

colección
la seguridad
social en la
encrucijada



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud



CID Centro de
Investigaciones
para el Desarrollo

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Inequidad social en salud.

El caso de Bogotá

Darío Indalecio Restrepo
Editor y director del observatorio



COLECCIÓN
LA SEGURIDAD SOCIAL
EN LA ENCRUCIJADA



COLECCIÓN
LA SEGURIDAD SOCIAL
EN LA ENCRUCIJADA

TOMO 5

Inequidad
social
en salud.
El caso de Bogotá

Darío Indalecio Restrepo
Editor y director del observatorio



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud



Centro de
Investigaciones
para el Desarrollo



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Rodríguez Salazar, Oscar, 1947-

Inequidad social en salud : el caso de Bogotá / Oscar Rodríguez Salazar, Félix Martínez Martín, Oscar Fresneda Bautista, Mario Hernández Álvarez; editor y director del proyecto Darío Indalecio Restrepo. - Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Salud: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID, 2009

280 p. : il. - (La seguridad social en la encrucijada; t.5)

Incluye referencias bibliográficas

ISBN: 978-958-719-390-9

1. Política de salud - Bogotá 2. Indicadores de salud - Bogotá 3. Política pública - Bogotá 4. Seguridad social 5. Salud pública I. Martínez Martín, Félix León II. Fresneda Bautista, Oscar III. Restrepo Botero, Darío Indalecio, 1958- IV. Tit.

V. Serie

CDD-21 362.10986148/ 2010

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas

Centro de Investigaciones para el Desarrollo

Oficina de comunicaciones del CID

Cra. 50 No. 27 - 70 - Unidad Camilo Torres, Bloque 4

Bogotá D.C. - Colombia

Teléfono: (57-1) 316 5000 - Extensiones 10386 / 10362

Fax: (57-1) 316 5000 - Extensión: 10359

www.cid.unal.edu.co

Secretaría de Salud de Bogotá

Cra. 32 No. 12 - 81

Bogotá D.C. - Colombia

Teléfono: (57-1) 364 9090

webmaster@saludcapital.gov.co

www.saludcapital.gov.co

Primera edición

Bogotá, D.C. - Mayo de 2010

ISBN 978-958-719-390-9

Editor

Darío Indalecio Restrepo

Coordinación editorial

Ángela Díaz - Rosa Quintero

Corrección de estilo

Carmen Elisa Villamizar

Diseño de cubierta de la colección
Camilo Umaña

Diseño de cubierta de este tomo
Richard A. Moreno G.

Diseño y diagramación
Richard A. Moreno G.

Impresión

Brandz Agencia de Publicidad
brandz.ap@gmail.com

Esta prohibida la reproducción total o parcial de este libro,
sin autorización expresa de la Oficina de Comunicaciones del CID

Secretaría de Salud de Bogotá

Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario de Despacho

Juan E. Varela Beltrán
Subsecretario de Despacho

José Fernando Martínez Lopera
Director de Planeación y Sistemas

María Vianney Motavita García
Profesional Especializado Grupo de
Investigaciones y Cooperación Técnica

Yolanda Sepúlveda Medina
Profesional Especializado Grupo de
Investigaciones y Cooperación Técnica

Carmen Cecilia Jáuregui Balaguera
Profesional Universitario Grupo de
Investigaciones y Cooperación Técnica

Luz Miriam Díaz Pardo
Profesional Especializado Grupo de
Investigaciones y Cooperación Técnica

Universidad Nacional de Colombia

Moisés Wasserman
Rector General

Julio Colmenares
Vicerrector de Sede Bogotá

Jorge Iván Bula Escobar
Decano Facultad de Ciencias Económicas

Jorge Iván González
Director Centro de Investigaciones para
el Desarrollo (CID)

Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud

Darío Restrepo Botero
Director

Patricia Martínez Barragán
Coordinadora General

Investigadores del Observatorio

Darío Restrepo Botero
Mario Hernández Álvarez
Óscar Rodríguez Salazar
Félix Martínez Martín
Óscar Fresneda Bautista
Decsi Arévalo Hernández
Patricia Martínez Barragán

Autores

Darío Restrepo Botero
Mario Hernández Álvarez
Óscar Rodríguez Salazar
Félix Martínez Martín
Óscar Fresneda Bautista

Tomo 5

Darío Restrepo Botero

Mario Hernández Álvarez

Óscar Rodríguez Salazar

Félix Martínez Martín

Óscar Fresneda Bautista

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas

Centro de Investigaciones para el Desarrollo

CONTENIDO

	Pg.
PRESENTACIÓN	13
DE LOS ANÁLISIS DE EQUIDAD A LAS POLÍTICAS PRO EQUIDAD	17
<i>Darío Restrepo Botero</i>	
<i>Mario Hernández Álvarez</i>	
Los macrodeterminantes de la seguridad social y los gobiernos locales	19
Labores del Observatorio para la Equidad en Salud: monitoreo, investigación y análisis de políticas	20
Síntesis de conclusiones y recomendaciones	22
CAPÍTULO 1	
CONSIDERACIONES TEÓRICAS E HISTÓRICAS SOBRE LA FISCALIDAD	27
<i>Óscar Rodríguez Salazar</i>	
Presentación	29
Desarrollos teóricos sobre la fiscalidad	30
Primeras formulaciones de la fiscalidad en una perspectiva de economía política	31
Una aproximación convencional de la fiscalidad	34
Hacia la construcción de una fiscalidad en una perspectiva holista	44
Construcción histórica del sistema tributario en Colombia	55
Sistema tributario en una sociedad estamental con economía precapitalista y dominación colonial	56
La agro exportación y el sistema tributario	59
Sistema impositivo y mercado interno	62
Bibliografía	65

CAPÍTULO 2

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL. LA TRIBUTACIÓN EN BOGOTÁ Y SU RELACIÓN CON LA NACIÓN

Óscar Rodríguez Salazar

69

Administraciones locales (1998 - 2007) y la intencionalidad de los planes de desarrollo

83

Enrique Peñalosa (1998 - 2000)

84

Antanas Mockus (2001 - 2003)

94

Luis Eduardo Garzón (2004 - 2007). Bogotá sin indiferencia

107

Los desafíos sociales para la nueva administración

113

Bibliografía

119

CAPÍTULO 3

LA DISCAPACIDAD COMO HUELLA DE LA INEQUIDAD SOCIAL EN BOGOTÁ

Félix Martínez Martín

121

Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades

126

Definición de discapacidad

128

Objetivo general de la investigación

128

Objetivos específicos

128

Consideraciones metodológicas

129

Limitación del análisis y la investigación de inequidad a partir de la representatividad de los estratos en la muestra

129

Consideraciones para el análisis en función de variables de edad y sexo

130

Consideraciones del análisis y de la investigación en función de la muestra

132

Resultados de la investigación

135

Oportunidades desiguales de salud

135

Exposición desigual a riesgos y resultados desiguales a largo plazo

139

Respuesta desigual de la sociedad

152

Conclusión

164

Bibliografía

170

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE LA ENCUESTA SOBRE CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO EN LAS UNIDADES DE TRABAJO INFORMAL CON MAYOR GRADO DE VULNERABILIDAD, 2006

Félix Martínez Martín

171

Antecedentes

173

Condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal con mayor grado de vulnerabilidad 2006

174

Conclusiones y recomendaciones

180

Bibliografía

182

CAPÍTULO 5

INEQUIDADES EN SALUD A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA EN BOGOTÁ

Óscar Fresneda Bautista

183

Introducción

185

Enfoque del análisis y aspectos metodológicos

186

Indicadores seleccionados, fuentes de información

186

Modelo de análisis

187

Inequidades en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá

193

Inequidades en las oportunidades básicas de salud: gestación, y nutrición en los primeros años de vida

193

Inequidad en el acceso a los servicios de salud

208

Inequidades en los resultados de salud: prevalencia de enfermedad en la infancia

237

Inequidades en los resultados de salud: tasas estimadas de mortalidad de los jóvenes y adultos

243

Conclusiones

254

Bibliografía

258

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Dario Restrepo Botero

Mario Hernández Álvarez

261

Indicadores básicos de seguimiento

263

Conclusiones

263

Recomendaciones a la Secretaría Distrital de Salud

265

Recomendaciones a otros sectores administrativos del Distrito

266

Investigación: la discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá

267

Conclusiones

267

Recomendaciones

268

Investigación: Lesiones derivadas de la actividad económica

269

Conclusiones

269

Recomendaciones

271

Entorno macroeconómico, tributación y equidad

272

Conclusiones

272

Recomendaciones generales al Distrito

276

Recomendaciones a la Secretaría Distrital de Salud

277

Presentación

Héctor Zambrano Rodríguez







Durante los últimos tres (3) años el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá viene aportando evidencia y construyendo un marco referencial epistemológico y metodológico que permita a los diferentes actores, medir, evaluar, comprender y trabajar en la reducción de las brechas de desigualdad social que fragmentan la ciudad de Bogotá. Parte de este esfuerzo ha contribuido para que el sector salud en coordinación con otras instancias, tome conciencia de la necesidad de trabajar y afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud, entendidos como la resultante de las complejas y cambiantes relaciones entre las condiciones biológicas de vida, entorno, los factores ambientales, políticos, económicos, culturales y tecnológicos donde la vida tiene lugar.

Esta tarea orienta gran parte de las premisas y de las metas propuestas en el Plan Distrital de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas, 2008-2012 "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor", de manera que una apuesta efectiva por el mejoramiento de la calidad de vida de la ciudadanía se construya a partir de mecanismos que permitan "que cada vez más personas participen de manera real en el desarrollo económico y a garantizar que éste revierta en desarrollo humano."

Celebramos y asumimos con un reto enorme la publicación del tomo V *Inequidad Social en Salud, el caso de Bogotá*, de la serie *La Seguridad Social en la Encrucijada*, dedicado exclusivamente al análisis de la inequidad social en salud en Bogotá. Este libro presenta los resultados de las investigaciones y estudios desarrollados por el *Observatorio para la Equidad en Salud* en el marco de un convenio interadministrativo de cooperación suscrito entre la Secretaría Distrital de Salud y la Universidad Nacional de Colombia y pone en evidencia un conjunto de indicadores que expresan las profundas y persistentes desigualdades sociales de la ciudad y sus efectos medibles en la salud de sus habitantes.

Dentro de los temas documentados en este libro vale la pena mencionar los gradientes diferenciales observados en las condiciones de vida y salud de los trabajadores informales y la población en situación de discapacidad. En este último caso es especialmente alarmante la concentración, origen y gravedad del fenómeno, a la luz de las variables de posición social tales como estrato, condición socio-económica y tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que tiene como consecuencia y respuesta inmediata, oportunidades diferenciales y respuestas desiguales.

* Moreno, Samuel (2008). *Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas*. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor, p. 3



El capítulo de fiscalidad merece una consideración especial y todo nuestro estudio e interés, de tal suerte que promueva una reflexión seria y profunda en un escenario como el actual, cruzado por un conjunto de reformas al modelo de aseguramiento en salud con escasos procesos de concertación y participación social y democrática. Para finalizar, se propone por parte del Observatorio un modelo de análisis y una batería de indicadores sociales que incluyen la razón de tasa como método de monitoreo continuo de medición de las desigualdades y la medición de probabilidades basados en el análisis de registros a nivel distrital y nacional.

Sobresale en este ejercicio académico e institucional, la capacidad de síntesis, la labor analítica y el lenguaje claro y directo utilizado por los investigadores, para que tanto expertos como no expertos, puedan comprender y valorar las dimensiones de las inequidades sociales en salud en una ciudad con las características de gran metrópoli como lo es Bogotá.

Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario Distrital de Salud

De los análisis de equidad a las políticas pro equidad

Darío Restrepo Botero*
Mario Hernández Álvarez**



*Director del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá, investigador del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, institución donde también es profesor asociado.

** Médico, especialista en Bioética, MSc y PhD en Historia, profesor asociado del Departamento de Salud Pública y director del Centro de Historia de la Medicina de la 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 Calidad de Vida y Salud de Bogotá del convenio interadministrativo entre la Secretaría Distrital de Salud y el CID de la Universidad Nacional de Colombia.





Los macrodeterminantes de la seguridad social y los gobiernos locales

Los resultados en salud de largo plazo están determinados por una serie de procesos sociales, económicos e institucionales los cuales condicionan tanto los alcances y las restricciones, como las posibilidades de acción de los entes territoriales para promover la calidad de vida y el bienestar de los habitantes de su jurisdicción. Dichas condiciones van desde las que parecen constreñir la acción de los entes locales, hasta las que dependen en mayor medida de sus propias capacidades, modelos de intervención y voluntad política.

Los gobiernos locales no cuentan con la suficiente autonomía para optar según sus criterios los modelos institucionales de organización de la seguridad social y la salud de sus habitantes; tampoco definen la proveniencia ni el destino de los principales recursos comprometidos, ni plenamente las características institucionales de intervención en la atención de la salud. Sin embargo, en virtud del proceso de la descentralización, se han incrementado de manera importante los márgenes de acción de las autoridades locales, al punto que comprometen su responsabilidad y sus enfoques de política pública tanto en los resultados de salud, como en la construcción de una sociedad más justa.

Tres macrodeterminantes constriñen los márgenes de la autonomía territorial y le plantean sus mayores retos: (1) el régimen de acumulación, (2) el Sistema de Protección Social y (3) el ordenamiento territorial del país. Es imputable al régimen de acumulación implementado durante los últimos 20 años caracterizada por la financiarización-, haber incrementado la flexibilidad laboral, precarizado los ingresos de los trabajadores y generalizado prácticas de contratación que traspasan al trabajador, y a los habitantes en general, los riesgos derivados de la actividad económica, parte importante de la provisión de los recursos para cubrir sus riesgos y necesidades de seguridad social y salud.

El segundo gran determinante de la acción de los gobiernos locales en salud es el Sistema de Protección Social construido en los últimos 20 años, combina y se debate entre dos tensiones. Por una parte, el tratamiento de la seguridad social y la atención en salud como bienes provistos en un mercado de competencia regulada; y, por otra, el reconocimiento de la atención en salud como derecho inalienable de las personas. El derecho al lucro, mediante la provisión de bienes y servicios en salud, choca sistemáticamente con el derecho a la protección social y, en especial, a la atención en salud.



El tercer determinante es el ordenamiento territorial de los últimos 20 años, en virtud del cual la responsabilidad de los gobiernos locales en la administración y financiación del sistema de salud se ha incrementado, lo mismo que la implementación de políticas de discriminación positiva hacia la población más pobre y vulnerable. Sin embargo, desde inicios del siglo XXI se han promulgado dos recortes a los porcentajes de transferencias a los gobiernos locales, que constituyen parte importante de las bolsas con las cuales se financian la seguridad social y la salud de los colombianos desde el presupuesto nacional. En síntesis, esos tres procesos han afectado de manera desigual la calidad de vida y la salud de los bogotanos.

En este contexto se desenvuelven y valoran las orientaciones generales y los resultados específicos de la administración distrital. Toda evaluación de política pública y las recomendaciones que de ella se deriven, debe tener en cuenta esos determinantes generales, tratar de discernir responsabilidades específicas e identificar los márgenes de responsabilidad y libertad con los que cuentan los diferentes niveles de gobierno para mejorar la gestión y sus resultados.

En este sentido, se valora el esfuerzo sostenido por el Distrito Capital para complementar la financiación nacional de la seguridad social, la atención en salud y los programas promocionales y preventivos. También, adquiere relevancia la decisión de disminuir la carga económica de la atención a la población mayor de 65 años, los menores de un año de vida y las madres gestantes, en situación de pobreza.

Ahora bien, no es siempre posible discernir los resultados e impactos de corto o mediano plazo derivados de tal condicionante general, o de esas acciones específicas emprendidas por diferentes niveles de gobierno. A pesar de esta dificultad, avanzar en esta dirección es un imperativo para quienes desean cualificar el análisis de las políticas públicas, contribuir al estudio de sus condicionantes, y, sobre todo, alimentar el debate sobre las alternativas para disminuir las inequidades y mejorar la calidad de vida y salud de las personas. Responder a tales retos es el propósito del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá.

Labores del Observatorio para la Equidad en Salud: monitoreo, investigación y análisis de políticas

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá en el año 2008, sometió la situación de la salud de los bogotanos a un análisis de equidad. Así



pudo documentar que las principales enfermedades que afectan a la población, la discapacidad y las causas de los decesos se reparten de manera diferente entre los grupos sociales. Los ingresos, el estrato social, el nivel educativo, la adscripción a la seguridad social, el acceso a los servicios de salud, las relaciones laborales y otros determinantes sociales e institucionales producen resultados desiguales sobre la salud de las personas a lo largo de su vida.

El monitoreo de inequidades específicas a través de algunos indicadores permite poner en evidencia las brechas en los resultados de salud relacionados directamente con la posición social de los habitantes de la ciudad. En tal sentido avanzó el trabajo del Observatorio en el año 2008, después de su diseño y puesta en marcha en 2007¹. La conciencia sobre estas desigualdades injustas debe permitirle a la sociedad bogotana, y concretamente a la administración distrital, liderar las acciones para disminuir las brechas en los resultados de salud entre grupos sociales.

Analizar los procesos sociales, económicos e institucionales a través de los cuales se producen los resultados desiguales en la salud de las personas es el objetivo de las investigaciones que adelanta el Observatorio. En esta publicación se sintetiza una investigación sobre la discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá. La orientación y la calidad de las políticas públicas tienen la posibilidad de afectar los resultados de salud en el mediano y el largo plazo; por ello, la evaluación de programas públicos en general, y específicamente de los adelantados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, completan las actividades del Observatorio. Dos políticas son analizadas: una profundiza en los determinantes económicos de la equidad mediante el estudio de las relaciones entre macroeconomía, tributación e inversión en salud en la ciudad; y otra, considera las lesiones derivadas de la actividad económica.

La producción y la divulgación de conocimientos especializados sobre la equidad en salud son un aporte a la necesaria discusión pública sobre el quehacer en materia de calidad de vida y salud de los bogotanos. El Observatorio hace un llamado al sector estatal, los líderes políticos, sociales, comunitarios y empresariales para reducir las brechas en salud. Con el propósito de contribuir a tal fin, cada uno de los tópicos de esta publicación propone recomendaciones de política a la Secretaría Distrital de Salud, iniciativas que ésta podría adelantar con otros sectores administrativos, junto

¹ Restrepo, D. (Editor) (2007). *Equidad y salud. Debates para la acción*. En: *La seguridad social en la encrucijada. Tomo 4*. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia - Secretaría Distrital de Salud.



con propuestas a la administración distrital en su conjunto y a la sociedad . Así, se pretende avanzar hacia la construcción social de una política pública de equidad en calidad de vida y salud para Bogotá.

Los impedimentos que nos separan de una sociedad más saludable son los mismos que mantienen los factores estructurales de la pobreza, la injusticia, la carencia de derechos sociales y la precariedad de la democracia. Por ello, para el Observatorio, la brega por la equidad en salud se inscribe en una movilización más general por la justicia y la democracia, en la cual ese sector ofrece la posibilidad de convertirse en un catalizador privilegiado.

Con este libro son ya cinco los materiales bibliográficos que el Grupo de Protección Social de la Universidad Nacional ofrece a la comunidad académica, a los líderes sociales, políticos y empresariales y a la opinión pública sobre aspectos específicos del funcionamiento de la seguridad social en Colombia. Nuestra pretensión no es otra que la de construir un conocimiento crítico que permita documentar –con sustento empírico y rigor académico–, los principales logros en materia del derecho de la población colombiana a la protección social; también busca desentrañar los obstáculos que impiden el pleno goce de tales derechos, los cuales se anidan en un entramado complejo que va desde problemas de orientación estratégica hasta fallas de funcionamiento derivadas del diseño institucional.

Ya en la publicación *Equidad y salud, debates para la acción* el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá advirtió sobre los grandes y graves problemas de equidad en los resultados en salud y optó por un enfoque de determinantes sociales para explicar tales diferencias. En el libro que el lector tiene en sus manos, *Inequidad social en salud. El caso de Bogotá*, avanzamos en el análisis de determinantes estructurales que producen inequidades en los resultados en salud, evaluamos la capacidad de diferentes políticas públicas para afectar tanto la calidad de vida como la salud de los bogotanos, e ilustramos algunos indicadores básicos sobre inequidad en salud.

Síntesis de conclusiones y recomendaciones

La primera constatación derivada de los análisis consiste en que la posición social de las personas determina los resultados en salud de los grupos sociales, establece la esperanza de vida, reparte las probabilidades de enfermar y morir, las frecuencias de los accidentes con consecuencias lesivas de por vida, la intensidad en el acceso a la atención en salud, el conocimiento de los derechos ante el sistema, y las probabilidades



de ser considerado con respeto y buen trato, o vulneradas las necesidades y la dignidad de las personas.

La posición social no es una fatalidad, no sólo por la existencia de la movilidad social de los individuos en una gradiente más o menos estable, sino porque el modelo de desarrollo, la política macroeconómica, los diseños institucionales y los sistemas políticos, generan la igualdad y la desigualdad; reproducen, una y otra vez, los procesos de inclusión y exclusión social; crean las condiciones generales para que grupos sociales específicos construyan derechos y privilegios, mientras otros padecen privaciones, mendigan reconocimientos o se conforman con derechos recortados.

De ese manera, una serie de decisiones afectan la equidad social al igual que los resultados en salud, entre ellas: la orientación general de la tributación, en particular la definición de los aportes a la financiación de la administración en proporción relativa con los ingresos de las personas. Igual capacidad de impacto sobre la equidad poseen los sistemas generales de seguridad social, especialmente el sistema actual reparte mayores facilidades de acceso para los cotizantes a la seguridad social que se encuentran en el Régimen Contributivo, mientras levanta mayores barreras de acceso para las personas adscritas al Régimen Subsidiado; además, unos y otros –fruto de la intermediación financiera–, sufren el deterioro de la calidad y la oportunidad de las atenciones médicas.

La crisis económica ha agravado esas tendencias, y pronto lo hará mucho más. Nos adentramos en un período con altos incrementos en el desempleo y, por ende, subirá la cantidad de personas en incapacidad de cotizar ante la seguridad social; así se aumentará la presión para acceder al Régimen Subsidiado en un momento en que la administración distrital contará con menores recursos de transferencias, las cuales fueron recortadas por el Gobierno nacional. El pronóstico sobre el futuro inmediato empeora cuando se consideran las barreras de acceso al Régimen Subsidiado en Salud levantadas por la nueva versión del Sistema de Identificación de Beneficiarios (Sisbén), que acrecienta de manera importante las personas expulsadas del Sistema de Seguridad Social.

En el contexto de la recesión que sacude de manera directa a las llamadas economías desarrolladas, y cuyo impacto en la periferia se deja sentir en mayores niveles de exclusión y empobrecimiento de la población, se impone el diseño de políticas anticíclicas en las cuales los sistemas de protección social deben jugar un papel de primer orden.



La recomendación inicial de carácter general es, entonces, que el Distrito acuda a todos los instrumentos que posee para crear, defender y promocionar empleo decente; es decir, el que establece una relación salarial formal, la adscripción a la seguridad social, el derecho a pensiones y cesantías, además de la estabilidad en el trabajo, el derecho a la representación ante las empresas, la igualdad de ingresos por trabajo igual y el trato a todas las personas sin discriminación por sexo, etnia, procedencia territorial, creencias o prácticas sexuales.

El Distrito cuenta con una situación fiscal relativamente privilegiada en la medida en que ahorró durante varios años cuantiosos recursos que depositó en el sector financiero; ahora urge invertirlos en programas públicos de vivienda, infraestructura, medio ambiente y otros, todos intensivos en empleo de mano de obra; generar trabajo decente, e impactar de manera positiva la calidad de vida de amplios sectores de población.

La tributación es un instrumento privilegiado para el logro de la equidad. La imperiosa necesidad de aumentar los recursos públicos durante el período venidero se convierte en una oportunidad para que la Administración acentúe un enfoque de proporcionalidad impositiva, según el patrimonio y los activos de las personas; y realice mayores esfuerzos por vincular a la tributación una serie de actividades económicas llamadas informales, las cuales evaden los impuestos, presionan la infraestructura de la ciudad, burlan las relaciones salariales formales, e irrespetan totalmente los principios del trabajo decente.

El Gobierno nacional y las administraciones territoriales se encuentran ante un gran reto: la igualación de los Planes Obligatorios de Salud (POS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado, ordenada por la Corte Constitucional. Mientras en el Gobierno nacional crece la presión para atender a la Corte, igualando los planes por lo bajo, el Distrito ha emprendido acciones para el logro de la gratuidad de la atención a la población mayor a 65 años, los infantes menores de 5 años y las madres gestantes. El Observatorio hace un llamado al Gobierno distrital, y en particular, a la Secretaría de Salud, para adentrarse aún más en la perspectiva de igualación de los planes de atención hacia arriba, es decir, conduciendo el POS subsidiado hasta el plan de servicios del POS contributivo.

Al pasar de los análisis macroeconómicos e institucionales generales al monitoreo de ciertos indicadores básicos de seguimiento a la equidad, vuelve a evidenciarse la determinación de los resultados en la salud de las personas por la posición social y el régimen al cual pertenecen. Las inequidades son tan notorias que la medición regular de tales indicadores debe convertirse en un instrumento imprescindible de la Administración



para valorar su capacidad de cerrar brechas y de lograr una mayor equidad en el acceso, la calidad y la oportunidad en la atención.

Un aspecto notorio es el hecho de que, pese a mejorar los resultados en la salud de los niños y las madres gestantes, esa es todavía una población sometida a altas probabilidades de enfermedad y muerte evitables, respecto de países con niveles de desarrollo similares al colombiano. En consecuencia la recomendación consiste en hacer un llamado a la Secretaría de Salud para que incorpore de manera más asertiva un enfoque de equidad en sus programas, en las políticas generales que impulsa en la ciudad y en las relaciones contractuales con los actores institucionales del sistema. Una cosa es constatar una inequidad a partir de los resultados en salud y otra muy diferente explicar con suficiencia los procesos a través de los cuales diferentes causas económicas, políticas y culturales se combinan para producir los mecanismos de inequidad y, por lo tanto, las enfermedades, la discapacidad y las muertes evitables.

La información además de que permite ilustrar eventos y frecuencias, también obscurece o devela las causas y condicionantes de la mala vida. Igualmente puede fragmentar los datos médicos de las personas, de tal manera que se ignoren los mapas de riesgo de cada cual según su localización territorial, las características del hogar, su entorno y el estrato socioeconómico. Si se pretende transitar de los registros de inequidad a los análisis de equidad y de éstos a la formulación de políticas pro equidad, la información se convierte en requisito indispensable. En buena hora, la Secretaría Distrital de Salud solicitó al Observatorio emprender el análisis de la Encuesta de Calidad de Vida de 2007 y plantear una encuesta regular sobre equidad y salud.

La investigación sobre la *Discapacidad como huella de inequidad en Bogotá* y el *Análisis de la Encuesta sobre Condiciones de Salud y de Trabajo en las Unidades de Trabajo Informal con Mayor Grado de Vulnerabilidad, 2006* demuestran lo dicho: la carencia de información suficiente para escalear responsabilidades, procesos y determinantes sociales e institucionales sobre los resultados inequitativos en salud. Igualmente, alertan a la Secretaría sobre la necesidad de mejorar los procesos de atención y los sistemas de registro y análisis de sus propias políticas en términos de equidad para poder evaluarlas, ponderarlas, promocionar los éxitos y corregir las limitaciones.

La información producida hasta el presente y sistematizada por el Observatorio, originada en las fuentes disponibles, aunque fragmentaria e insuficiente para dar cuenta de las múltiples manifestaciones de la inequidad, aporta bases suficientes para identificar áreas de políticas sanitarias en las cuales se requieren análisis más sistemáticos para



reorientar las formas de intervención pública. Es, por ejemplo, el caso de los programas de salud materno-infantil, discapacidad y salud ocupacional, o el de las acciones de promoción y prevención. Un estudio crítico de las políticas y de los programas, bajo la perspectiva de la equidad social, en la búsqueda de avances prácticos es un campo donde el Observatorio jugará un papel importante en el futuro.

La discapacidad temprana y de por vida en la población pobre es notoria, hecho que refleja cómo los programas de prevención y de atención posterior no funcionan con idoneidad. Los planes obligatorios no cubren mínimamente las necesidades de la rehabilitación; por ello, se reclama la organización de una política pública de servicios de rehabilitación, principalmente para los estratos bajos. Una discriminación positiva a favor de los niños pobres con deficiencias, limitaciones y restricciones podría sacar a miles de una discapacidad permanente que las condena a la pobreza y a la marginalidad de por vida.

Los factores que explican la presencia de discapacidades son múltiples; entre ellos, el sistema productivo, la informalidad laboral, las carencias del hogar, el entorno, la infraestructura, la inseguridad y el medio ambiente. Tales causas exceden las capacidades de intervención de la Secretaría de Salud; en consecuencia, es imperativo que esa entidad impulse en el Consejo de Política Social la formulación de una política general de prevención y de planes de atención para el cuidado de las personas con limitaciones físicas y motoras.

En Bogotá la mayoría de los trabajadores está desprotegida frente a los accidentes derivados de su actividad laboral. Los sistemas de información no reconocen de manera adecuada la conexión entre lesiones y actividades económicas; los patronos evaden masivamente sus responsabilidades y los servicios de salud tienen que asumir indebidamente los costos de las carencias de los seguros de accidentes, de la irresponsabilidad patronal y de los errores de registro en los sistemas de información. Se recomienda a la Secretaría emprender una investigación profunda sobre los riesgos para la salud derivados de la actividad económica, que conduzca a mejorar tanto los sistemas de información como las políticas de prevención; así se producirá la información suficiente para perfeccionar normas y prácticas que conduzcan a aumentar la responsabilidad patronal y del sistema de riesgos de accidentes.

