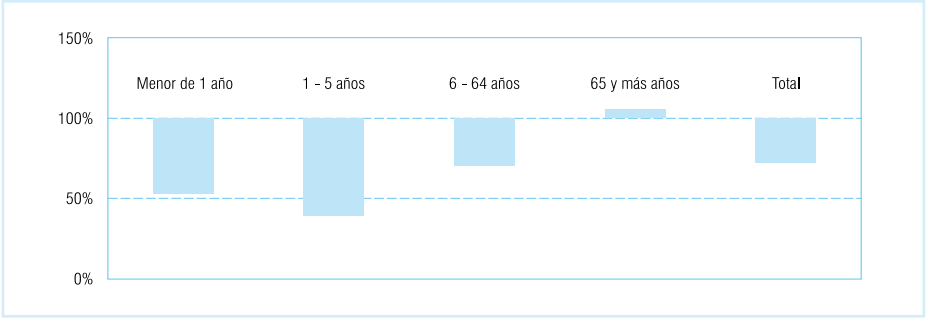


Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS.

Igualmente, el número de atenciones totales se reduce 28% entre septiembre de 2009 y septiembre de 2010. Nuevamente son las atenciones para el grupo de 1 a 5 años de edad las que se reducen en mayor medida, 60% aproximadamente, mientras que las correspondientes al grupo de mayores de 65 años, por el contrario, se incrementan en 5,2% (gráfico 6.4).

Es posible, por tanto, saber si la política de gratuidad se tradujo efectivamente en mayor prestación de servicios para los mayores de 65 años de edad, que permanecían a cargo del Distrito en septiembre de 2010, atendidos con cargo al FDS, mientras que no podemos determinar resultado positivo alguno para los niños de 1 a 5 años, que perdieron participación en el total los servicios con cargo a esta fuente, mientras no se tenga acceso a la base de datos complementaria en las EPS.

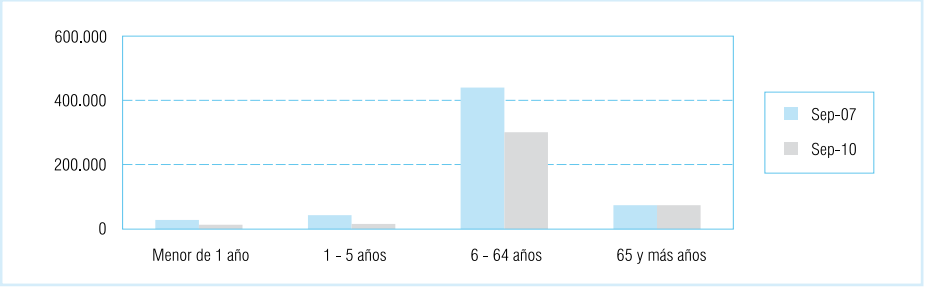
Gráfico 6.4. **Incremento/Decremento atenciones financiadas por oferta en la red hospitalaria del Distrito, según RIPS, por grupos de edad. Sept.2007- Sept. 2010.**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS.

En números, la reducción en la base de datos de pacientes atendidos es muy importante entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010 para los menores de 1 a 5 años de edad (cerca de 27.000 niños) y no alcanza un número significativo para los mayores de 65, apenas unas 850 personas. De hecho, esta disminución de las personas mayores de 65 años atendidas en septiembre de 2010 parece ser un primer argumento negativo para sostener la presunción de que la política de gratuidad facilitó el acceso real a los servicios (gráfico 6.5).

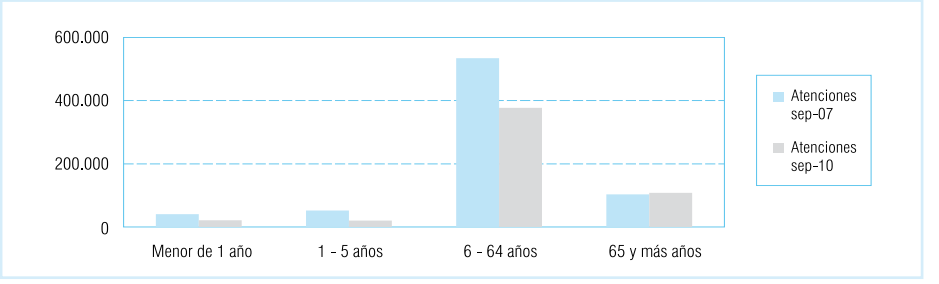
Gráfico 6.5. **Total personas atendidas, registradas por grupos de edad, financiadas por oferta en la red hospitalaria del Distrito. Sept. 2007. – Sept. 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

En términos de atenciones (expresadas en procedimientos realizados de todo tipo en el mes, consultas, exámenes tratamientos, entre otros), la reducción para la población de 1 a 5 años de edad en las bases de datos es de aproximadamente 32.000 procedimientos entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010, mientras que para el grupo mayor de 65 años aumentan en 5.500 aproximadamente. Esta cifra sería el primer argumento a favor de la presunción de que la política de gratuidad tuvo impacto y permitió mayor accesibilidad a servicios de los mayores de 65 años de edad (gráfico 6.6).

Gráfico 6.6. **Total atenciones registradas, por grupo de edad, financiadas por oferta en la red hospitalaria del Distrito. Sept. 2007 – Sept. 2010**

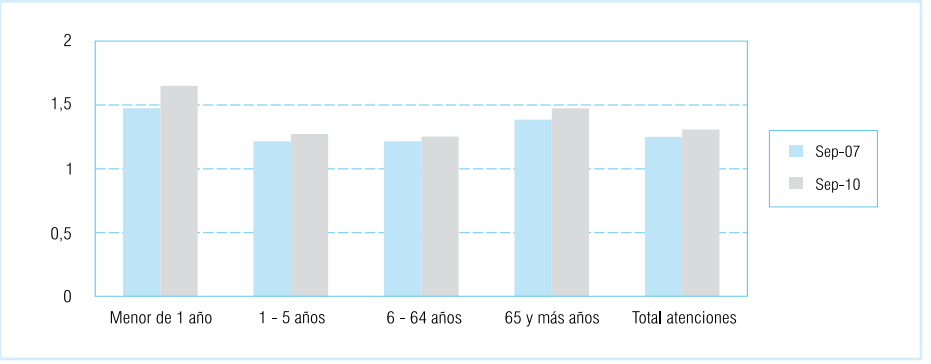


Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

La relación entre el número de personas atendidas y el número de atenciones o procedimientos registrados se definen como concentración, y aunque esta medida se suele utilizar para consultas en un año para una determinada población, aquí la utilizaremos como número de atenciones promedio por persona en un mes, que incluye todo tipo de procedimientos realizados. La concentración aumentó para toda la población atendida de 1,25 a 1,31 procedimientos entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010, lo que quiere decir que a los pacientes atendidos en conjunto se les realizaron más procedimientos en septiembre de 2010. Para los niños de 1 a 5 años de edad la concentración aumentó de 1,21 a 1,27, algo menor que el promedio en ambos periodos (3% inferior en ambos casos), mientras que para los mayores de 65 años de edad aumentó de 1,39 a 1,47, es decir, pasó de 11% por encima del promedio en 2007 a 13% en 2010. Nuevamente, aunque ambos grupos de pacientes atendidos mejoraron en número de procedimientos realizados, es mayor el incremento en los mayores de 65 años (gráfico 6.7).

Si bien el número total de personas mayores de 65 años no aumenta en septiembre de 2010, en comparación con el mismo mes de 2007, sí puede decirse que a los pacientes atendidos en 2010 se les realizaron, en promedio, más procedimientos que a los pacientes atendidos en 2007 y ello puede tener relación con la eliminación de las cuotas de recuperación.

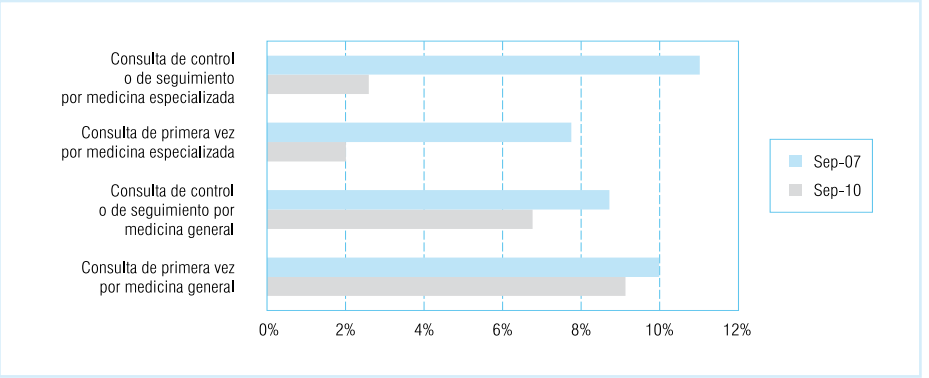
Gráfico 6.7. **Concentración de atenciones en el mes, por paciente, según grupos de edad, en la red hospitalaria del Distrito. Sept. 2007 – Sept. 2010.**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

La participación del grupo de 1 a 5 años de edad en los servicios de consulta externa disminuye entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010, de forma moderada en los servicios de medicina general y abruptamente en los servicios de medicina especializada, lo que es explicable en función de la cobertura de estos servicios por parte de las EPS a partir de octubre de 2009 (gráfico 6.8).

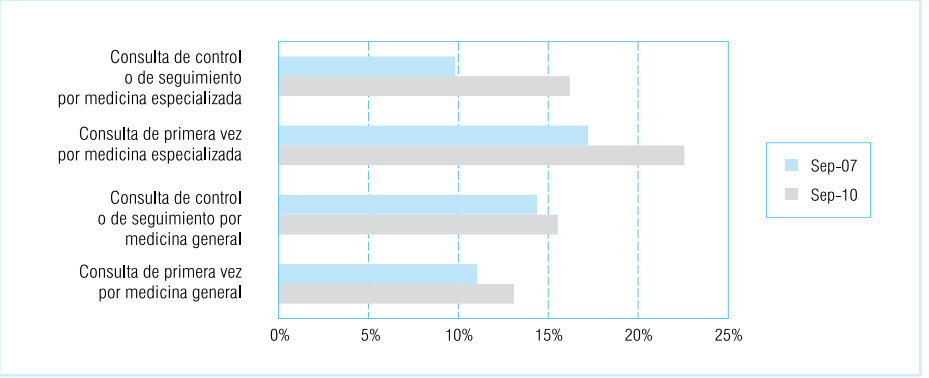
Gráfico 6.8. **Porcentaje de servicios de consulta externa, financiados por oferta, prestados a niños de 1 a 5 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Por el contrario, aumenta la participación porcentual en consulta externa de los mayores de 65 años de edad, moderadamente en consulta general y en forma más importante en consulta especializada. (Gráfico 6.9).

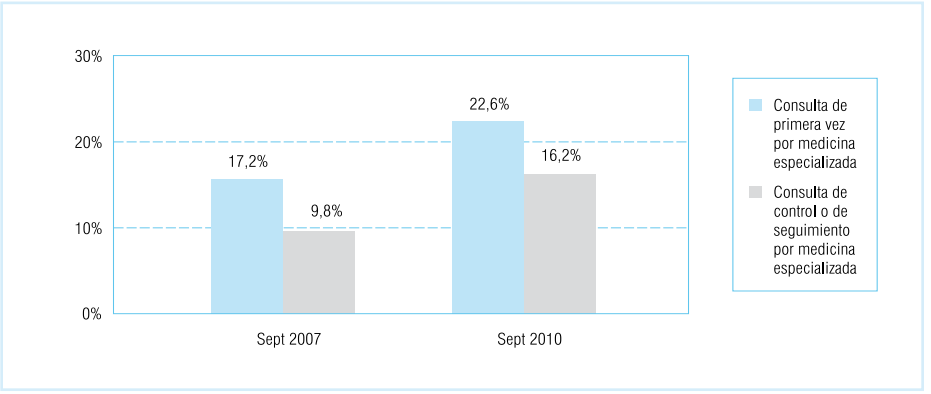
Gráfico 6.9. **Porcentaje de servicios de consulta externa, financiados por oferta, prestada a mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS.

El incremento de la participación en el total de consultas fue de 17,2 a 22,6% en consulta de primera vez por medicina especializada y de 9,8 a 16,2% en consulta especializada de control, lo que supone un mayor incremento de los controles en términos porcentuales (gráfico 6.10)

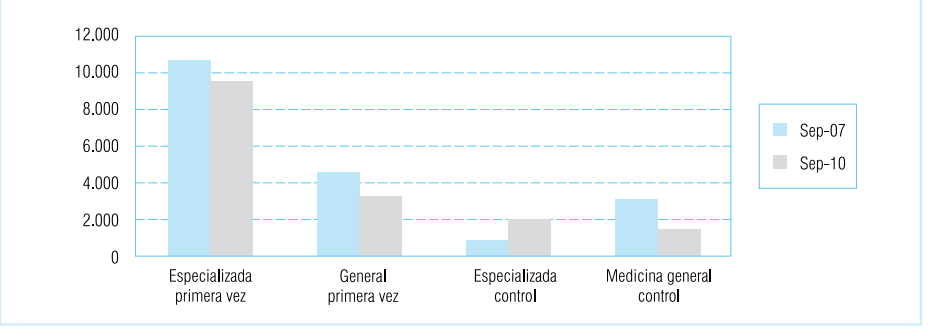
Gráfico 6.10. **Consulta medicina especializada. Incremento de participación en mayores de 65 años de edad.**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

En cifras totales, sin embargo, se observa una disminución de las consultas especializadas realizadas a los mayores de 65 años de edad en 10,6% entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010 (de 10.687 a 9.548), mientras que los controles por médico especialista aumentan en 124% (de 883 a 1974). En este punto se confirma que aunque aparecen menos personas mayores de 65 años atendidas y, por tanto menos consultas especializadas de primera vez para este grupo de edad, las personas atendidas tuvieron mayor acceso a controles. Las cifras totales de consultas especializadas permanecen sensiblemente iguales en los dos periodos analizados, alrededor de 11.500 consultas (gráfico 6.11).

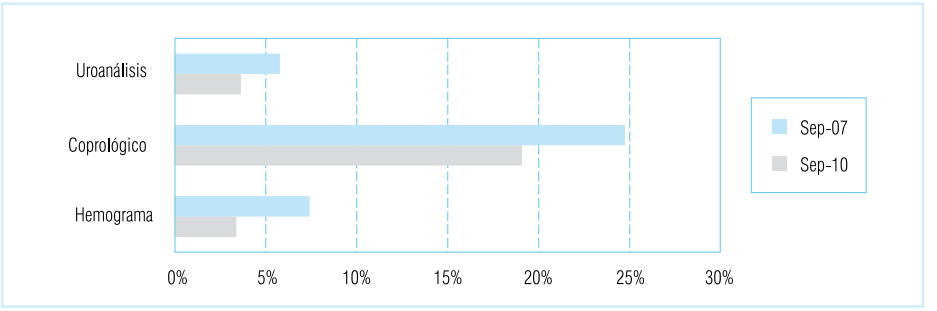
Gráfico 6.11. **Número de consultas generales y especializadas registradas para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al FDS. Sept. 2007 – Sept. 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Se revisan a continuación algunos servicios de laboratorio básico, que al igual que la consulta muestran una menor participación para el grupo de 1 a 5 años de edad, lo que se atribuye igualmente a la migración de estas facturas y registros a las EPS (gráfico 6.12).

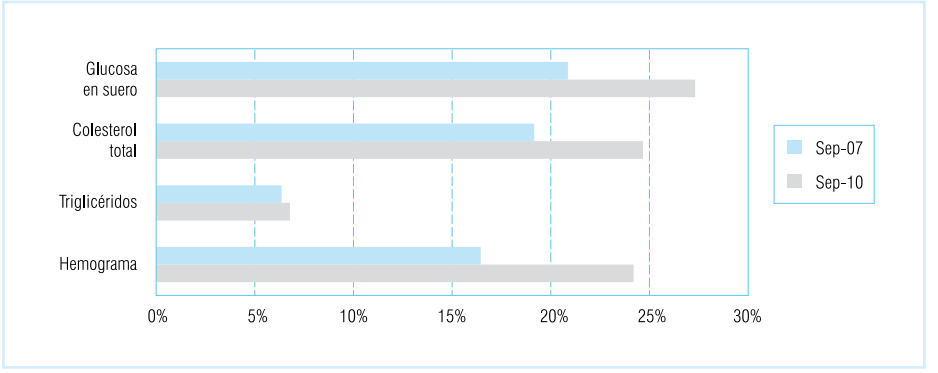
Gráfico 6.12. **Porcentaje de servicios de laboratorio básico, financiados por las ofertas prestadas a niños de 1 a 5 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

La población mayor de 65 años de edad igualmente aumenta su participación en este grupo de servicios registrados en la base de datos de la Secretaría Distrital (gráfico 6.13).

Gráfico 6.13. **Porcentaje de servicios de laboratorio básico, financiados por oferta prestados a mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010**

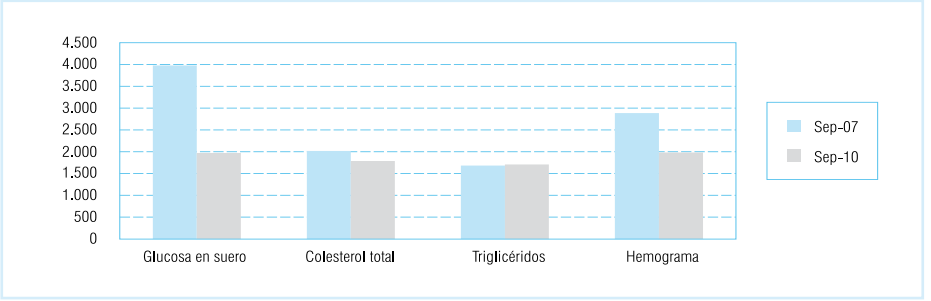


Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Sin embargo, en cifras totales se reducen en 50% los exámenes de glucemia, en 31% los hemogramas y en 11% los exámenes de colesterol, mientras únicamente los triglicéridos aumentan, aunque muy moderadamente, en 1,5%. Este comporta-

miento del laboratorio básico resulta un fuerte argumento negativo para sostener la presunción de que la política de gratuidad facilitó el acceso real a los servicios (gráfico 6.14).

