



Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas
Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID



DESARROLLO DEL OBSERVATORIO PARA LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD DE BOGOTÁ. CUARTA FASE

EL PLAN DISTRITAL DE DESARROLLO BOGOTÁ HUMANA Y LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN BOGOTÁ

INFORME

Octubre de 2012

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Presentación..... | 3 |
| 2 | La orientación ético-política general del <i>Bogotá Humana</i> y del PTS 2012-2016 y sus relaciones con el enfoque de equidad del Observatorio | 4 |
| 3 | Implicaciones de los hallazgos del Observatorio en su cuarta fase | 9 |
| 4 | Propuestas para afectar inequidades desde <i>Bogotá Humana</i> y el Plan Territorial de Salud . | 12 |
| 4.1 | En el ámbito local | 12 |
| 4.2 | En el ámbito distrital | 14 |
| 4.3 | En el ámbito nacional | 15 |
| 5 | A manera de conclusión..... | 17 |
| 6 | Referencias..... | 18 |

EL PLAN DISTRITAL DE DESARROLLO BOGOTÁ HUMANA Y LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN BOGOTÁ¹²

1 PRESENTACIÓN

Esta sección estará dedicada a poner en diálogo los 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 el Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital (PTS) 2012-2016, definidos por la actual administración.

Si bien durante el momento de construcción del Plan el OECVS propuso una serie de indicadores que podrían ser incluidos en las metas del plan (Apéndice 1), con el fin de hacer más explícito el compromiso con la equidad a través de algunas metas o indicadores de disminución de brechas, 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 observa en las metas indicadores específicos. La complejidad del compromiso por parte de cualquier administración 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 por el PTS para impulsar una serie de iniciativas acordes con los ejes, programas y proyectos definidos, para avanzar en equidad en salud y calidad de vida en este período de gobierno.

Con tal propósito, esta sección 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.

¹ Mario Hernández Álvarez. Médico, Doctor en Historia, Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública, Director del Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, profesor e investigador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional 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 y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

² Darío Restrepo Botero . 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 de Bogotá del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

2 LA ORIENTACIÓN ÉTICO-POLÍTICA GENERAL DEL 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, los recursos públicos que serán asignados. Como cualquier política pública de buena factura, el Plan *Bogotá Humana*³ 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 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, especial 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, también asumido en el PTS⁴, 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

³ Nos referiremos a 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.

⁴ Se tomó la siguiente versión digital del Plan Territorial de Salud: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. *Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital, 2012-2016*. Bogotá DC, mayo de 2012.

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 años noventa por economistas que pretendían distanciarse de la corriente principal que lideraba las políticas públicas desde dos décadas atrás. Según tal corriente, 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 las poblaciones más “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, el referente fueron 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 Sen⁵. 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, 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 utilitarista 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 priorizar a las personas y sus preferencias antes que el crecimiento económico, para orientar el desarrollo (Sen, 1988; 2000).

⁵ Para una ampliación del debate sobre justicia distributiva y sus implicaciones para las políticas públicas véase Hernández, 2008.

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: alfabetización, como trazador del acceso a la educación, y 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 todas 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 todo 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 XX⁶. Se considera que la equidad es la ausencia de desigualdades injustas y evitables. Las desigualdades entre grupos humanos se consideran injustas cuando son el resultado de ventajas o desventajas sistemáticas debidas a la “posición social” de las personas y colectivos, bien sea por poder, riqueza o prestigio, por su lugar en la estructura laboral o socioeconómica, educativa, de género, de raza, de etnia o del ciclo vital en que se encuentra (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). 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 (Venkatapuram, Bell, Marmot, 2010).

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

⁶ Para una ampliación de las corrientes de pensamiento en el debate internacional en salud véanse Hernández, 2011; 2012a.

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.

3 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 las secciones anteriores. 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 para contribuir a la superación de inequidades.

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 y a partir del mayor pago 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, da cuenta de 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 expresa 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 profesionales o 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 un 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 este 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%) frente a Ciudad Bolívar (24%).