Consideraciones teóricas e históricas sobre la fiscalidad

Óscar Rodríguez Salazar*



Capítulo 1

* Director del Grupo de Protección Social del del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia; profesor titular de las universidades Nacional de Colombia y Externado de Colombia.





Presentación

La razón principal por la cual el Grupo de Protección Social, en el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud, considera pertinente realizar una investigación sobre la Fiscalidad en el Distrito Capital consiste en determinar el lugar que diferentes administraciones (alcaldías) le han otorgado a lo que podría denominarse *la cuestión social*. Si bien es cierto que varios factores repercuten en la inequidad, —entre ellos el régimen de acumulación con dominación financiera que determina un comportamiento del mercado laboral caracterizado por bajos salarios, informalidad, trabajo precario, prácticas clientelistas proclives a la corrupción, discriminación social que conduce a una cultura del estigma social al igual que a una política en la cual la ciudadanía social trueca el derecho por el favor—, es de esperarse que la política social de carácter local compense en alguna medida los efectos perversos de esos determinantes estructurales. Esta preocupación a su vez está referida a la importancia que tiene la política pública en materia de protección social para contrarrestar dos tendencias recientemente fortalecidas: la concentración del ingreso y la expansión de la pobreza.

Como se ha mencionado en varios informes, Colombia y Brasil son los países con mayores índices de concentración del ingreso en América Latina; por lo tanto, se hace necesario explorar ¿cuáles han sido los alcances de las políticas públicas que contribuyen a atenuar los altos niveles de exclusión social?¹ Se conoce bien que entre las formas de luchar contra la exclusión social están los sistemas de protección social². De otra parte, una de las graves dificultades que ha tenido la sociedad colombiana ha sido la extensión y la profundización de la pobreza a partir de la última década del siglo XX y durante lo corrido del XXI. De esta característica no está exenta la sociedad bogotana, de ahí que sea necesario analizar la forma de diagnóstico de los problemas de pobreza en los discursos formales contenidos en los planes de desarrollo de los gobiernos de Mockus, Peñalosa y Garzón, la manera cómo se enfrentaron tales problemas y, en últimas, los resultados en términos de su disminución.

¹ En el Informe de la CEPAL [2008:53] *Panorama Social de América Latina*, en Brasil y Colombia el 10% de los hogares más ricos concentra, en promedio, el 41,8% de los ingresos totales. De otra parte, la relación de ingresos entre el decil más rico y los cuatro deciles más pobres en Colombia es de 40 veces. El coeficiente Gini para 2007 alcanzó el 60,1%, cifra sólo superada por Brasil con el 0,627.

² Históricamente, el nivel local —la parroquia o el municipio—, ha sido el ámbito tradicional de desempeño de las políticas de asistencia social, con la caridad cristiana y el clientelismo como telón de fondo. Los derechos sociales, en cambio, se desarrollaron y ampliaron a partir de iniciativas nacionales, con la conformación del Estado social. Rodríguez, Ó. "Del patronato al aseguramiento en el sistema de protección social en Colombia. En Lebonniec, Y. y Rodríguez, Ó. (2006) *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de Protección Social*. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia - CID.



La investigación se inicia con una exploración teórica de la forma como las diferentes corrientes en las ciencias sociales analizan la fiscalidad. Nosotros nos inclinamos por una aproximación *holista*, construida sobre un programa de investigación en donde cada una de las disciplinas que se ocupan de esta temática, guardan su propio método de análisis, a diferencia del individualismo metodológico en donde se hace una simple transposición del método económico a las otras ciencias sociales. Al ser lo fiscal una decisión política, se impone reflexionar sobre la teoría del Estado, dado que el modelo institucional y las reformas tributarias generalmente tienen trámite parlamentario.

El segundo tema de estudio es la reconstrucción histórica, que desempeña un papel de primer orden en nuestra aproximación metodológica, puesto que una perspectiva de larga duración hace explícitas las regularidades históricas de la fiscalidad.

En tercer término se examina la evolución de los indicadores macroeconómicos en el Distrito Capital para el periodo de análisis. Por último, se estudian los planes de desarrollo de las últimas tres administraciones, teniendo como referencia el diagnóstico que el Observatorio hace sobre la pobreza, la inequidad y el comportamiento del mercado de trabajo; sobre estos ejes se evalúan los logros de cada una de las administraciones. Con las conclusiones del estudio se cierra esta primera exploración de la fiscalidad.

1.1 Desarrollos teóricos sobre la fiscalidad

La investigación sobre la fiscalidad implica reflexionar sobre el modo como el Estado capta recursos del público con miras a financiar sus gastos y la manera en que éstos se asignan. Las diferentes alternativas teóricas para estudiar esos dos componentes (ingresos/gastos), se relacionan específicamente con el Derecho, la Historia y la Economía, las disciplinas que más se han preocupado por estos temas. Dentro de esa perspectiva, la fiscalidad es un punto de encuentro de diversas ciencias sociales.

La historia de las finanzas públicas está estrechamente ligada a la historia económica y a la historia política. Ejemplos ilustrativos de dicha relación lo proveen las repercusiones del impuesto sobre la vida económica en la Europa del Antiguo Régimen; la controversia sobre los impuestos durante las revoluciones burguesas —en especial en la Revolución Francesa de 1798—, y las protestas contra el sistema vigente en las colonias hispanoamericanas.



De otra parte, casi todas las corrientes en teoría económica admiten que el impuesto cumple la función de permitirle al Estado garantizar el orden público y la defensa nacional. Tal función social se justifica por cuanto no existe ningún interés individual con la suficiente capacidad económica para defender el conjunto de un país, donde cada uno de sus miembros demanda la necesidad de contar con la protección frente a las amenazas externas.

Finalmente, el sistema de finanzas públicas se traduce en términos jurídicos...

...por la constitución de un cuerpo específico de conceptos doctrinales y de reglas de operación concernientes a la elaboración del presupuesto, a la contabilidad pública y a los movimientos de fondos. En términos políticos el voto del presupuesto por la Asamblea Representativa, emanación de la soberanía popular, constituye un acto político. La formación de un aparato administrativo propio, dotado de jerarquía, coherente, dirigido por un cuerpo de altos funcionarios –particularmente influyentes–, contribuye a la estructuración de la esfera de las finanzas públicas tanto en materia de repartición y colecta de ingresos tributarios como en control y fiscalización de los gastos públicos” [Cohen, 1995:115].

Los conceptos doctrinales se expresan en un campo del Derecho: el tributario, que enuncia las reglas que regulan la relación entre el Estado y el contribuyente.

1.1.1 Primeras formulaciones de la fiscalidad en una perspectiva de economía política

La ciencia económica desde sus orígenes se ha interesado por del estudio el sistema impositivo. La obra de Francois Quesnay –el representante más destacado de la fisiocracia–, propone en 1756 que el Estado debe inclinarse por gravar con un impuesto único y directo. Smith, fundador de la Economía Clásica, se ocupa del sistema impositivo en su obra *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones* (1776); en el libro quinto: *De los ingresos del soberano o de la República*, al determinar la órbita de acción del Estado, enmarcada en una concepción liberal, menciona los gastos que podría realizar el soberano y discierne las... “fuentes de ingreso que pertenecen particularmente al soberano o a la República”³. En ese

³ Según Smith, existe una justificación social para realizar determinados gastos, por ejemplo los que se “hacen para defender la sociedad y para sostener la dignidad del primer magistrado se realizan en beneficio de toda la sociedad”. En consecuencia, esos gastos deben sufragarse a base de contribuciones anuales; a diferencia de los de justicia que deberían financiarse mediante tasas judiciales [Smith, 1958:717].



libro, además, se traza lo que podría ser el nacimiento del sistema impositivo moderno, al establecer los criterios que debe guardar la fijación de un impuesto: *igualdad* “los ciudadanos de cualquier Estado deben contribuir al sostenimiento del gobierno, en cuanto sea posible, en proporción a sus respectivas aptitudes, es decir, en proporción a los ingresos que disfruten bajo la protección estatal” (pág. 726): *certidumbre, comodidad en el pago y economía de la recaudación*.

En 1817 cuando aparece la obra de David Ricardo, *Principios de economía política y tributación*, en Inglaterra se sienten los efectos de la revolución industrial, se visibiliza la clase obrera y se organizan los “*trade-unions*”; además, los efectos del mercado autorregulador se manifiestan a través del desempleo abierto, la miseria y la exclusión social. Por lo tanto, las preguntas ligadas con la Economía Política, es decir, con las de saber cómo se reparte entre los grupos sociales la riqueza generada por el trabajo, se tornan muy pertinentes. Las primeras palabras del prólogo de la obra mencionada son:

El producto de la tierra, todo lo que se saca de su superficie por la aplicación conjunta del trabajo, la maquinaria y el capital, se distribuye entre las tres clases de la sociedad: los propietarios de la tierra, los del capital necesario para cultivarla y los trabajadores que la cultivan.

Para Ricardo el problema principal de la Economía Política consiste en determinar las leyes que regulan esa distribución; entre los objetivos de ese libro se encuentra: “exponer sus opiniones sobre las leyes de los beneficios y de los salarios y de los efectos de los impuestos”. Es bastante conocida la forma mediante la cual Ricardo explica el conflicto redistributivo existente entre capital y renta, y el modo como se podría solucionar: la importación de productos agrícolas, lo que implicaba abolir la Ley de Granos y así reducir el precio de los bienes salarios, de paso abaratar la renta, disminuir el poder de los terratenientes y ampliar la acumulación capitalista⁴.

Tal vez es Marx el pensador que mejor articula lo histórico, lo económico y lo político en el análisis impositivo. En lo histórico señala que el moderno sistema tributario viene aparejado con la deuda pública, propia del mercantilismo —periodo de

⁴ Autores reformistas y socialistas, entre ellos Sismondi en Francia y Wagner en Alemania, proponen en el siglo XIX el uso del impuesto como un medio de justicia social y de redistribución. Los tributos sobre los ingresos y las herencias son, entonces, una palanca de transformación social que evitan las desigualdades excesivas. La voluntad política de fijar impuestos al capital, la plusvalía, las herencias serán una constante en el pensamiento social demócrata; el Estado debe desarrollar la justicia social que la economía de mercado en busca de la eficiencia no puede realizar directamente.



transición del feudalismo al capitalismo—, que expande el mercado mundial por medio de las guerras comerciales; nuevos empréstitos significan nuevos impuestos para sufragar los gastos y los intereses de los empréstitos concedidos al Estado. Los impuestos, que en su mayoría gravan artículos de primera necesidad, encarecen esos productos y favorecen la expropiación a campesinos y artesanos, quienes al agobio de las deudas contraídas deben sumar el pago de los impuestos.

Lo anterior significa que en materia económica ese sistema contribuye al proceso de descomposición del campesinado y a la consolidación del mercado laboral. Para el autor el impuesto al consumo no alcanzó su verdadero significado sino:

...después del advenimiento de la burguesía. En manos del capital industrial, es decir, de la riqueza sobria y económica que se mantiene, se reproduce y se agranda por la explotación directa del trabajo, el impuesto sobre el consumo era un medio de explotar riqueza frívola, alegre y pródiga de los grandes señores que no hacían más que consumir” [Marx, 1966:167].

En lo político el impuesto es la principal fuente de fondos que, extraídos del conjunto de las clases, se invierten en someterlas todas al dominio burgués. Es decir, sirve para financiar al Estado que por ser aparato de dominación necesita ingresos para mantener el ejército, la burocracia, o sea, las instituciones requeridas por las clases capitalistas para extender su dominación política al resto de la sociedad⁵. Ante una mayor división del trabajo nace la necesidad de mantener una estructura social que tiene para sí nuevas actividades, nuevos sectores de producción sobre los cuales intervenir y un mayor radio de acción del enfrentamiento político entre las clases, por lo cual se requiere cada vez más la presencia del Estado, lo que, a su vez genera, nuevos gastos y paralelamente nuevos impuestos. De ahí que la complejidad social que adquiere una Nación demanda un crecimiento del sistema tributario.

Esa articulación de lo político, lo económico y lo social en la fiscalidad se puede resumir en que en la esfera de lo político e institucional se aprecia como el Estado convalida su actividad financiera mediante el uso del poder político, el cual, por su parte, se sustenta en las instituciones desplegadas para cumplir con esa finalidad. En el terreno de lo económico la acción del Estado se inscribe en un conjunto de

⁵ Para Marx los “impuestos son la fuente de vida de la burocracia, del ejército, de los curas y de la corte; en una palabra, de todo el aparato del Poder Ejecutivo. Un gobierno fuerte e impuesto fuerte son cosas idénticas. La propiedad parcelaria se presta, por naturaleza, para servir de base a una burocracia omnipotente e innumerable” [Marx, K. (1966) *El dieciocho Brumario de Luis Napoleón Bonaparte*, p.322].



actividades, pero con la peculiaridad de que —vía la política económica entre ellas la fiscal— puede modificar los ritmos de acumulación. En el ámbito de lo social el Estado puede incidir sobre las transformaciones de las relaciones sociales existentes.

1.1.2 Una aproximación convencional de la fiscalidad

En este informe se opta por la “carta de navegación” de tomar la *fiscalidad* entendida en la forma que lo hace la economía clásica; es decir, consideramos la economía política como la manera en que los agentes de la producción participan en lo producido en un contexto político bien definido. Ello conduce a apartarnos de una visión de la Economía de carácter técnico, matemático y apolítico. En nuestro enfoque existe una estrecha relación entre el análisis económico y la esfera de lo político. La mayor parte de los problemas económicos se asocian con la intervención de poderes públicos, la repartición de la riqueza y de los ingresos entre los individuos, los conflictos de intereses entre los grupos sociales y la competencia entre naciones. En el plano de la política económica esta opción metodológica concluye que no existe la *neutralidad* en las decisiones que toma cualquier gobierno en materia de intervención del Estado; siempre se favorecerán determinados grupos sociales en detrimento de otros. De manera adicional, se reconoce que las grandes fortunas no sólo se asocian a destrezas empresariales sino también a una buena ubicación con relación a la política económica. De otra parte, los fenómenos políticos no se pueden considerar como variables exógenas —determinadas por fuera del modelo—, ni como restricciones que pesan sobre la economía nacional.

La despolitización del análisis económico se puede ubicar hacia 1871 con la formulación del modelo neoclásico coligado con la teoría microeconómica, cuyos fundamentos se conocieron con el nombre de la Revolución Marginalista de Walras, Menger y Jevons, sus representantes más destacados⁶. La prioridad de esos autores era construir una teoría matemática de los comportamientos individuales y de su coordinación armoniosa en los mercados concurrenciales.

En sus orígenes los neoclásicos no introdujeron en su programa de investigación las instituciones, ni siquiera las que se consideran básicas para analizar adecuadamente la economía de mercado: la empresa y el Estado. A la primera se la consideró como una

⁶ “Ante la carencia de una fecha inequívoca para la adopción del marginalismo, se acostumbra establecer la fecha de 1871, cuando Jevons y Menger publicaron sus respectivas obras y próxima a 1874, cuando Walras publicó la suya, como punto de partida común del cual arranca el establecimiento de un cuerpo teórico basado en conceptos macroeconómicos tales como la utilidad marginal, sustitución en el margen, individualismo metodológico, maximización, análisis del comportamiento humano” [Méndez, 2004:19.].



especie de *caja negra* que sólo hacía parte de la función de producción, la segunda únicamente a finales del siglo XX recibe un tratamiento riguroso con la obra de North [1994], quién lo vincula a una teoría de los derechos de propiedad. Las críticas que desde otras opciones teóricas se le formularon los condujeron a enriquecer sus categorías de análisis [Rodríguez, 2001].

Con la aparición de la Nueva Economía Institucional (NEI) el pensamiento neoclásico poco a poco va introduciendo en su programa de investigación los componentes societales: grupos, instituciones y el Estado. Esa nueva corriente de pensamiento comparte con la Economía Neoclásica los supuestos metodológicos construidos a partir del individualismo metodológico, la estabilidad de las preferencias, el comportamiento maximizador de los agentes económicos y la racionalidad individual.

En la tradición ortodoxa es normal tomar un solo individuo como punto de referencia representativo para estudiar la sociedad, constituida a partir de una relación contractual; por ende, para la NEI los componentes societales tienen un comportamiento similar al de los individuos. Uno de los rasgos distintivos de la nueva opción teórica son los costos de transacción en el análisis económico. Los derechos de propiedad, los costos de transacción y la interpretación económica de las instituciones son los tres puntales del institucionalismo moderno.

Con la Economía del Bienestar –uno de los primeros campos de estudio de la NEI–, se vuelve a traer a colación el estudio del sistema impositivo en tanto se argumenta la necesidad de contar con la intervención pública para superar las llamadas “fallas de mercado”. Entre las preocupaciones de esta corriente se encuentra el estudio de las externalidades⁷; eso, en líneas generales, significa introducir al sector público en la economía. Arthur Pigou es el más destacado representante de esta opción teórica en su obra *Economía del Bienestar* concluye que “cuando los costes privados y sociales o los beneficios privados y sociales no coinciden –en caso de externalidad positiva o negativa– la toma de decisiones por los agentes privados o a través del mercado lleva a una mala asignación de los recursos” [Martín, 2006:78]. Las proposiciones sobre las cuales construye su argumentación descansan sobre dos elementos: el primero es la existencia de una correspondencia entre los incrementos de la renta nacional y los

⁷ La *Economía del Bienestar* aparece como una reacción, un inconformismo con la incapacidad de la economía clásica de responder, a través de sus sucesivas formulaciones, a determinados postulados sociales. “La miseria y la depauperación que nos rodea, el lujo irritante de algunas familias ricas, la terrible incertidumbre que pesa sobre muchas familias pobres: he ahí, sin duda, males harto conocidos para que nadie se atreva a negarlos. El conocimiento que aporta nuestra ciencia (la economía) puede paliar estos males” [tomado del Prólogo de Pigou en 1928 a la tercera edición de su *Economía del Bienestar*].



incrementos de satisfacción o bienestar; y el segundo, es que una transferencia de la renta monetaria de los ricos a los pobres aumenta la satisfacción total [Pigou, 1946].

Los servicios más importantes que requieren esa transferencia son: la enseñanza elemental, la asistencia médica y el suministro de agua [Pigou, 1962]. Esos tres bienes presentan una demanda altamente rígida, esto significa que quién los necesite los adquirirá cueste lo que cueste, la sociedad no puede prescindir de ellos. La política de transferencia se financia mediante la creación de un sistema impositivo que debe garantizar que los impuestos sean directos y progresivos; y además, podrá cumplir con la meta de corregir las externalidades.

Esta forma de reflexionar conduce, inevitablemente, a justificar una extensa intervención del Estado, tesis cuestionada por la Economía Neoclásica, la cual sostiene que con la sola acción del mercado se logra un óptimo social⁸. Sin embargo, a mitad del siglo XX la corriente ortodoxa debe responder a un conjunto de situaciones: la ampliación del sector público, que en algunos países representa una parte considerable del PIB, la presencia significativa de los Estados de Bienestar y el debate teórico generado a partir de los postulados de la macroeconomía keynesiana. En ese contexto se formaliza la teoría económica construida sobre *elección pública*⁹. Los grandes problemas macroeconómicos —la inflación, el desempleo, la estagnación, las crisis recurrentes del capitalismo—, deben ser explicados, pero para los economistas liberales (neoclásicos) “los fracasos de la política económica no proviene de las lagunas de la teoría económica sino de un abuso de poder del Estado que persigue fines diferentes al del bienestar colectivo” [Généreux, 1996:12].

Se hacía imprescindible una teoría explícita del comportamiento del Estado. Ahora el objeto de estudio es la Economía Política Moderna definida como un análisis económico que se ocupa de la interacción entre la economía y la política, al mismo tiempo considera que los métodos de la ciencia económica (individualismo metodológico) pueden aplicarse al estudio de los fenómenos políticos. Dentro de tales criterios se desarrolla la teoría de la *elección pública* (*Public Choice*). El mejor representante de esta

⁸ “La teoría ortodoxa de la Economía del Bienestar no ha prescindido de conceptos éticos, esta opción simplemente ha privilegiado una moral individualista y particular. Se sostiene que es imposible concebir una Economía del Bienestar sin poner en consideración problemas éticos y no considera que la ética particular adoptada por la economía estándar o sea la más apropiada” [Amable y Palombari, 2005:15].

⁹ “La elección pública, la rama de la economía que analiza la política, ve la ideología como una señal. Ve a los políticos como seres egoístas y racionales que maximizan la utilidad, como cualquier otro. El objetivo principal de un político es ser elegido y reelegido. Una manera de lograrlo es votar por los proyectos de ley de un modo que complazca a sus electores... Lo que la elección pública pierde de vista es que en gran parte la ideología se basa en el simbolismo y en la mitología” [Moroni, 2007:27].



opción teórica es James Buchanan, para quien esta aproximación se puede considerarse como una economía política normativa que intenta responder a un conjunto de interrogantes: ¿cuáles son los objetivos que los responsables políticos deben seguir? ¿cuáles son los dominios y las formas de intervención del poder político deseables para la sociedad? ¿cuáles son los procedimientos de selección colectiva y las instituciones óptimas para la sociedad? [Généreux, 1996:13]

A Buchanan le interesa desarrollar una teoría de la elección constitucional óptima para los ciudadanos racionales dentro de una democracia; su preocupación no es tanto por la forma de operación del Estado en el proceso real, sino más bien lo que debería hacer. Opta por una concepción individualista del Estado y de la elección pública, en ella el Estado no tiene existencia propia y los responsables políticos no tienen objetivos propios. A pesar de que su trabajo llama la atención sobre la necesidad de analizar el proceso político, el cual presenta algunos límites entre los cuales se destacan: la necesidad de recurrir a idea de unanimidad en el proceso constitucional, la ausencia de grupos sociales antagónicos y la aplicación del modelo sólo a esquemas de democracia directa.

De la escuela de pensamiento liderada por Buchanan y Gordon Tullock se deriva una nueva concepción de Economía Política que ha servido de “sentido común” a un vasto movimiento de reorganización administrativa “a la cual Cristian Hood en 1991 le ha dado el nombre de nueva gestión pública (New Public Management). Esta alternativa busca transformar el Estado bajo la inspiración de un modelo basado en la lógica de la competencia y de los métodos de gobierno utilizados en las empresas privadas” [Dardot y Laval, 2009: 383]

En materia fiscal Buchanan reflexiona en su obra *La Hacienda pública en un proceso democrático* [1973] acerca de la “elección fiscal” en dos contextos: en el primero supone que las instituciones fiscales se imponen de manera exógena al individuo, y, en el segundo, el individuo puede seleccionar entre las institucionales fiscales. El interés es indagar cómo se forma la elección fiscal del individuo y cómo se logra una elección fiscal de carácter colectivo. Al elegirse las instituciones fiscales nos ubicamos en el plano “constitucional”; es decir, son los individuos quienes determinan los impuestos que prefieren en la financiación de los bienes y servicios que demandan colectivamente¹⁰. Potencialmente, en una democracia directa, el...

¹⁰ “El científico social que trata de explicar las instituciones sociales y el comportamiento humano bajo estas instituciones se enfrenta con problemas de particular dificultad. La unidad objeto de este análisis es la



...individuo sabe que si se une a un número suficiente de conciudadanos puede cambiar los resultados colectivos englobados en los niveles de impuestos y gastos públicos y, si es necesario, las instituciones a través de las que se alcanzan estos resultados. La diferencia distintiva entre la actitud del individuo en las estructuras efectivamente democráticas y las efectivamente no democráticas, reside en el poder de elección potencial que posee. En el primer caso, el individuo sigue siendo en todo momento un participante potencial, con independencia de que participe o no realmente [Buchanan, 1973:195].

Este autor en su libro titulado *Los límites a la libertad* pregona la abolición de los Estados de Bienestar para que se reemplacen por un nuevo contrato social dentro del cual los sectores pudientes de la sociedad verterán una compensación financiera a los pobres como contrapartida de las prestaciones anteriormente recibidas.

Esta teoría además de no considerar el Estado de manera directa, en tanto esta institución ejerce el monopolio de recaudar impuestos, está bastante alejada de la realidad, pues no logra integrar el análisis de los grupos de presión –algo que más tarde haría Marcur Olson–, frente, por ejemplo, al trámite parlamentario de una reforma tributaria. Para Buchanan la elección de una institución fiscal se...

...convierte en algo similar a la elección de las reglas que han de regir en un juego cualquiera[...] La incertidumbre inherente a la elección de las reglas la aceptan los diferentes jugadores con más facilidad que en otras circunstancias [...] Para nuestros propósitos, el juego consiste en elegir entre instituciones fiscales alternativas [Buchanan, 1973:244].

Otra perspectiva teórica que se esfuerza por integrar al Estado dentro del análisis económico es la denominada Escuela Austriaca de Menger, Hayeck y Von Mises, sentido por el que se les podría considerar como relacionados con la NEI. Estos autores representantes de la Economía Ortodoxa logran la depuración de los conceptos económicos de sus aspectos sociológicos, lo cual significa suprimir todo análisis de economía política a la manera del pensamiento clásico; ahora la distribución se interpreta como un asunto de asignación de recursos donde la distribución social del excedente económico no desempeña ningún papel. Al primero de estos economistas se le considera uno de los representantes más destacados de la Economía Neoclásica;

persona individual, un ser que adopta decisiones y que no es un autómata. En la medida en la que el hombre puede elegir, y de hecho elige, el científico no puede predecir o explicar con exactitud su comportamiento” [Buchanan, 1973:187].



en su obra *Principios de economía política* escrita en 1871 hace un notable esfuerzo para explicar la teoría subjetiva del valor “la medida del valor es totalmente subjetiva y que, por consiguiente, un bien puede constituir para un sujeto económico, un gran valor, para otro un valor menor y para un tercero un valor nulo, según sea la diferencia de la necesidad y la masa disponible” (Menger, 1871:131) en controversia a lo desarrollado por la Economía Clásica y Marx respecto a la teoría objetiva del valor¹¹.

Los otros dos autores escriben obras de claro contenido de Filosofía Política que pueden considerarse fundadoras del pensamiento neoliberal, en el cual subyace una teoría del Estado con clara inclinación hacia la propuesta de un Estado Mínimo [St. Longuet, 1991]. La Escuela Austriaca sostiene que el mercado es el mejor organizador de la sociedad y la labor del Estado sería facilitar el desarrollo de las potencias que encarna el mercado autorregulador, en los términos elaborados por Polanyi. Entre las ideas directrices de la escuela se encuentra un principio de política económica cuyo eje gira en torno a la flexibilización y liberalización de los mercados; en otras palabras, los precios deben ser fijados libremente por el juego de oferta y demanda, esto implica suprimir los controles de precios, apertura, debilitar al salario mínimo, banca central autónoma, entre otras políticas económicas. En este orden de ideas, la mejor forma de atacar la desocupación es instaurar una determinada flexibilización salarial, y para alcanzar esa meta se debe privar a los sindicatos de poder coactivo y generar una apropiada política monetaria independizada del poder público.

Junto a dicha recomendación se construye una ideología que enfatiza en el individuo y como lo señala Restrepo [2003:21] “el pensamiento neoliberal se basa en la creencia de que los individuos emprendedores son el motor del progreso y no los trabajadores o la asociación y cooperación social. Los individuos, para ser libres y desatados de la tiranía, deben ser propietarios de sus bienes y decisiones. Individualismo, libertad personal y propiedad privada conforman la tríada de la ideología neoliberal”.

Así en el trabajo de Hayek, *Camino de la servidumbre*, uno de los fines es cuestionar el laborismo inglés y advertir cómo el intervencionismo de Estado puede conducir a la planificación y, en últimas, al socialismo, puesto que el abandono del liberalismo clásico pone en peligro la existencia de los valores sobre los cuales se ha

¹¹ Otra controversia importante de Menger fue con la Escuela Histórica Alemana, en particular con Gustav Schomoller. Uno de los puntos en que se basó la polémica eran los supuestos sobre los cuales se construyó el individualismo metodológico. La escuela les criticaba cómo era posible hacer una construcción teórica dejando por fuera los referentes históricos, prescindir del análisis de las instituciones, basar su análisis en la competencia perfecta cuando lo predominante eran los monopolios; en últimas que no tenía credibilidad una reflexión que no incorporaba lo social en el programa de investigación.



erigido la sociedad occidental. Al referirse al Estado retoma la inspiración anglo-escolesa, la cual descansa sobre la formación espontánea de un orden social armonioso que no debe nada a ningún proyecto político constituido con base en un acuerdo social¹². Para Von Mises [1996:90] el papel que debe desempeñar el Estado –además de ser un aparato de compulsión y coerción– es el de proteger la vida, la salud, la libertad y la propiedad de sus ciudadanos contra la agresión violenta y fraudulenta. Por su parte, el totalitarismo –se refiere a la experiencia soviética construida con la revolución bolchevique–, inmerso en la planificación central ataca el mecanismo de la libre elección y no propicia los incentivos, elemento sobre los cuales se construye el pensamiento liberal y se sustenta la economía de mercado.

Respecto a la igualdad, Hayek afirma que es formal ante la ley pero está en pugna y, de hecho, es incompatible con toda la actividad del Estado dirigida deliberadamente a la igualdad material o sustantiva de los individuos; desde la óptica de la justicia distributiva “tiene que conducir a la destrucción del Estado de derecho. Provocar el mismo resultado para personas diferentes significa, por fuerza tratarlas diferentemente” [Hayek, 1950:111]. En la base de tal disquisición está el papel que le asignan los liberales a las desigualdades económicas: al tener los individuos distintas capacidades y por ende diferentes condiciones de vida y riqueza, existen estímulos al cambio.