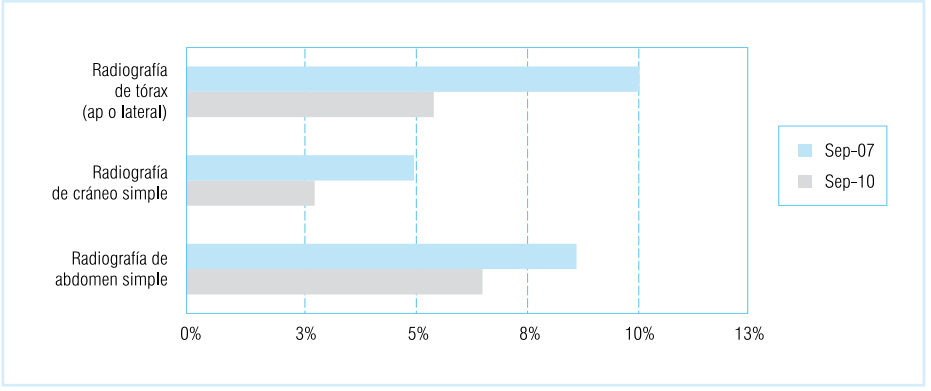
Gráfico 6.14. **Número de exámenes de laboratorio básico, registrados para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al FDS. Sept. 2007 – Sept. 2010.**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

En el caso de los exámenes de radiología básica, al igual que la consulta, se observa una menor participación para el grupo de 1 a 5 años de edad, lo que se atribuye igualmente a la migración de estas facturas y registros a las EPS (gráfico 6.15).

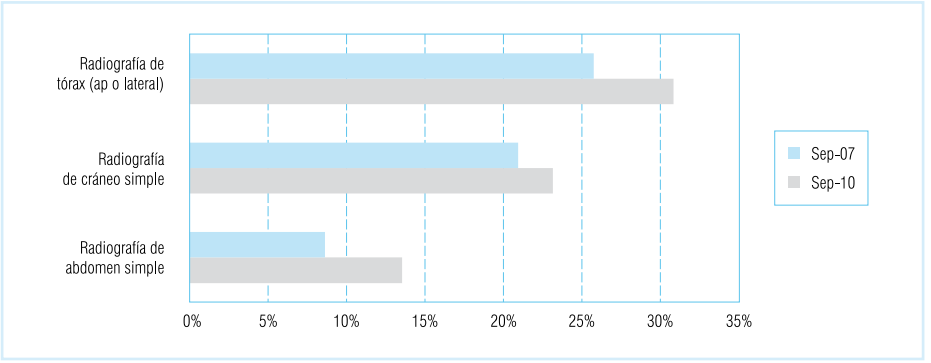
Gráfico 6.15. **Porcentaje de servicios básicos de Rx financiados por oferta, prestados a niños de 1 a 5 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS.

La población mayor de 65 años de edad igualmente aumenta su participación en este grupo de servicios registrados en la base de datos de la Secretaría Distrital (gráfico 6.16).

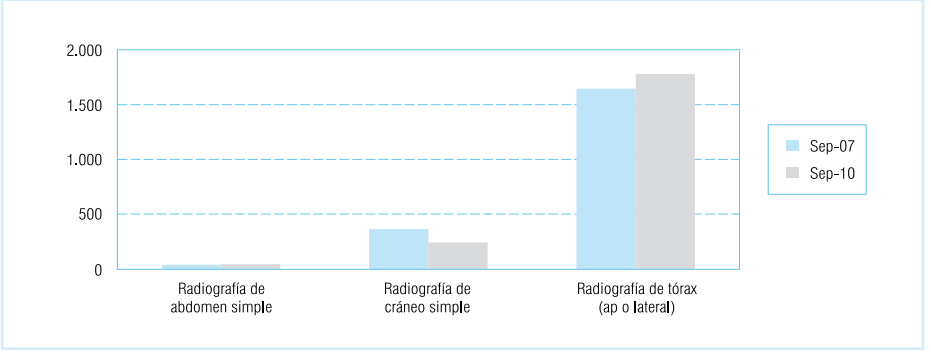
Gráfico 6.16. **Porcentaje de servicios básicos de Rx financiados por oferta, prestados a mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Sin embargo, en cifras, se observa que el número de radiografías básicas practicadas a los pacientes mayores de 65 años de edad prácticamente no tiene cambio entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010, con pequeños cambios a favor de los Rx de tórax y en contra de los Rx de cráneo. Este comportamiento de los servicios básicos de radiología también deviene en argumento negativo para sostener la hipótesis de que la política de gratuidad facilitó el acceso real a los servicios (gráfico 6.17).

Gráfico 6.17. **Número de exámenes radiológicos básicos, registrados para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al FDS. Sept. 2007 – Sept.2010**

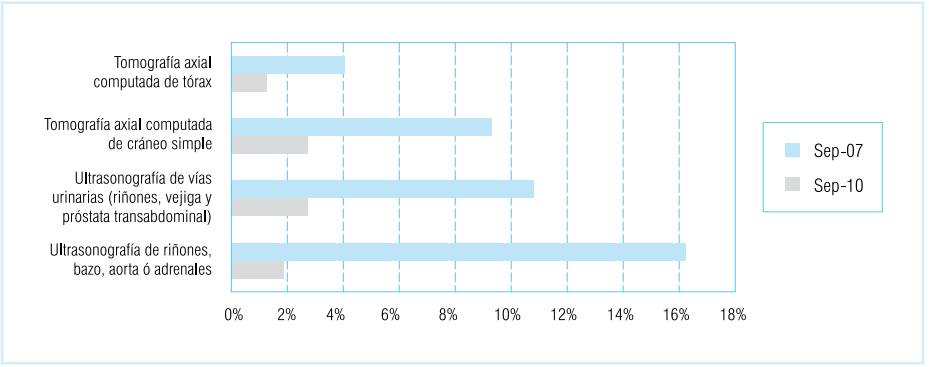


Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Si se pasa al campo de exámenes más especializados, definitivamente no cubiertos por el POS para los mayores de 65 años de edad, pero sí para menores de 1 a 5 años de edad, se encuentra claramente la diferencia, pues la reducción de la participación

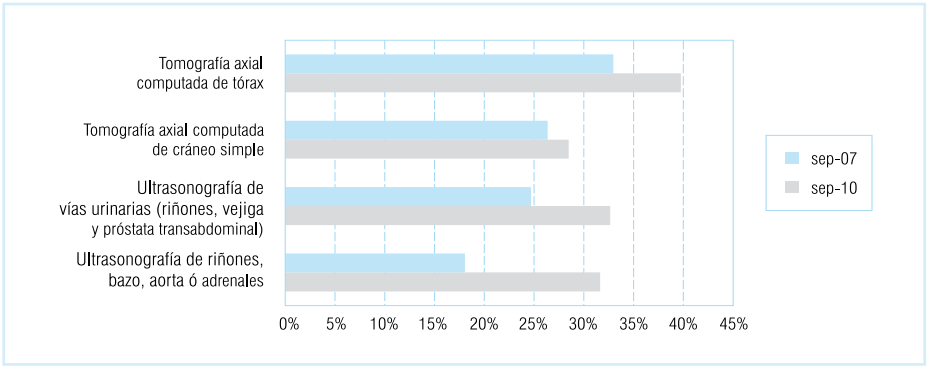
de menores de edad es muy sensible, mientras que para los mayores de 65 años se observa un incremento moderado en la participación (gráficos 6.18 y 6.19).

Gráfico 6.18. **Imágenes Dx de mediana y alta complejidad, financiadas por oferta en el Distrito y, porcentaje de estos servicios prestados a niños de 1 a 5 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

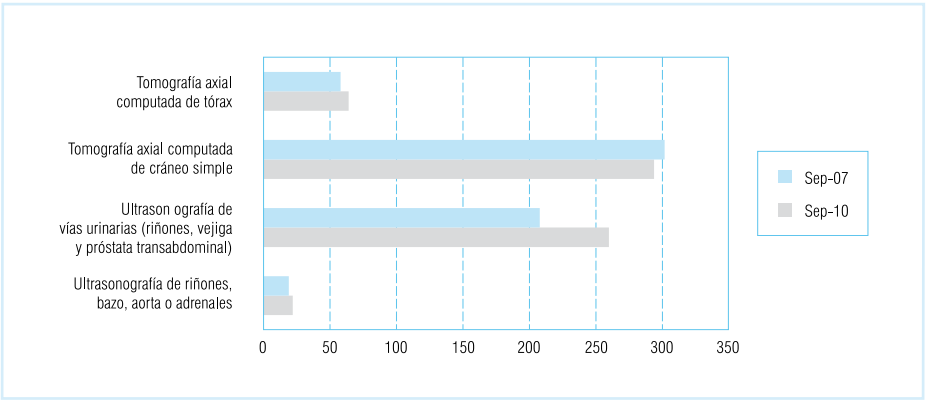
Gráfico 6.19. **Imágenes Dx de mediana y alta complejidad, financiadas por oferta en el Distrito, y porcentaje de estos servicios prestados a mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

En cifras, sin embargo, se observa un incremento muy moderado de este tipo de exámenes de media y alta complejidad para la población mayor de 65 años de edad, con aumento en algunos exámenes y disminución en otros. El resultado tampoco apuntala la presunción de mayor acceso a servicios de mediana y alta complejidad para estos servicios no POS en el grupo mayor de 65 años (gráfico 6.20).

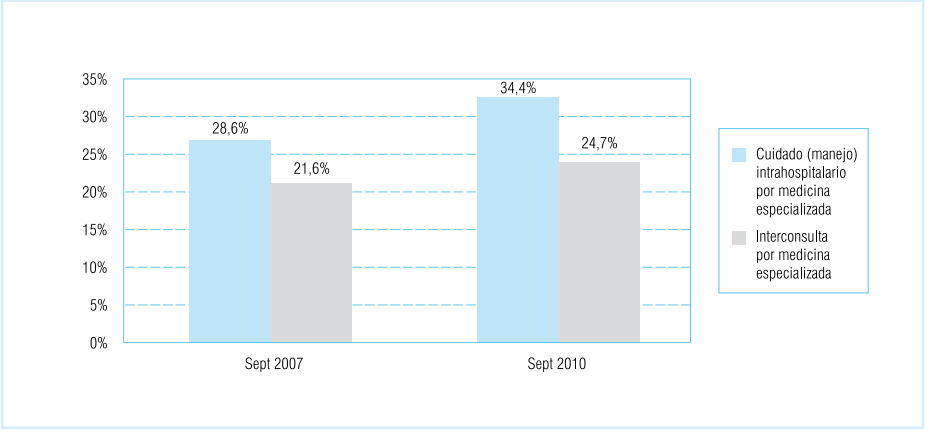
Gráfico 6.20. **Número de imágenes especializadas de mediana y alta complejidad, registradas para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al FDS. Sept.2007 – Sept 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

En servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad igualmente aumenta la participación en el total de servicios de los mayores de 65 años de edad, seguramente por las causas señaladas anteriormente (gráfico 6.21).

Gráfico 6.21. **Manejo intrahospitalario. Incremento de la participación de mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010.**

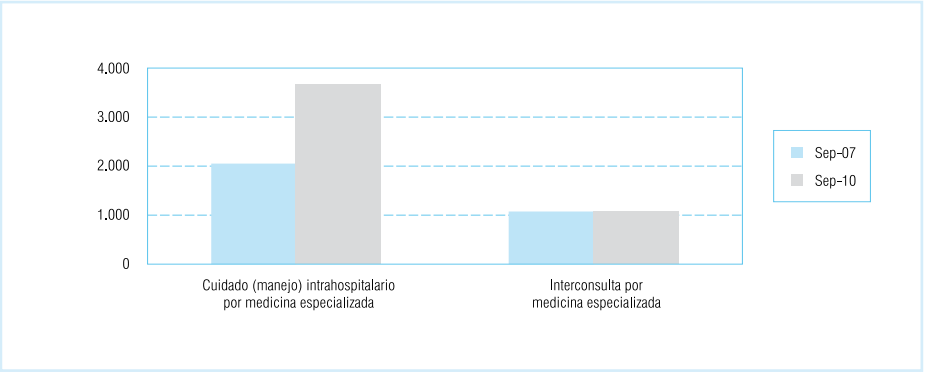


Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Sin embargo, para los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad, a diferencia de todos los anteriores, se presenta un incremento importante (78%) de la

cifra de atenciones hospitalarias, aunque no acompañada de un incremento similar en el número de interconsultas realizadas (gráfico 6.22).

Gráfico 6.22. **Número de hospitalizaciones e interconsultas de mediana y alta complejidad. Registradas para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al FDS. Sept. 2007 – Sept. 2010**



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

En suma, el análisis de las cifras de atenciones registradas en la base de datos de RIPS de los servicios prestados por los hospitales a la población a cargo de la Secretaría Distrital, con cargo al FDS, por ser servicios no POS o no afiliados al Sistema, muestra una participación menor del grupo de 1 a 5 años de edad en los servicios registrados en septiembre de 2010, en comparación con septiembre de 2007, explicada en función de que estos servicios dejaron de estar a cargo de la Secretaría por la unificación del POS para menores de 12 años de edad, según el Acuerdo 005 de 2009.

Por el contrario, muestra en el mismo intervalo un incremento de la participación del grupo mayor de 65 años de edad, cuya cobertura del POS sigue limitada en 2010 para servicios de mediana y alta complejidad y, por tanto, dependen de la red pública del Distrito para su atención, con cargo al FDS. Sin embargo, dicha mayor participación, considerada una disminución global de los servicios registrados (en función del aseguramiento y quizás también del subregistro) no se traduce en un aumento importante de las atenciones para este grupo poblacional, por lo que no es posible concluir que la política de gratuidad (con la eliminación de las cuotas de recuperación) se haya traducido en un mayor acceso a los servicios.

Tan sólo dos resultados son positivos, un ligero incremento del número de procedimientos por paciente ambulatorio, sin que aumente el número de personas mayores de 65 años de edad que acuden al servicio y el doble de hospitalizaciones regis-

tradas. Sin embargo, el mayor número de hospitalizaciones puede significar, por el contrario, que persisten graves barreras para el acceso a los servicios ambulatorios en este grupo no asegurado.

Quizá este mínimo o nulo impacto de la política de gratuidad, observado en el presente análisis, pueda explicarse con el análisis de la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, de la Secretaría Distrital de Salud, que señala cómo las barreras económicas explican tan sólo 4% de las barreras de acceso a los servicios de salud.

Tabla 6.5. **Consolidado de los tipos de barreras de acceso identificados a través del proceso de orientación e información a la ciudadanía de SDS y Red CADE. SUPERCADE 2008**

Tipo de barreras de acceso	Total	%
Administrativa	12.042	85.56
Geográfica	1.277	9,07
Económica	567	4,03
Cultural	188	1,34
Total	14.074	100,00

Fuente: Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano. Secretaría Distrital de Salud

Análisis comparado de las preguntas básicas de aceso a los servicios, contenidas en las encuestas de caldad de vida 2007 y 2011

Un segundo abordaje para evaluar la política de gratuidad se realizó a través de las variables de acceso contenidas en las Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2007, y la Encuesta Multipropósito, para Bogotá 2011. Se trata de observar en algunas preguntas relacionadas con acceso, qué tienen estas encuestas y las variaciones entre 2007 y 2011 en la utilización de algunos servicios ambulatorios clave, es decir, antes y después de puesta en marcha la política de gratuidad.

Es de esperar, teóricamente, que la eliminación de cuotas de recuperación beneficie más a las personas adultas mayores enfermas, afiliadas al Régimen Subsidiado, por definición pobres y sin ingresos por pensión, pues al necesitar controles y atenciones repetidas, las cuotas se convierten en una carga para la familia, al igual que el transporte permanente en busca de servicios.

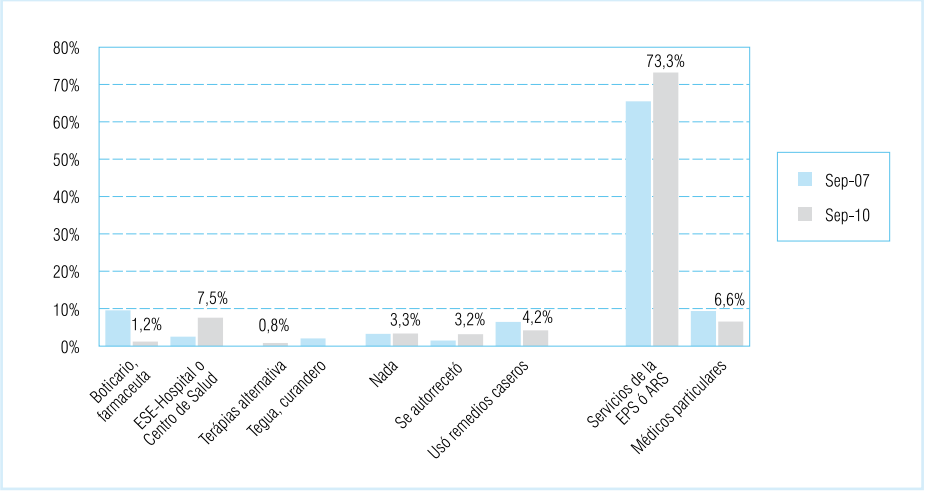
En primer lugar, se observan las variaciones en los servicios utilizados para tratar el problema de salud en los últimos 30 días, pregunta que se encuentra en ambas encuestas, aunque con pequeñas diferencias en las categorías de servicios, que no impiden la comparación buscada.

Puede observarse en el gráfico 6.23 que un gran porcentaje de la población mayor de 65 años de edad, afiliada al Régimen Subsidiado, acudió en busca de servicios médicos en las respectivas EPS, al igual que aumentó el porcentaje atendido en las Empresas Sociales del Estado (hospital o centro de salud del Distrito). En conjunto, utilizaban el servicio de las EPS para tratar el problema de salud 65,55% de los afiliados mayores de 65 años en 2007, porcentaje que aumentó a 73,3 en 2011.

Al mismo tiempo utilizaban el servicio de las ESE para tratar el problema de salud 2,5% de los afiliados mayores de 65 años de edad en 2007 y este porcentaje aumentó a 7,5. En conjunto, recibieron atención para tratar su problema de salud de los últimos 30 días, por parte de las EPS o de los hospitales del Distrito, 68% de los mayores de 65 años en 2007 y 80,8% en 2010 (gráfico 6.23).