El acceso a servicios y la decisión de acudir a 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 resolutive y de hospitales de segundo nivel* para atender a la población en las cuatro especialidades básicas o por ciclo vital y 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 asignación de la oferta por el mercado no se ha dado ni se dará en el actual sistema de aseguramiento con competencia regulada y subsidio a la demanda.

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 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.

4 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. No se trata de una feliz coincidencia de enfoque. Es posible, 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.

4.1 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 bajar 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 escalas 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, demográficas, etc. 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 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 permitir 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. Pero 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, permitiría 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. 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 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, y formación sostenida de 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 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 y pocas relaciones tienen con el proceso completo y continuo de 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. Al mismo tiempo, 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 10-90⁷ y la dependencia tecnológica.

4.2 En el ámbito distrital

En el ámbito distrital es posible identificar dos grandes escenarios en los cuales es posible desarrollar la política pública establecida en el PDD y en el PTS. 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 los 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 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 dependerá 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. 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.

⁷ 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).

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 percibe. 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.

4.3 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 y 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 para obtener, lo más pronto posible, una acreditación como ente de Inspección, Vigilancia y Control 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). La decidida participación de la Secretaría Distrital de Salud 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. La experiencia acumulada por las direcciones misionales de la SDS sin duda permitiría 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 de la salud, que incluye el aseguramiento, los servicios de salud, los equipos, los medicamentos y las tecnologías en salud (Waitzkin, 2011).

5 A MANERA DE CONCLUSIÓN

Observar, medir, investigar la producción y 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.

6 REFERENCIAS

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2012) *Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital, 2012-2016*. Bogotá DC, mayo (versión digital).

Banco Mundial-BM (1987) *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study*. Washington D.C.: Department of Population, Health and Nutrition, The World Bank. Resumen en español: El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 103 (6), diciembre: 695-709.

Banco Mundial-BM (1993) *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington, DC: Banco Mundial.

Braveman P, Gruskin S. (2003) Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 254-258.

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”. (versión digital).

Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (2002) *Desafío a la falta de equidad en la salud, de la ética a la acción*. Publicación Científica N° 585. Washington DC: Fundación Rockefeller, OPS.

Fresneda O. (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 DI (ed.) *Equidad y Salud. Debates para la acción*. Colección la Seguridad Social en la Encrucijada. Tomo 4. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia: 103-143.

Hernández M. (2003) Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: Restrepo D.I. (ed.) *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: 347-361.

(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: Eibensc o hutz C, Tamez S, González R (comp.) *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* México DF: Universidad Autónoma Metropolitana: 169-192.

(2012a) Aportes al debate internacional sobre equidad en salud. En: Fresneda O. (ed.) *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:

(2012b) Propuesta para un nuevo sistema de salud. *UN Periódico*, (159), domingo 9 de septiembre: 3.

Marmot M. (2004) Social Causes of Social Inequalities in Health. En: Anand S, Sen A, Peter F (eds.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press, 37-61

Martínez F. (2007) Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. En: Restrepo D. (Ed.) *Equidad y Salud. Debates para la Acción*. Colección la Seguridad Social en la Encrucijada. Tomo 4. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia:

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.

Rawls J. (1988) Las libertades fundamentales y su prioridad. En: McMurrin SM. (ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel: 9-90.

Restrepo D, Martínez P, Rodríguez O, Martínez F, Fresneda O, Cáliz M, Hernández M (2007) Diseño de un observatorio de equidad en salud y calidad de vida para Bogotá. *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, (9), ene-dic.: 21-41.

Sen A. (1988) ¿Igualdad de qué? En: McMurrin SM (ed) *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel: 133-156.

(2000) *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Planeta.

(2004) Why Health Equity? In: Anand S, Sen A, Peter F. (eds.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press: 21-33.

Venkatapuram S, Bell R, Marmot M. The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice. *Health and Human Rights*, 12 (2), 2010: 3-16. En: www.hhrjournal.org. (consultado: 16-09-11).

Waitzkin H. (2011) *Medicine and Public Health at the End of Empire*. Boulder: Paradigm Publisher.

Williamson J. (1990) *Latin American Adjustment: How much has Happened*. Washington D.C.: Institute for International Economics.