Mises, sostiene esa misma idea; en su obra *Sobre liberalismo y capitalismo* [1993] afirma que los logros de la sociedad occidental:

...son precisamente consecuencia de la desigualdad de rentas y patrimonios, pues esa disimilitud es el motor que a todos, ricos y pobres, induce a producir lo máximo que en su mano esté y al costo más bajo posible, lo cual permite atender, cada vez mejor, las necesidades de la masa consumidora. Suprimidos tales estímulos, se reduciría inevitablemente la riqueza total de modo que, efectuada la tan ansiada redistribución igualitaria, serían aún más míseras esas personas a las que en la actualidad denominamos pobres [Von Mises, 1996:47].

De esta forma, la desigualdad está en conexión estrecha con los derechos de propiedad y, por ello, una actuación fiscal basada en la redistribución del ingreso atentaría contra el motor que impulsa la sociedad capitalista. Estas reflexiones conducen a

¹² Como bien lo anota Rosanvallon [1976], la postura apolítica que supuestamente encarna la ideología neoliberal hace de la sociedad de mercado el arquetipo de una nueva representación de los social; es el mercado (económico) y no el contrato social (político) el verdadero regulador de la sociedad.



Hayek y Mises a inclinarse por un sistema fiscal basado en la tributación indirecta, para “no alterar las desigualdades sociales”, pese a sus efectos de carácter regresivo.

Un rasgo característico el pensamiento de estos dos representantes de la Escuela Austriaca es el de oponerse a cualquier clase de intervencionismo estatal, ello los conduce a polemizar con el pensamiento keynesiano y a oponerse, obviamente, al compromiso encarnado en la formación de los Estados de Bienestar. Las críticas a la regulación del Estado sobre el mercado se formulan en nombre de la defensa del consumidor y se afirman en la idea de que el monopolio público atenta contra el principio de libre elección; en esta perspectiva los ataques también fueron dirigidos contra la existencia de los sistemas de seguridad social. De ahí que la política de privatización se construye a manera de corolario a esta clase de filosofía política.

A partir de la obra de North el individualismo metodológico logra integrar al análisis económico el Estado en calidad de objeto de investigación. Las bases de este nuevo acercamiento conceptual son: una teoría de los derechos de propiedad, que describe los incentivos individuales y sociales del sistema; una teoría del Estado, ya que esta institución es la que especifica y hace respetar los derechos de propiedad; y una teoría que explique cómo las diferentes percepciones de la realidad influyen en la reacción de los individuos ante la cambiante situación [North, 1994].

Coase con su artículo *El problema del coste social* reintroduce el concepto del derecho de propiedad. Este autor postula que el análisis económico puede interpretarse en términos de derechos y no tanto de intercambio de unidades físicas, por lo cual es necesario estudiar la forma de operación del intercambio de derechos de propiedad; así, el nuevo campo de investigación de la teoría económica es, entonces, la economía de los contratos. Las elaboraciones de Coase son retomadas por Harold Demsetz quien en su artículo *Hacia una teoría de los derechos de propiedad*, se propone explorar el origen y las características que ha asumido la propiedad privada. En este trabajo se inspira North para realizar el análisis económico del Estado.

El germen del Estado se asocia con la creación de una organización que ejecuta los derechos de propiedad. North propone una teoría del Estado retomando la definición dada por Hobbes de la organización política; es decir, se integra a la teoría existente que tiene la relación contractual como base de la conformación del Estado [Rodríguez, 2002]. El premio Nobel de Economía define el Estado como...



...una organización con ventaja comparativa en la violencia, que se extiende sobre un área geográfica cuyos límites vienen determinados por el poder de recaudar impuestos de sus habitantes. La esencia de los derechos de propiedad es el derecho de exclusión, y una organización que tiene ventaja comparativa en la violencia está en situación de especificar y hacer respetar esos derechos de propiedad. [North, 1994:36].

Una de las grandes diferencias entre North y sus antecesores es su visión histórica¹³. Con esta perspectiva se ocupa de analizar el sistema impositivo y su relación con el nacimiento del mundo occidental, estudio realizado en asocio con Thomas y titulado *El nacimiento del mundo occidental 900-1700*. Frente al periodo de análisis los dos autores encuentran que, además del crecimiento de la población y la expansión de los mercados, los arreglos institucionales de cada país decidieron su ritmo de crecimiento, algunos alcanzaron organizaciones eficaces y, por lo tanto, crecieron, mientras otros no la tuvieron y siguieron la ruta del estancamiento o la decadencia. En los inicios de la época moderna los mejores frutos fueron provistos por el perfeccionamiento de la eficacia del intercambio de bienes a través del aprovechamiento de economías de escala y disminución de los costos de transacción.

Para North y Thomas con la expansión del mercado surgió la necesidad de contar con unidades políticas superiores capaces de definir, proteger y aplicar los derechos de propiedad en áreas más extensas que el antiguo señorío. No obstante, ese proceso de centralización se enfrentó a continuas crisis financieras, por esto:

...los nuevos estados nacionales, en constante competencia, pronto descubrieron que su supervivencia exigía ingresos cada vez más elevados que sólo podían obtener de nuevas fuentes. Sobrevivieron aquellas unidades políticas que fueron relativamente más eficaces a la hora de resolver sus problemas fiscales, mientras que las demás fueron absorbidas por sus rivales [North y Thomas, 1980:178].

¹³ Diversos autores consideran que la historia elaborada por el individualismo metodológico puede catalogarse como científica; las otras opciones históricas, entre ellas la representada por Annales, Marx, los poskeynesianos o los regulacionistas no ameritan ese calificativo. En el trabajo de Foggel y Elton *¿Cuál de los caminos al pasado? Dos visiones de la Historia*, creadores de New Economic History se cataloga a la historia construida sobre la cliometría y el análisis contrafactual dentro de esta categoría [Rodríguez, 1997]. Recientemente Nieves San Emeterio Martín [2006:133] menciona que con el neoinstitucionalismo desarrollado por North se presenta una teoría científica de la Historia.



En general, los Estados podían disponer de varias fuentes para obtener recursos: (1) *los impuestos*, en los que, sin embargo, el límite de su incremento radicaba en las revueltas o las revoluciones auspiciadas por algún gran señor interesado en quedarse con la corona; (2) *los créditos*, eficaces a corto plazo –financiar una guerra–, pero costosos a largo plazo, puesto que las tasas de interés eran elevadas dados los riesgos en que incurría el prestamista; además, la devolución del empréstito implicaba la búsqueda de nuevos recursos; (3) *confiscaciones* las cuales requerían disponer de una oportunidad –reducción de la oposición–; (4) *empréstitos forzosos*, los cuales requerían un móvil nacional (defensa); y (5) *concesión de privilegios* a cambio de ingresos (monopolios).

En esta concepción el mercantilismo surge para responder a la urgente necesidad de contar con los ingresos que exigía la participación en la lucha entre las naciones. La elección hecha por los Estados entre los distintos mecanismos de financiación de sus crecientes gastos tuvo su impacto en la organización económica. Inglaterra inició el camino de la definición de sus derechos de propiedad y su Estado hizo menor uso del otorgamiento de privilegios, la acción individual se pudo manifestar y los resultados se observan en la Revolución Industrial. España, por su parte, contaba con tres fuentes de ingreso: la Mesta, los recursos derivados de los Países Bajos y los provenientes del Nuevo Mundo.

Acerca de la forma como las percepciones de la realidad influyen en la reacción de los individuos North le abre campo a un estudio de la ideología, pues parte de la observación de que no siempre el comportamiento individual puede explicarse por la racionalidad económica, sino que también está afectado por una serie de principios o valores inculcados desde la infancia por la familia y el sistema educativo. En el artículo publicado por North bajo el título *La evolución histórica de las formas de gobierno*, intenta responder a las diferentes formas que ha tomado el poder público. Para tal efecto incorpora tres nuevos elementos: el tiempo en el modelo, las percepciones – los sistemas de creencias que determinan las elecciones–, y relaciona los sistemas de creencias con el ambiente externo de los jugadores. En la larga duración, la forma de evolucionar las instituciones podría considerarse un reflejo del sistema de creencias que ponen en práctica los jugadores; éstas han sido adquiridas a través de un proceso de aprendizaje que es la “fuente esencial de la tecnología y las instituciones que los seres humanos emplean para resolver los problemas de escasez”.

Con esa explicación intenta analizar tres formas de gobierno: Holanda, Inglaterra y España. Las dos primeras aunque “siguieron trayectorias diferentes para lograr el éxito político-económico, pero en ambos casos el ambiente externo fue favorable al



surgimiento y desarrollo de una estructura de creencias que indujo a las instituciones políticas y económicas a que redujeran los costos de transacción” [North, 2000:142]; En contraste con lo acontecido en España donde se impusieron los valores y concepciones medievales y se entronizó el sistema de estatus medieval.

1.1.3 Hacia la construcción de una fiscalidad en una perspectiva holista

Una de las diferencias más marcadas entre el pensamiento ortodoxo en ciencias sociales y otras aproximaciones de carácter estructuralistas –en donde las disciplinas conservan su propio método de análisis–, es la de considerar que lo fiscal, además consustancial a lo político, es un asunto de carácter social¹⁴. Las finanzas públicas articulan lo económico, lo social y lo político. En lo económico están determinadas por el régimen de acumulación y pueden alterar el ritmo de la actividad económica; en la órbita política e institucional el Estado convalida su actividad financiera mediante el uso del poder político; y en lo social, pueden afectar tanto la reproducción como las transformaciones de las relaciones sociales existentes.

La hacienda pública expresa la interdependencia de los grupos sociales y las relaciones de fuerza que reinan dentro de una sociedad. Esto queda explícito al presentar ante el Congreso los presupuestos o cuando se tramita una reforma tributaria: los grupos sociales entran en pugna ya sea para beneficiarse por la orientación del gasto público o para que no los afecte por el sistema tributario, ya sea mediante exenciones o deducciones o que se les permita la evasión y la elusión. El impuesto es un elemento estructural de la matriz social, participa de la definición de múltiples relaciones sociales que ordenan las sociedades nacionales. A diferencia del enfoque ortodoxo, aquí la tributación es más que un instrumento técnico que garantiza aportes al Estado.

Por otra parte, y como se mencionó, el sistema impositivo hace parte de la economía política: los conflictos redistributivos inciden en la distribución del producto social, el impuesto no es socialmente neutro. La palabra impuesto deviene de imponer y todo el sistema tributario hace parte de la colisión de intereses entre la sociedad civil y el Estado en torno a la financiación del gasto público. Esto significa que

¹⁴ Para el propulsor del impuesto de la Renta en Colombia, don Esteban Jaramillo, lo fiscal era un asunto inminente social; por esta razón, su libro lo tituló *La reforma tributaria en Colombia. Un problema fiscal y social, 1918*.



la fiscalidad sólo se entiende en referencia a una situación social producto de una larga evolución y del juego de relaciones de fuerzas sociales y compromisos pasados.

1.1.3.1 Fiscalidad y construcción de una alternativa teórica sobre el Estado

No nos parece metodológicamente adecuado analizar la fiscalidad imaginando un país hipotético y, a partir de ese ejercicio, establecer como hubiese sido el transcurrir del sistema impositivo, elegido individualmente por los miembros de una colectividad organizada contractualmente. Las finanzas públicas sólo se comprenden si se enmarcan en el conjunto de la vida de un país; es decir, optamos por el análisis de un país en particular.

En esta dirección nos apoyamos en los desarrollos realizados por la Escuela de Annales —la que en sus inicios tuvo al marxismo entre sus fuentes—, cuya investigación se centra en Francia y particularmente en los desafíos enfrentados por los revolucionarios de 1789 para construir un sistema fiscal de carácter republicano. Uno de los aspectos centrales de esta escuela es reconocer que la fiscalidad no puede considerarse social ni económicamente neutra. El ejercicio que aquí se presenta estará enriquecido con la construcción —en grandes líneas— de la historia fiscal colombiana.

Los estudios de la Escuela de Annales responden a un conjunto de preocupaciones propias de la Academia Francesa: el papel que desempeñó el sistema fiscal en la ruptura del *ancien régime*, las fortunas acumuladas por los financieros —quienes al ser el soporte de los créditos que contrajo la Corona tuvieron la prerrogativa de la recolección de los tributos—, el tratamiento que dio a los impuestos indirectos la Asamblea Nacional Constituyente durante la Revolución Francesa y la influencia de la fisiocracia en las modificaciones tributarias. En la revisión histórica que realiza encuentra que bajo la Revolución Francesa los principios de igualdad, libertad y fraternidad heredados de la primera revolución burguesa se debían manifestar en el sistema impositivo. La abolición de los órdenes de la sociedad cortesana se debía traducir en la supresión de los privilegios fiscales —de que gozaban los señores feudales, la nobleza y los clérigos—, en la unificación territorial y la igualdad económica. La libertad se expresaba colectivamente en la soberanía: la justicia, la guerra y las finanzas públicas eran tres atributos esenciales de ese principio político. Además, se introdujeron tres principios básicos en la organización de las finanzas públicas: unificación, igualdad y racionalización, todo bajo la égida de un Estado articulado a los principios del liberalismo [Antonietti, 1989].



Con la Revolución Francesa se intenta introducir un nuevo orden económico y social que se construye sobre el liberalismo político y económico. Los derechos de propiedad se consideran naturales y le siguen en importancia a la libertad individual: la libertad de empresa, de producción, de trabajo y de beneficios, que implican la abolición de los monopolios. La supresión de las corporaciones de privilegios corporativos se decreta el 4 de agosto de 1789; la libertad de producción se construye con la derogación de las cámaras de comercio; se eliminan los privilegios de las compañías comerciales y las aduanas interiores. Con ello se pretende que el juego de oferta y demanda rijan la producción, los precios y los salarios, y que se unifique el mercado nacional gracias a la libre circulación interior, la que a su vez tuvo un significado económico y fiscal en el cual se abandonan los impuestos al consumo que habían sido condenados por la fisiocracia. La nueva fiscalidad se erige a partir del principio de igualdad de todos los ciudadanos vis a vis del impuesto, se eliminan los impuestos indirectos salvo las contribuciones como registro y timbre.

El nuevo sistema fiscal incluye tres grandes impuestos directos: la contribución sobre la renta, que se deriva de la propiedad rural —se toma bajo la influencia de los principios de la fisiocracia—, el impuesto a los ingresos que se originan en arrendamientos de inmuebles y las patentes que gravaban los ingresos del comercio y la industria [Soboul, 1976]. De esta forma, en el plano fiscal y en virtud de la libertad económica se suprime el sistema de producción feudal.

Entre los representantes más insignes de la escuela se encuentra Fernand Braudel, director, por varios lustros, de la Revista *Annales*. En su obra *Civilización material, economía y capitalismo* se ocupa del problema de las finanzas públicas a partir de las funciones que ejerce el Estado:

...hacerse obedecer, monopolizar en su provecho la violencia virtual de una sociedad dada; controlar de cerca o de lejos la vida económica, organizar, de forma fluida o no, la circulación de bienes, apoderarse sobre todo de una parte notable de la renta nacional para sufragar sus propios gastos, su lujo, su administración o la guerra; y participar en la vida espiritual, sin la cual ninguna sociedad se mantendría en pie [Braudel, 1984:448].

Entre los hallazgos de este autor está el permanente déficit fiscal de los Estados absolutistas durante el período mercantil, causado por la dinámica de la expansión del mercado y la defensa del imperio colonial. Las sociedades cortesanas no logran introducir la racionalidad propia del sistema capitalista en materia de gasto público, ni



ajustar éste a los ingresos que reciben por concepto de impuestos; por esa razón siempre están a merced del crédito y de quienes lo proveen: los financieros, quienes, a su vez, son los receptores de impuestos. A juicio de Braudel, la revolución financiera inglesa (1688 y 1756) transforma el crédito público y la administración de los impuestos –aduana e impuestos al consumo–, que pasan a manos del Estado; en adelante, los tributos y los nuevos créditos deben surtir un trámite parlamentario¹⁵.

Otra fuente de inspiración teórica de este trabajo que se presenta al Distrito es la obra de Norbert Elías acerca del Estado y del sistema impositivo. Es importante recordar que el pensamiento liberal, especialmente el individualismo metodológico, considera que el Estado es el resultado contractual, una selección natural, ignorando de este modo el proceso histórico de aparición y desarrollo del Estado y la sociedad. Contra las categorías idealista del individuo en sí y la persona absoluta “contra una representación atomística de las sociedades que sólo la consideran como la agregación de individuos aislados y la suma de comportamientos individuales. Elías pone como elemento central las redes de dependencias recíprocas que hacen que cada acción individual dependa de toda una serie de otras, modificando a su turno la figura misma de juego social” [Théret, 1992:27]. ...

La “*composición*” de unos seres mutuamente dependientes y el proceso de composición del Estado, del cual se ocupa Elías en sus investigaciones, se definen constituidos por muchas pequeñas unidades sociales que se encuentran en libre competencia. Su trabajo está orientado a mostrar cómo cambia esta composición y por qué lo hace; al mismo tiempo sostiene que hay explicaciones que no tienen el carácter de relación causal, puesto que el cambio de la composición se explica en parte por su dinámica interna, por su tendencia inmanente a construir un monopolio con las unidades libremente competitivas.

La noción de interdependencia aplicada a las unidades sociales en competencia por la obtención de recursos de oportunidades sociales conduce a la monopolización, mecanismo válido también para el análisis de las prácticas políticas y de los comportamientos individuales¹⁶. El proceso de monopolización de la violencia por

¹⁵ Para Yves-Marie Bercy: “El rasgo característico de la política de los siglos XVI y XVII fue la construcción de aparatos estatales centralizados. Esta evolución se desarrolla de manera desigual en todo el continente y a través de coyunturas históricas diferentes. El fisco fue el primer instrumento del proceso de centralización política; su organización fue ella misma unificada; su éxito ofrece en seguida a los Estados los medios de afirmar su poder en sus dominios sin cesar de extenderlos”.

¹⁶ “El individuo o, dicho con mayor exactitud, aquello que refiere el concepto actual de individuo, sigue entendiéndose como algo que existe ‘fuera de’ la sociedad. A su vez, aquello a lo que se refiere el concepto de sociedad se muestra como algo que existe fuera y más allá del individuo” [Elías, 1987:35].



parte del Estado aparece en el ascenso de la sociedad cortesana y está acompañado de la centralización creciente del poder estatal mediante el uso de dos mecanismos: los impuestos y las fuerzas del ejército y la policía. El doble monopolio estatal, militar y fiscal no es más que la expresión socioespacial de las interdependencias motrices de este proceso de monopolización [Elías, 1987].

Las diferencias entre el análisis de Elías y el desarrollado por Marx a propósito del Estado, según Théret, es que el segundo parte de la base y se interesa sobre todo en las clases dominadas dentro del proceso de acumulación capitalista, mientras que Elías parte de lo alto y se interesa esencialmente de las clases dominantes dentro del proceso de monopolización de recursos políticos. De otro lado, en Marx lo individual tiene un estatus secundario con relación a su interés de centrarse en explorar las leyes tendenciales de la acumulación capitalista, mientras que en Elías se propone un análisis teórico y metodológico “más profundo del proceso, con una marcada relativización de los mecanismos concurrenciales entre los individuos independientes y dominantes a la vez, y un acento puesto sobre la diferenciación entre independientes-dominantes, dependientes-dominantes y dependientes-dominados” [Théret, 1992:30].

La Escuela de la Regulación Francesa desarrolla el planteamiento de Elías, concibe el Estado como una relación social de dominación. Esta aproximación teórica parte de la idea de que un mínimo de inducción obliga a admitir que “el orden social no está formado” de la manera como resulta el voto o la formación de un precio de mercado, por la “suma mecánica de ordenes individuales”, y que dentro de las sociedades no igualitarias los...

... dominantes están en capacidad de imponer en la escala de preferencias la más favorable a sus productos (especialmente porque ellos detienen de hecho el poder cuasi monopolístico de instituciones como el sistema escolar, establecen y garantizan oficialmente los rangos). Adoptar un camino inductivo conduce a invertir la hipótesis individualista: es necesario partir de relaciones sociales y no de individuos independientes los unos de los otros” [Théret, 1992:26].

Tres elementos centrales se pueden extraer del análisis de Elías y de los aportes que hace Théret a una nueva teoría sobre el Estado:

1. La existencia de una relación de interdependencia entre los individuos (unidades sociales) y la constitución del Estado como monopolio legítimo sobre las “oportunidades de poder” –los medios de violencia física–.



2. El hecho de que la competencia entre hombres a priori independientes desemboca no sobre el modelo formal de equilibrio general y una estática social sino, al contrario, sobre una "ley de monopolio" y una dinámica impulsada por las necesidades de mantener un cierto "equilibrio de tensiones".
3. El reconocimiento del Estado como relación social de dominación, y no como bien público, o una particular de intercambio, por cuanto el monopolio es una relación de apropiación de medios de reproducción social constitutivos de una interdependencia asimétrica entre apropiadores y expropiados.

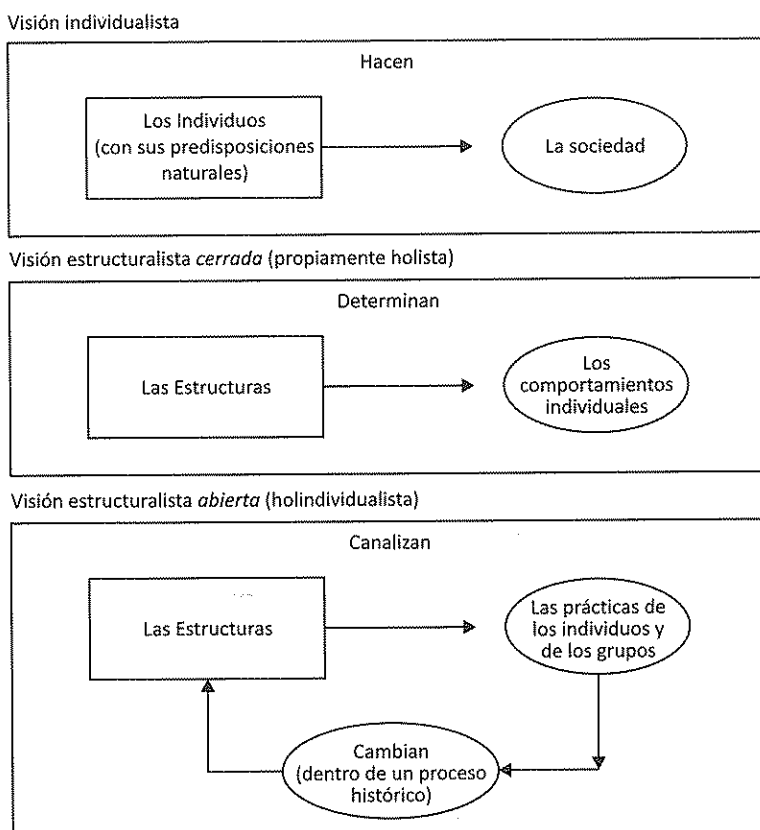
La intervención del Estado en el proceso económico es el resultado de compromisos institucionalizados con grupos sociales. Al tomar el Estado como relación social se enfatiza en cómo los ciudadanos interactúan con el poder político; es decir, las reglas constitutivas de esas relaciones que se codifican en derechos y obligaciones recíprocas entre el poder político y los ciudadanos. Tal conceptualización conduce a estudiar el Estado no solamente como un instrumento de dominación —la teoría marxista— sino a conferirle un principio de unidad propia. Lo anterior podría resumirse en: un Estado en sí y para sí. El Estado es para la sociedad "el lugar donde convergen, en búsqueda de un arbitraje, todas las tensiones contradictorias nacidas de la interacción de grupos sociales con intereses conflictivos" [Lordon, 1994].

Este programa de investigación puede catalogarse como de estructuralismo abierto, las diferencias con el individualismo metodológico y con el de la visión holista pueden sintetizarse en el diagrama 1, según lo ha señalado Billaudot [2001:134].

El estructuralismo cerrado ha sido considerado estructural funcionalista, mientras que el estructuralismo abierto da la posibilidad de que los grupos en el contexto de un proceso histórico puedan modificar la sociedad, además de otorgarle al individuo algún papel de significancia dentro del cambio social. En esta visión se pueden cambiar instituciones o crear otras nuevas como forma para regular y reducir el conflicto social. Esta alternativa teórica se aleja de cualquier concepción evolucionista del tipo propuesto por Darwin. Además del Estado, el modelo institucional elaborado por los regulacionistas propone como instituciones básicas del capitalismo: *la relación salarial, las formas de competencia y la manera de inserción de las economías nacionales en el mercado mundial*. La relación salarial es una institución cardinal del capitalismo que se deriva de una relación jerarquizada (relación de subordinación) a favor de quien posee el capital y es la base del poder de una clase sobre otra.



Diagrama 1. Visiones individualista, estructuralista cerrada y estructuralista abierta



Fuente: Elaboración del autor con base en Billaudot [2001:134].

1.1.3.2 Estados de Bienestar y finanzas públicas

En el pensamiento económico influido por el keynesianismo un buen número de estudiosos se inclinan por una fiscalidad que sirva como instrumento de intervención económica. Además de los objetivos sociales de la fiscalidad –redistribución de ingreso, legitimidad política y gasto en protección social–, se combinan perspectivas de acción económica que a menudo se deciden por niveles impositivos relativamente elevados. Ese análisis se opone al programa de investigación neoclásico, en el cual el mejor sistema impositivo es el más débil. En una perspectiva de intervención del Estado sobre el mercado, la fiscalidad podría cumplir tres objetivos: (1) reducir las tensiones sociales al asignarle al Estado una política de compensación por los daños causados en la calidad de vida y atribuibles al ciclo económico o a las políticas de ajuste; (2) socializar ciertos gastos que permitan elevar la tasa de beneficio del capital



privado; y por último, (3) transferir hacia la inversión determinados gastos, que no serían asumidos por el capital privado pero que resultan indispensables para el buen funcionamiento del sistema económico.

Existe una estrecha articulación entre el tipo de Estado que se quiere construir y el papel que deben desempeñar las finanzas públicas en esa propuesta política. A partir de las ideas keynesianas, con la experiencia del New Deal norteamericano, y la debacle de la dos guerras mundiales en Europa Occidental y Estados Unidos, se construye una forma de organización política: los *Estados de Bienestar*, a la que se le articulan las ideas de los representantes de la llamada Escuela de la Hacienda Funcional, corriente que será analizada a continuación.

Entre los rasgos centrales de esta forma de organización política están el seguro social, la defensa de los derechos humanos y la construcción de una ciudadanía con base en el ejercicio de los derechos sociales. Si bien el aseguramiento social data de finales del siglo XIX, a partir del modelo bismarkiano, con la propuesta elaborada por Beveridge y Keynes, en medio de la Segunda Guerra Mundial (1942), es cuando el seguro tiene una cobertura universal y abarca a la mayoría de los riesgos sociales.

Para Esping-Anderson [1990:16] el...

Estado Benefactor ha sido estudiado de manera estrecha por "quienes lo examinan con relación a las cuestiones sociales, interesándose ante todo por las transferencias sociales a los servicios sociales y algunas veces a la vivienda. Aquellos que adoptan una problemática más amplia se sitúan en una perspectiva de economía política. Sin embargo desde allí, los problemas de desempleo y de empleo, de los niveles salariales y de regulación macroeconómica se consideran componentes esenciales del Estado Providencia.

La propuesta del profesor Bob Jessop [1999] sobre esta clase de Estado descansaría sobre tres rasgos centrales: (1) se basa en el desarrollo de la relación fordista, (2) el Estado regula el mercado, y (3) el pacto social que origina esta forma de Estado tiene como uno de sus pilares la defensa de los derechos humanos.

El régimen de producción fordista –categoría de primer orden para la Escuela de la Regulación– está fundado en una división técnica del trabajo asociada a la fabricación en serie de bienes estandarizados y cuyo elemento distintivo es la introducción del trabajo en cadena; un segundo aspecto es que los incrementos en producción se



pueden reflejar en aumentos salariales. Este régimen de acumulación se soporta en la extensión de la relación salarial y en el consumo masivo, que impulsa el crédito al consumo, el cual a su vez, impacta en el crecimiento de la demanda efectiva. De otra parte, el modo de regulación de ese régimen se expresa en un conjunto de normas e instituciones asociadas al sistema de seguridad social.

Para Ferra [1994:167].

El concepto de Estado de Bienestar connota un conjunto de respuestas de policy al proceso de modernización, consistente en intervenciones públicas en el funcionamiento de la economía y en la distribución de las expectativas de vida, las cuales se orientan a promover la seguridad y la igualdad de los ciudadanos, introduciendo, entre otras cosas, derechos sociales específicos dirigidos a la protección en el caso de contingencias preestablecidas, con la finalidad de aumentar la integración social de sociedades industriales con elevada movilización.

En esta proposición se destaca la inclusión de los derechos sociales como pieza clave de este tipo de Estado. Entre las respuestas de política que menciona Ferra está el aseguramiento de los riesgos sociales agenciada por un modelo institucional que recibe el nombre de Seguros Sociales, cuyos orígenes se remontan con bastante anterioridad a la Segunda Guerra Mundial.