No permiten aclarar las encuestas el sitio de atención cuando la respuesta dada es por parte de la EPS, pero es de suponer que en su mayoría corresponde a las ESE del Distrito por la norma de contratación que obliga a la contratación por capitación entre las EPS del régimen subsidiado y las ESE.

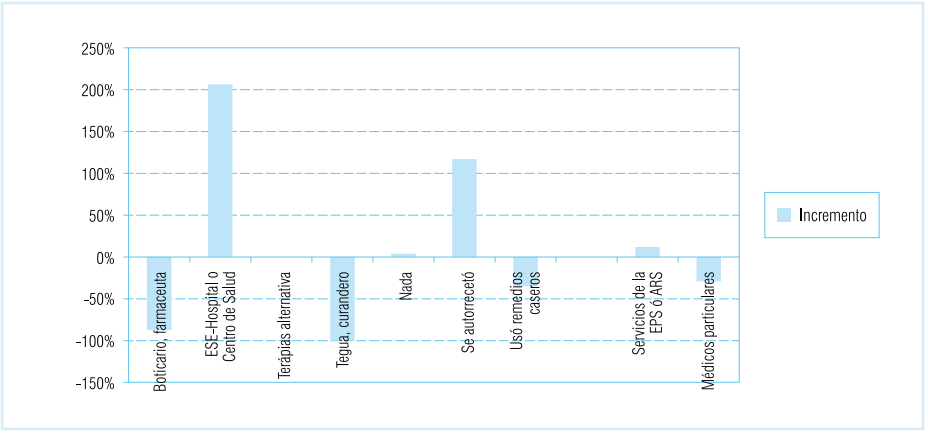
Gráfico 6.23. **Servicios utilizados para tratar problemas de salud en los últimos 30 días, por mayores de 65 años de edad afiliados al Régimen Subsidiado.**



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

En consecuencia, el resultado de las encuestas estaría mostrando un mayor nivel de utilización y acceso, atribuible probablemente a la eliminación de las barreras económicas. Es importante, que en términos de incremento de cada tipo de servicios, el reportado en las ESE del Distrito es el de mayor crecimiento, mientras disminuye el porcentaje de personas que buscó atención de boticarios y teguas, así como de médicos particulares (gráfico 6.24). Preocupa, sin embargo, el incremento de la respuesta "se auto-recetó", que alcanzó a 3,3% de los afiliados al régimen subsidiado mayores de 65 años de edad.

Gráfico 6.24. **Incremento de atenciones, por servicio utilizado para tratar problemas de salud en los últimos 30 días, en mayores de 65 años de edad, afiliados al Régimen Subsidiado**



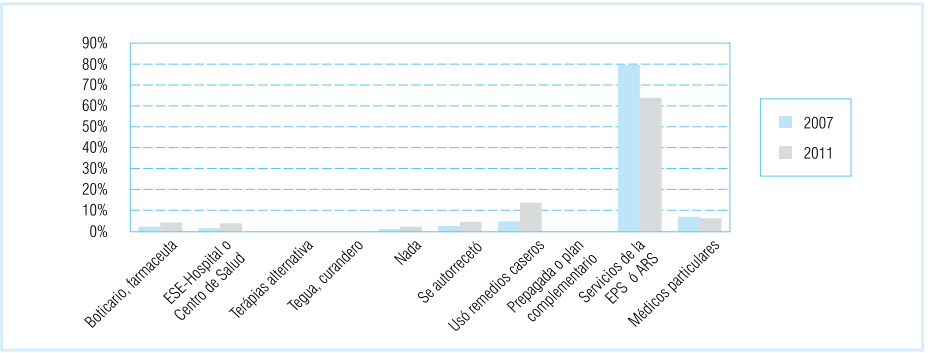
Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

Estos resultados bastante positivos no se encuentran para los afiliados al régimen subsidiado menores de cinco años de edad, al revisar las preguntas de acceso y utilización en las grandes encuestas de 2007 y 2011 para Bogotá. El porcentaje de niños menores de 5 años de edad que utilizó el servicio de las EPS o ARS, para la atención del problema de salud de los últimos 30 días, disminuyó de 79,6 a 63.8% en este periodo, mientras que el que utilizó las ESE del Distrito aumentó de 1.7 a 4%. En conjunto, las dos respuestas suman 81,3% en 2007 contra 67.8% en 2011, una caída significativa (gráfico 6.25).

Este resultado coincide con el de la población vinculada, para el mismo grupo de edad, lo que hace suponer problemas de acceso distintos a la barrera económica, como los encontrados en el análisis de la oferta de servicios y accesibilidad geográfica en la investigación simultánea del observatorio. Los servicios pediátricos son casi inexistentes para las grandes localidades del sur y occidente de Bogotá, donde habita precisamente la mayoría de los niños de la ciudad.

Preocupa mucho más, en el caso de menores de 5 años de edad afiliados al Régimen Subsidiado, el crecimiento de todas las formas de atención consideradas inadecuadas (se auto-recetó, boticario, remedios caseros, nada).

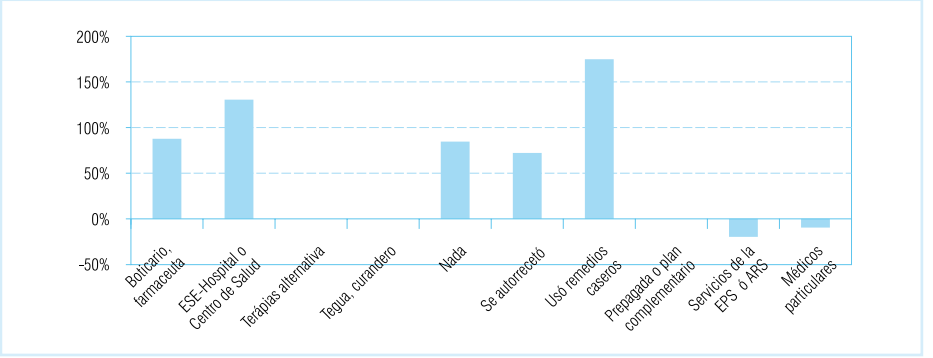
Gráfico 6.25. **Servicios utilizados para tratar problemas de salud en los últimos 30 días por menores de 5 años de edad, afiliados al Régimen Subsidiado.**



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

Por los hallazgos anteriores, el resultado de las encuestas no muestra un mayor nivel de utilización y acceso, atribuible a la eliminación de las barreras económicas en los menores de 5 años de edad afiliados al Régimen Subsidiado. Es importante, que en términos de incremento de cada tipo de servicios, los reportados en las ESE del Distrito alcanzan 131%, mientras aumenta notoriamente el porcentaje que usó remedios caseros, se autorecetó, no hizo nada o buscó atención de boticarios y teguas, así como de médicos particulares (gráfico 6.26).

Gráfico 6.26. **Incremento de atenciones, por tipo de servicio utilizado para tratar problemas de salud en los últimos 30 días, menores de 5 años de edad, afiliados al Régimen Subsidiado**

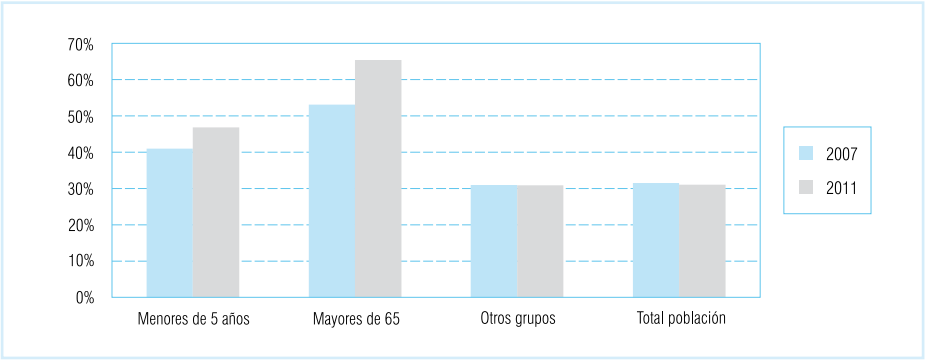


Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

En segundo lugar, se revisa la pregunta sobre utilización de servicios en los últimos 30 días (por cualquier problema de salud nuevo o viejo u otra razón) en las dos encuestas para el Distrito. El resultado es un incremento general de servicios para los afiliados al Régimen Subsidiado de los dos grupos estudiados, entre 2007 y 2011. Los menores de 5 años de edad atendidos en los últimos 30 días aumentan de 41 a 46,8%, mientras que el porcentaje de mayores de 65 años de edad atendido en los últimos 30 días aumenta de 53, en 2007 a 65,4 en 2011, un incremento muy significativo, que definitivamente puede ser explicado por la eliminación de la barrera económica o supresión de los copagos, dado que éstos afectan en mayor medida a los afiliados enfermos, pobres por definición, dada su afiliación al régimen subsidiado, que requieren atención continuada.

La diferencia del incremento en estos dos grupos es notoria con respecto a los otros grupos de edad y al promedio general para la población del régimen subsidiado (31,5% atendidos en los últimos 30 días en 2007, contra 31% en 2011) (gráfico 6.27).

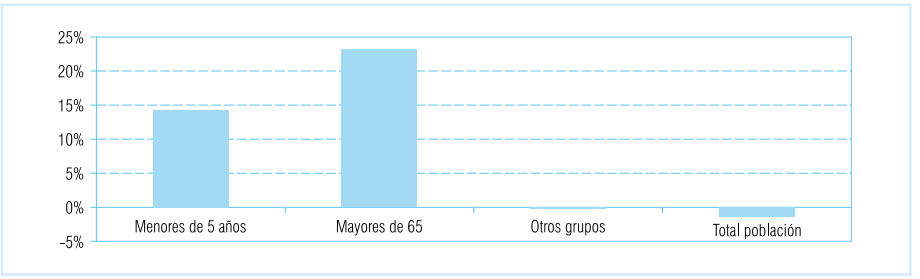
Gráfico 6.27. **Población con servicios de medicina general o especializada en los últimos 30 días Régimen Subsidiado**



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

El incremento de población atendida alcanza a 14,3% para los menores de 5 años de edad, afiliados al Régimen subsidiado y un notorio 23.1% para los mayores de 65 años, entre 2007 y 2011, cuando aún no habían sido incluidos todos sus servicios en el POS (gráfico 6.28).

Gráfico 6.28. **Incremento servicios de medicina general o especializada para afiliados al Régimen Subsidiado. Bogotá. 2007- 2011**

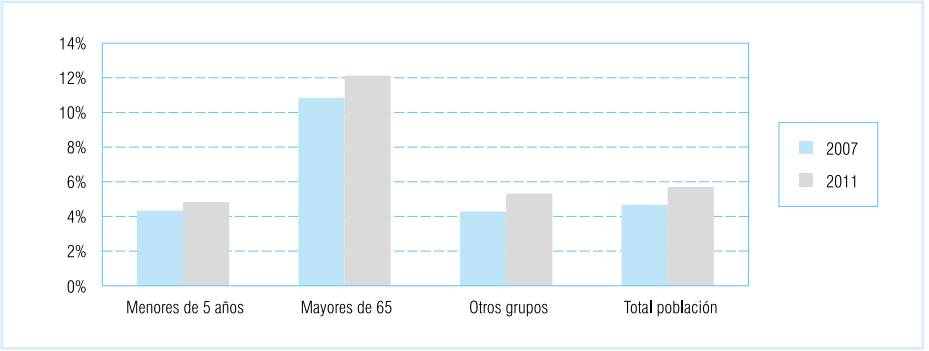


Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

La segunda categoría de servicios recibidos en los últimos 30 días analizada en las dos encuestas es la de apoyo diagnóstico, o servicios de laboratorio, Rx u otros exámenes, tal como reza en la respuesta de las encuestas. Sin duda, servicios clave para apoyar el acceso a consulta médica notoriamente mejorado.

Los resultados en este campo no son tan halagadores como los de consulta, pues presentan una variación muy moderada entre la ECV 2007 y la EM 2011 (gráfico 6.29). Tan sólo ascienden de 4.3% a 4,8% los niños y las niñas para los que se reportan estos servicios de apoyo diagnóstico, lo que contrasta con 46,8% atendido en consulta. Igualmente, tan sólo aumentan de 10.8 a 12.1% las atenciones en apoyo diagnóstico para los mayores de 65 años de edad afiliados al Régimen Subsidiado, diferencia notoria con el 65,4% atendido en consulta. Para los otros grupos de edad el incremento es similar o incluso algo mayor, lo que descarta cualquier efecto de la política de gratuidad y de la eliminación de barreras económicas en estos servicios.

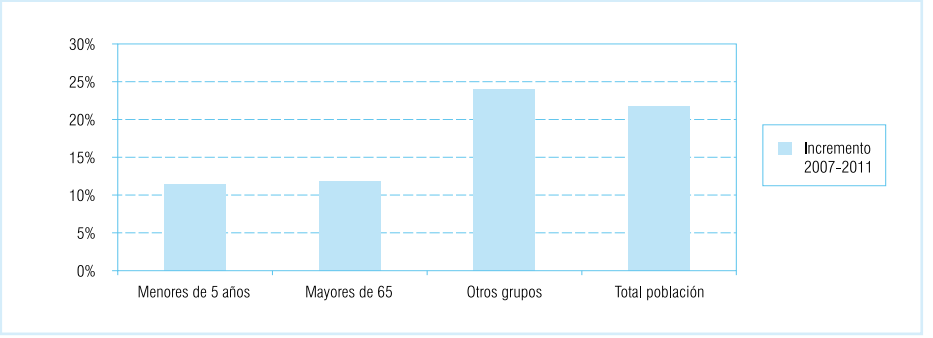
Gráfico 6.29. **Población con servicios de laboratorio, Rx u otros exámenes en los últimos 30 días. Régimen Subsidiado. Bogotá, ENCV 2007 – EM 2011**



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

El incremento observado entre 2007 y 2011 es cercano a 10% apara los dos grupos de edad estudiados del Régimen Subsidiado, mientras que los otros grupos, muestran un incremento de servicios de 24%, aunque sobre una base de atenciones muy inferior, de 4% a 5%, y la población general del Régimen Subsidiado incrementa sus servicios de apoyo diagnóstico en 21.8% entre 2007 y 2011 (gráfico 6.30).

Gráfico 6.30. **Incremento de servicios de laboratorio, Rx u otros exámenes, en afiliados al Régimen Subsidiado. Bogotá 2007 - 2001**



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

Síntesis de resultados y conclusiones

Como se señaló en el Marco de referencia, 0ptar por una política de gratuidad parte de reconocer que el régimen de acumulación desarrollado en el conjunto de la economía colombiana es generador de pobreza, de exclusión social; en la medida en que este régimen –caracterizado como de "financiarización"– informaliza y hace más precario el trabajo, y que un porcentaje substancial de la población se encuentra en condiciones de pobreza laboral, la "lucha" contra este flagelo va acompañada de un ingrediente político y de contera convierte en un imperativo moral que las instituciones gubernamentales garanticen, por lo menos, el acceso al sistema de salud para la población más pobre.

La evaluación de las políticas públicas permite capitalizar los saberes y genera nuevos aprendizajes sociales en construir mayor calidad en las intervenciones públicas. El Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá, D. C., para el periodo 2008 – 2012 "BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR", dentro del programa de garantía de aseguramiento y atención en salud, estableció la gratuidad en la atención en salud para la población menor de 5 años de edad, mayor de 65 años, y con discapacidad severa de los niveles 1 y 2 del Sisben.

Según los resultados de la investigación, el análisis de las cifras de atenciones registradas en la base de datos de RIPS de los servicios prestados por los hospitales a la población a cargo de la Secretaría Distrital, con cargo al FDS, por ser servicios no POS o no afiliados al Sistema, muestra una participación menor del grupo de 1 a 5 años de edad en los servicios registrados en septiembre de 2010, en comparación con septiembre de 2007, explicada porque estos servicios dejaron de estar a cargo de la Secretaría en función de la unificación del POS para menores de 12 años de edad, por Acuerdo 005 de 2009.

Por el contrario, muestra en el mismo intervalo un incremento de la participación del grupo mayor de 65 años de edad, cuya cobertura del POS sigue limitada en 2010 para servicios de mediana y alta complejidad y, por tanto, dependen de la red pública del Distrito para su atención, con cargo al FDS. Sin embargo, dicha mayor participación, considerada una disminución global de los servicios registrados (en función del aseguramiento y quizás también del subregistro) no se traduce en un aumento importante de las atenciones para este grupo poblacional, por lo que no es posible concluir que la política de gratuidad (con la eliminación de las cuotas de recuperación) se haya traducido en un mayor acceso a los servicios.

Tan sólo dos resultados son positivos, un ligero incremento del número de procedimientos por paciente ambulatorio, sin que aumente el número de personas mayores de 65 años de edad que acuden al servicio y el doble de hospitalizaciones registradas. Sin embargo, el mayor número de hospitalizaciones puede significar, por el contrario, que persisten graves barreras para el acceso a los servicios ambulatorios en este grupo no asegurado.

Era de esperar, teóricamente, que la eliminación de cuotas de recuperación beneficiara más a las personas adultas mayores enfermas, afiliadas al Régimen Subsidiado, por definición pobres y sin ingresos por pensión, pues al necesitar controles y atenciones repetidas, las cuotas se convierten en una carga para la familia, al igual que el transporte permanente en busca de servicios.

Es importante cuestionar en las conclusiones nuevamente las limitaciones de información, es decir, el hecho de que la Secretaría Distrital de Salud y, en general, todas las direcciones territoriales de salud del país, departamentales, distritales y municipales, no tengan acceso a la información necesaria para cumplir sus responsabilidades.

El análisis a través de las encuestas, por otra parte, muestra un incremento general de servicios para los afiliados al Régimen Subsidiado de los dos grupos estudiados, entre 2007 y 2011. Los menores de 5 años de edad atendidos en los últimos 30 días aumentan de 41 al 46,8%, mientras que el porcentaje de mayores de 65 años

de edad atendido en los últimos 30 días aumenta de 53,1% en 2007 a 65,4% en 2011, un incremento muy significativo, que definitivamente puede ser explicado por la eliminación de la barrera económica o supresión de los copagos, dado que éstos afectan en mayor medida a los enfermos, pobres por definición, dada su afiliación al Régimen Subsidiado, y que requieren atención continuada.

Dicho resultado de las encuestas estaría mostrando un mayor nivel de utilización y de acceso, atribuible probablemente a la eliminación de las barreras económicas. El incremento de población atendida en medicina general o especializada alcanza a 14,3% para los menores de 5 años de edad afiliados al Régimen Subsidiado, y un notorio 23.1% para los mayores de 65 años de edad entre 2007 y 2011, cuando aún no habían sido incluidos todos sus servicios en el POS .

La segunda categoría de servicios recibidos en los últimos 30 días, analizada a través de las encuestas, es la de apoyo diagnóstico, como servicios de laboratorio, Rx u otros exámenes, servicios clave para apoyar el acceso a consulta médica, notoriamente mejorada.

Los resultados en este campo no son tan halagadores como los de consulta, pues presentan una variación muy moderada entre la ECV 2007 y la EM 2011. Tan sólo ascienden de 4.3% a 4,8% los niños para quienes se reportan estos servicios de apoyo diagnóstico, lo que contrasta con 46,8% atendido en consulta. Igualmente, tan sólo aumentan de 10.8 a 12.1% las atenciones en apoyo diagnóstico para los mayores de 65 años de edad afiliados al Régimen Subsidiado, diferencia notoria con 65,4% atendido en consulta. Para los otros grupos de edad el incremento es similar o incluso algo mayor, lo que descarta cualquier efecto de la política de gratuidad y de eliminación de barreras económicas en estos servicios.

En suma, el análisis a través de los RIPS no es concluyente, por las limitaciones de la información sobre la totalidad de servicios recibidos por los grupos estudiados. Sin embargo, el análisis a través de las encuestas sí muestra una mejoría en el acceso a la consulta médica general y especializada, pero no se encuentra un efecto similar en los servicios de apoyo.

Este resultado moderado del impacto de la política de gratuidad, observado en la investigación, quizás se deba a que las barreras económicas explican tan sólo 4% de las barreras de acceso a los servicios de salud, según el análisis de la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, de la Secretaría Distrital de Salud.

Hacia la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local, desde una experiencia de capacitación

*Mario Hernández Álvarez**

Capítulo VII

* Médico, Doctor en Historia, Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública y Director del Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, profesor e investigador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, de la Universidad Nacional de Colombia y del Observatorio para la Equidad en Salud y Calidad de Vida, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia y de la Secretaría Distrital de Salud, de Bogotá.

Hacia la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local, desde una experiencia de capacitación

Mario Hernández Álvarez

Presentación

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud (OECVS) ha considerado como una de sus tareas fundamentales la incorporación del enfoque de equidad en los procesos de toma de decisiones cotidianas en salud, en el ámbito local. Para ello, ha acudido a diferentes estrategias. En primera instancia, la divulgación de sus resultados a través de boletines de fácil acceso, elaborados para el público en general y, en especial, para el personal de salud que trabaja en los servicios o para funcionarios de diferentes sectores de la administración distrital en los ámbitos distrital y local. Este tipo de material, aunque fue diseñado para poder ser leído y comprendido por líderes comunitarios en salud, con frecuencia se percibe como un lenguaje especializado, de difícil apropiación por las comunidades. Por esta razón, el Observatorio ha desarrollado en diferentes ocasiones actividades de formación, en la modalidad de talleres educativos, para diferentes públicos del ámbito local.

Durante la cuarta fase, desarrollada entre 2011 y 2012, el Observatorio realizó un ejercicio de cuatro talleres de formación en el cual se combinaron profesionales del ámbito local, con algunos más del orden distrital encargados de acompañar los procesos locales, y con líderes comunitarios vinculados a diferentes instancias de participación social en salud. A continuación se presenta una reflexión sobre esta experiencia, con el ánimo de contribuir a su fortalecimiento y a una mayor proyección en etapas posteriores del Observatorio. Con tal propósito se informa, en primera instancia, sobre la organización y contenido de los cuatro talleres realizados entre abril y mayo de 2012; en segundo lugar, se discuten los resultados del ejercicio, en términos de logros y limitaciones, y en tercer lugar, se formula una propuesta de metodología para el fortalecimiento de la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local para una fase posterior de desarrollo del Observatorio.

La experiencia de capacitación

El objetivo de la experiencia de capacitación era presentar el enfoque de equidad que ha venido desarrollando el OECVS y motivar su utilización por parte de los asistentes. Éstos fueron profesionales vinculados a los hospitales y responsables de la relación con las localidades en la Secretaría Distrital de Salud (SDS), así como líderes comunitarios, miembros de diferentes instancias de participación social en salud y con cierta experiencia en el campo de la salud, de cuatro localidades del Distrito.

Para la selección de las localidades se realizó un ejercicio de contraste de todas las localidades de Bogotá con un grupo de funcionarios de diferentes direcciones misionales de la SDS, con base en los siguientes criterios: localidades de diferentes redes de servicios, con grandes contrastes sociales en su población, con experiencia acumulada en participación social y en gestión social integral y alguna experiencia en análisis previos de equidad en salud en la localidad. De esta forma, se invitaron funcionarios y líderes de las localidades de Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar y las tres del centro (Candelaria, Mártires y Santa Fe), estas últimas atendidas por el Hospital Centro Oriente. En total asistieron 54 personas, algunas de ellas vinculadas a las Direcciones de Participación, Salud Pública y Planeación y Sistemas de la SDS. Debe reconocerse que existe una seria dificultad para realizar procesos de capacitación con personal de los hospitales, pues sólo una minoría del personal es de planta.

De acuerdo con lo convenido y con base en la experiencia de los talleres realizados en una fase anterior del Observatorio, junto con el grupo de Análisis de Situación de Salud (ASIS), de la Dirección de Salud Pública, de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), se precisaron los alcances de cada una de las cuatro sesiones y el material bibliográfico más conveniente.

Las cuatro sesiones tuvieron el siguiente contenido: una primera sesión, de carácter conceptual, presentó el enfoque de equidad que ha venido adelantando el OECVS y su expresión en algunos indicadores prioritarios de salud. Una segunda sesión examinó las potencialidades de la información disponible en los ámbitos distrital y local, junto con el balance de las capacidades técnicas y las formas de organización y participación social existentes en la localidad. La tercera y la cuarta sesiones se dedicaron a acompañar un ejercicio práctico de análisis de equidad en calidad de vida y salud por grupos de trabajo en cada localidad, para lo cual se utilizó el recurso de aula virtual, con la plataforma Moodle 2, facilitada por la Universidad Nacional de Colombia[40].

La plataforma virtual Moodle 2 permitió poner a disposición de los participantes todo el material para cada una de las sesiones, el cual incluyó la bibliografía básica, las presentaciones realizadas, las bases de datos y la guía para el ejercicio de análisis, así como un acompañamiento permanente de orientación de las indagaciones por parte de los tutores. El programa utilizado ofrecía la posibilidad de consultas virtuales en tiempo real, o por correo electrónico, y contó con un asistente técnico, ofrecido por la Dirección Nacional de Innovación Académica, de la Universidad Nacional de Colombia. La capacitación para el uso de la plataforma se adelantó en una sala con todos los recursos tecnológicos y logísticos pertinentes.

Desde el punto de vista conceptual, el elemento central que se quería expresar era la necesidad de asumir un desplazamiento de la mirada habitual en el campo de la salud, para tratar de dejar de ver los problemas de salud de la población de la localidad y pasar a comparar grupos humanos, para identificar desigualdades (Benach y Muntaner, 2005). Predomina la mirada epidemiológica clásica acerca de los factores de riesgo y, con frecuencia, se examina la salud desde esta perspectiva. Pero entrar

[40] Los talleres programados se llevaron a cabo entre los meses de abril y mayo de 2012.

en el análisis de la equidad implica identificar desigualdades entre grupos humanos. Una vez observadas estas desigualdades, el reto consiste en tratar de verificar si las desigualdades se derivaban de ventajas o de desventajas generadas por la posición social de los grupos. Para ello se dedicó un tiempo importante a contrastar las corrientes de pensamiento en salud y las maneras de entender lo justo para valorar las desigualdades, pues de este tipo de valoración se trata cuando se habla de equidad (Hernández, 2008; 2011).

Como ejemplo de construcción de indicadores de equidad o de inequidad se explicó la propuesta desarrollada por el Observatorio para el análisis de equidad en el ciclo de vida de los grupos humanos (Fresneda, 2010). El mensaje central en este tipo de aproximación consiste en mostrar cómo las desigualdades sociales se acumulan en la trayectoria vital de las personas. Una mujer que no puede acceder a una educación suficiente para ubicarse laboralmente puede tener desventajas durante su embarazo que la exponen a peores condiciones y riesgos para ella y para sus hijos, lo que se traduce en trayectorias de vida que reproducen la desigualdad inicial.

Con base en la idea de trayectorias desiguales, se examinaron distintas fuentes de información sobre las localidades que manejan los funcionarios y los líderes comunitarios en el ámbito local y en la SDS. Este ejercicio permitió hacer conciencia sobre la gran cantidad de información disponible, pero también de la enorme dispersión y fragmentación de la misma, según la instancia que la produce o la requiere. De allí la importancia de orientar su utilización a partir de preguntas claras que permitan identificar inequidades y comprender los procesos que las producen y reproducen sistemáticamente, para tratar de afectarlos desde la acción colectiva e institucional.

Para construir preguntas orientadoras de los ejercicios prácticos para el análisis de la equidad, se efectuó una lluvia de ideas a partir de la pregunta "¿cuál desigualdad ha visto, que le parezca intolerable?" La pregunta por la desigualdad obliga a comparar grupos. Y la valoración como intolerable exige asumir alguna manera de calificar la desigualdad como injusta. Del debate por grupos de trabajo fue surgiendo una selección o priorización que terminó en una desigualdad que sería examinada en cada localidad o en el ámbito distrital. Por ejemplo, la desigual mortalidad materna entre regímenes de afiliación, o el trato desigual por estigma social, o el acceso desigual al transporte por territorios y su impacto en salud, o la desigualdad en el embarazo entre adolescentes de diferentes sectores de la localidad.

Para pasar a la comprensión de los procesos que generan o reproducen tal desigualdad, desde el enfoque de los determinantes sociales de las desigualdades en salud que ha venido aplicando el OECVS (Fresneda, 2007; Hernández, 2007), se realizó un ejercicio de análisis de causalidad por medio de la "cadena de por qués". Esta metodología consiste en sostener la pregunta de por qué ocurre tal situación, de manera que se va pasando de lo más visible a lo más oculto, de lo micro a lo macro y de lo inmediato a lo mediato. A partir de la cadena de los por qué, se reflexionó para construir rutas explicativas de la desigualdad que se quería examinar.

Este ejercicio permitió proponer hipótesis explicativas de las inequidades seleccionadas, con el fin de ordenar el análisis posterior en el trabajo de campo que se propuso a cada grupo como experiencia concreta. El primer paso consistió en documentar adecuadamente la desigualdad, con base en la información disponible en cada territorio. De no contar con suficiente información para la comparación entre los grupos, el siguiente paso sería construir un instrumento específico de recolección de información. La finalidad del ejercicio era que los participantes avanzaran de las explicaciones del sentido común hacia una comprensión más profunda y estructural de las inequidades a partir de sus propias motivaciones. Para avanzar en la comprensión de procesos, los grupos de trabajo debieron organizar sus hipótesis preliminares y construir relaciones entre los diferentes aspectos que parecían explicar la desigualdad.

A la hora de presentar los resultados de los ejercicios se encontraron desarrollos muy dispares, lo que obligó a reflexionar sobre los logros, los obstáculos y limitaciones para realizar esta mirada en el ámbito local.

Alcances y limitaciones

La evaluación de los talleres permitió recoger logros y limitaciones identificados por los asistentes. En primer lugar, se reconoció la importancia de contar con escenarios de articulación entre líderes comunitarios y funcionarios, y con la posibilidad de compartir el enfoque de equidad para analizar las realidades locales e incidir en la toma de decisiones en sus ámbitos cotidianos. Se valoró de manera positiva que el acceso a fuentes tradicionales o la construcción de nuevas fuentes de información con un enfoque de equidad permiten ampliar la comprensión de la realidad local.

Si bien los asistentes expresaron una valoración positiva sobre la utilidad del enfoque, los resultados de los ejercicios muestran ciertas limitaciones conceptuales. En la mayoría de los subgrupos de trabajo no fue fácil lograr el desplazamiento teórico de ver los problemas de salud desde la perspectiva habitual de los factores de riesgo aislados, hacia una perspectiva de determinantes sociales que explican las desigualdades intolerables. El concepto de "posición social" difícilmente se asimila como el principal ordenador de la comparación entre grupos. La identificación de procesos que determinan la desigualdad con frecuencia se asocia con factores separados. Por ejemplo, en la cadena de por qués respecto de la desigualdad en el embarazo de las adolescentes el grupo se concentró en los aspectos relacionados con la información, con el acceso a servicios de planificación familiar o con las características de las familias, pero se desaparecieron la desigualdad y la posición social. Pensar en función de la comparación y sostener la pregunta sobre los procesos que mantienen una desigualdad resulta complejo, tanto para los profesionales que trabajan en el sector salud, como para los líderes comunitarios.

Dado este grado de complejidad, quedó claro que se requiere sostener el ejercicio de formación y acompañamiento directo por más tiempo, de manera que se pueda desarrollar con suficiencia la comprensión completa de la situación. El grupo expresó con toda claridad la insuficiencia del tiempo planeado y manifestó su disposición a ampliar su dedicación para nuevas oportunidades de formación. Incluso, algunos solicitaron que este tipo de cursos deberían transformase en diplomados con más horas, mayor intensidad y acompañamiento directo del trabajo de campo, de tal forma que pudiesen llegar a algún grado de especialización en la materia.

Un aspecto que se convierte en obstáculo es la imposibilidad de contar con tiempo suficiente durante el trabajo cotidiano para realizar este tipo de labores, que se inscriben más en el estudio de situaciones que van más allá de la atención individual. Aun en el terreno de la salud pública, el espacio para este tipo de análisis se concentra en la fase de actualización de los diagnósticos locales participativos en salud. En todo caso, vale decir que en varios hospitales se han hecho algunas aproximaciones al enfoque de equidad cuando se han realizado los diagnósticos locales, e incluso, algunos han desarrollado experiencias de construcción de indicadores de equidad. Este puede ser el punto de partida para la conformación de monitores o unidades de análisis de equidad en calidad de vida y salud en las localidades.

El principal obstáculo detectado para la incorporación del enfoque de equidad es el de la baja proporción de personal de planta en todos los hospitales. El personal contratado a término fijo no puede recibir formación alguna por parte de las instituciones públicas, según la normatividad actual. Esto constituye, en sí misma, una inequidad en la calidad del trabajo en salud. De allí que sea urgente y prioritario desarrollar cuanto antes el programa de formalización y estabilización del trabajo misional en los hospitales, como se ha propuesto en la actual administración distrital.

Propuesta metodológica para la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local

La dinámica de trabajo en los hospitales tiende a centrarse en la provisión de los servicios individuales y colectivos contratados por los pagadores, bien sean empresas promotoras de salud o el Fondo Financiero Distrital de Salud a través de alguna de las direcciones de la SDS. Si se quiere avanzar de manera decidida en la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local, es necesario contar con cuatro grandes estrategias para ser desarrolladas en los hospitales de primer y segundo nivel de atención fusionados, de la red adscrita: institucionalización, formación, comunicación y movilización.

Institucionalización

En el marco del Acuerdo 364 de 2009, que creó el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá, cuya reglamentación se encuentra en discusión en la actualidad, se podría generar un mecanismo de institucionalización del enfoque de equidad en los hospitales de primer nivel y fusionados de la red hospitalaria adscrita. Mientras se continúe en el marco de la Ley 100/93 y normas relacionadas, se podrían definir recursos específicos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para la conformación de un equipo de trabajo básico, conformado por personal de planta, para desarrollar una unidad de análisis de equidad en calidad de vida y salud para la localidad o localidades correspondientes.

Las unidades desarrollarían los estudios específicos, incluirían el enfoque de equidad en los diagnósticos locales participativos, harían monitoreo a partir de indicadores decididos en el ámbito distrital con especificidad local, comunicarían sus resultados y promoverían la movilización social pro equidad.

Es probable que algunos hospitales ya dispongan de unidades similares para el análisis de la situación de salud, e incluso, cuenten con observatorios o monitores de equidad, de manera que se trataría únicamente de verificar e institucionalizar el trabajo acumulado.

Estas unidades podrían contar con la participación de líderes comunitarios, de manera que tanto en el análisis de las realidades locales, como en la elaboración de propuestas de acción y de movilización por la equidad, las comunidades estén siempre comprometidas. Una participación social estable y comprometida contribuye, sin duda, a la democratización del conocimiento y de las decisiones en salud, tanto en el ámbito individual como en el colectivo o comunitario.

Formación

Teniendo en cuenta que el enfoque de equidad requiere un cierto desplazamiento de la mirada habitual en salud, se requiere estabilizar escenarios y procesos de formación para quienes decidan trabajar desde esta perspectiva. Para ello, es necesario identificar mejor las personas interesadas, los niveles educativos previos, los tiempos disponibles y las facilidades locales o distritales para desarrollar programas formales de capacitación. Es posible que un curso formal, en el formato de diplomado, pueda ser el punto de partida para los miembros de las unidades de análisis de los hospitales, una vez conformadas.

Este diplomado debe contar con un componente fuerte de trabajo de campo y acompañamiento permanente del personal docente, con tutores o monitores de apoyo y medios electrónicos y plataforma virtual. Una intensidad total entre 120 y 150 horas podría distribuirse en dedicaciones presenciales y no presenciales semanales de 8 o 10 horas y en 15 semanas. Con esta duración, es posible desarrollar a cabalidad los componentes teórico-conceptuales y realizar ejercicios extensos y completos de análisis de equidad en salud y calidad de vida en las localidades, para terminar con la publicación de los resultados en formatos de fácil acceso.

Adicionalmente, es posible desarrollar trabajo en red entre las unidades de análisis, con el fin de que se construya una perspectiva de complementariedad y solidaridad, de manera que el Observatorio del ámbito distrital tendría su expresión local a través de estas unidades articuladas.

Comunicación

Las unidades de análisis deberán desarrollar una estrategia de comunicación de sus resultados, tanto para los tomadores de decisiones en el ámbito local, en todos los sectores y en la perspectiva de intersectorialidad, como para las comunidades afectadas por las inequidades analizadas. Influir en los alcaldes locales, en las juntas administradoras locales, en las juntas de acción comunal, en los consejos locales de política social y en los referentes de los diferentes sectores resulta estratégico para la construcción de alternativas de superación de inequidades en salud.