Vale la pena mencionar que en el régimen fordista el Estado de Bienestar está ligado al manejo de la demanda agregada y a la provisión de bienes colectivos. Algunos economistas establecen una clara distinción entre el Estado keynesiano y el de bienestar. El primero “desarrolló sus formas embrionarias a partir de la Gran Depresión pero adquirió contornos definidos en la segunda postguerra y representa un nuevo ciclo de intervención estatal en la economía mundial” [Isuani, 1991:14]; está ligado al concepto de demanda efectiva y tiene entre sus propósitos el diseño de una política económica en la cual la lucha contra la exclusión social hace posible la existencia de una economía de mercado. El segundo está mucho más articulado a los sistemas de seguridad social, a la nueva introducción del concepto de ciudadanía y a la provisión de bienes públicos. Para Rosanvallon [1981] las instituciones típicas del Estado de Bienestar encuentran su racionalidad económica en el esquema keynesiano.

Entre los fundamentos del Estado de Bienestar se encuentra que la sociedad en su conjunto debe emprender acciones gubernamentales para disminuir los niveles de pobreza y de exclusión social, definida ésta como el resultado de las dificultades de



acceso al mercado de trabajo que tienen quienes derivan sus ingresos ya no de una relación mercantil sino a partir de la relación salarial¹⁷. Según Karl Polanyi [1997] con el surgimiento del mercado autorregulador se presenta una dislocación social, en tanto el trabajo humano queda regulado por los mecanismos de mercado. Este nuevo tipo de mercado, que se consolida con la Revolución Industrial, propicia que el móvil de la subsistencia se reemplace por una conducta humana regulada por el afán de la ganancia. La dislocación social se manifiesta en las condiciones de vida de los trabajadores, la aparición de los tugurios urbanos, los bajos salarios, el trabajo infantil y las jornadas laborales superiores a ocho horas.

El elemento característico de los Estados de Bienestar está dado por las intervenciones públicas sobre la relación salarial en el marco de compromisos institucionales que han permitido la legitimidad del poder político. Estos compromisos “son el resultado de situaciones de conflicto entre grupos socioeconómicos durante un largo periodo, que se originan cuando una forma de organización es puesta en marcha generando reglas, derechos y obligaciones entre las partes comprometidas en el proyecto” [Christine, 1995:46].

Los Estados de Bienestar son los que de manera más eficaz han logrado un sistema de protección universal y que se acercan a un principio de equidad. La imposibilidad de otros tipos de Estados de llevar a cabo la tarea de protección y la expansión de los sectores de no propietarios dieron lugar a la creación de la propiedad social, a través de la cual se mantiene el principio fundador del Estado de derecho, a la vez que se intenta resolver la cuestión social. La propiedad social rehabilita la clase no propietaria procurándole un mínimo de recursos, de oportunidades y de derechos, necesarios para poder constituir, a falta de una sociedad de iguales, una sociedad de semejantes; es decir, una sociedad diferenciada, jerarquizada, pero donde todos los miembros pueden entretejer relaciones de interdependencia porque poseen unos fondos de recursos y de derechos comunes [Castel, 2003:34].

La política social basada en el aseguramiento de la población ha resultado exitosa en países que contaron con Estados de Bienestar erigidos —a partir de regímenes fordistas de producción en los cuales se pudo extender la relación salarial—, y mediante un compromiso político en donde los derechos sociales son un elemento

¹⁷ En la *relación mercantil* los propietarios de unidades de producción ofrecen en el mercado el producto del trabajo que por propia iniciativa contrataron. En la *relación salarial* los propietarios de esas unidades de producción compran la fuerza de trabajo de los asalariados, a cambio de una cantidad de moneda [Lipietz, 1990].



central del ejercicio de la ciudadanía. En Europa, las regulaciones de las relaciones laborales adelantadas por esta clase de Estados permitió la consolidación de esos derechos sociales. Teniendo en cuenta que la producción no es un asunto exclusivo del sector privado, esta forma de organización política, tomó a su cargo el establecimiento de relaciones más equitativas entre el capital y el trabajo; así en la contraprestación a la subordinación del trabajo al capital quedaron comprendidas la remuneración en salario nominal y la garantía de mejores condiciones de trabajo y de vida para los trabajadores y sus familias.

Esta especie de “compromiso keynesiano” [Rosanvallon, 1981] significa que el movimiento obrero y sus partidos políticos arrían la bandera de la revolución social pero en contraprestación el Estado permite el acceso a la salud, la educación, las normas de seguridad industrial y, en definitiva, instaura un sistema de protección social de carácter universalista y construido sobre el *primat* de los derechos sociales¹⁸. La plena ciudadanía [Lautier, 1995], estaría conformada además de estos derechos por los civiles y políticos. Por lo tanto, el gasto es prioritariamente social y financiado con un sistema de impuestos de carácter progresivo el cual parte del reconocimiento de que existen grupos sociales que se benefician en mayor medida de la política económica y que, por esta razón, deben hacer un esfuerzo mayor de contribución al sistema fiscal.

Los Estados de Bienestar fueron posibles gracias a la articulación de una triple dinámica: la del crecimiento económico, la simultaneidad regional y la dominación del comercio exterior –en algunos casos bajo el sistema colonial–. En la primera el modelo de crecimiento descansa sobre el régimen de producción fordista. En segundo término esta organización es acogida por la mayoría de países europeos y cada país tenía el mismo esquema de financiación sin poner en peligro la competitividad internacional. En tercer lugar, los “Estados europeos se apropiaban de una parte de la riqueza y disponían de una suerte de plusvalía que les permitía financiar sin demasiado dolor sus gastos públicos, sus políticas sociales” [Castel, 2008:55]

Inclinarse por una elección política de construcción de Estados de Bienestar implica proponer una opción en materia fiscal que para nuestro caso está representada en la llamada *hacienda funcional*. Estos teóricos trabajan con un sistema de determinación de la renta de carácter keynesiano en el cual se incluye la forma como

¹⁸ Para la CEPAL [2002] la mejor forma de protección social es garantizar el empleo y la buena capacidad de compra a los asalariados.



incide la preferencia por liquidez, las propensiones marginales al ahorro, al consumo y a la inversión y la rigidez de los salarios nominales a la baja; como aspecto adicional, el sistema tributario se debe contemplar la existencia de impuestos globales sobre la renta y el consumo.

En cuanto a la estructura del sistema, sostienen que en la acción antiinflacionaria los impuestos generales al consumo son más poderosos para cambiar la renta que los progresivos y que lo son más si los contribuyentes actúan bajo la hipótesis de ilusión monetaria. La sustitución de un impuesto regresivo por otro progresivo, en condiciones de desempleo, elevará la renta y se ganará más si se lleva a cabo una desgravación tributaria de los contribuyentes con rentas bajas. El canje de un impuesto sobre la renta personal por un impuesto a las sociedades incrementa el consumo si se tiene en cuenta que el segundo afecta los beneficios no distribuidos o los dividendos – modificación que no afecta ni la renta ni el consumo–; en cambio, con el aumento de la renta disponible de los individuos sí se consigue este objetivo.

Musgrave [1967] sostenía que en los países subdesarrollados el problema básico era vencer el subempleo elevando la renta real por medio de un aumento del capital y no sólo con un aumento del nivel de la demanda total. La mejor solución era transferir recursos para la formación de capital, sin crear inflación, por medio de una transferencia a la demanda más que por una adición a la demanda total. Los teóricos de la hacienda funcional fueron criticados por uno de los organizadores de la Sociedad Mont Pellerin –en cuyo seno se gestó el pensamiento neoliberal–, Milton Friedman, para quien “un programa monetario y fiscal de largo plazo debe buscar eficacia económica, libertad política e igualdad del poder económico” [1972:82]. No obstante, al introducir la temporalidad en el problema fiscal se hace necesaria una reflexión acerca del desarrollo económico.

1.2 Construcción histórica del sistema tributario en Colombia

Son las relaciones de dominación y no una “elección libre de individuos” las que se asocian con la historia fiscal del territorio de lo que hoy conocemos con el nombre de la República de Colombia. La dominación colonial que España impuso en estos territorios condujo a establecer una administración tributaria eficiente en términos de la extracción del excedente económico por la vía fiscal. Las necesidades de financiación, defensa del imperio y el sostenimiento de una nobleza parasitaria marcaron la dinámica de las remesas, al igual que las inversiones realizadas en la Nueva Granada, en buena parte se orientaron al amurallamiento. La arbitrariedad fiscal ponía de



presente esta situación de dominación política que era objetada por protestas sociales de carácter antifiscal que se convirtieron en el acicate del proceso de independencia¹⁹.

1.2.1 Sistema tributario en una sociedad estamental con economía precapitalista y dominación colonial

La construcción de un modelo institucional respondió al sistema colonial. Para el siglo XVIII la suprema autoridad hacendística correspondió en forma normal a la Secretaría o Ministerio de Indias y comenzó a disminuir el grado de importancia que en esta materia tuvo el Consejo de Indias en siglos anteriores. El Ministerio y el Consejo de Hacienda residentes en la metrópoli desempeñaron un papel importante en estos asuntos. Dentro del Consejo funcionó la Oficina de Contaduría cuya función era centralizar la contabilidad de todas las administraciones hacendísticas de las colonias y de la Casa de Contratación. En el Nuevo Mundo los virreyes actuaban también eran superintendentes de la Real Hacienda, lo cual significó que la fiscalización y control de la hacienda estuvieran a cargo de la máxima autoridad virreinal; las Audiencias estaban expresamente impedidas para inmiscuirse en los asuntos de la fiscalidad, a excepción de los casos de apelación²⁰.

Otro organismo que hacía parte de las instituciones fiscales eran las Juntas de la Real Hacienda que actuaron principalmente en las ciudades donde tenían cajas matrices y estaban compuestas por el "virrey, el oidor más antiguo, el fiscal, el contador más antiguo y uno de los oficiales reales" [Sánchez Bella, 1959:38]. Esas juntas fueron reguladas por la Ley VIII, Título III, Libro Octavo de la Recopilación de Indias; entre sus funciones prioritarias se podrían mencionar: proveer a la Corona de mayores recursos fiscales, atender pleitos fiscales y despachar los asuntos hacendísticos que el virrey pusiera a su consideración.

Criterios de índole fiscal conducen en algunas oportunidades a la monarquía española a reorganizar la administración de las colonias de ultramar. La primera creación del Virreinato de la Nueva Granada puede servir de ejemplo: mediante Decreto del 29 de abril de 1717 se estableció, determinación que se corrobora por Real Cédula expedida el 27 de mayo del mismo año [Conde Garrido, 1965]. Según Ots Capdequi el virreinato obedeció...

¹⁹ El movimiento comunero fue una clara respuesta a las arbitrariedades fiscales introducidas por el regente visitador Francisco Gutiérrez de Piñeres a partir de 1779. Para profundizar en el tema pueden ver: Phelan [1980], y Arciniegas [1967].

²⁰ Capdequi, Ots. [1950]. *Instituciones de gobierno del Nuevo Reino de Granada durante el siglo XVIII*. Bogotá D.C.; Colombia Universidad Nacional de Colombia.



...más que a razones políticas a exigencias de tipo fiscal. El saneamiento de la Real Hacienda sobre la base del nuevo sistema profundamente centralista de los monarcas de la Casa de los Borbón fue la causa principal de que se implante en el Nuevo Reino el régimen virreinal, como se implantó más tarde en las provincias del Río de la Plata. Con el tiempo, se sumaron a esos motivos, de carácter predominantemente fiscal, otras causas de índole económica, –defensa del monopolio comercial y represión del contrabando– o de naturaleza militar y política –guerra contra los ingleses y otros pueblos europeos y necesidad de sofocar con mano dura los primeros fermentos de la lucha por la independencia de las colonias americanas [Capdequi, 1950:175].

La fiscalidad del periodo colonial está regida por una triple dinámica: la sociedad estamental, un régimen de acumulación de tipo precapitalista donde la dinámica de la acumulación está regulada por la economía minera y por la fuga del excedente económico por la vía fiscal. Durante el siglo XVIII el sistema impositivo se orientó a gravar conjuntamente la riqueza y la posición que los individuos ocupaban dentro de la pirámide social. Por tanto existían impuestos de acuerdo con la raza, la descendencia, el oficio y el clero, entre otros criterios.

Por ejemplo, el estamento nobiliario fue gravado mediante dos impuestos: *gracias al sacar* –suma percibida por la corona cuando otorgaba ciertos privilegios o concesiones a algunos de sus súbditos–, el *derecho de lanzas* –al sustituirse las órdenes militares por milicias regulares, se eximió a la nobleza de concurrir con un cierto número de soldados mantenidos con su presupuesto, ahora debía la nobleza cancelar un impuesto equivalente a 20 hombres armados con lanzas–. La burocracia debía pagar tributos originados por el remate y venta de cargos públicos; este gravamen se conoció con el nombre de *oficios vendibles y renunciables*; quién adquiría un cargo público debía cancelar la *Media Annata*; el estamento eclesiástico debía cancelar igualmente un conjunto de tributos, entre ellos: la *Bula de Santa Cruzada* –la Santa Sede otorgaba privilegios, gracias e indultos a cambio del pago de una suma de dinero–, las *vacantes eclesiásticas* –eran los dineros recaudados por la Real Hacienda al ausentarse su propietario–, los *Expolios* –correspondía al conjunto de bienes de la mitra que quedaba al morir un obispo–; la *mesada eclesiástica* –representada en la suma que los clérigos debían entregar al fisco, por una sola vez, la duodécima parte de las rentas obtenidas en un año–.

El *estamento indígena* pagaba tributo, cada indígena adulto debía entregar una suma fija independiente de sus propiedades y demás recursos. El *estamento esclavista*



debía pagar el impuesto correspondiente a la introducción de los esclavos. Este impuesto se conoció bajo el nombre de *derecho de marca*. Finalmente, cuando una mercancía era embargada por contrabando se decomisaba y se remataba.

En materia de actividad económica los sectores gravados fueron: la minería, el comercio, la agricultura y las rentas estancadas. El impuesto más conocido de la primera actividad fue el *quinto* –el 20% del valor del oro del metal extraído²¹–. A la segunda actividad económica, –que fue objeto de gran preocupación por parte de los gobernantes coloniales y hacia ella se orientaron diferentes reformas con el fin de incentivar un mayor volumen de tráfico comercial entre las colonias y la metrópoli–, se le impuso la *alcabala* –gravaba las ventas de bienes muebles e inmuebles–, la *armada de Barlovento* –en algunas oportunidades afectaba al comercio interno y en otras ocasiones al intercambio mercantil con el exterior–, y las *pulperías* –especie de tiendas que se ocupaban de los abastos de los pueblos–. Con relación al comercio exterior existían tantos impuestos como reformas se hicieron en esa materia, se podrían mencionar doce (12) aranceles: almojarifazgo, consulados, pisos, avería, derecho de salida de frutos, derecho de palmeo, derecho de almirantazgo, derecho de registro, libre comercio, producto de la Real Aduana, derechos de frutos traídos desde España, mercaderías de Castilla del 2%.

Hacia la agricultura también se orientó un conjunto de tributos, el más conocido era el *diezmo*, instituido con el fin de sufragar los gastos de sostenimiento de la Iglesia, cobrado por la Real Hacienda y parcialmente trasladado a la Iglesia. Este tributo se fijó en un 10% sobre la venta de la producción de trigo, cebada, centeno, arroz, garbanzos, lentejas, cacao, cereales, legumbres, leche, becerros, potros, frutales, miel, seda, lana y lino. Por último, las *rentas estancadas* representaban alrededor del 40% de los tributos recaudados por la Real Hacienda durante la segunda mitad del siglo XVIII [Rodríguez, 1987]; éstas eran monopolios fiscales heredados del periodo de los Austrias –azogue, naipes, papel sellado–, durante los Borbones se crearon las de: aguardiente y tabaco.

A causa de las políticas mercantiles –analizadas anteriormente– ejecutadas por España durante el periodo colonial, la dominación política hacia Hispanoamérica tenía entre sus incentivos apropiarse del oro y la plata como una solución a las necesidades de movimiento de moneda, con los metales preciosos llegados del Nuevo Mundo, Europa solucionó los problemas de circulante que tuvo durante el periodo feudal.

²¹ Según Germán Colmenares [1978] este impuesto se redujo al 11% en el siglo XVIII como una forma de incentivar la miseria que a partir de la mitad del siglo se encontraba en crisis.



Durante la Conquista, y con la Colonización, la idea central de los “invasores” españoles fue apropiarse por medios coactivos de los tesoros acumulados por las civilizaciones aborígenes. Más tarde, con la fundación de pueblos, el control de la mano de obra, ya fuese indígena o afroamericana, siguió la misma directriz: hacer remesas a España. Mediante el sistema fiscal y con una economía colonial consolidada, en el siglo XVIII se provocó la fuga del excedente económico; es decir, se captaban impuestos y una parte substancial se remitía a España. En momentos de confrontación bélica las remesas se incrementaban, por ejemplo en la guerra de España contra Francia (1794) se remitieron 795.097 pesos fuertes, algo similar sucede en 1802 cuando la cantidad asciende a 1.526.345 pesos fuertes remitidos con igual fin al superintendente de la Real Hacienda [Rodríguez, 1987].

Con relación a los gastos de la Real Hacienda los más importantes eran los pagos cancelados a la burocracia (sueldos), los gastos militares, el situado fiscal orientado al amurallamiento de Cartagena y los estipendios relacionados con la firma del *patronato* mediante el cual se establece una compleja relación entre la Real Hacienda y el estamento eclesiástico; el Estado colonial corría con el sostenimiento de un sector de los curas: los sacerdotes que adoctrinaban a los indígenas y los curas de españoles o parroquias²².

1.2.2 La agro exportación y el sistema tributario

La herencia colonial en materia fiscal marcó no sólo el proceso de independencia sino los desafíos que tuvo el Estado para crear un sistema fiscal de carácter republicano. La construcción del naciente Estado granadino enfrentó dos retos: suprimir el sistema impositivo heredado de la Colonia –lo que era indispensable para legitimar la nueva República– y cancelar la deuda que se contrajo para financiar la guerra de la independencia²³. A José María Castillo y Rada le correspondió organizar el sistema fiscal de la Nueva Granada en sus funciones de secretario de Hacienda, después de haber asistido al Congreso de Cúcuta (8 de junio de 1821). En el ideario de este hacendista se deja traslucir la influencia de la fisiocracia y su ideal de tributación plasmada en el impuesto único y directo, pero frente a la ausencia de un catastro esta medida no tenía soporte técnico para ser llevada a la práctica.

²² Un análisis de lo que significó durante el siglo XVIII el Patronato para la política de protección social puede ser consultado en Rodríguez, Ó. [2006].

²³ Las necesidades de financiación de la guerra condujeron a los representantes de El Libertador, Simón Bolívar, a suscribir un conjunto de créditos que fueron “saneados” por Francisco Antonio Zea por un valor de £2.000.000, a una tasa de descuento del 20%; de esta acreencia sólo llegó a las arcas del fisco nacional una tercera parte [Bushnell, 1985:149]



La historiografía económica colombiana considera que los cambios introducidos en 1850 significaron la descolonización de la hacienda e hicieron parte de una reforma anticolonial. A Florentino González, ideólogo de las transformaciones tributarias, se le puede considerar el gestor de la modernización de la hacienda en Colombia. Las influencias del liberalismo económico se plasman en la quinta reforma fiscal realizada durante la administración del General Mosquera y en la primera apertura comercial del país [Rodríguez y Arévalo, 1994]. Uno de los principios que se introdujo en esta reforma fue la programación presupuestal cuyo objetivo era lograr el equilibrio condición *sine qua nom* que exigía la economía clásica. Los presupuestos balanceados con el fin de evitar el déficit fiscal, y por esta vía reducir la intervención del Estado en el mercado, sólo fue un enunciado teórico y no una meta que se logró en la política económica del siglo XIX.

En el gobierno de José Hilario López, cuando era secretario de Hacienda Manuel Murillo Toro, uno de los insignes radicales, se decretó la abolición de algunos de los impuestos heredados de la Colonia, en especial el *estanco del tabaco*; a partir del 12 de junio de 1850 se estableció la libertad de cultivo y comercialización del tabaco. Uno de los aspectos centrales de esta reforma fue la descentralización de las rentas que separaba los impuestos y gravámenes de orden nacional —renta de aduana, correos, amonedación de metales, venta de papel sellado, explotación de salinas, venta de baldíos de la Nación— de los provinciales. En estas últimas entidades de gobierno se suprimieron los *diezmos*, los quintos y se dieron facultades a las provincias para crear nuevos gravámenes; algunos de los Estados organizaron el impuesto único que había sido propuesto por don Manuel Murillo Toro.

En las economías abiertas, como la que funcionó en Colombia después de la segunda mitad del siglo XIX, los ingresos del erario dependieron de las rentas de aduana. Los numerosos cambios a que estuvo sujeta la administración hacendística no respondían a la búsqueda de menores costos de transacción por parte de los agentes económicos, sino que son más bien el resultado que pone de presente la inestabilidad política de una sociedad que no ha logrado dotarse de un Estado nacional. Las guerras civiles hacen que el sistema fiscal esté al vaivén de las confrontaciones partidistas que no pueden solucionarse por la vía parlamentaria, sino que toman el escenario del enfrentamiento armado.

Con la centralización política desarrollada durante la Regeneración y regulada por la Constitución de 1886 el fisco se concentró. Las atribuciones de ejecutivo mezclaban facultades en materia fiscal y monetaria. En el primer tópico le correspondía mediante el control fiscal cuidar de la exacta recaudación y administración de las rentas y



caudales públicos y decretar su inversión con arreglo a las leyes. Sin embargo, la facultad de examinar y fenecer definitivamente la cuenta general del Tesoro era atribución de la Cámara de Representantes. En segundo lugar y de manera novedosa en el campo monetario, la atribución que tenía el presidente para crear el Banco Nacional y para ejercer la inspección necesaria sobre los bancos de emisión y demás establecimientos de crédito, se hizo conforme con las leyes.

Como parte del diagnóstico que hacían Núñez y Caro sobre la violencia del siglo XIX —según ellos originada en la ideología del Olimpo Radical— estaba la abrupta ruptura con la tradición hispánica: alejamiento de la religión, federalismo, ampliación de libertades democráticas “más allá de lo tolerable”. Volver a la tradición era una forma de retomar el “camino civilizatorio”. En esta lógica se retorna a los monopolios fiscales heredados de la Colonia: por medio de la Ley 85 de 1892 *se estancó* la venta de tabacos, cigarrillos, y fósforos.

La política monetaria plasmada en la creación del Banco Nacional y acompañada del papel moneda de curso forzoso se convirtió en otra fuente de financiación del presupuesto público. La fundación de ese banco le sirvió al Gobierno para suplir necesidades fiscales y políticas. Rápidamente el tope máximo de la oferta monetaria fue superado, en 1894 el ministro del Tesoro, Miguel Abadía Méndez, hizo públicas las actas de emisión que habían sido consideradas secreto de Estado y dejó al descubierto que a la fecha se había emitido la suma de \$23.772.031. El problema no residía tanto en que una ley hubiese sido transgredida (Ley 124 de 1887), sino que las emisiones se hubiesen hecho para amortizar la deuda interna mediante la compra de los Bonos de Deuda Pública²⁴. La tenencia de estos documentos favoreció el enriquecimiento de un grupo reducido a costa de la deuda pública [Rodríguez, 1986].

El escándalo fue de tal magnitud que con la expedición de la Ley 70 de 1894 se ordenó el cierre del Banco Nacional y se dispuso la amortización del papel moneda de curso forzoso. Para “este último fin se destinaron las dos quintas partes del 25% de los derechos de importación que en 1886 se habían cedido a los departamentos; el valor recuperable de la cartera del Banco Nacional, los valores que le correspondieran a la Nación en las empresas del Ferrocarril y del Canal de Panamá; y las utilidades que el gobierno obtuviera al conceder a los bancos privados la facultad de emitir billetes” [Hernández, 2001:78]. Sin embargo el Gobierno prorrogó su existencia hasta enero de 1896 cuando desapareció y fue sustituido por la llamada Sección Liquidadora del Ministerio del Tesoro.

²⁴ *Memoria del Tesoro* 1894:25.



Otro aspecto por considerar en la política fiscal y que toca de manera directa la regulación del comercio exterior es el nivel arancelario fijado por la Regeneración. El impuesto era establecido mediante el criterio del peso bruto de las mercancías; según el secretario de Hacienda de 1881, Antonio Roldán, ésta era la forma de conciliar los intereses del fisco con los del comercio²⁵. La tarifa gravaba las importaciones en un promedio del 50% a favor del Tesoro Nacional y un 25% adicional que iba a engrosar los fiscos departamentales —en lo que actualmente se conoce con el nombre de transferencias territoriales—, en total la tarifa llegaba al 62,5%. En apartes posteriores veremos que las rentas eran el principal rubro de los ingresos fiscales, sin embargo, no podrían considerarse propiamente como una política proteccionista²⁶.

Las características del régimen de acumulación que se construyó a partir del proceso de industrialización por sustitución de importaciones marcaron el derrotero del sistema fiscal durante las primeras décadas del siglo XX. La tributación ha respondido a la dinámica de los modelos de desarrollo que Colombia ha tenido a lo largo del siglo XX: el crecimiento económico con base en el mercado interno y la apertura en el contexto de la globalización económica. El proteccionismo instaurado mediante las reformas arancelarias de 1931 y 1950 impulsó la industrialización y se tornó en la principal fuente de ingresos tributarios. De ahí la importancia que desde el punto de vista administrativo condujo a separar el cobro de aduanas de la administración de impuestos.

1.2.3 Sistema impositivo y mercado interno

La tributación directa y progresiva, además de contribuir a la legitimidad del Estado frente a la sociedad civil, sirve para distribuir el ingreso, cuya concentración se favoreció por el monopolio originado por el cierre de la economía. La reforma tributaria de 1953 —que reglamentó la doble tributación y mantuvo el impuesto de exceso de utilidades— y la de 1960 —que incrementó la progresividad—, buscaban que la sociedad participara, vía el gasto público, de las ganancias de ciertos empresarios, ocasionadas en la limitación de la competencia exterior. La política de restricción de la competencia, a su vez, perjudicaba a los consumidores, que tenían que cancelar los altos precios de la manufactura nacional.

²⁵ *Memoria de Hacienda, 1881*: .60

²⁶ De acuerdo con Ocampo [2007:9] “un elemento muy importante en la historia del comercio exterior fue la repercusión que tuvo en el país la reducción en los precios de bienes industriales generada por las sucesivas revoluciones tecnológicas, especialmente la fuerte caída en los precios de los textiles de algodón en la primera mitad del siglo XIX y la caída más general de precios que caracterizó las últimas décadas del siglo. Los precios de las importaciones del país experimentaron, así, un fuerte descenso durante la primera mitad del siglo, que se interrumpió en los años cincuenta”.



De ese modo, se utiliza la política fiscal para acelerar el proceso de sustitución de importaciones: de una parte, exime de impuesto a la renta a las personas jurídicas; y, de otra, se convierte en elemento de reactivación de la demanda agregada por medio del gasto público. Este activismo fiscal va configurando los lineamientos de un Estado keynesiano que, a su vez, impulsa un sistema de seguridad social.

En la evolución histórica de la tributación en Colombia, para el periodo en el cual se consolida el modelo de sustitución de importaciones (ISI), se pueden distinguir claramente dos periodos; el primero comprende desde la década de 1930 hasta la de 1950, y el segundo los años sesenta y setenta –industrialización liderada por el Estado–. Estas épocas involucran cambios en la conformación de los tributos, en su forma de administración y en el enfoque sobre el desarrollo económico, igualmente en las diferentes formas de participación de los agentes económicos en la fijación de las directrices de política económica.

Las crisis económicas, y en particular las fiscales, han influido en el diseño del sistema tributario. Los planes de estabilización que fueron provocados por restricciones del sector externo, en más de una ocasión modificaron las tasas impositivas o crearon nuevos impuestos. En algunas oportunidades el ejecutivo solicitó facultades extraordinarias para legislar en materia tributaria sin necesidad de recurrir al Congreso, instancia natural para la adopción o reglamentación de los impuestos en los sistemas representativos; este es el caso de las reformas de 1930 y 1953.

El pensamiento económico sobre la tributación está inmerso en la política tributaria y en los mecanismos a los cuales se adapta. En su evolución histórica este pensamiento se ha sostenido en los principios la equidad y la neutralidad, entendidos como determinantes de la justicia impositiva. Esto significa que deben buscarse las tarifas y compensaciones adecuadas para que cada contribuyente participe de manera igual en el financiamiento del Estado, pero también que el diseño tributario no afecte en forma discriminatoria a los individuos ni a los sectores económicos.

En el diseño de nuestro sistema tributario es importante destacar la participación de las misiones internacionales, por medio de las cuales se transfirió el conocimiento acerca de cuál debía ser la estructura impositiva justa y adecuada a las necesidades del crecimiento económico. Esas misiones inscriben el sistema impositivo en un marco general de política económica, la cual fija límites a su diseño. La aplicación de las sugerencias provistas por los colaboradores internacionales fue matizada de acuerdo con las condiciones políticas y sociales del país.

La misión Kemmerer inaugura un conjunto de misiones que asesoraron a los diferentes gobiernos, ya fuese en la expedición de reformas tributarias o en las



transformaciones a la administración de impuestos. Esa misión fue responsable de la expedición de las leyes 36 de 1923 y 81 de 1931, pioneras en las transformaciones de la administración tributaria. Más tarde, en los años cincuenta, algunas de las recomendaciones de las misiones Currie y de la ONU se tuvieron en cuenta en la elaboración de la reforma de 1960, la cual fue estudiada y avalada por las misiones de CEPAL y Harvard.