Lo anterior implica una serie de piezas de comunicación, pero también el uso de medios virtuales de fácil manejo y libre acceso. Probablemente los medios de comunicación con que cuenta cada hospital podrían ser utilizados, pero conviene desarrollar una estrategia específica para el asunto de la equidad en salud, con identidad temática e institucional y en total articulación con el Observatorio distrital, creado por el Acuerdo 364/09.

Movilización

Las desigualdades injustas, aquellas derivadas de la posición social de las personas y grupos, tienden a naturalizarse. Con frecuencia, los mismos afectados terminan aceptando su condición social como si fuera inmodificable. De allí la importancia de comunicar adecuadamente los análisis de las inequidades y, de ser posible, involucrar a los afectados desde el momento mismo de preguntarse por alguna desigualdad injusta y evitable. Pero también es necesario propiciar la movilización social para transformar la situación injusta, pues son las relaciones de poder existentes las que sostienen y reproducen las desigualdades.

La transformación de esas relaciones de poder comienza por los mismos afectados, como lo han demostrado sistemáticamente mujeres, indígenas y jóvenes organizados. No es suficiente, entonces, proveer bienes y servicios para quienes están en

peor condición. Se requiere también superar la exclusión desde los excluidos. De allí la importancia de la participación social cuando se habla de lograr equidad, afectando los determinantes sociales que producen las inequidades, como lo propuso la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (CDSS-OMS, 2008).

A manera de conclusión

El ejercicio de capacitación desarrollado en la cuarta fase del OECVS ha permitido identificar logros y limitaciones para la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local. Se requiere ahora avanzar en este proceso, con base en la reglamentación y puesta en marcha del Observatorio, creado por el Acuerdo 364/09, acuerdo que gestionó la SDS con base en el acumulado del Observatorio actual. En tal sentido se ha presentado el conjunto de propuestas de acción desde este acumulado, sostenido en el marco de la alianza entre la SDS y el Grupo de Protección Social, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas, de la Universidad Nacional de Colombia. Pasar al ámbito local es una buena consecuencia de la experiencia acumulada en los últimos seis años.

El Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana y la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá

Mario Hernández Álvarez[*]
Darío Restrepo Botero[**]

CAPÍTULO VIII

* Médico, Doctor en Historia, Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública y Director del Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, profesor e investigador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, de la Universidad Nacional de Colombia y del Observatorio para la Equidad en Salud y Calidad de Vida, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia y de la Secretaría Distrital de Salud, de Bogotá.

** Filósofo, candidato a Doctor en Historia, Profesor Asociado de la Facultad de Ciencias Económicas, investigador del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional, de Colombia y de la Secretaría Distrital de Salud, de Bogotá.

El Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana y la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá

Mario Hernández Álvarez
Darío Restrepo Botero

Presentación

En este capítulo se pretende poner en diálogo los principales resultados de las investigaciones realizadas en la cuarta fase del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud (OECVS) con los planteamientos de política pública presentados en el Plan Distrital de Desarrollo (PDD) para el período 2012-2016, denominado Bogotá Humana, y en el Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital (PTS) 2012-2016, ambos definidos en la actual administración.

Si bien durante el momento de construcción del PDD el OECVS propuso una serie de indicadores que podrían ser incluidos en las metas del plan, con el fin de hacer más explícito el compromiso con la equidad, el resultado final muestra que la propuesta no fue del todo acogida. En el Plan se expresa en varias ocasiones el enfoque de equidad como ordenador, pero no se observan metas expresadas como indicadores de reducción de brechas. La complejidad del compromiso y la escasa garantía de éxito en cuatro años pueden ser explicaciones suficientes para esta ausencia. Sin embargo, vale la pena insistir y, con todo realismo, rescatar las potencialidades del

enfoque de equidad adoptado en el PDD y en el PTS, para impulsar una serie de iniciativas acordes con los ejes, programas y proyectos definidos, y avanzar en equidad en salud y calidad de vida en este período de gobierno.

Con tal propósito, este capítulo se divide en tres partes: la primera presenta un análisis ético-político del sentido de los dos planes y sus relaciones con el enfoque asumido por el OECVS. La segunda parte presenta de manera sintética los principales hallazgos de las investigaciones realizadas, en términos de lo que significan como retos para la administración distrital. La tercera parte ofrece una serie de propuestas de acción articuladas al PDD y al PTS, tanto desde la administración pública como desde diferentes actores de la sociedad, en los ámbitos local, distrital y nacional del país para afectar la complejidad de los determinantes sociales de la desigualdad en salud y calidad de vida en la ciudad.

La orientación ético-política general del PDD Bogotá humana y del PTS 2012-2016 y sus relaciones con el enfoque de equidad del observatorio

Un plan de desarrollo para el Distrito Capital es, en sí mismo, una política pública de alcance territorial que ordena la acción de todos los sectores e instituciones de la administración distrital y expresa los compromisos con la ciudadanía a través de ejes, programas, proyectos, metas y, sobretodo, de los recursos públicos que serán asignados. Como cualquier política pública de buena factura, el Plan Bogotá Humana[41] comienza expresando su compromiso con un fin o un propósito general, compuesto por dos partes: la primera, "elevar las condiciones de bienestar de la ciudadanía"; la segunda, "sentar las bases de un cambio de enfoque de la acción pública". Se habla de "bienestar de la ciudadanía" y no de "crecimiento económico" ni de "competitividad internacional" ni de "liderazgo nacional". La primera expresión, aparentemente obvia, implica asumir una perspectiva de política pública que

[41] Se tomó la versión pública digital: Concejo de Bogotá, DC. Acuerdo N° 489 de 2012 (junio 12 de 2012) "por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá DC. 2012-2016. Bogotá Humana

más adelante se hace explícita, esto es, el enfoque de "desarrollo humano". Dado el tamaño del reto, la segunda parte del compromiso se hace necesaria para un período de gobierno: "sentar las bases de un cambio de enfoque".

Desde el Artículo 1, el Plan presenta los tres grandes objetivos estratégicos que ordenarán la acción pública, de la siguiente manera: "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". Obsérvese que los dos conceptos, "segregación" e "inequidad", se convierten en el centro de la acción para mejorar el bienestar de la ciudadanía.

La "segregación" no es sólo espacial. Se asume en términos amplios, como "condiciones sociales, económicas y culturales que están en la base de la segregación económica, social, espacial y cultural de la ciudadanía" (Art.4). Y la inequidad se considera como las desigualdades injustas y acumuladas, con múltiples expresiones.

Tanto la segregación como la inequidad se relacionan, desde el enfoque del PDD y del PTS[42], con las "capacidades de las personas", bien por la falta de reconocimiento o por la escasez de oportunidades para su desarrollo, con la persistencia de "situaciones de exclusión" y la exposición indebida a "riesgos ambientales", y con una "gestión pública" que, si bien puede haber tenido buenas intenciones, ha sido débil para modificar estas condiciones acumuladas.

Toda política pública se fundamenta en alguna manera de entender la relación Estado-mercado-ciudadano que sustenta los valores predominantes. En tal sentido, se trata de un enfoque ético-político, aunque sea implícito. De allí que el Alcalde Mayor, Gustavo Petro, haya presentado a la opinión pública la orientación general del Plan con tres mensajes en clave de valores de un código moral: no segregar, no depredar y no robar.

El enfoque explícito en el Artículo 2 del Acuerdo 489 y en el marco político del PTS es el de "desarrollo humano". Este enfoque fue impulsado desde comienzos de los

[42] Se tomó la versión pública digital: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital, 2012-2016. Bogotá DC, mayo de 2012

años noventa por economistas que pretendían distanciarse de la corriente principal que lideraba las políticas públicas desde dos décadas atrás. Según esta última, el cálculo utilitarista de costo-beneficio debía permitir orientar la acción pública hacia la generación de condiciones para el crecimiento económico y la promoción de la iniciativa privada. Desde el punto de vista filosófico, la corriente se denominó "neoliberal"; desde el punto de vista económico, se calificó como "neoclásica" (Hernández, 2003). La fórmula general para el crecimiento y el bienestar era simple: menos Estado y más mercado, en medio de la dinámica del libre intercambio global, produciría más crecimiento económico; como efecto del rebosamiento de la copa, la riqueza fluiría de los ricos a los sectores medios y a los pobres. Como complemento y de manera temporal, sería necesario concentrar los recursos públicos en una focalización estricta hacia los pobres o "vulnerables" a través del subsidio a la demanda. En términos de orientación política, la mejor expresión de esta corriente principal se tradujo en el denominado "Consenso de Washington", promovido por los organismos financieros internacionales (Williamson, 1990). Y en términos de la política de salud, como referentes se difundieron los informes generados por el Banco Mundial en 1987, sobre la reforma del financiamiento de los sistemas de servicios de salud, y en 1993, sobre la reorganización de la inversión en salud (BM, 1987; 1993).

El enfoque de desarrollo humano se separa de esta visión utilitarista a partir de los debates éticos y teóricos de los años setenta y ochenta, en especial provenientes del filósofo John Rawls y del economista Amartya Sen[43]. El primero parte de considerar que la condición humana fundamental, expresada por Kant desde el siglo XVIII, es la de "sujeto moral", esto es, un sujeto racional que responde por sus actos y, por lo tanto, es autónomo. Tal sujeto es capaz de entender e imaginar una sociedad justa y podría poner sus intereses en suspenso, para aplicar un "velo de ignorancia" respecto de la situación de los miembros de la sociedad afectados por alguna decisión. En consecuencia, lo justo para cualquier distribución sería ofrecer un conjunto de "libertades básicas" universales para el mejor ejercicio de la autonomía de los sujetos, junto con una distribución desigual que permitiera dar más a quién se encuentre en peor condición (Rawls, 1988).

Sen discute con Rawls sobre el tema de las libertades, en el sentido de su parecido a un conjunto de bienes y servicios que conduciría nuevamente a un cálculo uti-

[43] Para una ampliación del debate sobre justicia distributiva y sus implicaciones para las políticas públicas véase Hernández, 2008.

litarista inconveniente. Por eso, prefiere hablar de "capacidades humanas", como fundamento para el ejercicio de la autonomía o la libertad de las personas. Y para desarrollar las capacidades se requiere una serie de condiciones y medios que deben estar dispuestos de la manera más universal posible. Resaltan entre ellos la educación, como medio para ejercer autonomía en una sociedad globalizada, y la salud, en un sentido amplio y desde antes de nacer, para orientar el desarrollo hacia las personas y sus preferencias antes que hacia el crecimiento económico (Sen, 1988; 2000).

En 1990 Sen participó en el grupo de economistas y especialistas en desarrollo económico coordinador por el pakistaní Mahbub ul-Haq, en la elaboración del primer Informe de Desarrollo Humano financiado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El informe presentó el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para superar el tradicional indicador del ingreso nacional o el producto interno bruto, por medio de dos componentes más que serían trazadores de las condiciones fundamentales para el desarrollo de las capacidades: la alfabetización, como trazador del acceso a la educación, y la esperanza de vida al nacer, como expresión de largo plazo de la salud y la calidad de vida de las poblaciones. 20 años después, el PNUD reconoce las limitaciones del indicador y presenta la evolución del pensamiento y del método para dar cuenta de un indicador sintético que mida el desarrollo en términos de la mayor riqueza de las naciones: el bienestar de su gente. (PNUD, 2012)

Tanto el PDD, en su Artículo 2, como el PTS, en su marco político, asumen con toda claridad un enfoque de desarrollo humano. El PTS, en especial, acude al Informe de Desarrollo Humano para Bogotá del año 2008, en el cual se afirmaba que "…El desarrollo humano va mejorando, si cada vez más, los individuos pueden escoger la forma de vida preferida…". En consecuencia, se espera del gobierno que "propicie adecuadas condiciones de calidad de vida y promueva el desarrollo de la autonomía de los individuos y colectividades". Con base en esta visión, los tres ejes estratégicos que ordenan los dos planes se entienden mejor: 1. Ciudad que reduce la segregación y la discriminación. El ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo; 2. Un territorio que enfrenta el cambio climático (alrededor del agua); y 3. Bogotá en defensa y fortalecimiento de lo público.

Cuatro enfoques más sustentan los planes: el de derechos humanos, el de equidad, el de sustentabilidad ambiental y el de participación efectiva. El primero se expresa en todos los componentes, como el mejor recurso ordenador de la acción del Estado respecto de la ciudadanía. Un reconocimiento claro de los derechos humanos en to-

das sus dimensiones e interdependencias, permite generar procesos de articulación entre los sectores, los territorios y las poblaciones para avanzar en un desarrollo humano que prioriza el bienestar de las personas y su ejercicio de autonomía. El de equidad se expresa de manera general en PDD, y con más detalle en el PTS, para reconocer la existencia de desigualdades injustas que deben ser superadas para lograr desarrollo humano. El de sustentabilidad ambiental ordena el Eje 2 del PDD, con base en la comprensión del impacto del cambio climático sobre la estructura ecológica principal de la ciudad y la región. Y en el Eje 3 se propone que la gestión pública se ajuste a las demandas y necesidades de la población, a través de procesos participativos para la toma de decisiones. De esta forma, se espera lograr mayor transparencia y eficacia en la gestión pública y un rescate de lo público en todos los ámbitos de la relación Estado-sociedad.

El PTS asume, como complemento del enfoque poblacional y diferencial para las políticas públicas, una perspectiva de "interseccionalidad", esto es:

> Una forma de organizar las respuestas es a partir de la comprensión de las interseccionalidades, 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. En este contexto la intersección de características significa que se debe tener en cuenta que estas, no son iguales entre sí, no que tienen orígenes iguales y, por consiguiente, las desigualdades a las que dan cabida, tampoco son iguales entre sí. (Alcaldía Mayor-SDS, 2012: 29-30).

Los objetivos del Eje 1 en el PDD integran "igualdad" con "equidad", no discriminación, oportunidades, capacidades e intervención simultánea del Estado en los territorios, desde un enfoque de derechos. En varios programas del Eje 1 se enuncia claramente la intención de "disminuir las brechas de inequidad", en sus múltiples expresiones. Y se hace énfasis en el reconocimiento de las diferencias existentes según género, opción sexual, etnia, cultura y generación, para adecuar la respuesta institucional a la especificidad de las identidades, necesidades y aspiraciones de los grupos humanos. Esta perspectiva se basa en el "enfoque diferencial" para todas las políticas.

El PTS hace explícita la relación entre enfoque de derechos y equidad, cuando afirma que "…Su propósito [el 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). Esto implica rescatar el papel del Estado en la superación de esta situación, pues no se puede esperar que sólo por la vía del esfuerzo personal puedan superarse condiciones estructurales del reparto del poder, la riqueza o el prestigio entre los grupos humanos. El PTS es explícito en una definición de la equidad, como uno de los principios orientadores del Plan:

[la equidad] busca la justicia y la igualdad para los ciudadanos, ante las entidades que conforman el Sistema de Salud, y otros sectores sociales, para la solución a sus necesidades específicas, respetando la diversidad de personas que habitan y visitan el Distrito Capital, siendo el vehículo para eliminar las diferencias injustas y evitables (Alcaldía Mayor-SDS, 2012: 16).

La segregación espacial es una expresión de los modos de vida en la ciudad, generados por largos procesos de organización urbana. Éstos, a su vez, representan conflictos por la apropiación y uso de los recursos de la ciudad, comenzando por la propiedad de la tierra, pero también han sido el resultado de decisiones públicas adoptadas por gobiernos anteriores. Transformar estos acumulados no es tarea fácil y exige cambios profundos en la manera de actuar en las instituciones y de relacionarse con la ciudadanía, en especial, en el ámbito territorial. De una manera sintética, podría presentarse la articulación entre los diferentes enfoques complementarios en el siguiente párrafo del PTS:

> Las diferencias entre individuos de una misma sociedad son, ante todo, un tema de asimetría en las relaciones de poder y entre las formas de producción y reproducción social y económica, que varían en el tiempo y en cada sociedad. Esta situación tiene implicaciones en la política pública, por lo que el Plan Territorial de Salud, en concordancia con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana, se propone 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; buscando que los ciudadanos accedan a las oportunidades y desarrollen sus capacidades para mejorar sus condiciones de vida, independientemente de su identidad de género, etnia, orientación sexual, preferencias políticas, religiosas, culturales, estéticas, o de otra índole (Alcaldía Mayor-SDS, 2012: 17).

El Observatorio ha venido desarrollando un enfoque de equidad muy próximo en sus fundamentos conceptuales y éticos a lo planteado en los dos planes de la actual administración.

El concepto de equidad utilizado por el Observatorio se apoya en los desarrollos de la corriente de los "determinantes sociales de la desigualdad en salud", promovida por la epidemiología social anglosajona desde finales de los años setenta del siglo XX[44]. Se considera que la 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 encuentra (Braveman y Gruskin, 2003; Evans et al, 2002). Pero también 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. Las desigualdades se expresan en los resultados en salud, pero dependen de determinantes intermedios y estructurales que definen las trayectorias vitales desiguales de los grupos humanos, y tienden a reproducirse (Fresneda, 2007; Martínez, 2007; Restrepo et al, 2007).

El enfoque de determinantes sociales de las desigualdades en salud tiene una relación directa con la perspectiva ética señalada por Amartya Sen (2004), en la medida en que se asume que son las condiciones de vida las que definen las posibilidades de desarrollo de las capacidades humanas y del ejercicio de la autonomía de las personas y las comunidades, como el mismo Michael Marmot, líder de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, lo reconoció desde hace varios años (Marmot, 2004; CDSS-OMS, 2008). En el mismo sentido, el grupo del profesor Marmot viene planteando las relaciones entre el enfoque de determinantes sociales de la salud y el de derechos humanos, dadas las potencialidades de éste último para la transformación de los procesos que producen y reproducen las inequidades en el mundo contemporáneo. Una perspectiva universalista de los derechos permite superar las desigualdades de manera más efectiva que la excesiva focalización en pequeños grupos o condiciones. El universalismo con enfoque diferencial o discriminación positiva es una orientación general para las políticas públicas pro equidad (Venkatapuram, Bell, Marmot, 2010).

[44] Para una ampliación de las corrientes de pensamiento en el debate internacional en salud véanse Hernández, 2011; 2012a.

Como se vio en los estudios realizados por el Observatorio en la cuarta fase de desarrollo, también el enfoque de calidad de vida se apoya en la perspectiva de Sen, tanto como el enfoque de desarrollo humano. De allí que se encuentre una serie de convergencias entre el trabajo acumulado por el Observatorio para la medición y análisis de las inequidades en calidad de vida y salud de la ciudad y los fundamentos ético-políticos y conceptuales de los planes de desarrollo y territorial de salud de la actual administración. Esta es una potencialidad que debe ser aprovechada al máximo en la actual coyuntura y con proyección de largo plazo.

Implicaciones de los hallazgos del observatorio en su cuarta fase

Durante la cuarta fase que termina, se realizaron cuatro estudios por parte del equipo del Observatorio: el seguimiento de las inequidades en la calidad de vida, riesgo, protección y deterioro en salud por posición social, con base en encuestas poblacionales entre 2003 y 2011; el seguimiento de las inequidades en la mortalidad materna e infantil evitables entre 2005 y 2010; el análisis de la política de gratuidad en el acceso a servicios de salud para poblaciones vulnerables; y el análisis de la inequidad en la disponibilidad o la accesibilidad geográfica de la oferta de servicios en la ciudad.

Los hallazgos de estos estudios fueron presentados en profundidad en los capítulos anteriores de este libro. En esta sección se trata de identificar los aspectos más relevantes que constituyen ideas fuerza a partir de las cuales es posible dialogar con la estructura de los planes de desarrollo y territorial de salud, para sugerir algunas líneas de acción con el fin de contribuir a la disminución de brechas y la superación de la segregación y la inequidad.

La primera idea fuerza que resulta del análisis de la tendencia de la composición de la sociedad bogotana por clase social es la constatación de la segmentación espacial de la ciudad según la estructura de clases. Los "estratos socioeconómicos" que tuvieron su utilidad para la definición de tarifas de servicios públicos con subsidios para las familias pobres a partir del pago mayor de las familias ricas, se han convertido en un medio de valorización de la tierra urbana que contribuye a la segmentación

y hace que haya zonas de las localidades y de la ciudad para las clases propietarias, directivos y profesionales totalmente separadas de las de las demás clases sociales. En las localidades del sur predominan los trabajadores por cuenta propia de pequeñas unidades, mientras en las del occidente predominan los empleados y obreros, y en algunas localidades del norte se concentran los directivos y profesionales.

Adicionalmente, la tendencia de la estructura de clases de la ciudad muestra con toda claridad el impacto de la política de flexibilización laboral iniciada al comenzar la década del noventa, en el marco de una decidida apertura de la economía nacional y del cambio profundo en el régimen de acumulación hacia el predominio del sector financiero y de servicios. El crecimiento de una gran cantidad de trabajadores por cuenta propia, en unidades de menos de cinco trabajadores, a expensas de la disminución de los trabajadores industriales, expresa un proceso de precarización del trabajo y de una pérdida de la relación salarial, históricamente de baja cobertura en la población trabajadora colombiana. Esta situación sin duda se manifiesta en las dificultades para sostener financieramente un sistema de seguridad social en salud como el actual y explica en parte la baja cobertura de la afiliación a riesgos laborales y al sistema pensional.

La desigualdad en todos los componentes de la calidad de vida es profunda entre las clases sociales y ratifica la tendencia hacia la concentración del bienestar y la riqueza según esta estructura de difícil transformación. De allí que los autores afirmen: "Las desigualdades por otras categorías de clasificación como el estrato socioeconómico y las localidades, que diferencian el espacio urbano, son en nuestro enfoque manifestaciones de las diferencias atadas a las posiciones de clases sociales".

El componente del índice de calidad de vida que más desigualdades presenta es el subíndice de capacidad de pago de las familias. La razón de tasa entre directivos y empleados domésticos es de 2,52 (0,017 vs 0,043) y el gradiente entre las clases sociales es el más intenso. Esta es una expresión de la concentración de ingreso cuyo impacto se expresa con mayor claridad en las desigualdades en el índice de alimentación y salud. Es muy clara la relación entre ingresos y la posibilidad de comprar alimentos. La mitad de las familias en estrato 1 dejaron de comer por falta de dinero.

La tendencia del Índice de Calidad de Vida Urbana (ICVU) y del Índice de Calidad de Vida Urbana Simplificado (ICVUS) muestra que entre 2003 y 2007 se presentó

un mejoramiento importante en todas las clases y en todos los estratos; pero esta tendencia pierde ritmo entre 2007 y 2011. En todo caso, el mejoramiento es mejor para los estratos bajos (1 y 2) que para los estratos 5 y 6, con lo que puede encontrarse una disminución de la brecha. Pero el estrato 3 tiende a la baja, con lo que se expresa un serio problema con los sectores medios que no cuentan con apoyos estatales, pero tampoco tienen ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades en los regímenes contributivos (obligatorio o voluntario). Esto pone en duda la estructura de la política social en el ámbito nacional organizada por la focalización del subsidio a la demanda para los pobres, para dejar a los no pobres su satisfacción según la capacidad de pago.

Los subíndices de salud y educación mejoran más en todos los estratos, en especial en los más bajos. Esto habla del impacto de la decisión adoptada en administraciones anteriores de sostener y mejorar la inversión en infraestructura pública y en ampliación de coberturas en estos dos sectores en la ciudad, en especial, en las localidades en peor condición.

Cuando se utiliza el ordenador de localidades, el comportamiento de los subíndices de salud, educación muestran un comportamiento desigual que ratifica la profunda segmentación espacial de la ciudad, a pesar del esfuerzo gubernamental. Incluso, en la vivienda ha habido un desmejoramiento con posterioridad a 2007 que ha conducido a hacer mayores las diferencias entre las clases sociales. En la dimensión de calidad ambiental se ha presentado un desmejoramiento que ha llevado a se produzca una igualación en las condiciones de las diferentes clases dentro de un deterioro generalizado.

En cuanto a la desigualdad según condiciones o situaciones de desventaja, es claro que la discapacidad es muy similar por estratos, pero el gradiente se hace evidente por posición socio-ocupacional, aspecto que debe tenerse en cuenta en la política de riesgos laborales que se adopte. Las enfermedades crónicas se concentran más en los dos extremos de la estratificación social, al punto que sorprende la frecuencia similar entre trabajadores por cuenta propia y directivos. Entre las localidades, se observa también una relación entre estructura demográfica y frecuencia de enfermedad crónica, por ejemplo, en la localidad de Teusaquillo (42,8%), donde predominan las personas mayores, frente a Ciudad Bolívar (24%), donde predominan los menores y jóvenes.

El acceso a servicios y la decisión de acudir a la automedicación, remedios caseros o farmaceuta es mayor en los estratos 1 y 2, así como en los empleados domésticos, los obreros industriales y los trabajadores por cuenta propia. Si bien la afiliación a la seguridad social en salud aumentó en todas las clases y estratos, la persistencia en la desigualdad entre los de mejor y peor situación sigue siendo muy alta. Entre tanto, la percepción del estado de salud mejora en todas las clases sociales, en especial en las de peor situación, lo que muestra una disminución de la brecha entre 2003 y 2011. Pero no es posible atribuir esta mejora a un mayor acceso a servicios de salud.

El ejercicio de seguimiento de los índices de riesgo y protección por posición social muestra que han mejorado en todos los estratos, las posiciones socio-ocupacionales y las localidades. Disminuyó la brecha en el período, aunque persiste el gradiente en los dos sentidos: están menos protegidos los sectores sociales en mayor riesgo. Estos aspectos se ratifican con el uso de variables simples para la evaluación de la equidad en salud utilizadas en este estudio.

Respecto de la disponibilidad de servicios de salud o la llamada accesibilidad geográfica, es claro que en todos los servicios (ambulatorios, de apoyo, hospitalarios por niveles y por especialidades básicas) la ciudad concentró la oferta en la zona norte, generando un enorme déficit en las localidades más pobladas. En especial, la falta de oferta de primer nivel con alta capacidad resolutiva y de hospitales de segundo nivel para atender a la población en las cuatro especialidades básicas o por ciclo vital, según su perfil epidemiológico y demográfico, se concentra en el sur y el occidente de la ciudad. En particular la relación entre población materno-infantil y la oferta de servicios de obstetricia y pediatría. La situación se hace más evidente cuando se comprueba la desigualdad de la oferta de servicios según el porcentaje de población Sisben 1 y 2 de las localidades. Esto pone en evidencia que la libertad que le fue otorgada a los agentes privados para localizar la oferta de los servicios de salud ha profundizado las desigualdades en el acceso entre clases y estratos sociales.

El seguimiento de las inequidades en la mortalidad materna e infantil evitables entre 2005 y 2010 muestra que, si bien Bogotá ha continuado la tendencia hacia el descenso de estos indicadores en promedio, las brechas persisten y muestran que aspectos como la educación de la madre y la afiliación a la seguridad social siguen siendo determinantes clave de las desigualdades encontradas. Los problemas derivados de una atención de calidad diferencial entre pobres y no pobres, aunque siempre han sido iguales los planes de beneficios entre regímenes, son inaceptables y merecen transformaciones de fondo en el sistema de servicios de salud.

El análisis de la política de gratuidad en el acceso a servicios de salud para poblaciones vulnerables muestra, a pesar de la falta de información, que, mientras las personas mayores se vieron favorecidas por la medida, los menores de cinco años no vieron incrementada la utilización de servicios. Estas diferencias se deben a la relación de los diferentes grupos sociales con el sistema y a los problemas de la articulación entre aseguradores y prestadores. De un lado, los mayores tienen una menor afiliación a los regímenes de aseguramiento, de manera que acuden a la red pública en calidad de vinculados. Una medida de eliminación de cuotas moderadores y copagos facilita su acceso a controles por enfermedad crónica. Entre tanto, los niños y niñas menores de cinco años han sido cada vez más afiliados a la seguridad social en los dos regímenes, pero los aseguradores cada vez más cuentan con este tipo de servicios o contratan poco con la red pública. De hecho, se han cerrado camas pediátricas por supuesta inviabilidad financiera. Esta situación merece, sin duda, acciones fuertes de política pública, para superar la lógica de rentabilidad que predomina en este tipo de servicios.

Propuestas para afectar inequidades desde Bogotá humana y el plan territorial de salud

Los tres ejes establecidos para el PDD y el PTS, esto es, la superación de la segregación en todos los sentidos, la sustentabilidad ambiental y la participación social para el rescate de lo público, resultan muy pertinentes para afrontar las inequidades en calidad de vida y salud que ha venido señalando el Observatorio. La aproximación entre los enfoques de equidad y de desarrollo humano permite, en la estructura actual de la política pública en la ciudad, avanzar significativamente en este esfuerzo de superación de las inequidades.

Para ello, conviene identificar tres ámbitos de acción que merecen especificidad en la orientación y la articulación de estrategias, programas y proyectos enunciados en los planes. Estos son: el ámbito local, el distrital y el nacional. Los tres se ven afectados por las relaciones con el ámbito internacional, de manera que este último puede ser de carácter transversal. Transformar relaciones de poder instaladas en todos los terrenos (económico, político y cultural), que tienden a reproducir las inequidades y la segregación, requiere mucha persistencia y coordinación entre muy diferentes

agentes. A continuación se sugieren algunas rutas para la acción colectiva y la gestión pública en los tres ámbitos.

En el ámbito local

El ámbito local en Bogotá es muy complejo y diverso. No se trata de realidades homogéneas, con grandes ordenadores. Por el contrario, dentro de las localidades se encuentran profundas inequidades y diferencias por reconocer. Por esta razón, el ámbito local merece profundizar el análisis, tanto desde la ciudadanía como desde la institucionalidad distrital, sobre estas situaciones. Se trata de afinar la escala de comprensión del territorio, entendido como múltiples territorios sociales que construyen espacialidad a partir de las relaciones conflictivas entre sus habitantes y en diferentes ámbitos y dimensiones. Las escalas global y nacional se expresan en cada microterritorio de manera particular, de manera que no se trata de aislar lo micro de lo macro, sino de comprender sus relaciones específicas.

Sin duda, existe una gran cantidad de información en todos los sectores de la administración distrital sobre las condiciones sociales, económicas o demográficas de las localidades. Pero valdría la pena verificar en cuáles sectores se ha venido incorporando un enfoque de equidad y de desarrollo humano que permita partir de una mejor identificación de las desigualdades.

Desafortunadamente, la lógica sectorial, definida por la estructura de los sistemas nacionales de las distintas áreas sociales de la acción estatal, tiende a producir un efecto de dispersión más que de integración. En salud y educación esto es bastante visible, pero es más intenso aún en aspectos como la seguridad alimentaria, el trabajo y la calidad ambiental. La formulación, implementación, seguimiento y evaluación de los planes locales de desarrollo puede servir de elemento de cohesión en el escenario local, pero debe reconocerse que también existe una separación profunda entre los recursos y las decisiones adoptadas por los sectores de la administración y los que son objeto de la decisión local.

A pesar de lo anterior, es el ámbito local el mejor escenario para propiciar la articulación entre las comunidades y los sectores de la administración distrital, para acercar realmente la acción estatal a las necesidades y aspiraciones de las diversas comunidades y grupos sociales, y superar las desigualdades injustas y evitables. En este sentido, 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, puede propiciar un cambio en el enfoque que tienda hacia la integralidad de la acción. Más que la disputa por recursos por parte de cada grupo social, se trataría de hacer conciencia de las potencialidades de reconocer la interdependencia y la injusticia de ciertas ventajas y desventajas derivadas de la posición social de las personas y grupos.

Tanto el PDD como el PTS resaltan la importancia del ámbito territorial y en diferentes escalas. El paso siguiente puede ser un ejercicio detallado de identificación de lo que cada uno de los sectores maneja y ofrece a las comunidades, con preguntas simples alrededor del qué, el dónde, a quién y cómo, con el fin de contrastar con más precisión la oferta institucional con las inequidades y la diversidad de demandas en cada zona o microterritorio. Este tipo de ejercicio requiere escenarios y procesos muy precisos, continuos y legítimos para darle la oportunidad de éxito a la acción colectiva y a la coordinación transectorial. Al mismo tiempo, en los territorios es posible identificar y propiciar las "interseccionalidades" que complementan el enfoque poblacional y diferencial adoptado en el PTS.

Probablemente el escenario más adecuado para esta integración de sectores y comunidades en el ámbito local sea el Consejo de Planeación Local (CPL), siempre y cuando desarrolle una metodología de interlocución legítima entre los sectores y los representantes de la diversidad de las comunidades.

Desde el punto de vista sectorial, la perspectiva microterritorial que aporta el nuevo modelo de atención, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y las redes integradas de servicios de salud (RISS), servirá de bisagra entre los sectores, las comunidades y el sistema de servicios de salud en conjunto, tanto de las acciones individuales como de las colectivas. Este potencial requiere un enorme esfuerzo de consolidación que implica estabilidad de los equipos de salud, tanto en el sentido laboral como institucional, así como la formación sostenida del personal. La lógica del actual sistema de aseguramiento tiende hacia la fragmentación y la reproducción de la segregación. Por esto, el reto es de enormes magnitudes y complejidades, y requiere algún grado de éxito de la acción colectiva para ganar en sostenibilidad y capacidad de transformación.

En tal sentido, alianzas estratégicas con el sector académico para acompañar y desarrollar experiencias de trabajo integrado en microterritorios puede convertirse en punta de lanza, al tiempo que genere las bases de nuevas estrategias de formación y de generación de ciencia, tecnología e innovación (CTI) en todos los niveles de la red, en una perspectiva de red universitaria de servicios de salud. Los "centros de excelencia" deberían estar articulados a las redes universitarias, de tal manera que no se conviertan en unidades aisladas que se centran en la prestación de servicios de alta tecnología, sin tener en cuenta el proceso completo y continuo de la atención.

Una relación más próxima entre universidades y territorios sociales permitiría orientar la generación de CTI hacia la superación de inequidades y la segregación en todos los sentidos. Por otra parte, esta proximidad permitiría reconocer saberes diversos que podrían incorporarse a procesos de investigación e innovación, y propiciaría rutas de construcción autónoma de conocimiento en salud, para superar las grandes inequidades de la sociedad de conocimiento, como el Gap 10-90[45] y la dependencia tecnológica.

En el ámbito distrital

En el ámbito distrital es posible identificar dos grandes escenarios para el desarrollo de la política pública establecida en el PDD y en el PTS en función de la equidad. El primero, señalado por el PTS, es el ejercicio de rectoría territorial del SGSSS por parte de la SDS, tanto desde la condición de autoridad sanitaria, como desde el liderazgo y la coordinación de todos los actores del sistema a través del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. El segundo es el Consejo Distrital de Gobierno, donde sería posible establecer los acuerdos necesarios entre las cabezas de cada sector. En todo caso, sería necesario establecer con mayor claridad las instancias y mecanismos de conexión entre el ámbito distrital y el local.

Desde el punto de vista de la rectoría del sistema de salud, la constatación de las inequidades en la oferta de servicios, instaurada por una lógica de rentabilidad y

[45] Este concepto fue planteado por el Global Forum for Health Research a finales de los años 90 y consiste en el reconocimiento de una enorme brecha en la producción de conocimiento y tecnologías en salud según la cual cerca del 90% de los recursos se dedican al 10% de las enfermedades, según la capacidad de pago de quienes las padecen. Este concepto ha permitido discutir con mayor claridad el problema de las brechas de inversión en diferentes escenarios internacionales. Disponible en: http://www.globalforumhealth.org/about/1090-gap/ (consultado: 15-08-12).

conveniencia para los prestadores y aseguradores, sin relación alguna con las necesidades y las inequidades acumuladas en la ciudad, obliga a priorizar el tema de la oferta de servicios. Un análisis detallado de la oferta pública y privada en cada uno de los microterritorios, Unidades de Planeación Zonal (UPZ) y localidades, con base en la información disponible, pero más detallada desde el ámbito local, para llevar esta situación a procesos de concertación con los administradores de planes de beneficios, es el primer paso. De allí se deprenderá una serie de estrategias entre las que caben las siguientes: construcción de infraestructura pública que el mercado no ofrecerá; estimular la oferta privada en las áreas desprotegidas; 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. Es inaceptable que las APB del Régimen Contributivo no contraten los servicios con la red pública del Distrito, cuando cerca de la mitad de los pobres están afiliados a este régimen y la infraestructura pública se encuentra muy cerca de sus viviendas y ligares de trabajo. Todo esto, con el fin de construir las redes integradas de servicios, con base en el principio de complementariedad, lo más cerca posible de las necesidades y aspiraciones de los grupos sociales.