Las diferentes acciones del Gobierno afectan de diversa manera actividades empresariales, lo cual estimula la búsqueda de elementos compensadores cuando la política económica genera disminución de la ganancia empresarial. El sistema impositivo sería un elemento compensador en tanto los empresarios logren exenciones, subsidios o bajas tasas de tributación, pero también en la medida que logren evadir el compromiso tributario.

En algunas oportunidades la presión de los gremios ha limitado los alcances de la reforma y, en otras, ha permitido el aplazamiento de varias medidas; por ejemplo, la retención en la fuente que se propuso en 1957 fue objetada por las organizaciones patronales y solamente se logró establecer en 1966. En otras circunstancias, la evasión no se ha podido disminuir por la renuencia de las organizaciones gremiales a entregar libros de contabilidad, y se han opuesto a que la evasión sea erigida a la categoría de delito penal.

A pesar de conseguir acuerdos tributarios para hacer más equitativo el sistema impositivo, el empresariado agrícola y su organización gremial, la SAC, se ha opuesto a hacer parte del sistema tributario. En la Comisión de Alto Nivel de 1963 y en la reforma tributaria de 1968 se recalcó la necesidad de disminuir la evasión registrada por el sector agropecuario; sin embargo, el Estado fue débil frente a este sector y no logró incorporarlo en el censo de contribuyentes.

El panorama sobre la evolución del sistema impositivo colombiano deja en claro el interés estatal por conducir la economía a través de uno de sus ejes integradores es el sistema tributario, por este propósito lo configuró de acuerdo con las condiciones del desarrollo del pensamiento económico, de la economía, de las técnicas administrativas y de la participación de los sectores económico-sociales organizados.

Al final, no sólo el diseño de una estructura justa, que cumpla con los propósitos estatales y que sea socialmente discutida, garantiza su perfecto funcionamiento; es preciso contar con una organización administrativa que responda a tales requerimientos. Ella debe constituirse en el espacio adecuado para aplicar los compromisos adquiridos en las reformas tributarias y para lograr un acercamiento fiel y transparente entre el Estado y los contribuyentes.



Bibliografía

- Aglietta, Michel (1995). *Macroéconomie financière*. Paris: La Découverte.
- Amable, Bruno y Palombarino, Stefano (2005). *L'économie politique n'est pas une science moral*. Paris: Raison d'agir Éditions.
- Antonetti, Guy (1989). *Etat, finances et économie pendant la Révolution Française*. Paris: Ministère de Finances.
- Arciniegas, Germán (1967). *Los Comuneros*. Santiago de Chile: Editorial Zig-Zag.
- Billaudot, Bernard (2001). *Régulation et croissance*. Paris: L'Harmattan.
- Braudel, Fernand (1984). *Civilización material, economía y capitalismo, siglos XV-XVIII*. Madrid: Alianza Editorial.
- Buchanan, James (1973). *La hacienda pública en un proceso democrático*. Madrid: Aguilar.
- Bushnell, David (1985). *El régimen de Santander en la Gran Colombia*. Bogotá: Áncora Editores.
- Capdequi, Ots (1950). *Instituciones de gobierno del Nuevo Reino de Granada durante el siglo XVIII*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Castel, Robert (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?* Paris: Editions du Seuil.
- CEPAL (2002). *Globalización y desarrollo*. Bogotá: CEPAL - Alfaomega.
- Coase, Ronald (1960). El problema del costo social. *The Journal of Law and Economics* (October), 1-44.
- Colmenares, Germán (1978). *Popayán, una sociedad esclavista, siglo XVIII*. Bogotá: Tercer Mundo.
- Conde Garrido, María Teresa (1965). *La creación de virreinato de la Nueva Granada. 1712-1723*. Sevilla: Escuela de Estudios Hispanoamericanos.
- Cohen, Eli (1996). L'innovation financière et les paradoxes du financement publics sur les marchés de capitaux. En Theret, Bruno. *L'Etat, la finance et le social*. Paris: La Découverte.
- Christine, Christine André (1995). Etat providence et compromis institutionnalisés. Des origines à la crise contemporaine. En *Théorie de la régulation. L'Etat des savoirs*. Paris: La Découverte.



Demsetz, Harold (1967). Toward a theory of property rights. *American Economic Review* 57, (May), 2, 347-359.

Elias, Norbert (1985). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas* (García Cotarelo, Ramón Trad.). México: Fondo de Cultura Económica.

Esping-Andersen, Gosta (1999). *Les trois mondes de l'état-providence*. Paris: PUF.

Ferra, Mauricio (1994). La comparación y el Estado de Bienestar: ¿ un caso de éxito? En Sartori, Giovanni y Morlino, Leonardo (Ed.) *La comparación en las Ciencias Sociales* (pp. 151-177). Madrid: Alianza.

Fogel, Robert y Elton, G.R. (1989). *¿Cuál de los caminos al pasado?. Dos visiones de la historia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Friedman, Milton (1979). Un programa monetario y fiscal de estabilidad económica. En Mueller, M. G. *Lecturas de macroeconomía*. México: CECSA.

Généreux, Jacques (1996). *L'économie politique*. Paris: Larousse.

Isuani, Ernesto; Lo Vuolo, Rubén y Fanfani, Tenti Emilio (1991). *El Estado benefactor. Un paradigma en crisis*. Buenos Aires: Editorial Miño y Dávila.

Jessop, Job (1999). *Crisis del Estado de bienestar. Hacia una nueva teoría del Estado y sus consecuencias sociales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Lordon, Frédéric. (1997). *Les quadratures de la politique économique*. Paris: Alban Michele.

Martín, Nieves San Emeterio (2006). *Nueva economía institucional*. Madrid: Síntesis.

Lipietz, Alain (1990). *Espejismos y milagros. Problemas de la industrialización en el Tercer Mundo*. Bogotá: Tercer Mundo Editores - Universidad Nacional de Colombia.

Marx, Carlos y Engels, Federico (1966). *Obras escogidas*. Moscú: Editorial Progreso.

Marx, Carlos (1966). El dieciocho Brumario de Luis Napoleón Bonaparte. En Marx, Carlos y Engels, Federico. *Obras escogidas*. Moscú: Editorial Progreso.

Méndez Ibisate, Fernando (2004). *Marginalistas y neoclásicos*. Madrid: Síntesis.

Morong, Cyril (2007). La intersección entre señales económicas y símbolos míticos. En *Revista Economía Institucional*, Vol. 9, Núm. 16.

Musgrave, Richard (1967). *Teoría de la hacienda pública*. Madrid: Aguilar.



North, Douglass (2000). La evolución histórica de las formas de gobierno. En *Revista de Economía Institucional*, Vol. 1, Núm. 2.

North, Douglass (1994). *Estructura y cambio en la historia económica*. Madrid: Alianza

North Douglass y Thomas, Robert Paul (1980). *El nacimiento del mundo occidental (900-1700)*. Madrid: Siglo XXI.

Hayek, Friedrich A. (1997). *Los fundamentos de la libertad*. Barcelona: Folio.

Hayek, Friedrich A. (1950). *Camino de la servidumbre*. San José de Costa Rica: Fersa Ediciones.

Jaramillo, Esteban (1956). *La reforma tributaria en Colombia. Un problema fiscal y social*. Bogotá: Banco de la República.

Longuet, Stéphane (1991). *Individu et État chez Hayek*. Paris: Economica.

Menger, Carl. (1986). *Principios de economía política*. Barcelona: Orbis.

Moreno, Álvaro y Junca, Gustavo (2007). El gobierno de Mrs Uribe. Bienvenidos a los años noventa. En *Macroeconomía y bien estar 2007. Más allá de la retórica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - CID.

Pigou, Arthur (1962). *Hacienda Pública*. Londres: Macmillan.

Pheland, John Leddy. *El pueblo y el Rey. La revolución comunera en Colombia, 1781*. Bogotá: Carlos Valencia Editores.

Polanyi, Karl (1997). *La gran transformación. Crítica al liberalismo económico*. Madrid: La Piqueta.

Restrepo, Darío (2003). De la falacia neoliberal a la nueva política. En *La falacia neoliberal. crítica y alternativas*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Ricardo, David. *Principios de economía política y tributación*. México: Aguilar.

Rodríguez Salazar, Óscar (2007). Las transferencias en el sistema de protección social, la gobernabilidad macroeconómica, y la construcción territorial del Estado. En *Macroeconomía y bien estar 2007. Más allá de la retórica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - CID.

Rodríguez Salazar, Óscar (2006). Del patronato al aseguramiento. Orígenes de la protección social en Colombia. En Le Bonniec, Yves y Rodríguez, Óscar (Ed). *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Colección de Estudios sobre Protección Social*. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia - CID.



Rodríguez Salazar, Óscar (2002). Programa de investigación del régimen subsidiado. En Rodríguez, Óscar. *Los avatares del servicio de salud para pobres*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - CID, Ministerio de Salud.

Rodríguez Salazar, Óscar (2001). Economía institucional, corriente principal y heterodoxia. En *Revista Economía Institucional*; Vol. 3, Núm. 4.

Rodríguez Salazar, Óscar (1997). ¿Qué relaciones se pueden establecer entre Historia y Economía?. En *Revista Historia Crítica*, Núm. 14.

Rodríguez Salazar, Óscar y Arévalo, Décsi (1994). Una aproximación a la historiografía económica de Colombia del siglo XIX. En *La Historia al final del Milenio*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Rodríguez Salazar, Óscar (1987). La Caja Real de Popayán. En *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, Núm. 15.

Rosanvallon, Pierre (1981). *La crise de L'Etat Providence*. Paris: Editions du Seuil.

Rosanvallon, Pierre (1979). *Le libéralisme économique. Histoire de l'idée de marché*. Paris Editions du Seuil.

Sánchez Bella, Ismael (1959). La jurisdicción de Hacienda de Indias (Siglos XVI y XVIII). *Anuario de Historia del Derecho Español*, Núm. 29.

Smith, Adam (1958). *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*. México: Fondo de Cultura Económica.

Soboul, Albert (1976). Le choc révolutionnaire, 1789-1797. En Braudel, Fernand y Labrousse, Ernest. *Histoire économique et sociale de la France*. Paris: PUF.

Theret, Bruno (1992). *Régimes économiques de l'ordre politique*. Paris: PUF

Von Mises, Ludwig (1966). *Sobre liberalismo y capitalismo*. Barcelona: Folio.

Sistema de Protección Social. La tributación en Bogotá y su relación con la Nación

Óscar Rodríguez Salazar*



Capítulo 2

* El autor agradece a Paola García y Erick Céspedes –asistentes de investigación en este proyecto–, su apoyo en el procesamiento de la información.

† Director del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia; profesor titular de las universidades Nacional de Colombia y Externado de Colombia.





La Administración de Garzón, de manera explícita, hizo referencia a la necesidad de construir de manera paulatina el Sistema Integral de Protección Social (SIPSS); sin embargo esta meta sólo fue un enunciado por cuanto no se tomó ninguna disposición que apuntara en esa dirección. Por lo tanto, las políticas sociales elaboradas en esos diez años (1998-2008) carecieron de una visión articuladora, pero sobre todo, de una política enfocada a la construcción de una ciudadanía basada en el ejercicio de los derechos sociales. El ámbito de la política social –aunque con diferentes énfasis de acuerdo con la intencionalidad política de cada una de las administraciones distritales–, siguió de cerca los arreglos institucionales recomendados por el Banco Mundial, en el sentido de generar un conjunto de “arreglos público-privados” que respondieran por las funciones antes desempeñadas por instituciones públicas. Este es el caso de la participación del capital privado en el sistema de seguridad social o en el campo de la educación bajo el esquema de contratación con el sector privado.

El Sistema de Protección Social (SPS) se diseñó para articular y flexibilizar la oferta de programas sociales del Estado y fortalecer su capacidad para prevenir, mitigar y contribuir a superar los riesgos resultantes de la actividad económica y, en especial, en las recesiones económicas. En esta dirección se puede afirmar que un sistema de protección social debe orientarse a proteger la población del *riesgo social* en el que se encuentra, a través de ampliar sus oportunidades y mejorar sus dotaciones iniciales, para crear condiciones que fortalezcan sus capacidades¹. Desde esta aproximación, el riesgo desborda la lógica del mercado y se ubica en una perspectiva de derechos sociales, que es la naturaleza fundamental de los SPS [Rodríguez, 2007].

Otra ventaja por considerar es la de vincular la política social al crecimiento económico; desde esta perspectiva, la protección social es una fuerza dinámica para el crecimiento. El Banco Mundial considera el SPS como parte de las políticas de desarrollo económico y de paso se ajusta a las nuevas formas de examinar la protección social. En éstas se sostiene que las desigualdades son cuellos de botella para alcanzar altas tasas de crecimiento, dado que el crecimiento económico agregado se perjudica cuando se asocia con falta de equidad en el acceso al crédito, a la educación, a la salud, al suministro de agua y se crean tensiones sociales. Por tanto, la inequidad, ya sea en el ingreso o en otras dimensiones del bienestar, se traduce en más pobreza: disminuye la inversión por falta de acceso al crédito, frena el proceso de desarrollo y se crean

¹ El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) define el sistema de protección social así: “las intervenciones públicas que pueden atenuar el impacto de estos sucesos repentinos en los ingresos y en las condiciones de vida de los pobres, así como las tendencias del desarrollo a largo plazo. Estas intervenciones –que incluyen medidas en el mercado laboral, redes de protección social, sistemas de pensión y fondos para el desastre–, ayuda a los individuos y a las familias a enfrentar mejor los *shocks* económicos y naturales”. [BID, 2001:2]



desigualdad en oportunidades educativas, hecho que se puede reflejar en incremento de la violencia y de la delincuencia, que debilitan los derechos de propiedad [Rodríguez, 2007].

Tradicionalmente, el concepto de “protección social” tiene un significado más amplio en América Latina con referencia, por ejemplo, a la acepción europea: abarca no solamente mecanismos institucionales de protección relativos a salud e ingresos de los individuos, o sea, seguros sociales –salud–, empleo, pensiones invalidez, vejez y muerte (IVM), sino también políticas de intervención e inversión públicas concerniente a lo colectivo, al conjunto de la sociedad: educación, vivienda, salud pública, saneamiento básico, entre otras. Para varios autores y teóricos de la materia, esta visión resulta muy útil a la hora de analizar las políticas y las instituciones de protección social como un componente central de los sistemas orientados a conservar la cohesión social nacional en un país.

El carácter esencialmente diverso, múltiple, de la protección social implica interpretarla no como un concepto económico o jurídico global, sino desde el punto de vista del *consumo colectivo* o, más bien de “medios colectivos de consumo”. No se trata solamente de los “bienes colectivos”, sino del conjunto de ellos unidos a los servicios a los cuales, por mediación del Estado social, tienen acceso las personas para su consumo individual, sea a través de subsidios monetarios o por suministro en especie de servicios sociales y públicos. “En esta perspectiva, la relación de ‘protección doméstica’ es entonces un compuesto de formas individuales y familiares de acceso a servicios y bienes de consumo necesarios a una reproducción del orden doméstico conforme al compromiso entre lo económico y lo político, instituido por el Estado social de Bienestar” [Théret, 1995]. Es decir, en las sociedades modernas la protección procede de un nivel estructural fundamental: las condiciones materiales de reproducción de la población humana y su “capital de vida”, que actúan como un “recurso natural” primario para la actividad económica y para el poder político [Rodríguez, 2007].

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– permiten aumentos de salarios en los cuales la parte individual crece menos rápidamente que la parte socializada. En su componente 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 estabilidad de la distribución entre salarios y beneficios en un aumento de la participación del salario indirecto en el salario total– [Lautier, 2006:103].

Finalmente, la protección social resulta ser un ensamblaje de instituciones donde se combinan lo público y lo privado; un sistema que se puede desagregar entre varios subsistemas, pero que, “en su conjunto, concierne a los medios económicos de reproducción biodemográfica de los seres humanos”. El papel fundamental de este sistema es lograr la mediación entre tres tipos de lógicas *a priori* contradictorias, que corresponden a tres *órdenes de prácticas* en el edificio social: el orden político, el orden económico y el orden doméstico. O sea, y respectivamente, lo referente a las relaciones de los hombres entre sí, luego las relaciones entre los hombres y lo material y, por último, relaciones y comportamientos relativos a la reproducción humana.

Históricamente, el nivel local –la parroquia o el municipio– ha sido el ámbito tradicional de desempeño de las políticas de asistencia social, con la caridad cristiana y el clientelismo como telón de fondo. Los derechos sociales, en cambio, se desarrollaron y ampliaron a partir de iniciativas de nivel nacional, con la conformación del Estado como Estado social². De ahí las preguntas e inquietudes que se pueden manifestar cuando al nivel central se le ocurre dar marcha atrás y delegar sus funciones al nivel administrativo local.

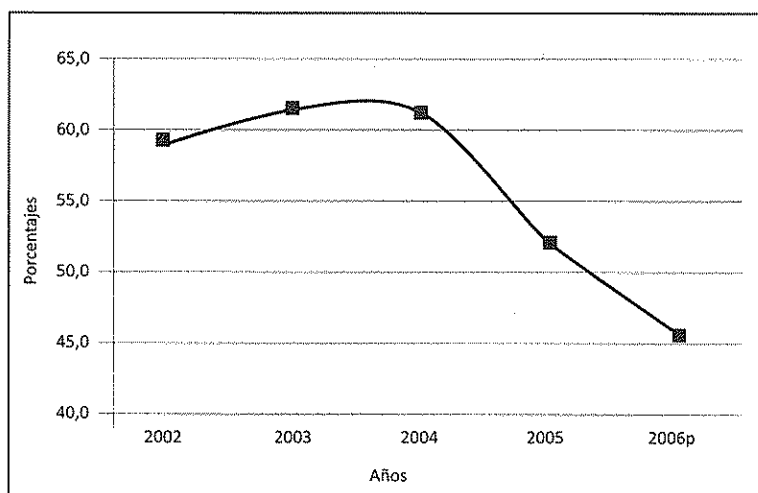
Esta reflexión sobre el SPS facilita la comprensión de la política social que han desarrollado las diferentes administraciones distritales. El aseguramiento social –salud, pensiones y riesgos profesionales–, es una responsabilidad del Gobierno nacional, y el Gobierno Distrital se debe ajustar a las directrices trazadas por la Ley 100 de 1993 y por la Ley 1122 del 2007 que determinan el funcionamiento de la seguridad social. La responsabilidad de la administración local estaría relacionada con las particularidades que asume el Régimen Subsidiado y, en particular, en algunos de sus procesos, entre ellos la contratación, la vigilancia, el destino de recursos locales para la afiliación, la identificación y el control social.

² Ver Rodríguez, Ó. (2006). “Del patronato al aseguramiento en el Sistema de Protección Social en Colombia: asistencia, identificación y legitimidad”. En Lebonniec, Y. y Rodríguez, Ó. *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia - CID.



La financiación de una parte del SPS –salud y educación– forma parte de un acuerdo político suscrito en la Constitución de 1991 acerca de las transferencias (artículos 356 y 357), el cual ha sido modificado por el Acto Legislativo 01 del 2001, que dio lugar a la expedición de la Ley 715 del 2001 y por el Acto Legislativo 011 de 2006. Como puede apreciarse en el gráfico 1, por efectos de la reforma constitucional la participación de las transferencias en la inversión y salud que realiza Bogotá han venido descendiendo a partir del 2004, aunque se debe tener en cuenta que la segunda administración de Mockus (2002-2004) se vio favorecida al presentarse un incremento. El descenso significa que la administración de Garzón tuvo que hacer una reorientación presupuestal, para garantizar la cobertura y la calidad en los programas de esos dos componentes del SPS.

Gráfico 1. Participación de las transferencias en la inversión en salud y educación en Bogotá, 2002 - 2006^p

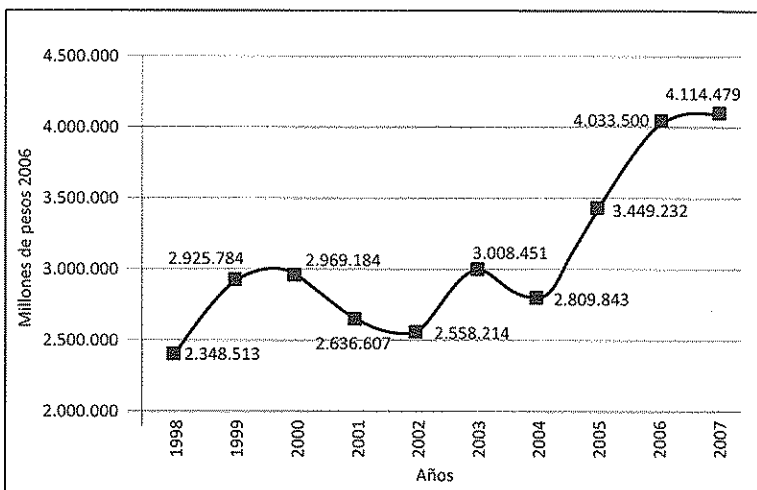


Fuente: SDH - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

La caída de la participación de las transferencias debió ser compensada por el incremento de la inversión social del Distrito, la cual había crecido por las prioridades otorgadas a la lucha contra la pobreza y a la erradicación del hambre que se fijó la administración de Garzón. En el gráfico 2 se muestra que entre 2004 y 2007 la inversión social en Bogotá, en términos reales, se incrementó en un 46%. Con recursos provenientes de la descapitalización de la Empresa de Energía de Bogotá se permitió una política contracíclica cuando se presentaba la crisis de finales del siglo XX, con lo cual también aumentó la inversión social.



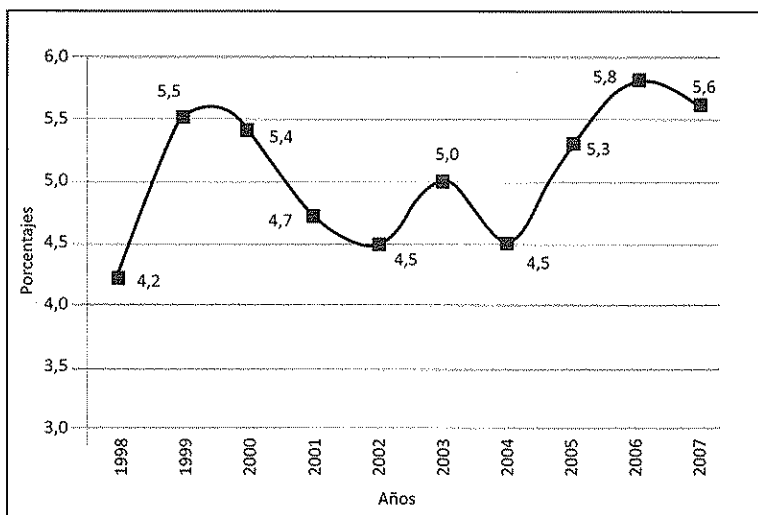
Gráfico 2. Inversión social de Bogotá, 1998 - 2007



Fuente: SDH - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

Gráfico 3.

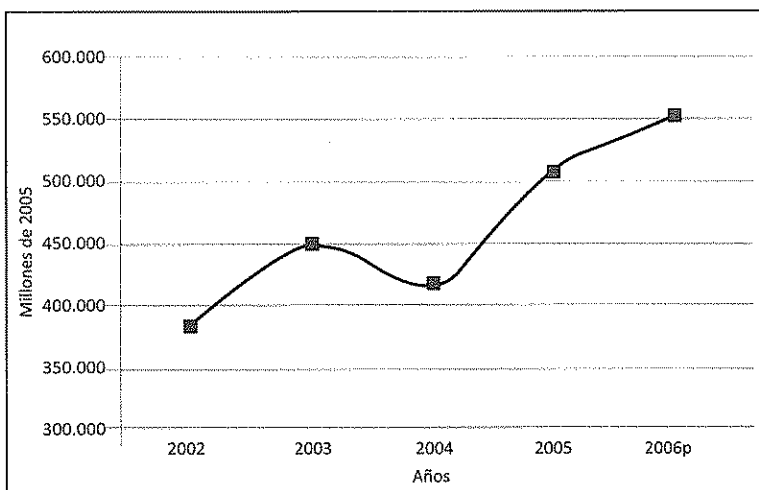
A. Inversión social distrital (porcentaje del PIB), 1998 - 2007



Fuente: SDH - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.



B. Inversión per cápita de Bogotá, 2002 - 2006^p



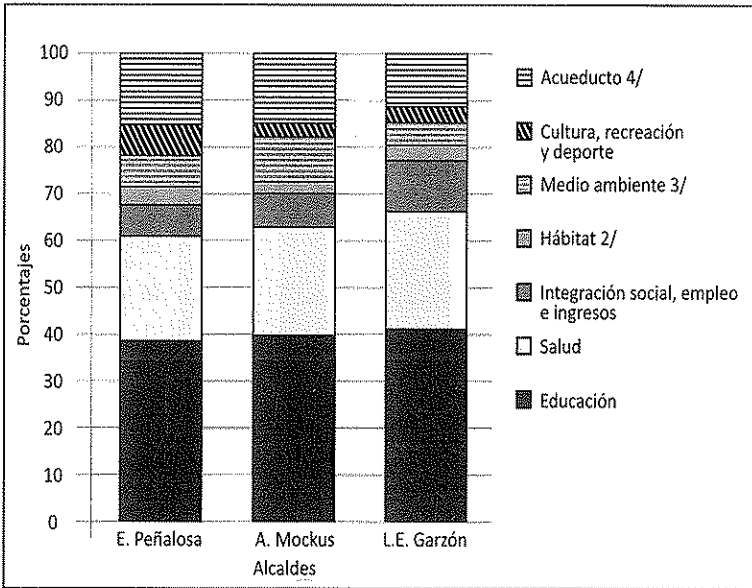
Fuente: SDH - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

Este análisis puede complementarse si se observa la inversión social como porcentaje del PIB distrital y la inversión social per cápita (gráfico 3). En 1998 se presentó la participación más baja de la inversión social con relación al PIB (4,2%), mientras que las mayores participaciones se obtuvieron durante los dos últimos años de la administración de Garzón: en 2006 con el 5,8% del PIB y durante 2007 cuando se contó con un presupuesto en inversión social equivalente al 5,6%. Al analizar la inversión per cápita en el Distrito Capital (a precios constantes de 2005), se advierte que a partir de 2004 existe una tendencia a incrementarse, en 2007 la inversión social per cápita llegó a \$550.000.

Al discriminar, por cada una de las últimas tres administraciones –Peñalosa, Mockus y Garzón–, los rubros de inversión social (gráfico 4) se detecta que los gastos en educación y salud superan el 60% de la inversión total; no hay que olvidar que una parte substancial de los desembolsos en estos dos sectores se financian mediante las transferencias. La administración de Garzón le otorgó particular importancia a la integración social, el empleo y los ingresos; para las otras dos administraciones objeto de análisis, se podría inferir que el empleo sería una responsabilidad de políticas macroeconómicas de carácter nacional y que los gobiernos locales poco podrían hacer en esa materia. En contraste con lo sucedido durante el periodo de Lucho Garzón, Peñalosa le dio prioridad al medio ambiente.



Gráfico 4. Componentes de la inversión social, por periodos de gobierno



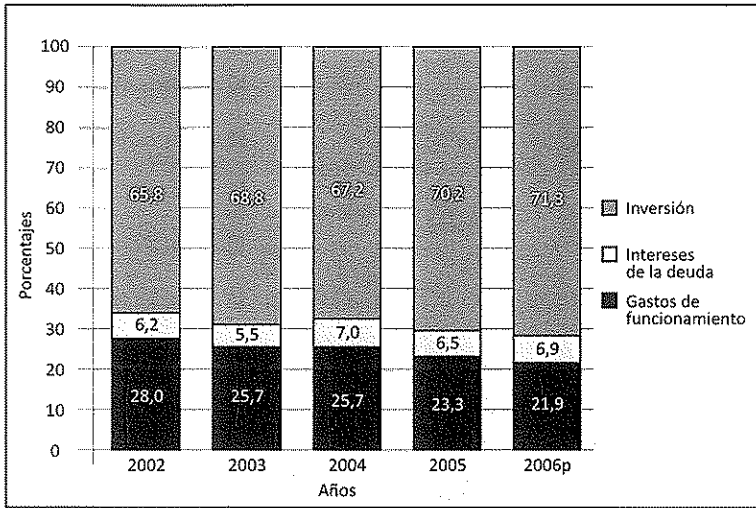
Fuente: SDH - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

En la distribución de los gastos distritales (gráfico 5) se puede observar un manejo adecuado de la fiscalidad en términos generales. Existe una marcada tendencia a que la participación de los gastos en funcionamiento disminuya, por cuanto en 2002 representaban el 28% de los gastos y en 2006 había bajado más de seis puntos porcentuales hasta llegar a una participación del 21,9%. Los gastos derivados del servicio de la deuda representaron el 7% en 2004, valor similar al que se presentó en 2006. La participación de los gastos en inversión creció hasta representar el 71,3% en 2007.

Con relación al sistema tributario de la ciudad es importante indagar las relaciones tributarias establecidas entre la ciudad y la Nación. En el gráfico 6 se tiene en el lado izquierdo la presión tributaria que tanto la Nación como el Distrito ejercen sobre Bogotá. Es de esperarse que la Nación al centralizar los impuestos que brindan mayor recaudo (renta, IVA, patrimonio), ejerza una mayor presión tributaria que el Distrito; por su parte, en 2006 la presión tributaria en el ente local fue del 4,3%, a raíz de un aumento más que proporcional del PIB frente a los ingresos tributarios distritales esperados.



Gráfico 5. Distribución de los gastos distritales, 2002 - 2006^p



Fuente: SDH - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

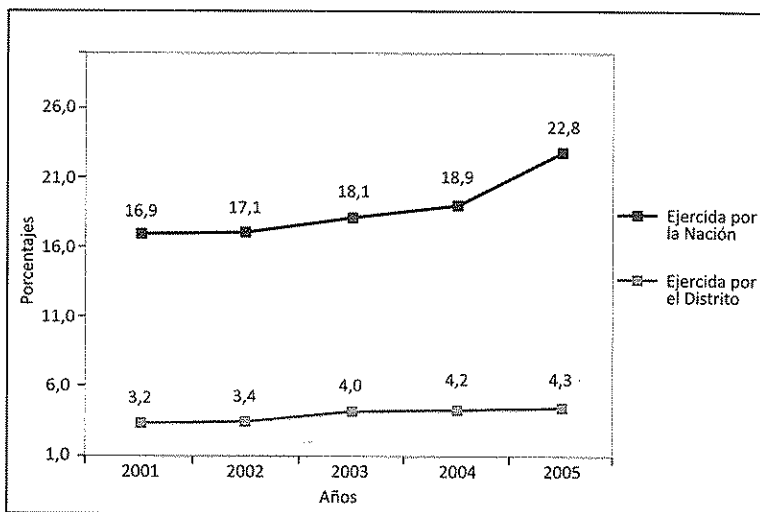
El proceso de descentralización genera una serie de relaciones complejas entre la Nación y la capital, una de ellas corresponde a las transferencias que recibe Bogotá con respecto a los aportes que hace la ciudad a la Nación. Uno de los principios que regulan el entramado de la descentralización es la equidad, en el contexto de la redistribución de los ingresos entre los diferentes entes territoriales, para que toda la población colombiana pueda acceder a los frutos del crecimiento económico. En el caso de Bogotá se “presenta la tasa de contribución impositiva más alta de Colombia... En el 2005 contribuyó con el 34,6% de los impuestos recaudados por la Nación, 14,3 billones que frente al PIB de la ciudad equivale al 22,8%. Si a ello se le suman los impuestos distritales, el 4,3% del PIB, significa que los bogotanos aportan al sector público el 27,1% de su producto” [SDH - Dirección de Estadísticas y Estudios Fiscales, 2007:5].

Al analizar la figura del lado derecho del gráfico 6 se puede concluir de manera global que para 2005 Bogotá le entregaba a la Nación 11 veces lo que recibía por concepto de transferencias; sin embargo, la situación se ha modificado si se compara con lo acontecido en el año 2000 cuando la relación era de 29. Estas relaciones fiscales, si bien tienen el mérito de la solidaridad de la capital con las regiones más vulnerables, para Bogotá significan la disminución de recursos que podría destinar a la financiación de soluciones para problemas graves de la ciudad, entre ellos el transporte,



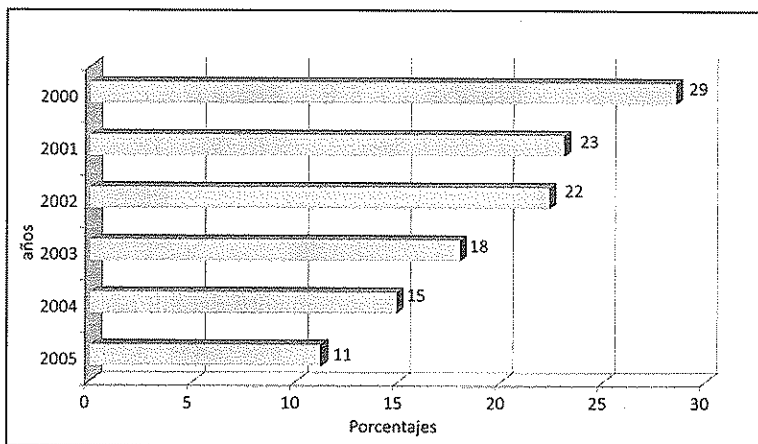
el deterioro de la malla vial, o una política presupuestal más agresiva para luchar contra la pobreza.

Gráfico 6.
A. Presión tributaria en Bogotá, 2001 – 2005



Fuente: SDH - Dirección Distrital de presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

B. Transferencias que recibe Bogotá / Aportes de Bogotá a la Nación, 2000 – 2005

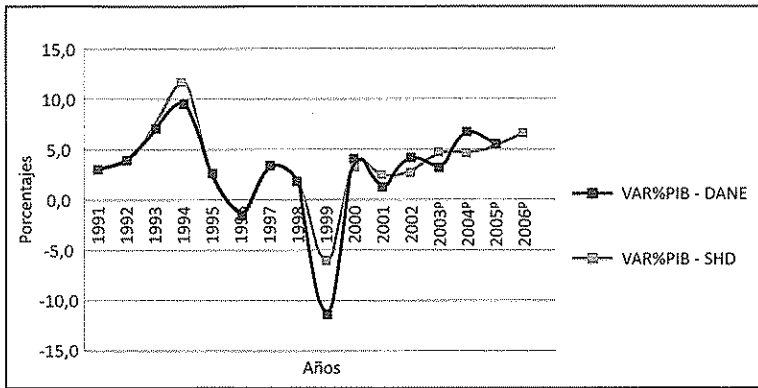


Fuente: DIAN, DNP, SDH - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH, Dirección de Estadísticas y Estudios Fiscales.



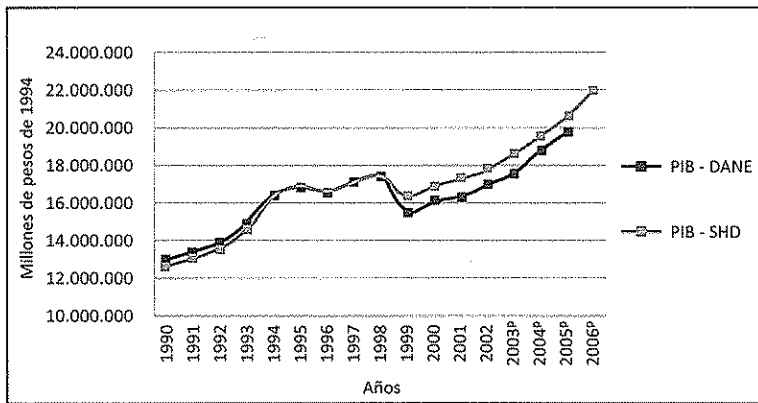
Gráfico 7. Comportamiento del PIB en Bogotá (precios de 1994), 1990 - 2006^P

A. Tasa de crecimiento del PIB de Bogotá, 1991 - 2006^P



Fuentes: SDH - Dirección Distrital de presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

B. PIB de Bogotá, 1990 - 2006^P



Fuentes: SDH - Dirección Distrital de presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

El análisis de los ingresos tributarios para el Distrito Capital puede asociarse a diversas variables; en primer lugar, al comportamiento del PIB para la ciudad, en el sentido de que un mayor desarrollo económico regional puede incidir en un mayor recaudo; la otra variable por tener en cuenta es la eficiencia de la administración de impuestos, la disminución de la evasión y de la elusión sin lugar a dudas impacta el monto de la tributación. En el gráfico 7 se presenta el comportamiento del PIB para la capital, se utilizan los cálculos realizados por el sistema de Cuentas Nacionales del DANE y los cálculos efectuados por la Secretaría Distrital de Hacienda. Una de las mayores diferencias es la profundización de la crisis de finales del siglo XX; según el

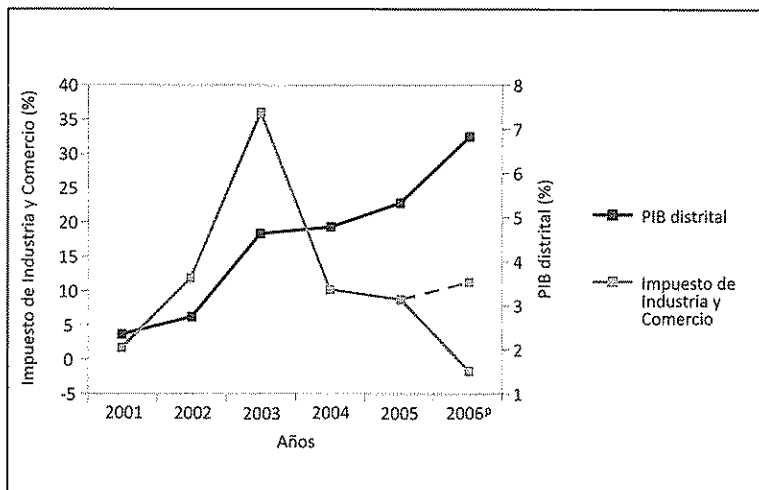


DANE, la caída del PIB fue del 10% en 1999, mientras que para la SDH llegó a ser del 6%. A partir del año 2000 se presenta una tendencia al crecimiento del PIB de la ciudad. Vale la pena señalar que los cálculos de la SDH son más optimistas que los elaborados por el DANE.

El más alto ritmo de la actividad económica unido a una mayor eficiencia de la administración distrital de impuestos facilitó un incremento substancial en el recaudo. Entre 2002 y 2006 los ingresos se multiplicaron por 1,6 veces. Los impuestos distritales originados en industria, comercio y avisos jalonaron el aumento de los ingresos tributarios (gráfico 8); sin embargo esa tributación ha venido disminuyendo su participación si se compara con el PIB distrital. Otro tributo que representa una fuerte participación es el impuesto predial, no obstante su participación ha venido disminuyendo: en 2002 representaba el 28% de los impuestos distritales y pasó en 2006 a sólo el 22%. Le siguen en importancia la sobretasa de la gasolina –contribución cuya participación se prevé que pueda disminuir en el futuro ante el aumento de los precios internacionales del petróleo y del incremento en los precios de la gasolina–, y el impuesto derivado del consumo de cerveza.

Gráfico 8. Ingresos tributarios, 2001 - 2006^p

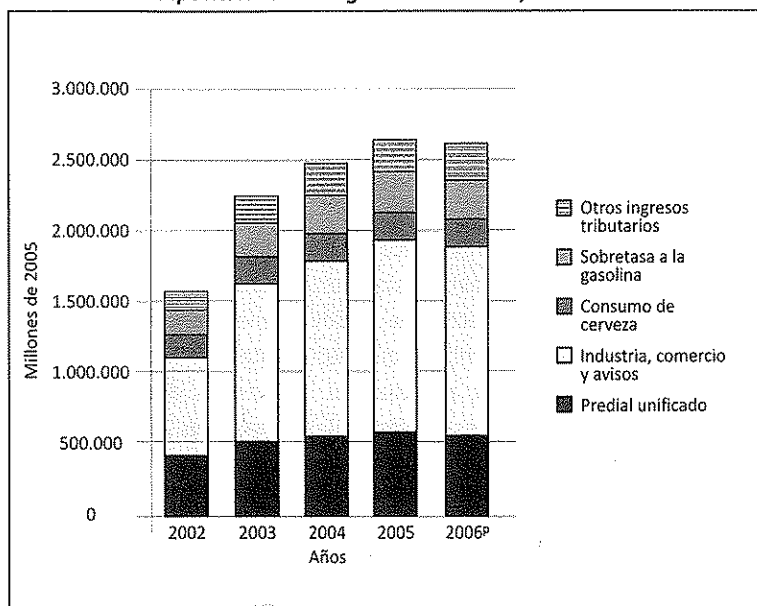
A. Impuesto de industria y comercio vs. PIB distrital, 2001 - 2006^p



Fuente: SDH SDH - Dirección Distrital de presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.



B. Composición de los ingresos tributarios, 2002 - 2006^p



Fuente: SDH - Dirección Distrital de presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

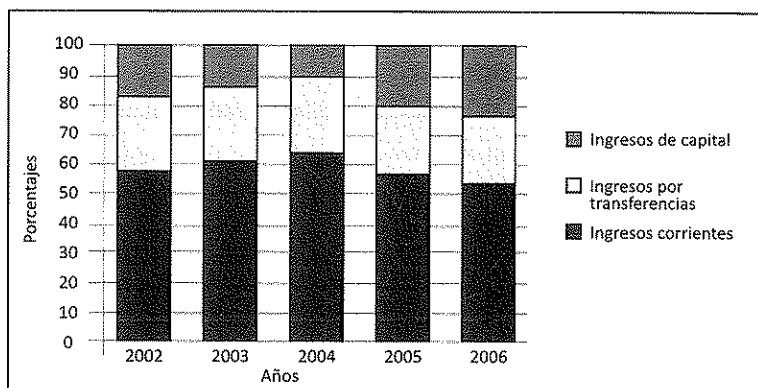
Importa subrayar, en primer lugar, la composición tanto de los ingresos distritales como de los ingresos corrientes (gráfico 9). En los primeros la mayor participación la tienen los ingresos corrientes, le siguen en importancia los ingresos que el Distrito recibe por concepto de transferencias y, por último, los ingresos por capital, aunque para 2006 se tenía una participación de estos ingresos similar a la obtenida por las transferencias. En los ingresos corrientes los no tributarios son, de lejos, más importantes que los tributarios; en 2005 los ingresos corrientes representaron el 56,6% de los ingresos totales, para el 2006 esa participación llegó al 54%.

Estos ingresos están asociados con la actividad de las empresas comerciales e industriales del Distrito (Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, Canal Capital Ltda., Lotería de Bogotá, TransMilenio S.A., Metro Vivienda, Empresas de Agua de Bogotá, y Empresa de Renovación Urbana de Bogotá). Otro origen de los ingresos corrientes de la capital son los obtenidos por la venta de servicios (rentas contractuales) de las empresas sociales del Estado (ESE). Los ingresos tributarios per cápita se han venido incrementando: en 2002 (a precios del 2005) cada bogotano pagaba \$275.209 y en 2006 la suma llegó a \$362. 227; es decir, en ese lapso aumentó en 31%.



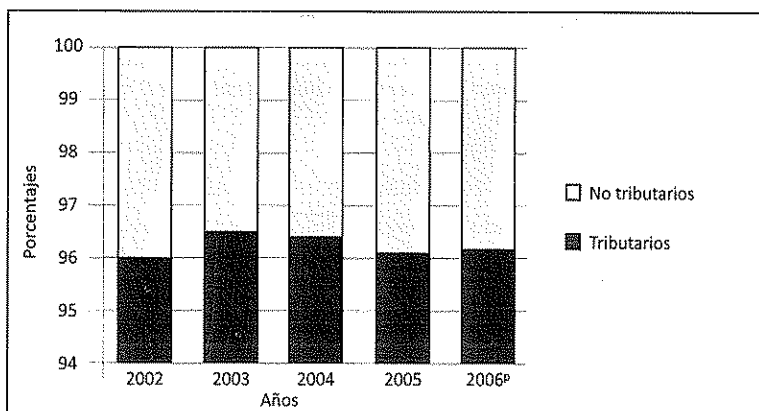
Gráfico 9. Composición de los ingresos de Distrito, 2002 – 2006

A. Composición de los ingresos distritales, 2002 – 2006



Fuente: SDH - Dirección Distrital de presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

B. Composición de los ingresos corrientes distritales, 2002 - 2006p



Fuente: SDH - Dirección Distrital de presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales. Administraciones locales (1998 - 2007) y la intencionalidad de los planes de desarrollo

2.1 Administraciones locales (1998 - 2007) y la intencionalidad de los planes de desarrollo

El objetivo principal de este aparte es analizar la pertinencia de la política pública y sus prioridades frente a las demandas sociales de los bogotanos. Para ello se realizó una lectura general de los planes de desarrollo y de la distribución del presupuesto de la administración central en función de su capacidad para promover la equidad social.



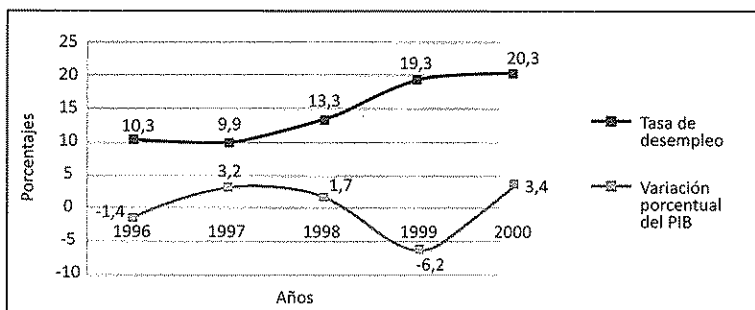
Desde la perspectiva de equidad, definida por el Observatorio, se toman aspectos determinantes de la política social, entre ellos la educación, el empleo y la promoción de los derechos humanos, los cuales se hacen parte integrante del análisis de equidad en salud. A continuación se presenta un análisis por administración, desde 1998 hasta 2004, teniendo en cuenta que durante la última década, la administración de Bogotá ha estado dirigida por enfoques claramente diferenciados en materia de política social.

2.1.1 Enrique Peñalosa (1998 - 2000)

La administración de Enrique Peñalosa se inició cuando los efectos de la crisis financiera internacional de 1998 empezaron a reflejarse en la economía bogotana. Las consecuencias sobre el sector real se manifestaron en la caída de la producción y el aumento del desempleo.

El gráfico 10, permite identificar la magnitud de los cambios de dichas variables y, por lo tanto, la evidente situación de crisis que se presentaba para finales de la década de los años noventa.

Gráfico 10. Tasa de desempleo y variación porcentual del PIB de Bogotá, 1996 - 2000



Fuentes: DANE - Tasa de Desocupación (TD) y SDH - PIB (variación porcentual).

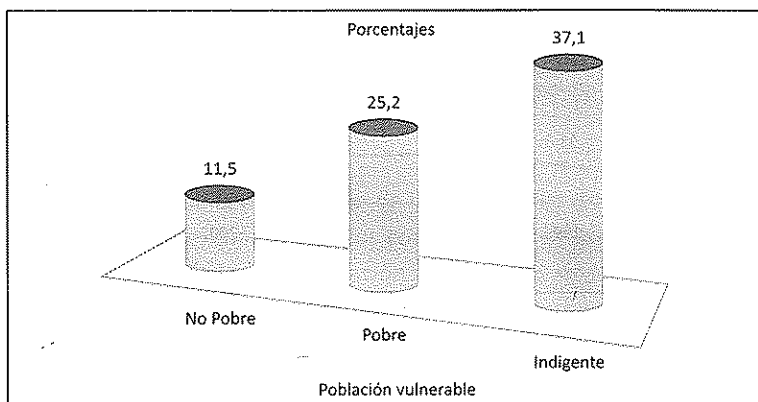
La tasa de variación del PIB pasó del 3,2% en 1997 a un valor negativo del -6,2% en 1999, según los cálculos realizados por la Secretaría Distrital de Hacienda. No obstante, si se consideran las cifras suministradas por el DANE se identifica que el decrecimiento del PIB fue de aproximadamente el -11,5%. Independientemente de la fuente de información que suministra datos sobre el PIB, el decrecimiento reportado en 1999 es el más alto de toda la década del noventa y en lo corrido de la del 2000. Este comportamiento del PIB estuvo acompañado de un crecimiento del desempleo



que inicia en 1998 y el que no pudo ser disminuido durante la administración Peñalosa.

En el gráfico 11 se observa la composición del desempleo en Bogotá para algunas categorías: no pobre, pobre e indigentes.

Gráfico 11. Tasa de desempleo en Bogotá, 1998 - 2000



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares.

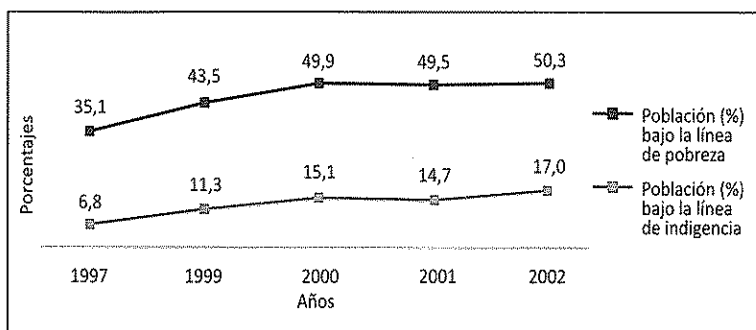
Este gráfico (11) indica que el desempleo es directamente proporcional a la vulnerabilidad; es decir, a mayor pobreza mayor probabilidad de estar desempleado.

Al tener en cuenta la débil estructura de protección social prevalente en Colombia, un incremento del desempleo provoca graves consecuencias sobre las condiciones de vida tanto del desempleado como de su grupo familiar. En general, cuando una persona permanece desempleada durante mucho tiempo, deteriora sus condiciones de vida y difícilmente recupera el nivel de bienestar que tenía cuando gozaba de un empleo; entre las repercusiones inmediatas está el incremento de la Población Económicamente Activa (PEA) por cuanto algunos miembros del hogar, antes considerados inactivos –estudiantes mayores de 12 años o amas de casa–, se ven obligados a vincularse al mercado laboral para compensar la reducción de los ingresos familiares. La población más afectada por el desempleo son los indigentes y los pobres, lo cual se traduce en una inequidad social respecto a la capacidad y oportunidad de acceder a una fuente de ingreso, ello claramente produce efectos en otras variables sociales como la salud y la educación.



En el gráfico 12: se calculó el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza e indigencia en Bogotá para el periodo 1997 - 2002, lo que permite observar la dinámica de la pobreza e indigencia. El periodo de referencia tomado fue un año antes de la administración Peñalosa y un año después de concluida.

Gráfico 12. Indicador de pobreza e indigencia en Bogotá, 1997 - 2002



Fuente: Desarrollo Social de Bogotá SDH - Diciembre de 2003.

Un año antes de la administración Peñalosa se registró como pobre el 35,1% de población de Bogotá, al finalizar su administración aproximadamente el 50% se encontró en condición de pobreza. El caso de la indigencia es aún más alarmante, puesto que entre 1997 y 2002 ese porcentaje de la población se incrementó en más del 100%, al pasar del 6,8% en 1997 al 14,7% en 2001. Las cifras anteriores evidencian que la inversión social realizada durante esa administración fue insuficiente para contrarrestar la tendencia de la economía colombiana a incrementar el porcentaje de población pobre e indigente.

2.1.1.1 Orientación de la inversión

La situación expuesta demandaba que la administración local priorizara el tema de la pobreza, la aplicación de acciones directas para prevenir la exposición al riesgo de la población desempleada y una estrategia contingente que minimizara el impacto de la crisis en los sectores más vulnerables de la población. Es decir, se requería diseñar en el corto plazo una política de choque para atacar los problemas derivados de la pobreza y los efectos de la crisis económica de finales del siglo XX.

En este contexto, el plan de desarrollo "Por la Bogotá que todos queremos" propuso los siguientes cinco proyectos prioritarios:



Sistema Integrado de Transporte Masivo

Construcción y mantenimiento de vías

Banco de tierras

Sistema Distrital de Parques

Sistema Distrital de Bibliotecas

A partir de esto puede observarse que los proyectos prioritarios tocaban tangencialmente el problema de la pobreza en Bogotá, su énfasis estuvo en realizar proyectos de inversión en movilidad y espacio público.

Un análisis detallado de la distribución de la inversión en Bogotá entre el año 1998 y el 2000 se consigna en el cuadro 2:1. Los componentes de la inversión directa bruta son los recursos propios de la administración distrital más las transferencias recibidas de la Nación; es preciso anotar que gran parte de éstas tienen destinación específica –salud, educación, saneamiento y agua potable–.

El cálculo para obtener la inversión neta realizada por el Distrito fue el siguiente: a la inversión directa bruta en cada sector se le restaron las transferencias de la Nación que recibieron las entidades descentralizadas; adicionalmente, se descontaron los recursos girados por norma constitucional a la salud y la educación a través de la cuenta del situado fiscal. En el caso de las transferencias del Fondo Nacional de Regalías, la cofinanciación y otras transferencias no fue posible determinar específicamente a qué sector se destinaron y, por lo tanto, no se hizo deducción alguna. Este cuadro se construyó con el fin de identificar a grandes rasgos la intencionalidad de la inversión realizada durante el periodo administrativo de Enrique Peñalosa.

Dichos cálculos se pueden observar en el cuadro 2:1, la información está en millones de pesos constantes de 2006. De esta forma se puede establecer la participación porcentual de cada sector dentro del total de la inversión neta directa. Las entidades del sector descentralizado y sectores considerados para elaboración del cuadro son los definidos por la Secretaría Distrital de Hacienda de Bogotá en el primer volumen de la publicación *Inversión y Desarrollo* del año 2007.

En la cuadro 1 se puede observar que en todos los años de la administración Peñalosa el sector que mayor participación tuvo dentro de la inversión neta directa sectorial fue la movilidad y el espacio público, cifras que superan ampliamente la



participación de la educación y la salud. Incluso en 1999, año en el cual el nivel de recursos distritales se incrementó, la inversión directa en movilidad y espacio público fue mayor que la realizada en salud y la educación juntas.

Cuadro 1. Inversión bruta directa menos transferencias de la Nación, por sectores en Bogotá, 1998 – 2000

Millones constantes de 2006						
SECTOR	1998	Participación (%)	1999	Participación (%)	2000	Participación (%)
Educación	497.850	19,2	728.628	19,2	738.876	21,2
Salud	447.024	17,2	397.640	10,5	424.168	12,2
Integración social, empleo e ingresos	149.372	5,7	180.897	4,8	178.591	5,1
Hábitat	43.918	1,7	120.455	3,2	97.903	2,8
Medio ambiente	113.858	4,4	133.686	3,5	117.060	3,4
Cultura, recreación y deporte	151.476	5,8	229.860	6,1	167.627	4,8
Acueducto	281.720	10,8	410.833	10,9	587.637	16,9
Movilidad y espacio público	674.607	26,0	1.222.983	32,3	895.591	25,7
Resto	238.683	9,2	360.361	9,5	271.342	7,8
TOTAL	2.598.509	100,0	3.785.343	100,0	3.478.795	100,0

Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda. Inversión y Desarrollo de Bogotá, Volumen 1 de 2007. Base de datos en www.shd.gov.co. Cálculos: CID

La trayectoria de inversión neta directa en el sector salud, si se descuentan las transferencias de la Nación, muestra un fuerte descenso, al de 447.024 millones de pesos en 1998 a 397.640 millones de pesos en 1999. Incluso el valor invertido en el año 2000 resultó ser menor que el invertido en 1998.

En general durante 1999 la mayor parte de los sectores presentaron un incremento de sus recursos, excepto el sector salud, porque en ese año la descapitalización de



algunas empresas públicas³ permitió a la Administración distrital incrementar el gasto público a pesar de la crisis económica. La mayor cantidad de esos recursos se destinaron a la movilidad y el espacio público, sector que en ese año se recibió el 32% de la inversión directa neta de Bogotá –se le restaron las transferencias de la Nación destinadas a financiar el TransMilenio–, sector que registró un valor de \$1.222.983, mientras que la protección de los sectores más vulnerables quedó rezagada en comparación con la problemática que vivía la mayoría de los habitantes bogotanos.

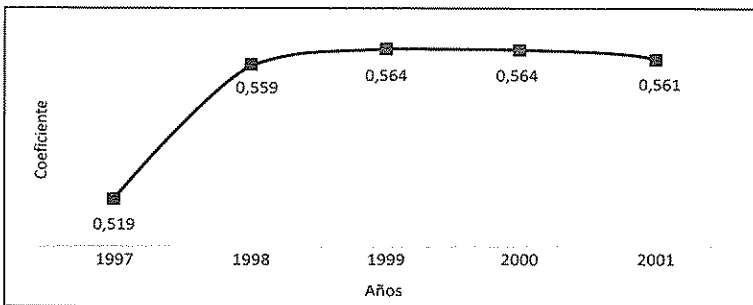
Otra inversión de gran importancia fue la realizada en el sector de acueducto y alcantarillado, la cual debe considerarse con mayor detenimiento para establecer si los cambios en la inversión obedecen a incrementos del acceso en servicios públicos o si, por el contrario, forman un elemento complementario de la construcción de infraestructura vial. Los demás componentes definidos de la integración social, empleo e ingresos, el sector de hábitat, el medio ambiente y la cultura, recreación y deporte no ocupan un lugar significativo dentro de la inversión directa.

2.1.1.2 Indicadores de equidad social

La orientación del gasto descrita anteriormente refleja que la protección de la población vulnerable no fue una de las prioridades de la administración Peñalosa y algunos de los resultados en materia de equidad, empleo, educación y salud dan cuenta de ello.

La evolución del coeficiente de Gini, considerado un importante indicador del grado de inequidad de una sociedad, se presenta en el gráfico 13.

Gráfico 13. Coeficiente de GINI para Bogotá, 1997 - 2001



Fuente: www.redbogota.com

³ CODENSA y Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá (ETB).



Para el año de 1997, un año antes del inicio de la administración Peñalosa, el coeficiente de Gini registró un valor de 0,519 y en medio de la crisis económica de finales de los años noventa se incrementó a un nivel promedio de 0,562. Este aumento indica que el segmento de la población que recibía más ingresos en Bogotá en 1997, concentró una mayor porción de los ingresos totales un año más tarde y en los años posteriores ese coeficiente no presenta mayores modificaciones. De otra parte, tal indicador señala que las políticas redistributivas tanto del Gobierno nacional (Andrés Pastrana) como del local no lograron reducir la tendencia a la concentración del ingreso que tienen de manera natural las economías de mercado.

En la administración de Enrique Peñalosa la propuesta de lucha contra la pobreza y la protección de la población vulnerable quedó contenida en la estrategia de *desmarginalización*, la cual se presentó como una estrategia de *equidad social*, cuyos objetivos incluían dignificar al hombre y canalizar el potencial de desarrollo de los habitantes de la ciudad, a partir del supuesto de que la ‘apropiación comunitaria de los espacios públicos’ es la mayor contribución para tal fin.