En el mismo sentido, un compromiso serio entre todos los actores del sistemas para superar brechas intolerables en temas como la mortalidad materna e infantil, con base en las evidencias construidas en el Observatorio, debería generar revisiones detalladas de los problemas cotidianos de la atención materno-infantil, como la primera prioridad para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios en toda la red de servicios de la ciudad. La segunda prioridad, sin duda alguna, sería el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, asunto en el que la APS puede mostrar resultados en plazos relativamente cortos, siempre y cuando se amplíe la contratación entre las APB de los dos regímenes y la red pública adscrita.
En la perspectiva distrital ocupa un lugar especial el eje ambiental. Si bien existen especificidades locales que deberán ser tenidas en cuenta en éste ámbito, la idea de estructura ecológica principal, el concepto del ciclo del agua como ordenador del territorio y la interconexión entre cambio climático y prevención, atención y mitigación de emergencias y desastres implica un esquema de planeación urbana y regional novedosa, de largo plazo y con mucha participación y legitimidad social. Incluso, la perspectiva ambiental permite hacer conciencia de interdependencias que desde el ámbito local pocas veces se perciben. También en la perspectiva ambiental y su relación con el cambio climático es posible orientar la generación de CTI en la

ciudad-región que bien podría convertirse en una línea fuerte de actividad científico-tecnológica con autonomía y alta creatividad.

En el ámbito nacional

En el ámbito nacional se requiere imaginar formas y mecanismos muy precisos de articulación entre las instancias del Estado, pero también entre sectores sociales y productivos del orden nacional que realizan su actividad en Bogotá-región central, con fuertes articulaciones internacionales.

De una parte, la relación con la Nación es necesaria en asuntos tan importantes como el ejercicio de la rectoría territorial del sistema. Esta exigencia es reconocida en el PTS, en especial en lo que atañe a las obligaciones de todos los actores con los resultados en salud y la calidad de los servicios. Esto implica una gestión decidida con la Superintendencia Nacional de Salud y con el Ministerio de Salud y Protección Social para obtener, lo más pronto posible, una acreditación como ente de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) con capacidad sancionatoria en el territorio para todas las empresas administradoras de planes de beneficios y prestadores públicos y privados.

Al mismo tiempo, una gestión directa con el Ministerio de Salud y Protección Social, que ya se ha venido realizando, debe permitir el mejor uso posible de los recursos disponibles en las cuentas maestras de los entes territoriales, para generar un proceso de ajuste de cuentas que permita superar el déficit financiero acumulado en todo el sistema y que tiene en vilo la sobrevivencia de la red hospitalaria pública distrital. Sin recursos es imposible exigir calidad en los servicios y avanzar en el proceso de formalización del trabajo en salud para cumplir con el compromiso de "trabajo decente y digno" planteado en el PDD y en el PTS.

Un aspecto privilegiado para la interacción consciente y decidida entre la Nación, el Departamento de Cundinamarca y el Distrito Capital es el proceso de reapertura del complejo Hospital San Juan de Dios, como uno de los centros de excelencia, tanto en APS como en servicios especializados en el área materno-perinatal y las enfermedades crónicas y neurológicas. Una alianza estratégica sostenida con la Universidad Nacional debe propiciar la construcción de propuestas viables para el desarrollo del nuevo modelo de atención comprometido en el PTS. Una frustración en este asunto puede dar al traste con las buenas intenciones de la administración distrital actual.

La constatación de la crisis profunda y estructural del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el debate actual constituye una ventana de oportunidad para impulsar el rescate de lo público en el Distrito Capital en materia de salud (Hernández, 2012b). Qué duda cabe sobre las prácticas de los agentes del actual sistema de salud mediante las cuales han venido creciendo sus arcas con la apropiación indebida de los recursos públicos disponibles para la atención en salud (Fernández, 2012). Una intermediación que extrae valor del sistema, en lugar de agregar valor, no merece continuar. Un sistema que no contribuye a superar las desigualdades injustas y evitables, requiere cambios profundos de estructura y de la relación fundamental entre el Estado, el ciudadano y el mercado de servicios de salud.

La decidida participación de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en el debate público sobre la posibilidad de construir un nuevo sistema de salud, ordenado por la garantía del derecho fundamental, más que por las relaciones económicas entre actores y la rentabilidad de los negocios, puede constituirse en un referente nacional muy importante y pertinente. De hecho, se han presentado varios proyectos de ley estatutaria a consideración del Congreso de la República[46], en dos de los cuales hubo participación de la SDS. Dos de ellos pretender limitar en contenido del derecho a un plan de beneficios costo-efectivo sin alterar la estructura del actual sistema. Otros dos apuntan a un derecho integral a la salud, más allá de la atención de enfermedades y con un cambio estructural del sistema que retira la intermediación financiera y lucrativa de las actuales EPS. Pero la decisión entre estas dos opciones no debe quedarse únicamente en el escenario del congreso. Por el contrario, es necesario que la sociedad colombiana haga conciencia de la profundidad del debate y de las consecuencias para la salud y para la superación de las inequidades acumuladas en este campo. De allí la necesidad de ampliar el debate, con la decidida participación de la SDS y del gobierno distrital.

La experiencia acumulada por las direcciones misionales de la SDS sin duda permite hacer conciencia colectiva de la importancia del papel del Estado en las condiciones de vida y de salud, y de la necesidad de regular, desde la prioridad de lo público, los apetitos de rentabilidad de los agentes privados en el complejo global económico

[46] A octubre de 2012, se encuentran por lo menos cuatro proyectos de ley estatutaria que pretenden reglamentar el derecho fundamental a la salud en el Congreso de la República. Estos son el 048 de 2012 Senado, el 105 de 2012 Senado, el 112 de 2012 Senado y el 059 de 2012 Cámara.

de la salud, que incluye el aseguramiento, los servicios de salud, los equipos, los medicamentos y las tecnologías en salud (Waitzkin, 2011).

A manera de conclusión

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. Las decisiones finales y, sobre todo, las realizaciones en materia de políticas públicas no dependen solamente de la burocracia o de ciudadanos bien informados. Dependen más de la correlación de fuerzas en realidades sociales y políticas concretas.

La articulación entre los enfoques de equidad, calidad de vida, desarrollo humano y derechos humanos interdependientes tiene potencia transformadora en sí. Pero requiere el desarrollo creativo de nuevas relaciones Estado-sociedad que se enfrentan a profundas resistencias y fuerzas de conservación.

Un estado de profunda inequidad y exclusión no resulta de la voluntad de las personas, sino de la organización profunda de las relaciones de poder en diferentes ámbitos de la vida de los grupos humanos. Pero una mayor conciencia por parte de todos los afectados y una decisión sostenida por parte de la institucionalidad del Estado, en especial, de un gobierno distrital, puede generar cambios de rumbo importantes en un período de gobierno.

Bibliografía

Bibliografía

Acosta, N. (1999). Entorno, aseguramiento y acceso en el Régimen subsidiado en Colombia. Bogotá: CENDEX, Fundación Corona, Fundación Ford.

Alcaldía Mayor de Bogotá (2006). Decreto 318 de 2006. Por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá Distrito Capital (agosto 15).

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2012). Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital, 2012-2016. Bogotá, mayo (versión digital).

Alkire, S. (2002). Dimensions of Human Development. World Development, Volumen 30, febrero.

_____, (2003). Needs and Capabilities (Draft). Disponible en: http://192.203.177.38/humanismocristiano/seminario_capability/pdf/1.pdf (Consultado: 28-08-12).

Allardt, E. (1996). "Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar". En: Nussbaum, M. (1998)

Arévalo, D. (2012). "Desigualdad en la respuesta social en salud en Bogotá". En Fresneda, O. (Ed.) (2012).

Arévalo, D. y Martínez, F. (ed.) (2002). ¿Ha mejorado el acceso en salud? Colección la Seguridad Social en la Encrucijada, Tomo I. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud.

Banco Mundial (1989). Resumen autorizado (página 1 a 9) del documento Financing Health Services in Developing Contries. An Agenda for Reform. Washington, 1987. En Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 517, ECONOMÍA DE LA SALUD, Perspectivas para América Latina.

_____ (1993) Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Washington, DC: Banco Mundial.

Betancourt, C. & Castro, JV. (2007). "La parábola del ajuste fiscal o el recorte de las transferencias territoriales". En Actualidad fiscal de Bogotá. D.C. No 1. Secretaría Distrital de Hacienda.

Bloom, D. et al. (2004). Health, Wealth and Welfare. Finance and Development. Disponible en: http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf

Boltvinik, J. (2005a). Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano. Papeles de Población. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

_____, *(2005b). Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano. Vol. I (Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias Sociales). México: CIESAS, policopiado.*

_____, *(2007). "De la pobreza al florecimiento humano: teoría crítica o utopía", Desacatos 23: 13-52.*

Braveman, P. & Gruskin, S. (2003). "Defining equity in health, theory and methods". J Epidemiol Community Health 57: 254-258.

Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Cabarcas, G. & Pardo, CE. (2001). "Métodos estadísticos multivariados en investigación social". Simposio de Estadística. Disponible en: http://www.docentes.unal.edu.co/cepardot/docs/SimposiosEstadistica/MetEstMulInvSocialParte1.pdf

Canguilhem, G. (1976). El conocimiento de la vida. Barcelona: Editorial Anagrama.

Canós, M. et al. (2009). "Eficiencia versus equidad en localización: aplicación al diseño de infraestructuras". Revista Recta, 10, 60. Disponible en: www.revistarecta.com/n10/04.pdf

Carabaña, J. (ed.) (1995a). Desigualdad y clases sociales. Un seminario en torno a Erik O. Wright. Madrid: Fundación Argentaria.

Carabaña, J. & de Francisco, A. (comp.) (1995b). Teorías contemporáneas de las clases sociales. Madrid: Ed. Pablo Iglesias.

Castro, B. (comp.) (2009). La sociedad colombiana: cifras y tendencias. Memorias del X Coloquio Colombiano de Sociología. Santiago de Cali: Universidad del Valle.

Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Facultad de Economía, Universidad Nacional de Colombia, Secretaría Distrital de Planeación (SDP) (2012). Calidad de vida urbana y capacidad de pago en los hogares bogotanos - 2011. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Trabajo realizado por un equipo interdisciplinario coordinado por el profesor Manuel Muñoz con la participación de Salomón Bechara, Óscar Fresneda, Ignacio Gallo, Jorge Martínez, Patricia Martínez, Álvaro Moreno, Óscar Villamizar y Hugo Torres).

Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 005 de Septiembre 30 de 2009.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Subsanar las desigualdades en una generación. Avanzar en la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS.

Commission on Social Determinants of Health (CDSS), World Health Organization (WHO). (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper 2. Geneva: WHO.

Concejo de Bogotá (2008). Acuerdo 308 del Concejo de Bogotá, D.C. (9 de junio de 2008), por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012. Bogotá: Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor.

_____ *(2012). Acuerdo N° 489 de 2012 (junio 12 de 2012) "por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá DC. 2012-2016. Bogotá Humana". (versión digital).*

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2011). Documento Conpes # 140: Modificación a Conpes social 91 del 14 de Junio de 2005: "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015". Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Cortés, D. et al. (1999). An Approximation to the Standard of Living Index: The Colombian Case. Bogotá: Misión Social, DNP, Universidad del Rosario. Mimeo.

Chauvel, L. (2001). "Le retour des classes sociales?". Revue de l'OFCE 79: 315-359.

Chevenet, F. et al. (1994). "A fuzzy coding approach for the analysis of longterm ecological data". Freshwater Biology 31: 295-309.

Daniels, N. (2002). "Rawls's complex egalitarianism". En Freeman, S. (Ed.)(2002), The Cambridge companion to Rawls. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Derecho y legislación. (1970). Enciclopedia Temática Argos (Tomo 13 Ciencias Sociales). Barcelona: Editorial Argos.

do Valle-Silva, N. (2004). Cambios sociales y estratificación en el Brasil contemporáneo (1945-1999). Serie Políticas Sociales No. 89. Santiago de Chile: CEPAL, División de Desarrollo Social.

Doyal, L. & Gough, I. (1994). Teoría de las necesidades humanas. Barcelona: Icaria, FUHEM, D.L.

Erikson R. (1996). "Descripción de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar". En Nussbaum, M. (1998).

Evans, T. (ed.). et al. (2002). Desafío a la falta de equidad en salud, de la ética a la acción, Publicación Científica N° 585. Washington: Fundación Rockefeller, OPS.

Evans, T. et al (2002). "Introducción". En Evans, T. (ed.)(2002)

Evans, T. & Peter, F. (2002). "Dimensiones éticas de la equidad en salud". En Evans, T. et al. (ed.)(2002).

Facultad Nacional de Salud Pública. (2010). ASIS 2002-2007. Análisis de la Situación de Salud en Colombia, 2002-2007. Tomo III: Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Facultad Nacional de Salud Pública (2010). Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Tomo VI, Análisis de desigualdades e inequidades en salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Feinstein, O. (2007). "Evaluación Pragmática de Políticas Públicas". Información Comercial Española, ICE: Revista de Economía 836.

Fernández, G. (2012). Carta al Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe. Referencia: Observaciones en relación con la crisisdel Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, 20 de septiembre (inédita).

Foster, J. & Sen, A. (1997). "La desigualdad económica, después de un cuarto de siglo". En Sen, A. (2001).

Franco, R. et al. (2007). Estratificación y movilidad social en América Latina. Santiago de Chile: Cepal.

Fresneda, O. (1993). "Estructura social y pobreza en las ciudades colombianas". Coyuntura Social 9: 137-164.

_____ (2007). "Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá". En Restrepo, D. (Ed.)(2001).

Fresneda, O. & Martínez, F. (2007). "Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004)". En Restrepo, D. (Ed.)(2001).

Fresneda, O. (2009). "Cambios en la estructura socio-ocupacional en Colombia: una exploración de fuentes estadísticas". En Castro, B. (Comp.)(2009).

_____ (2010a). Cambios en la estructura de clases sociales en Colombia. Informe de investigación. Bogotá: Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia. Policopiado.

_____ (2010b). "Análisis de desigualdades en el estado de salud percibido". En Facultad Nacional de Salud Pública (2010).

_____ (2010c) "Inequidades en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá". En Restrepo, D. (ed.)(2010).

_____ (2011). "Las desigualdades en calidad de vida por posiciones de clase social". En Fresneda, O. (ed.) (2012).

_____ (ed.) (2012). Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá. Avances y reflexiones. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.

Fuenzalida, M. (2010). Diseño de esquemas de localización óptima para hospitales discriminando según status socio-económico. Instituto de Geografía, Universidad Católica de Valparaíso. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/eventos/2011/conf_ibero/doc/ET3_20_FUENZALIDA.pdf

Gabaldón, P. (2005). "El consumo de ocio en los hogares españoles: Un análisis dinámico". Revista de Empresa (Iberoamerican Business Review) 13.

Gámez, NE. & Pardo, CE. (2007). Fundamentos y aplicaciones del análisis de correspondencias difuso (ACD). Trabajo de Grado de Estadística. Facultad de Ciencias. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Disponible en: http://www.docentes.unal.edu.co/cepardot/docs/TrabajosGrado/TrabajoGradoNurysGamez.pdf

Gasper, D. (2007). "La ética del desarrollo humano y las Frontiers of Justice de Martha Nussbaum". Desacatos 23: 291-318.

Giraldo, C. (2007a). Protection sociale et financiarisation (avec une étude de cas sur la Colombie) (Tesis para obtener el grado de doctor). Université Paris. Policopiado.

Giraldo, C. (2007b). ¿Protección social o desprotección social? Bogotá: Fundación CESDE, Centro de Estudios Escuela para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia, Desde Abajo.

Goldthorpe, JH. (1995). "Sobre la clase de servicio, su formación y futuro". En Carabaña, J. (1995b).

_____ (1996). "Class analysis and the reorientation of class theory: The case of persisting differentials in educational attainment". Br J Sociol 47: 481-505. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/591365 Consultado: 24-12-2008.

_____ (2002). "Occupational sociology, yes: Class analysis, no: Comment on Grusky and Weeden's Research Agenda". Acta Sociologica, 45: 211-217.

Goldthorpe, JH. & Mills, C. (2008). Trends in intergenerational class mobility in modern Britain: Evidence from national surveys, 1972-2005. National Institute of Economic and Social Research. Disponible en: http://ner.sagepub.com/cgi/content/abstract/205/1/83 Consultado: 25-08-12.

Goldthorpe, JH. (2010a). De la sociología: números, narrativas e integración de la investigación y la teoría. Madrid: CIS.

_____ (2010b). "La clase social y la diferenciación de los contratos de trabajo". En Golthorpe, JH. (2010a).

González, JJ. (1994). Clases sociales: estudio comparativo de España y la Comunidad de Madrid 1991. Madrid: Consejería de Economía de la Comunidad de Madrid.

González, JJ. & Fresneda, O. (2004). El significado de la "buena vida". Calidad de vida en la Localidad de Engativá. Bogotá: CID, Universidad Nacional de Colombia. Policopiado.

Gought, I. (2008). "El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas". Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global 100: 177-202.

Grupo de Protección Social, CID, (2007). "Diseño de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá". Investigaciones en Seguridad Social y Salud 9: 21-41.

Hawthorn, G. (ed.)(1987). The Standard of Living. Cambridge: Cambridge University Press.

Hernández, A. (2006). La teoría ética de Amartya Sen. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

Hernández, M. (2001). "El pasado y el futuro del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá". En Restrepo, D. (ed.)(2001).

_____ (2003). "Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas". En Restrepo, D. (Ed.)(2003), La falacia neoliberal. Crítica y alternativas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

_____ (2008). "El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud". Revista de Salud Pública 10 (Supl. 1): 72-82.

_____ (2011). "Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones". En Eibenschutz C, et al. (Comp.)(2008), ¿Determinación

social o determinantes sociales de la salud?. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

_____ (2012a). "Aportes al debate internacional sobre equidad en salud". En Fresneda, O. (Ed.)(2012)

_____ (2012b). "Propuesta para un nuevo sistema de salud". UN Periódico 159: 4. Disponible en http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/uploads/media/UNPeriodico159.pdf

Jorrat, JR. (2008). "Exploraciones sobre movilidad de clases en Argentina: 2003-2004". Documentos de Trabajo 52. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Lautier, B. (2006a). "Las condiciones políticas para la universalización de la protección social en América Latina". En Le Bonniec, Y. & Rodríguez Salazar, O. (2006).

_____ (2006b). "Sistemas de protección social y representación política. Una perspectiva comparativa y estructural" En Le Bonniec, Y. & Rodríguez, O. (2006).

Le Bonniec, Y. & Rodríguez, O. (2006). Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social. CID Universidad Nacional de Colombia.

León, A. & Martínez, J. (2001). La estratificación social chilena hacia fines del siglo XX. Santiago de Chile: CEPAL, División de Desarrollo Social.

Loyola, E. et al. (2002). "Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud". Rev Panam Salud Publica 12 (6).

Marmot, M. (2004). "Social Causes of Social Inequalities in Health". En Anand, S. et al. (Ed.), Public Health, Ethics, and Equity. Oxford: Oxford University Press.

Marshall, G. et al. (1988). Social class in Modern Britain. Londres: Routledged.

Marshall, TH. & Bottomore, T. (1995) [1950]. Ciudadanía y clase social. Buenos Aires: Ed. Losada.

Martínez, F. (1988). "Aportes a la Discusión sobre el concepto de Salud y Enfermedad". Revista Facultad de Salud Pública 11.

Martínez, F. et al. (2005). El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana. La problemática de la población dispersa. Bogotá: FEDESALUD.

Martínez, F. (2006). "Análisis de la encuesta sobre condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal con mayor grado de vulnerabilidad". En Restrepo, D. (ed.)(2010).

_____ (2007). "Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. Revisión conceptual". En Restrepo, D. (Ed.)(2001).

_____ (2009). "Derecho a la salud o equidad en salud". Revista Javeriana 76 (751): 70–82.

_____ (2010a). "Índices de Riesgo y Protección. Medición posible de la Equidad en Salud a través de grandes encuestas. Capítulo III". En Fresneda, O. (Ed.)(2012).

_____ (2010b). "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá". En Restrepo, D. (ed.)(2010).

_____ *(2011). "Índices de riesgo y protección. Medición posible de la equidad en salud a través de grandes encuestas". En Fresneda, O. (Ed.)(2012).*

_____ *(2012a). Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital. Bogotá: CID-GPS Informe Final Observatorio fase 4.*

_____ *(2012b). "Índices de riesgo y protección. Medición posible de la equidad en salud a través de grandes encuestas". En Fresneda O (Ed.)(2012), Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá, avances y reflexiones. Bogotá: CID - Universidad Nacional de Colombia – Alcaldía Mayor de Bogotá.*

Maslow, AH. (1943). "A Theory of Human Motivation". Psychological Rev 50: 370-396.

_____ *(1991) [1987]. Motivación y personalidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Consultado en Google Books: http://books.google.es/books*

Max-Neef, M. et al. (1986). Desarrollo a escala humana. Suecia: Fundación Dag Hammarskjóld, Uppsala.

McMurrin, S. (1988). Libertad, igualdad y derecho. Barcelona: Ariel.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2011). Informe de Monitoreo, Seguimiento y Control, al uso de recursos del Sistema General de Participaciones.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006, Resolución 2680 de 2007, Resolución 3763 de 2007.

Misas, G. (2002). La ruptura de los 90. Del gradualismo al colapso. Bogotá: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.

Núñez, J. & Zapata, JG. (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud en Colombia. Bogotá: Fedesarrollo.

Nussbaum, M. (1997). "Capabilities and Human Rights". Fordham Law Rev 66 (2): 273-300.

Nussbaum, M. & Sen, A. (comp.) (1998). La Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica.

Nussbaum, M. (2000). "The Cost of Tragedy: Some Moral Limits of cost-Benefit Analysis". J Legal Stud 29(2): 1005-1036.

_____ *(2012). Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano. Barcelona: Paidós.*

OMS (2003). The solid facts. Social determinants of health. Segunda Edición. Ginebra: OMS.

_____ *(2008). Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. (Resumen analítico del Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud). Ginebra: OMS.*

_____ *(2009). Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: WHO.*

OPS (1998). La situación de salud en la región de las Américas. Informe anual del Director. Washington, DC: OPS.

Peñaloza, R. (2002). Propuestas de ajuste a la Política del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia. Bogotá: CEJA; Banco Interamericano de Desarrollo BID, Fundación Corona, Fundación Social, Cendex, Pontificia Universidad Javeriana.

Polanyi, K. (2003)[1944]. La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo. México: FCE.

Portes, A. (1985). "Latin American class structures: Their composition and change during the last decades". Latin American Res Rev 20(3): 7-39.

Portes, A. & Hoffman, K. (2003). Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Políticas Sociales 68.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2010). Informe sobre Desarrollo Humano 2010. Edición del Vigésimo Aniversario. La verdadera riqueza de las naciones: caminos al desarrollo humano. Nueva York: PNUD.

_____. Índice de Progreso Social, una Propuesta, Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza en América Latina y el Caribe (RLA/86/004). Bogotá: PNUD.

Pulido, N. (2001). Evaluación transversal de políticas públicas, gestión de la participación ciudadana". Ponencia Seminario Internacional "La Reinvención de la Política y la Ciudadanía. Barcelona: IV Congreso argentino de administración pública.

Rawls, J. (1971). Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica.

_____ (1988). "Las libertades fundamentales y su prioridad". En McMurrin, SM. (Ed.) (1988).

Restrepo, D. (ed.) (2001). Equidad y Salud. Debates para la acción. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.

Restrepo, D. et al. (2007). Diseño de un observatorio de equidad en salud y calidad de vida para Bogotá. Investigaciones en Seguridad Social y Salud 9: 21-41.

Restrepo, D. (ed.) (2010). Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. Colección: La seguridad social en la encrucijada, Tomo V. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.

_____ (2011). Introducción: un nuevo esfuerzo de medición de la inequidad en calidad de vida en salud. En Fresneda, O. (ed.)(2012)

Rodríguez Salazar, O. (2010). "Sistema de protección social. La tributación en Bogotá y su relación con la Nación". En Restrepo, D. (ed.)(2010).

_____ (2011). "Programas de Investigación en Protección Social y Políticas públicas". En Hernández Bello, A. & Rico, C. (Ed.) (2011). Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigaciones y políticas. Bogotá: OPS, IDCR. Universidad Javeriana.

Santana, LM. et al. (2010). "Estimación de un índice de calidad ambiental urbano, a partir de imágenes de satélite". Rev Geografía Norte Grande 45: 77-95.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública. (2009). Análisis de la Situación de Salud (ASIS), Bogotá, 2009. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.

_____ (2010). Informe sobre motivos de Barreras de Acceso a los Servicios De Salud, identificados a través del Proceso de Orientación a la Ciudadanía, que desarrolla la Dependencia de Servicio al Ciudadano de la Secretaria Distrital de Salud Periodo: Año 2008. Bogotá. Enero de 2010.

Sen, A. & Williams, B. (ed.) (1982). Utilitarism and Beyond. Cambridge: Cambridge University Press.

Sen, A. (1982) "Rights and Agency". Philosophy Public Affairs 11(1): 3-39.

_____ (1984a). "El bienestar y la condición de ser agente y la libertad". En Sen, A. (1997)

_____ (1984b). "Rights and capabilities". En Sen, A. (1997) [1984].

_____ (1987a). "The Standard of Living: Lecture I, Concepts and Critics". En Hawthorn, G. (1987).

_____(1987b). "The Standard of Living: Lecture II, Lives and Capabilities". En Hawthorn, G. (1987).

_____ (1988). "¿Igualdad de qué?". En McMurrin, SM. (ed.)(1988).

_____ (1992a). Nuevo Examen de la Desigualdad. Madrid: Alianza Editorial.

_____ (1995). "Racionality and Social Choice". Am Economic Rev 85: 1-24.

_____ (1996). "Capacidad y Bienestar". En: Nussbaum, M. (1998).

_____ (1997). Bienestar, justicia y mercado. Barcelona: Paidós.

_____ (1997b) [1984]. Resources values and development. 2nd reprint. Cambridge: Harvard University Press.

_____ (2000). Desarrollo y libertad. Bogotá: Planeta.

_____ (2001). Desigualdad económica. México: FCE.

_____ (2004a). "Elements of a theory of human rights". Philosophy and Public Affairs 32 (4): 315-356.

_____ (2004b). Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial.

_____ (2004c). "Why Health Equity?" En Anand, S. et al. (ed.)(2004), Public Health, Ethics, and Equity. Oxford: Oxford University Press.

_____ (2009). La idea de la justicia. Bogotá: Taurus.

Sørensen, A. (2000). "Towards a Sounder Basis for Class Analysis". Am J Sociol 105 (6): 1523-1558.

Taket, AR. (1989 Nov). "Equity and access: Exploring the effects of hospital location on the population served, case study in strategic planning". J Opl Res Soc 40(11): 1001-1010.

Therborn, G. (ed.) (2006). Inequalities of the world. Londres: Ed. Verso. Disponible en http://www.louischauvel.org/therbornchauveldef.pdf

Thunhurst, C. & MacFarlane, A. (1992). "Monitoring the health of urban populations: what statistics do we need?". J Royal Stat Soc. Series A. 155 part 3.

Venkatapuram, S. et al. (2010). "The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice". Health and Human Rights, 12 (2): 3-16. En: www.hhrjournal.org. (consultado: 16-09-11).

Wagstaff, A. (2002). "Poverty and health sector inequalities". Bull World Health Organ 80: 97-105.

Waitzkin, H. (2011). Medicine and Public Health at the End of Empire. Boulder: Paradigm Pulisher.

Williams, B. (1987). "The Standard of Living: Interest and Capability". En Hawthorn, G. (1987).

Williamson J. (1990). Latin American Adjustment: How much has Happened. Washington, D.C.: Institute for International Economics.

Wright, EO. (1979). Class structure and income determination. New York: Academic Press.

_____ (1995). "Reflexionando, una vez más sobre el concepto de estructura de clases". En: Carabaña, J. (1995b).

_____ (2000). Class counts. Student Edition. Cambridge: Cambridge University Press.

_____ (2004a). "If class is the question, what is the answer?" En Wright, EO. (2005).

_____ (2004b). "Foundations of a neo-marxist class analysis". En Wright, EO. (2005).

_____ (ed.) (2005). Six approaches to class analysis. Cambridge: Cambridge University Press.

_____ (2010). Preguntas a la desigualdad. Ensayos sobre análisis de clase, socialismo y marxismo. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad del Rosario.

Los Autores

Decsi Astrid Arévalo

Economista, Magíster en Ciencias Económicas y Magíster en Historia de la Universidad Nacional de Colombia, Doctora en Ciencias Económicas de la Universidad Paris X. Profesora del Departamento de Historia de la Universidad de Los Andes. Integrante del Grupo de Protección Social – GPS – del CID de la Universidad Nacional de Colombia. Entre sus proyectos de investigación se encuentran "Equilibrio financiero del sistema de seguridad social en Colombia", "Equidad en salud para Bogotá", "Ordenamiento (ranking) de las EPS e IPS". Las publicaciones recientes que ha realizado se sitúan en el campo de la protección social, la seguridad social y la equidad en calidad de vida y salud: "Muchas acciones y una solución distante. Mecanismos gubernamentales de protección social en Bogotá, 1930-1945", "Avances y dificultades del sistema de salud para los pobres", "La protección al adulto mayor: entre la dádiva y el derecho" y "El control social y la participación comunitaria en salud". En el campo de la Historia Económica su última publicación en el libro Propuestas y Debates en historia económica en donde presenta dos artículos: "La protección en riesgos profesionales en Colombia: una interpretación histórica del camino al aseguramiento". "El discurso histórico. Ruptura con el paradigma decimonónico de la Ciencia". Correo electrónico: decsias@yahoo.com

Óscar Fresneda Bautista

Sociólogo, Magíster en Economía y candidato a Doctor en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor de la carrera de Sociología de Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia. Miembro del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID- de la Universidad Nacional de Colombia, y del grupo de investigación en "Conflicto y Dinámica Social" de la Universidad Externado de Colombia. Investigador del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Universidad Nacional de Colombia. Sus publicaciones principales se han referido a los temas de la pobreza, los indicadores sociales y la equidad social. Su trabajo de investigación actual está dirigido al análisis de la calidad de vida, las desigualdades sociales y la estratificación social en Colombia. Correo electrónico: oscarfresneda@hotmail.com

Óscar Rodríguez Salazar

Economista y Licenciado en Ciencia Política de la Universidad de los Andes, Maestría y Doctorado en Sociología de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales París, Doctorado en Ciencias Económicas de la Universidad de París XIII. Profesor Emérito y Titular de la Universidad Nacional de Colombia. Director del Grupo de Protección Social- GPS del Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia Sus proyecto de investigación recientes se sitúan en el campo de la protección social, la seguridad social y la equidad en calidad de vida y salud y la historia económica. Ente sus proyectos desarrollados recientemente se encuentran " Cálculo de suficiencia de la UPC para el sistema de seguridad social en Colombia", " Análisis del Fondo Previsional del Magisterio" "Ordenamiento (ranking) de las EPS e IPS". Entre las publicaciones recientes se podría citar "Programas de investigación y políticas públicas en los sistemas de protección social", "Consideraciones teóricas e históricas sobre la fiscalidad", " Regulación macroeconómica y equidad". En el campo de la Historia Económica su última publicación en el libro Propuestas y Debates en historia económica en donde presenta un a artículo: "Soberanía monetaria y ruptura de los lazos coloniales. Las Casas de Moneda en la Nueva Granada. orosrod@hotmail.com

Mario Hernández Álvarez

Médico, especialista en Bioética, Magíster y Doctor en Historia de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública y Director del Centro de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la misma universidad. Líder del grupo de investigación "Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social", miembro del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones de Investigaciones para el Desarrollo –CID- de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, e investigador del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Universidad Nacional de Colombia. Sus publicaciones se centran en la historia comparada de sistemas y políticas de salud y protección social, en la historia de la medicina y las profesiones de la salud y en equidad en calidad de vida y salud. Correo electrónico: mehernandeza@unal.edu.co; mariohernandez62@gmail.com

Felix León Martínez

Médico, Magíster en Salud Pública, investigador en salud y seguridad social. Miembro del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional desde el año 2000. Docente de la Maestría de Protección Social de la Universidad Santo Tomás desde 2007. Presidente de la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y Seguridad Social – FEDESALUD– desde su fundación en1999. Sus publicaciones recientes abarcan temas de seguridad social y protección social: "Subsidios o Seguridad Social. El no pago de la porción social del salario", "Protección Social: Entre el aseguramiento y la asistencia", equidad en salud "Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud", "Inequidad Social y Discapacidad", "Derecho a la salud o equidad en salud", "Análisis de Desigualdades e Inequidades en Salud en Colombia". Correo electrónico:felixleonmm@gmail.com

Jorge Martínez Collantes

Licenciado y Magíster en Matemáticas, y Doctor en Estadística. Profesor pensionado del Departamento de Estadística de la Universidad Nacional de Colombia y actualmente profesor de la Universidad de los Andes e investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID- de la Universidad Nacional de Colombia. Miembro de los grupos de investigación en "Series de tiempo" y en "Economía, Política Pública y Ciudadanía". Sus publicaciones, tanto en teoría como en aplicaciones de la estadística, se encuentran en Biometrika, Journal of Statistical Simulation and Computation, Test, Communications in Statistics, Revista Colombiana de Estadística, Revista de Salud Pública y Revista Gerencia y Políticas de Salud. Correo electrónico:jmartinezc@unal.edu.co

Darío Indalecio Restrepo

Filósofo y Especialista en Desarrollo de la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. Profesor de la Facultad de Ciencias Económicas en la Universidad Nacional de Colombia. Miembro del Grupo de Protección Social y del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá desde el Centro de Investigaciones para el desarrollo - CID - de la Universidad Nacional de Colombia. Ensayista e investigador sobre procesos de descentralización en Colombia y América Latina, mecanismos de participación ciudadana, políticas sociales y lucha contra la pobreza. Correo electrónico: indamail@gmail.com

Daniel Alfonso Garavito Jiménez

Estudiante de economía en la Universidad Nacional de Colombia. Miembro del Grupo de Protección Social y del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá desde el Centro de Investigaciones para el desarrollo - CID - de la Universidad Nacional de Colombia. Ha participado en diversos proyectos de investigación realizados por el GPS, realizando el soporte estadístico y econométrico. Correo electrónico:bogotan@gmail.com

Libro "**Inequidad en salud en Bogotá**. Convocatoria para la acción colectiva", editado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Tiraje de 1.000 ejemplares; páginas internas 430 en papel bond 75 gramos y carátula en propalcote 270 gramos. En su composición se usó el tipo de letra Goudy Sans. Se terminó de imprimir en Diciembre de 2012, por Marca Publicidad Ltda. - Bogotá D.C.

Después de casi 20 años de funcionamiento, los problemas del sistema de seguridad social en salud persisten: la sostenibilidad financiera del sistema y de los hospitales sigue comprometida, los derechos ciudadanos continúan sistemáticamente vulnerados y los enormes recursos comprometidos siguen siendo un gran botín en manos de la intermediación financiera, la corrupción y la codicia.

La salud debe ser considerada un derecho fundamental, individual y colectivo, y no un mercado de seguros individuales. Se trata de entender la salud como buen vivir y bienestar, no sólo como la ausencia de enfermedad. De allí que se requiera repensar el carácter poblacional y territorial del sistema de salud y proponer, de manera decidida y con la máxima participación y legitimidad posible, un nuevo ordenamiento del sistema que permita avanzar seriamente en la garantía del derecho fundamental a la salud en Bogotá y en el país en su conjunto. Esto implica eliminar la intermediación lucrativa de las EPS y masificar la estrategia de Atención Primaria en Salud, con carácter preventivo, intersectorialidad y participativo, articulada a redes integradas de servicios de salud, en perspectiva territorial. Si el estado de salud y la equidad dependen de determinantes sociales, entonces es necesario revivir la importancia de la política pública en salud. Cuando no se aceptan las inequidades, la discriminación y la segregación socioespacial como naturales, es posible que la sociedad se movilice para superarlas.

60 años
1957 - 2017