El concepto de calidad de vida expresado en este plan de desarrollo se fundamentó en la construcción de infraestructura urbana como forma de integración y bienestar social. Por ello propuso un proyecto de gobierno denominado *Ciudad a escala humana* cuyo propósito es “incrementar la cantidad y calidad del espacio público para los bogotanos”⁴, sobre la base de que propiciar las actividades culturales en el espacio público, fortalece el sentido de pertenencia por la ciudad y que el disfrute de actividades culturales por parte de las diferentes grupos poblacionales mejora de manera significativa la calidad de vida de la toda la población.

Sin embargo, algunos componentes de la calidad de vida –la salud y la educación–, no presentaron avances significativos con la estrategia adoptada. El gráfico 14 presenta un panorama general de la dinámica de la educación básica y media en cuanto a cobertura y eficiencia de la educación.

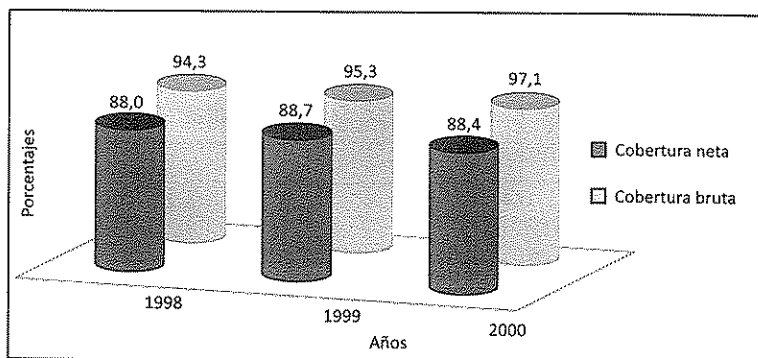
La cobertura neta de educación corresponde al número de alumnos en edad escolar que efectivamente se encuentran en el sistema educativo; este indicador mostró un incremento para el año 1999, pero posteriormente presentó una leve reducción en el año 2000.

⁴ Plan de Desarrollo 1998 - 2001 “*Por la Bogotá que queremos*” (Estructura general del Plan).



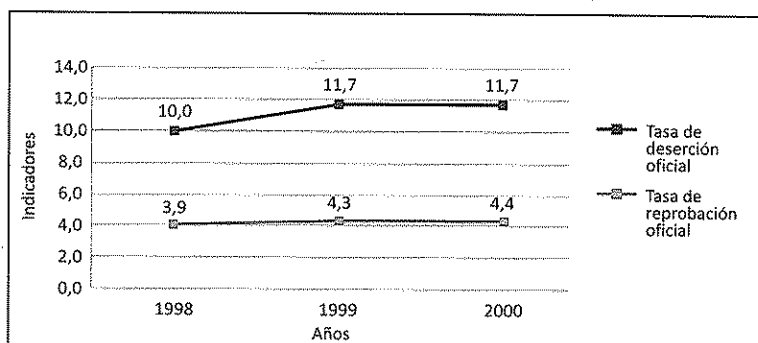
Gráfico 14. Indicadores de la educación en Bogotá, 1998 – 2000

A. Cobertura en educación



Fuente: Secretaría de Educación Distrital.

B. Indicadores de eficiencia de la educación



Fuente: Secretaría de Educación Distrital.

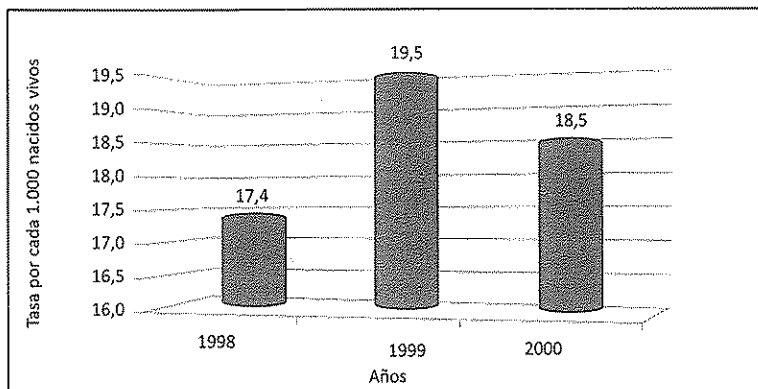
Por otra parte, los indicadores de eficiencia de la educación, –entre ellos la tasa de desertión y de reprobación– presentaron incrementos entre 1998 y 2000. La tasa de reprobación se incrementó en 1,7 puntos, al pasar de 10 en 1998 a 11,7 en al año 2000. De otro lado, aunque los incrementos de la tasa de desertión no fueron significativamente altos, el hecho de que no hayan disminuido durante esta administración pueden considerarse una señal negativa de la eficiencia de educación en Bogotá.

En materia de salud, uno de los indicadores más importantes por considerar es la tasa de mortalidad infantil y la desnutrición. El gráfico 15: muestra en el eje izquierdo la trayectoria la mortalidad en menores de un año y al lado derecho el porcentaje de prevalencia clásica de desnutrición crónica.



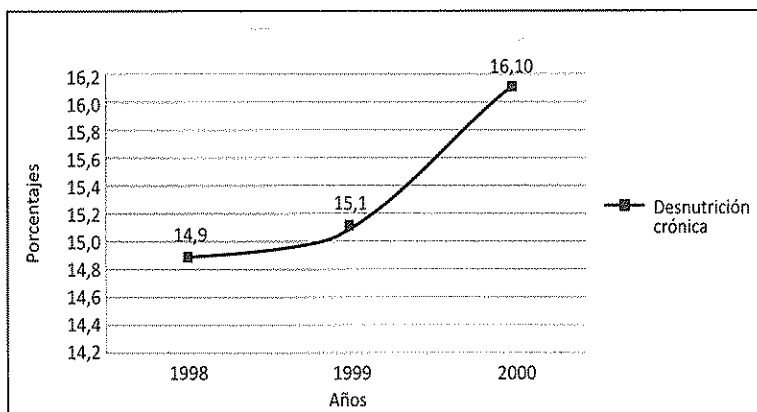
Gráfico 15. Indicadores de salud infantil en Bogotá, 1998 - 2000.

A. Mortalidad en menores de un año



Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

B. Prevalencia clásica de desnutrición



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Área de Vigilancia en Salud Pública.

La tasa de mortalidad en menores de un año corresponde a la mortalidad por cada 1.000 nacidos vivos, la cual pasó de 17,4 en 1998 a 19,5 en 1999, cifra que indica un incremento de 2 puntos aproximadamente. Posteriormente este indicador tuvo una reducción relativa, al pasar a 18,5; sin embargo, no se logró recuperar el nivel inicial (de 1998) correspondiente al 17,4.

En términos de equidad, el impacto de la crisis de 1999 en Bogotá no sólo debe entenderse como un periodo en el cual el PIB se redujo un 6,2% sino también como

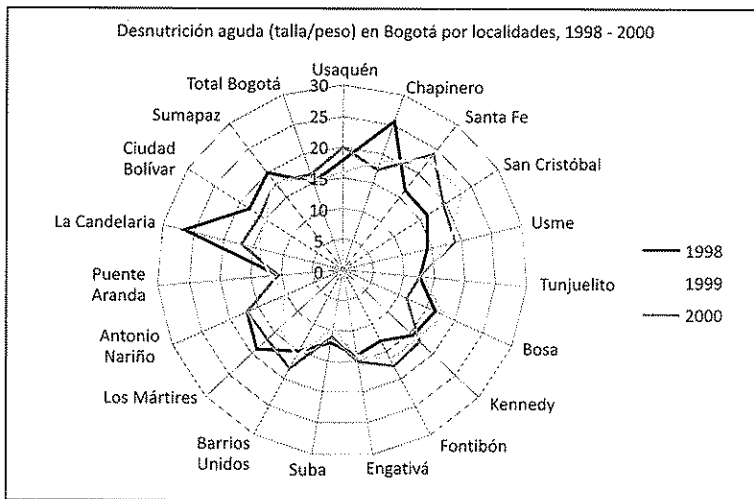


uno de profundización de la inequidad en salud⁵, porque a pesar de la crisis económica experimentada, no hubo crisis de recursos en la administración distrital, puesto que se contaba con recursos extraordinarios “equivalentes a un año de recaudo del impuesto *de industria y comercio*”⁶ y, por voluntad política de esa administración, se eligió destinarlos a la creación del monopolio del transporte en Bogotá, mientras que la población vulnerable sufrió los efectos de la crisis vía mortalidad infantil y materna, desnutrición crónica y deserción escolar.

En conclusión, la estrategia de incrementar la calidad de vida a través del incremento de la infraestructura urbana no se tradujo en responder a las necesidades en materia de calidad de vida de la ciudadanía en especial en el campo de la salud, la educación y el bienestar social.

La distribución territorial de las necesidades alimentarias de la población permite identificar las localidades favorecidas y desfavorecidas por la administración central. El gráfico 16 muestra la distribución territorial de la desnutrición aguda en Bogotá. Cada una de las líneas indica los años de la administración Peñalosa y cada uno de los ejes a las localidades de Bogotá.

Gráfico 16. Desnutrición aguda (talla/peso) en Bogotá, por localidades, 1998 – 2000



Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Área de Vigilancia en Salud Pública.

⁵ “Equidad” en los términos previamente definidos por el Observatorio de Equidad en Salud y Calidad de Vida para la Ciudad de Bogotá.

⁶ *Inversión y Desarrollo* (2007), volumen 1.



Como se observa en el gráfico 16, las localidades con mayores niveles de desnutrición en el año 1998 fueron Candelaria y Chapinero, a lo largo de la administración Peñalosa las condiciones nutricionales se mejoraron. Por el contrario, otras localidades entre ellas Santa Fe, San Cristóbal y en menor medida Fontibón presentaron incremento de la desnutrición aguda.

2.1.2 Antanas Mockus (2001 - 2003)

El segundo período de gobierno de Antanas Mockus (2001-2003) coincide con la recuperación de la economía tanto colombiana como bogotana. En términos políticos esta Alcaldía se encuentra situada cronológicamente en el fin del periodo presidencial de Andrés Pastrana y los primeros años de la presidencia de Álvaro Uribe, cuyo énfasis se centró en el programa de Seguridad Democrática proyecto al cual se le destina ingentes recursos⁷.

A finalizar el gobierno de Pastrana se reformó la Constitución para expedir la Ley 715 del 2001 que modificó el sistema de transferencias y disminuyó recursos para financiar la educación y la salud [Rodríguez, 2007]. Esas transformaciones impactaron los recursos con los cuales contó la administración de Mockus para implementar la política social. Por su parte la primera administración de Uribe –siguiendo de cerca las recomendaciones del Banco Mundial– optó por una política social construida sobre el Manejo Social del riesgo, que sirvió de justificación para la unificación del Ministerio de Salud con el de Trabajo en el Ministerio de Protección Social. A nombre de esa política se reformó el sistema pensional (Ley 797 del 2003, Acto Legislativo 01 del 22 de julio de 2005, que modifican a Ley 100 de 1993) con las cuales se disminuyeron beneficios. También se flexibilizó aún más el mercado laboral con la expedición de la Ley 789 en diciembre de 2002 que buscaba reducir los costos laborales por cuanto se redujo la indemnización por despido sin justa causa, se modificó la jornada de trabajo, se disminuyó la remuneración en domingos y festivos, se cambió la forma de contratación, la derogatoria de la unidad de empresa, la negociación colectiva y se fortalecieron las empresas de servicio temporal.

2.1.2.1 Dinámica del mercado laboral

En el programa de investigación presentado en el primer capítulo se hizo referencia a la forma como las escuelas económicas abordan el análisis del mercado

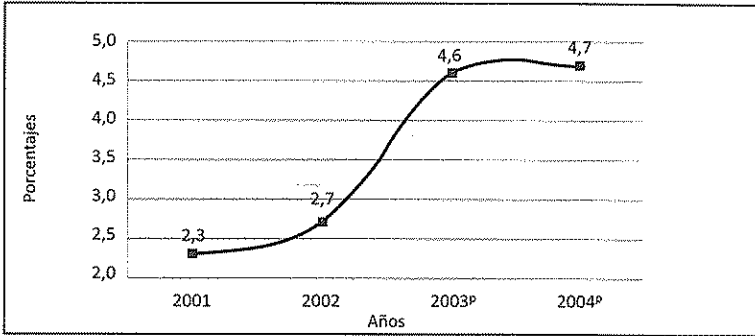
⁷ Los porcentajes del gasto militar de este gobierno se pueden consultar en el artículo de Álvaro Moreno y Gustavo Junca presentado en el libro *Macroeconomía y Bien estar 2007. Más allá de la retórica*. Cid Universidad Nacional de Colombia, –CID, 2007.



laboral. La Escuela Austriaca y la Escuela de Chicago enfatizan –desde una particular concepción de filosofía política– que a mayor flexibilidad laboral mayor nivel de empleo. Por el contrario en una concepción de tipo keynesiano se reitera en primer lugar la rigidez de los salarios nominales hacia el descenso y en segundo lugar que el nivel de ocupación está articulado con el comportamiento de la demanda agregada. A mayor crecimiento del PIB es de esperarse que la demanda laboral se incremente. Esta reflexión nos conduce a examinar en el gráfico 17 la tasa de crecimiento del PIB en Bogotá para el periodo 2001-2004 y el comportamiento de la tasa de desempleo nacional y distrital.

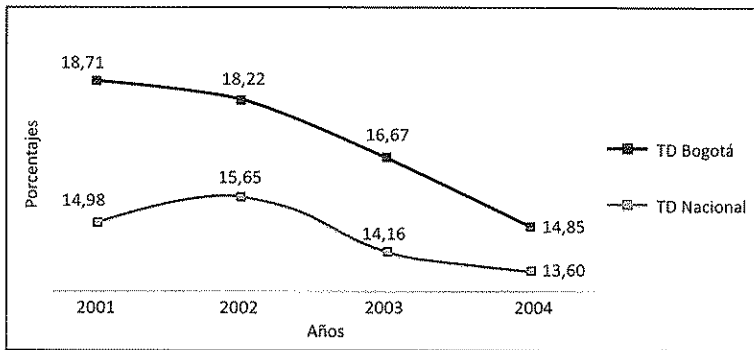
Gráfico 17. Indicadores de desempeño económico de Bogotá, 2001 – 2004

A. Tasa de crecimiento del PIB, 2001 - 2004^B



Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda.

B. Tasa de desempleo, 2001 – 2004



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares.

En los primeros años de la administración Mockus y siguiendo la tendencia nacional, se registraron tasas de crecimiento del PIB muy bajas, aunque gradualmente

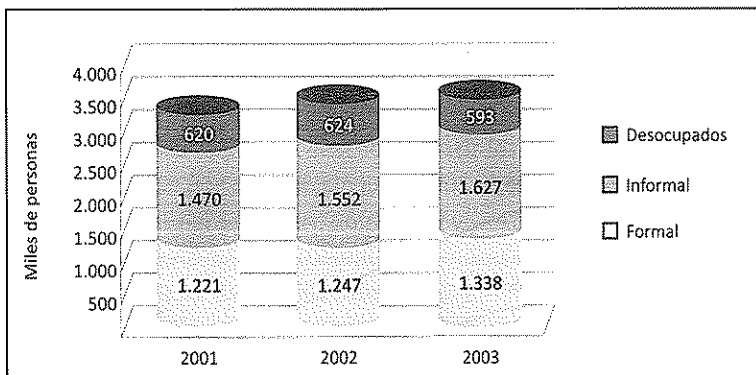


se incrementaron: de 2,3% en 2001 al 4,6% en 2004. Además, la recuperación de PIB estuvo acompañada por la disminución de la tasa de desempleo nacional y en Bogotá. La tasa de desempleo de Bogotá se redujo aproximadamente dos puntos, en 2001 se ubicó en el 18,71% y dos años más tarde en 16,67%, continuó con su tendencia decreciente y un año después se redujo al 14,85%. Sin embargo, un análisis más detenido del mercado laboral permite identificar las características y condiciones que acompañaron esa disminución de la tasa de desempleo.

La Población Económicamente Activa (PEA) está compuesta por las personas que se encuentran en edad y en disposición de trabajar, los cuales pueden encontrarse empleados o desempleados; a su vez, el grupo de personas empleadas puede pertenecer al sector formal o a la informalidad. Según el DANE, durante la segunda administración de Antanas Mockus la PEA de Bogotá se incrementó en 247.000 y el número de desempleados se redujo en 27.000 personas, lo cual significa que aproximadamente 274.000 personas se emplearon tanto en el sector formal como en el informal.

El gráfico 18 presenta la composición de la Población Económicamente Activa (PEA) en Bogotá para el periodo 2001 - 2003, en los tres grupos ya mencionados: desempleados, empleados informales y empleados formales.

Gráfico 18. Distribución de la PEA en Bogotá, 2001 – 2003



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares.

Como se puede observar en el gráfico 18, la PEA entre el año 2001 y el 2003 estuvo constituida en su mayoría por personas con empleos informales. La incapacidad del mercado laboral bogotano para generar empleos formales desembocó en la precarización del empleo, lo cual se refleja en una concentración del 45,2% de la PEA

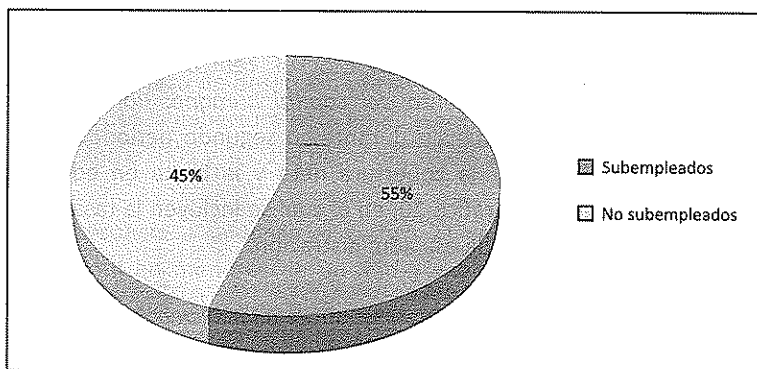


en el sector informal y el 17,9% en el desempleo; en promedio, para los tres años de administración Mockus, sólo el 37% de la PEA logró ubicarse en empleos formales.

Otro de los principales indicadores de la pauperización del mercado laboral es la tasa de subempleo. Este indicador mide el grado de satisfacción y conformidad de las personas con sus trabajos, mediante la identificación de unas causas de la inconformidad, el gráfico 19 muestra, en el lado izquierdo, la composición del empleo por categorías: subempleados y no subempleados y, en el lado derecho, la composición del subempleo según la causa de inconformidad identificada: (1) empleo inadecuado por ingresos, (2) empleo inadecuado por competencias y (3) insuficiencia de horas trabajadas.

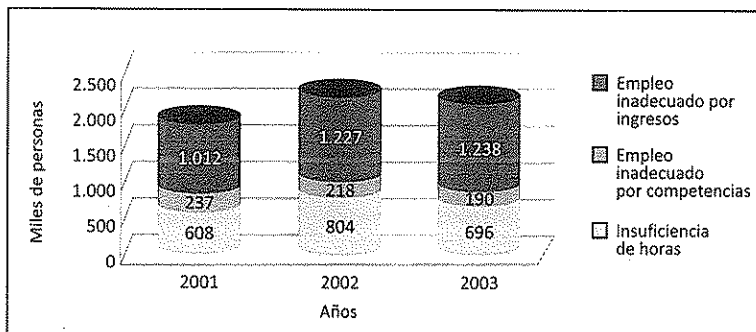
Gráfico 19. Empleo y subempleo en Bogotá, 2001 – 2003

A. Composición del empleo



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares.

B. Composición del Subempleo



Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares.



En promedio entre 2001 y 2003 los subempleados representaron más de la mitad del total de ocupados. La principal causa del subempleo fue la inconformidad de las personas con la remuneración que obtienen de su trabajo; en segundo lugar, que trabajan un número insuficiente de horas; la razón menos importante es que están en un empleo inadecuado para sus competencias.

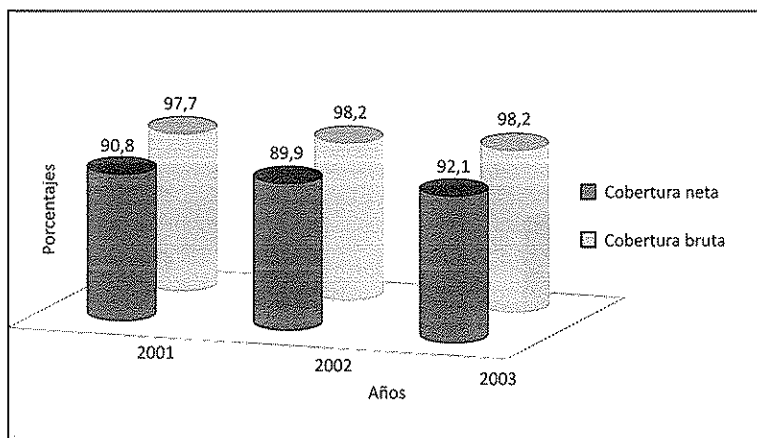
Este panorama del mercado laboral puede considerarse altamente preocupante si se tiene en cuenta que el empleo es la principal fuente de recursos para garantizar niveles mínimos de nutrición, salud, educación y en general el bienestar económico de los hogares; de manera adicional, la mejor forma de contar con un sistema de protección social radica en tener empleo bien remunerado, con garantía en seguridad social. En términos de la OIT es gozar de *Trabajo Decente*.

2.1.2.2 Educación y salud: 2001 - 2003

La primera administración de Antanas Mockus centró su preocupación en la *Cultura ciudadana y el fortalecimiento del capital humano*. Por lo tanto, era de esperarse que esas metas persistiesen durante su segundo periodo. En materia de educación es necesario analizar la cobertura neta y la bruta en educación; estos indicadores se presentan en el gráfico 20, en el cual se incluyen la tasa de inserción y reprobación oficial para los años de esa administración.

Gráfico 20. Indicadores de educación en Bogotá, 2001 – 2003

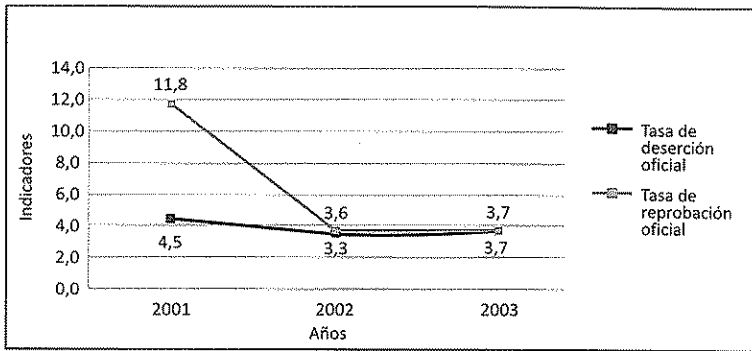
A. Composición en educación



Fuente: Secretaría de Educación Distrital.



B. Indicadores de eficiencia de la educación



Fuente: Secretaría de Educación Distrital.

En la educación se logró una mejora significativa entre 2001 y 2002 con una reducción de la tasa de reprobación oficial que pasó de 11,8 a 3,6. Sin embargo, otros indicadores como la tasa de deserción oficial y la cobertura no presentan variaciones importantes. Incluso la cobertura neta en educación primaria y secundaria mostró un decrecimiento entre 2001 y 2002 al pasar del 90,8% al 89,9% respectivamente.

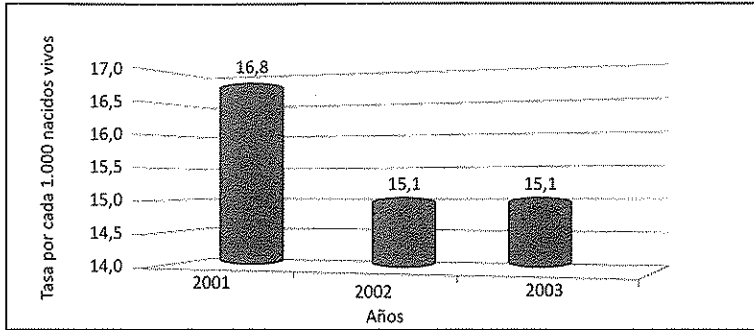
En lo que respecta a salud en el gráfico 21 se construyeron indicadores sobre mortalidad infantil en menores de un año y sobre mortalidad materna durante la administración Mockus. El primero se redujo al pasar de 16,8 a 15,1 por mil nacidos vivos; no obstante, se estaba aún por encima de lo alcanzable y de lo alcanzado, es decir, por encima de los resultados de los países desarrollados: tasas inferiores al 6 por mil nacidos vivos. En mortalidad materna hubo avances, por cuanto pasó entre 2001 y 2003 del 77,1 al 61,7 por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, países como Alemania para el año 2000 tenían tasas de mortalidad materna de 8 por cada 100.000 nacidos vivos; en este sentido las tasas de mortalidad materna de la administración Mockus se consideran altas y, en consecuencia, era un reto pendiente en materia de salud.

En conclusión, es importante tener en cuenta que los resultados en materia de educación y salud mencionados anteriormente estaban aún distantes de los compromisos adquiridos en septiembre de 2000 por Colombia en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. Esos compromisos denominados *Objetivos de Desarrollo del Milenio* buscan la materialización de una visión de largo plazo de desarrollo humano. En este orden de ideas las políticas tanto en educación como en salud, y, en general, la política social apoyada con un esfuerzo en inversión social, deberían haber sido una prioridad.



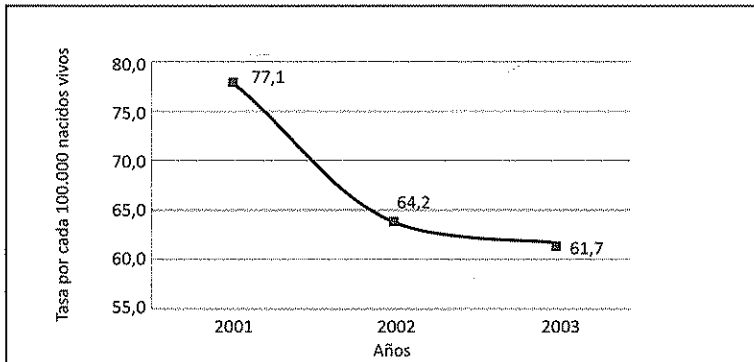
Gráfico 21. Indicadores de salud en Bogotá, 2001 – 2003

A. Mortalidad en menores de un año



Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

B. Mortalidad materna



Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

No obstante, es preocupante el hecho de que los indicadores sociales tendieron a estancarse entre 2002 y 2003 (gráficos 15, 16, 17 y 18), aún cuando la actividad económica de Bogotá venía en ascenso (gráfico 17). Esta situación da luces acerca de la ausencia de una política social que efectivamente contrarrestara la exclusión social. Tal apreciación por el momento sólo puede ser considerada como una hipótesis, pero en las páginas siguientes se tratará de desarrollar.

Para indagar en torno a esa hipótesis se hace necesaria una revisión de la orientación del plan de desarrollo de Mockus y de los esfuerzos políticos que se materializaron en el presupuesto del Distrito Capital.



2.1.2.3 Orientación de la inversión

Ante el panorama del mercado laboral presentado en la sección anterior, la administración de Antanas Mockus (2001-2003), decidió retomar el enfoque que había tenido la ciudad en su primera administración (1995-1997), en el cual la cultura ciudadana era eje central de las demás políticas públicas. El plan de desarrollo fue llamado *Bogotá para vivir todos del mismo lado*, en el programa de gobierno se presentan seis prioridades jerarquizadas de la siguiente forma:

Cultura ciudadana

Productividad

Justicia Social

Educación

Medio Ambiente

Familia y niñez

La política social se concentra en los últimos cuatro componentes.

Las políticas de justicia social tuvieron como principal objetivo “mejorar el acceso de las personas en situación de alta vulnerabilidad al afecto y a condiciones mínimas de nutrición, salud, educación y habitación con criterios de responsabilidad compartida e imparcialidad”. Entre las acciones que se propusieron para la ejecución de dicha prioridad se encuentran: el fomento de la solidaridad, la generación de mayor autonomía y responsabilidad individual y colectiva y la promoción de condiciones mínimas de los bienes básicos para la población vulnerable. Es de anotar que el plan no incorpora una política de protección social ni traza de manera explícita una lucha contra la exclusión, políticas que desde 1972 ya habían sido diseñadas en algunos países europeos.

Bajo esa lógica, el problema de la desnutrición se relacionó con dos campos de acciones: (1) el componente pedagógico para mejorar los hábitos alimenticios de la población y (2) la asistencia alimentaria a cargo de entidades públicas y privadas.

En materia de salud y calidad de vida se estableció que, (1) la asistencia en salud se guiaría por un carácter de descentralización y administración privada de las instituciones públicas de salud, y (2) que los avances en infraestructura física y equipamiento serían responsabilidad compartida entre la comunidad y el sector público.



La distribución de la inversión social se presenta en el cuadro 2, en el cual se puede observar que durante la administración Mockus se presentó un incremento de la participación de la inversión en los sectores de cultura recreación y deporte, integración social empleo e ingresos y medio ambiente. Es de señalar que los sectores de educación y salud perdieron participación dentro del total de inversión social: educación pasó del 34,4% al 31,8% y salud pasó del 15,8% al 8,7%. La tasa de crecimiento de los recursos de educación entre 2001 y 2002 fue muy cercana a cero y la de los recursos de la salud fue del -2%. Así pues, puede concluirse que la intención de inversión en esos dos sectores durante la administración Mockus fue baja, incluso al considerar los recursos que recibe el Distrito por transferencias de la Nación.

Cuadro 2. Inversión directa por sectores en Bogotá, 2001 – 2003

Millones de pesos constantes de 2006						
SECTOR	2001	Participación %	2002	Participación %	2003	Participación %
Educación	1.086.420,29	34,37	1.091.125,60	35,40	1.129.297,58	31,80
Salud	631.490,82	18,04	622.076,33	21,89	641.296,62	21,31
Integración social, empleo e ingresos	175.370,05	15,08	181.962,32	10,23	220.914,98	8,70
Hábitat	45.903,38	14,33	38.705,31	12,38	36.656,04	10,10
Medio ambiente	81.014,49	5,79	87.013,53	6,35	388.308,21	6,56
Cultura, recreación y deporte	69.748,79	5,04	73.698,55	4,61	116.374,88	13,60
Acueducto	470.757,49	2,19	399.277,29	2,37	369.043,48	3,20
Movilidad y espacio público	570.088,89	1,71	674.724,64	1,71	756.595,17	1,40
Resto	184.811,59	3,45	220.505,31	5,07	225.090,82	3,34
Total Inversión	3.315.605,80	100,00	3.389.088,89	100,00	3.883.577,78	100,00

Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales. Base de datos en www.shd.gov.co. Cálculos: CID

Con el fin examinar la intencionalidad de la inversión se construyó el cuadro 2:3 en el cual se muestra la inversión neta directa, que se obtiene de restarle a la inversión bruta las transferencias que la Nación envía al Distrito.



Cuadro 3. Inversión directa menos transferencias de la Nación, por sectores en Bogotá, 2000 – 2003

Millones de pesos constantes de 2006						
SECTOR	2001	Participación %	2002	Participación %	2003	Participación %
Educación	625.358	24,1	311.736	14,8	294.488	12,0
Salud	443.557	17,1	239.654	11,4	218.747	8,9
Integración social, empleo e ingresos	175.370	6,8	181.962	8,7	220.915	9,0
Hábitat	45.903	1,8	38.705	1,8	36.656	1,5
Medio ambiente	81.014	3,1	87.014	4,1	388.308	15,8
Cultura, recreación y deporte	69.404	2,7	73.437	3,5	106.458	4,3
Acueducto	469.663	18,1	399.219	19,0	367.983	14,9
Movilidad y espacio público	511.614	19,7	552.296	26,3	608.489	24,7
Resto	172.329	6,6	215.610	10,3	219.916	8,9
TOTAL	2.594.213	100,0	2.099.633	100,0	2.461.960	100,0

Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales. Base de datos en www.shd.gov.co. Cálculos: CID.

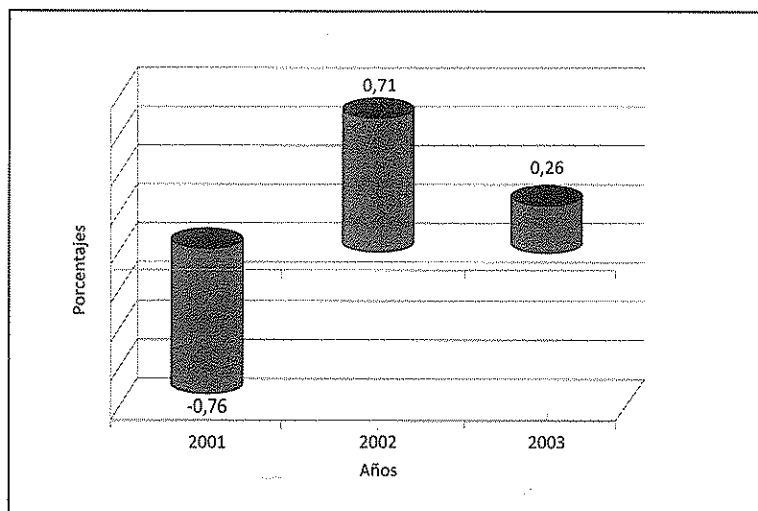
En el cuadro 3 se puede observar que entre 2001 y 2002 la inversión en educación realizada por la administración distrital se redujo a la mitad, al pasar de 625.385 millones a 311.736 millones (pesos de 2006); lo mismo ocurrió con la inversión en salud que pasó de \$443.557 millones a \$239.654 millones (pesos de 2006). Así mismo, los sectores en los que se incrementó la inversión fueron movilidad y espacio público, integración social, empleo e ingresos y medio ambiente. En general, la inversión social de Bogotá se redujo, sin incluir las transferencias de la Nación.

A pesar de los grandes retos pendientes en materia social la administración Mockus decidió reducir su esfuerzo presupuestal. Como resultado de tal política de poca inversión con cargo al Distrito se pasó de manera drástica de tener déficit fiscal



en 2001 del 0,76% a tener un superávit en 2002 del 0,71% del PIB. Esta situación se refleja en el gráfico 22, lo cual, también señala una deficiente ejecución presupuestal.

Gráfico 22. Déficit o superávit como proporción del PIB, 2001 - 2003.



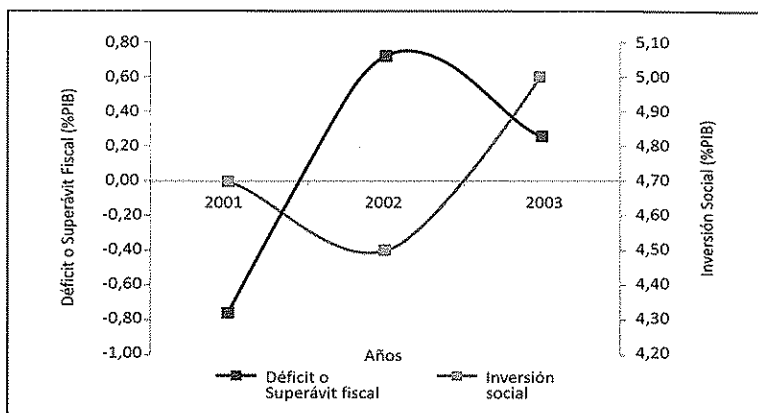
Fuente: SDH - DEEF.

Es posible construir una figura en la cual se muestre el déficit fiscal *versus* inversión social de Bogotá para el periodo 2001 - 2003; tal relación está contenida en el gráfico 22. Durante esos años se pasó de unas finanzas distritales que presentaban déficit a unas con superávit; esos *logros fiscales* se llevaron a cabo sacrificando las posibilidades de realización de inversión social, en una ciudad donde los indicadores de pobreza y de desigualdad se venían incrementando (gráficos 23 y 24). Así las cosas, en la administración Mockus no hubo una verdadera estrategia de lucha contra la pobreza, sino la consecución de una ética calvinista.

Esta estrategia de superávit fiscal se ha traducido en que cuantiosos recursos del Distrito se encuentren administrados bajo la lógica financiera de inversión en los sectores que generan mayor rentabilidad monetaria. Esto se puede apreciar en el cuadro 4 que discrimina el portafolio de inversiones del mencionado superávit fiscal, durante los primeros años de la administración de Luis Eduardo Garzón. La distribución de los recursos se pueden clasificar en cuatro categorías: (1) Títulos de Tesorería, (2) Certificados de Depósito a Término, (3) CDT en moneda extranjera y (4) otras inversiones de renta fija.

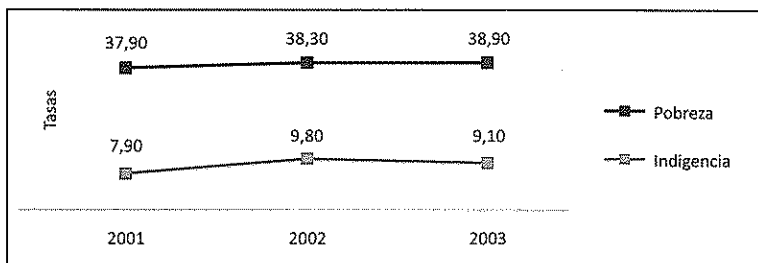


Gráfico 23. Déficit fiscal vs. inversión social



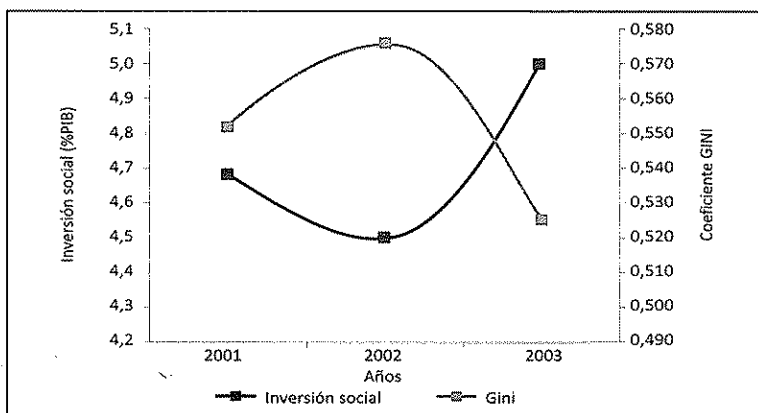
Fuente: SDH – DEEF.

Gráfico 24. Indicador de pobreza e indigencia en Bogotá, 2001 – 2003



Fuente: Departamento Nacional de Planeación (DNP).

Gráfico 25. Inversión social vs. Coeficiente de GINI de Bogotá, 2001 – 2003



Fuente Inversión Social: Secretaría Distrital de Hacienda. Fuente del Coeficiente de GINI: DNP

**Cuadro 4. Portafolio del superávit fiscal de Bogotá, 2005 – 2006**

Cifras en miles de pesos				
Clase de Inversión	2005	Porcentajes	2006	Porcentajes
Títulos de Tesorería	333.694.175	23,0	313.051.650	23,7
Certificados de Depósito a Término	1.054.309.259	72,6	932.522.081	70,5
CDT nominados en Moneda Extranjera	16.840.898	1,2	10.476.441	0,8
Otras Inversiones de renta fija	47.304.424	3,3	66.881.248	5,1
Inversiones de administración de liquidez	1.452.148.756	100	1.322.931.420	100

Fuente: Balance de Prueba a 31 de diciembre de 2005 y 2006-DDT.

Sobre dicho comportamiento se pueden extraer varias conclusiones: la primera es que con parte de los recursos del Distrito se financia el déficit fiscal de la Nación mediante la adquisición de Títulos de Tesorería (TES), éstos representaban para 2005 un poco más de los recursos totales del sector de integración social de Bogotá. La segunda, es la forma como el sector financiero se beneficia del portafolio del Distrito, por cuanto en ese mismo año los Certificados de Depósito a Término son más del 70% del portafolio y para 2006 la cifra fue de un poco más de un billón de pesos, la cual es cercana al total de la inversión que se hace en salud e integración social. Es importante señalar que, en general, de 2005 a 2006 se redujeron los recursos de inversión en el portafolio. Sin embargo, para cualquiera de los dos años analizados el total de estos recursos es muy cercano al total de lo que se invierte en educación.

En consecuencia, podemos concluir que las últimas tres administraciones, además de poner presente un alto grado de ineficiencia en la ejecución presupuestal, han estado presentes unas orientaciones presupuestales que hacen parte de la economía política, las cuales, por lo tanto, deben ser interpretadas en el marco de un conflicto de intereses sociales, que de ninguna manera pueden estar aislados del orden socioeconómico. En el caso tanto de la administración Mockus como la de Garzón, entre sus preocupaciones estaba la de garantizar unas finanzas "saludables", buscando una buena calificación de las calificadoras de riesgo internacional, pero ello tiene como costo el poco interés en desarrollar una política social incluyente para la capital. No obstante, desde algunas ópticas, –las de los mercados financieros–, unas finanzas superavitarias pueden ser atractivas, pero el sacrificio en términos de capacidades y



oportunidades humanas, bienestar y derechos son costos que tienen gran impacto sobre la equidad de social.

2.1.3 Luis Eduardo Garzón (2004 - 2007). Bogotá sin indiferencia

El Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas presentado por el Alcalde Luis Eduardo Garzón para Bogotá 2004-2008 se tituló *Bogotá sin indiferencia. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*. Este plan fue aprobado por el Concejo mediante el Acuerdo 1119 del 3 de junio de 2004. Una de sus bondades fue “redescubrir” la situación de pobreza. Lo que sorprende, es que a pesar de que entre 2001 y el 2003 la pobreza cubrió entre el 37,9% y el 38,9% de la población bogotana (gráfico 24), las administraciones anteriores no la visibilizaban y por ende no aparecía como una de sus prioridades.

Con otra fuente –diferente a la información que sobre pobreza suministra la Secretaría Distrital de Hacienda – y con base en los cálculos realizados por el CID, resultantes de procesar datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENH), la pobreza presenta otra magnitud (cuadro 5). En el caso de Bogotá, no obstante haber disminuido casi 6 puntos entre el 2000 y el 2004, la participación para este último año es del 48,6%, mientras que la indigencia sigue la misma tendencia descendente y abarca al 11,5% de la población capitalina.

En Bogotá se presenta, con relación a la pobreza, una segmentación espacial. La investigación realizada por el CID [2004] detectó tres grupos donde la tasa de pobreza era superior al 60% y los niveles de indigencia mayores que el 20%: las localidades del sur Usme, Ciudad Bolívar, Bosa, San Cristóbal, Tunjuelito y Rafael Uribe. Un segundo grupo, con incidencia de pobreza entre el 35% y el 60%; comprende las localidades del eje central: Candelaria, Los Mártires y Santa Fe, Puente Aranda y Antonio Nariño; y del occidente de la ciudad: Kennedy, Fontibón, Engativá y Suba. Por último, un tercer grupo al cual pertenecen las localidades del nororiente, con niveles de pobreza menores al 35%: Usaquén, Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo.

Los grupos no son homogéneos, por el contrario, dentro de cada grupo y localidad hay desigualdades importantes. Por ejemplo:

...en la localidad de Engativá se ha estimado que la Unidad de Planeación Local (UPZ) de Bolivia tenía en 2003 un nivel de pobreza del 31%, la de Garcés Navas del 44% y la del antiguo pueblo de Engativá del 78%.



Bogotá es una ciudad muy segmentada y la diferencia entre el norte y el sur se mantiene. Entre 1990 y el 2003 no se observan cambios significativos. La brecha es tan estructural que los intentos que han realizado las diversas alcaldías para reducirla han sido muy tímidos [CID, 2004:51].

Cuadro 5. Porcentajes de población bajo las líneas de pobreza (LP) e indigencia (LI), Bogotá y departamentos de la Región Central, 2000 – 2004

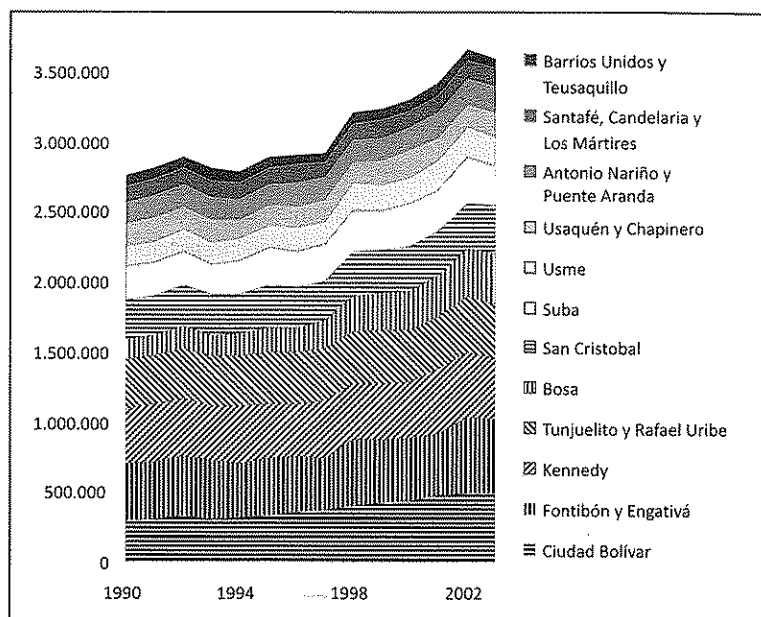
Región y departamentos	Años			
	2000	2002	2003	2004
	Porcentaje de población bajo la línea de pobreza ¹			
Total nacional	66,3	66,7	64,0	64,7
Región central	61,6	64,1	61,6	63,1
Bogotá	56,0	52,0	51,2	48,6
Resto región central	68,2	71,2	67,9	71,1
Boyacá	67,6	79,7	77,2	81,1
Cundinamarca	67,8	69,2	64,5	67,1
Meta	63,6	60,4	57,6	71,8
Tolima	72,0	71,6	69,6	57,7
	Porcentaje de población bajo la línea de indigencia ¹			
Total nacional	23,0	26,0	21,6	22,4
Región central	22,2	25,2	23,0	23,0
Bogotá	18,1	15,4	13,3	11,5
Resto región central	27,0	31,0	28,9	29,7
Boyacá	27,1	47,6	45,7	46,2
Cundinamarca	26,6	27,0	24,5	23,5
Meta	19,7	18,7	15,5	30,2
Tolima	31,5	27,1	26,3	14,5

Fuente: Procesamiento de Encuestas Continuas de Hogares del DANE.

¹ Líneas de pobreza e indigencia: DANE. Se toman las líneas elaboradas en 1998 con base en la Encuesta de Ingresos y Gastos de 1994 - 1995.



Gráfico 26. Número de pobres por localidad, 1990-2003



Fuente: Cálculos CID a partir de las Encuestas de Hogares.

Al tomar el periodo entre 1990 y 2002 (gráfico 26) se puede observar la dinámica que ha tenido el número de pobres por localidad. Un rasgo de la pobreza, es su tendencia ascendente para cada una de las localidades. En la historia reciente el mayor número se ha concentrado en Ciudad Bolívar, Kennedy, Fontibón y Engativá; Usme tiene una alta incidencia, pero el número de pobres es relativamente bajo. Los desbalances en la distribución espacial de los pobres dificultan la selección de zonas prioritarias para programas sociales focalizados, lo que podría justificar políticas de carácter universalistas como forma de “luchar contra la pobreza”.

Esta situación de exclusión social marcó la elaboración del Plan. Entre sus propósitos se encontraban la disminución de la inequidad, el de garantizar condiciones para que todos los miembros de la sociedad bogotana ejercieran sus derechos fundamentales y los derechos humanos. Entre las directrices del plan se encontraba el principio de solidaridad como una responsabilidad de la Administración distrital, en búsqueda de la inclusión social, para superar la adversidad social. La *equidad* figuraba dentro de los principios rectores, en tanto se buscaba “promover la igualdad de oportunidades mediante políticas progresivas de redistribución con prioridad en las poblaciones que están en mayores condiciones de pobreza y vulnerabilidad”; en este marco de política



pública la prioridad eran las personas en situación de pobreza y de vulnerabilidad. Esa política sin dejar de lado los problemas de seguridad, se distanciaba de las directrices de la seguridad democrática de la primera y segunda administración del presidente Uribe, en tanto la política pública contra la exclusión social se convertía en el principio y la base para la convivencia ciudadana.

Las políticas públicas agenciadas por la administración de Garzón descansaban sobre las siguientes directrices: intervención social integral, integración social, intervención para la equidad. Así el Gobierno intervendría para garantizar la redistribución de los beneficios económicos y enfrentar en forma integral la pobreza, la exclusión y la inequidad, igualmente haría prevalecer los derechos de niñas y niños, promovería la participación para la decisión, el control social y la redención de cuentas y acometería acciones dirigidas a la seguridad alimentaria, la integración territorial para la sostenibilidad, la generación de riqueza colectiva, el empleo y los ingresos. La política de generación de empleo y de oportunidades de ingresos es un imperativo de lucha contra la pobreza y la exclusión la cual será desarrollada en una perspectiva de solución sostenible que lleve a transformar las acciones urgentes, como la lucha contra el hambre en soluciones de largo plazo.

Se basa en el uso del potencial de la inversión pública para generar empleo y promover la producción local y regional; en la promoción de la demanda de bienes y servicios de consumo masivo, y en el fortalecimiento de la economía social e integración internacional, de la micro, de la pequeña y mediana empresa. El aumento de la cobertura y la permanencia de la población joven en el sistema educativo son elementos esenciales de esta política.

Sobre tres ejes se artículo el Plan de Desarrollo: el Social, el Urbano Regional y el de la Reconciliación. Para el primer eje se fijó el siguiente objetivo:

Crear condiciones sostenibles para el ejercicio efectivo de los derechos económicos, sociales y culturales con el propósito de mejorar la calidad de vida reducir la pobreza y la inequidad, potenciar el desarrollo autónomo, solidario y corresponsable de todas y todos, con prioridad para las personas, grupos y comunidades en situación de pobreza y vulnerabilidad, propiciando su inclusión social mediante la igualdad de oportunidades y el desarrollo de sus capacidades, la generación de empleo e ingresos y la producción y apropiación colectiva de la riqueza.



Las políticas del eje social giraron en torno a la protección y restablecimiento de derechos, alimentación como derecho fundamental, ejercicio pleno de los derechos de niños y niñas, juventud con oportunidades, equidad en el ejercicio de los derechos sociales y vinculación productiva. Cinco fueron las estrategias de este eje; a saber:

1. Construcción paulatina del Sistema Integral de Protección Social (SIPSS).
2. Garantía a las personas y al colectivo social del derecho fundamental al alimento con prioridad en niños y niñas, jóvenes, mujeres gestantes y lactantes, población adulta mayor y con discapacidad.
3. Garantía de acceso progresivo y calidad en los servicios sociales, las acciones públicas le dan prioridad a la universalización de la salud y la educación en una perspectiva no sólo individual sino familiar y de comunidad, con un enfoque de equidad de género intergeneracional e intercultural, que ofrecen oportunidades para todas y todos; en especial, para erradicar la indigencia, el trabajo infantil, la explotación sexual y la violencia intrafamiliar.
4. Creación y estímulo, con criterios de inclusión, de las condiciones que potencien la capacidad y el talento de las personas a través de la formación para el trabajo, la generación de empleo mediante la inversión pública y las alianzas con el sector privado, la oportunidades de generación de ingresos mediante formas asociativas, comunitarias y solidarias; la micro, la pequeña y la mediana empresa.
5. Apropiación de la ciudad como entorno cultural, artístico y lúdico, y como escuela permanente de aprendizaje, reflexión y socialización que apunta a aumentar el conocimiento y el disfrute de ésta por parte de sus habitantes mediante el acceso a las distintas manifestaciones de la vida urbana [Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas 2004-2007, Artículo 8].

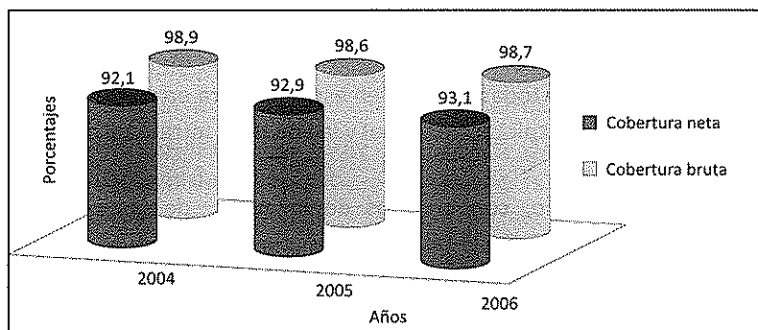
Por su parte los programas asociados con este eje fueron: Bogotá sin hambre, Más y mejor educación para todas y todos, Salud para la vida digna, Restablecimientos de derechos e inclusión social, Cero tolerancia con el maltrato, La mendicidad y la explotación laboral infantil, Bogotá con igualdad de oportunidades para las mujeres, capacidades y oportunidades para la generación de ingresos y empleos, Escuela ciudad y ciudad escuela; La ciudad como escenario de formación y aprendizaje, Cultura para la inclusión social, Recreación y deporte para todas y todos. Uno de los



proyectos de mayor envergadura en materia de política social, ha sido Bogotá sin hambre, a través del cual se implementaron comedores comunitarios, se fortalecieron los comedores infantiles ya existentes, se establecieron salas de lactancia y bancos de alimentos; estos servicios de asistencia alimentaria se focalizaron en la población en condiciones de pobreza.

La estrategia de educación estuvo encaminada a incentivar la permanencia de los menores en el sistema educativo y la creación de nuevos cupos los niveles de educación primaria y secundaria. Durante los tres años de la administración de Garzón hubo una cobertura en educación de una tasa neta del 93,1% lo que significa que de cada 100 niños 93 se encuentran asistiendo al Colegio (gráfico 27).

Gráfico 27. Cobertura neta y bruta en educación, 2004 – 2006



Fuente: Secretaría de Educación Distrital.

Estos logros se asocian con programas colaterales de gran impacto en la población escolar entre los cuales se destacan la alimentación escolar, subsidios condicionados, gratuidad, solidaridad con la niñez y la juventud, y transporte escolar. La evaluación realizada por el foro promovido por la Cámara de Comercio de Bogotá, el periódico El Tiempo y la Fundación Corona dan cuenta que en alimentación escolar se...

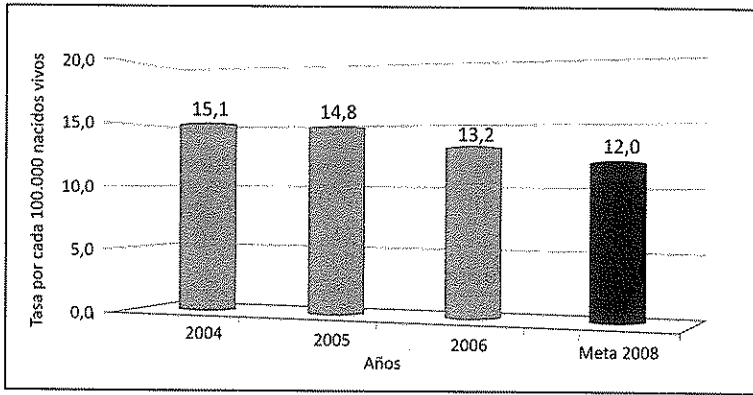
...entregaron 372.539 refrigerios con recursos de la secretaría de Educación (frente a 300.000 en el total de 2005) y 37.095 adicionales con recursos de las localidades (frente a 27.603 entregados en el total de 2005). Adicionalmente, se otorgaron 54.030 comidas calientes (frente a 26.950 en el total de 2005) con cobertura en 20 colegios distritales, los cuales participan en actividades para la creación de hábitos de nutrición, de estilos de vida saludable, y en el desarrollo de habilidades sociales. A diciembre de 2006 se han entregado 10 colegios totalmente nuevos y



cinco por reposición, se realizó reforzamiento estructural a 44 más y a 22 se les hicieron ampliaciones. [Bogotá cómo vamos. Balance de tres años de la Administración Distrital, 2004-2008].

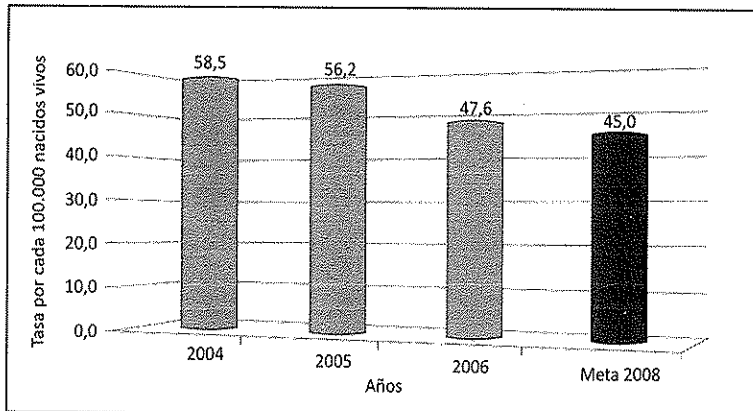
Gráfico 28. Indicadores de mortalidad en Bogotá, 2004 - Meta 2008

A. Mortalidad en menores de un año



Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

B. Mortalidad materna



Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

2.2 Los desafíos sociales para la nueva administración

Varios son los retos que debe afrontar la administración representada por el alcalde Samuel Moreno: mejorar la situación de pobreza que encontró al iniciar su



mandato, atenuar el impacto de la crisis económica y acopiar nuevos recursos para el gasto social para paliar las reducciones en las transferencias.

De la información brindada por el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo Humano se deriva que entre 2002 y 2006 la línea de pobreza bajó del 38,3% al 23,8%, y el porcentaje de bogotanos en situación de indigencia se redujo del 9,8% al 3,4%. En el cuadro 6 se presenta la serie histórica de las líneas de pobreza e indigencia entre 1996 y 2006, allí se resalta la expansión de la pobreza por efecto de la crisis de finales del siglo XX, periodo cuando la pobreza cubrió al 40,5% de la población bogotana, pero también se observa la tendencia decreciente de los indicadores en lo corrido del siglo XXI. De otra parte, el director del informe del PNUD (Jorge Iván González) asocia ese éxito a la administración de Garzón y a la prioridad que tuvo la política social; así que, reducir tales indicadores se convierte en todo un reto para el gobierno cuyo lema es *Bogotá Positiva*.

Cuadro 6. Líneas de pobreza e indigencia, 1996 – 2006

Año	Línea de pobreza	Línea de indigencia
1996	29,5	6,1
1997	30,3	7,7
1998	35,4	8,8
1999	40,5	14,5
2000	41,4	11,7
2001	37,9	7,9
2002	38,3	9,8
2003	38,9	9,1
2004	33,7	6,3
2005	27,0	4,2
2006	23,8	3,4

Fuente: 1996-2001: DNP - MERPD. Metodología de medición y magnitud de la pobreza en Colombia, 2002 - 2006; DNP Estimaciones de pobreza en Colombia 2006.

Obviamente los desafíos pueden extenderse a otras áreas, por ejemplo: la reducción del déficit de vivienda, la recuperación de la malla vial, el mejoramiento de la calidad



del aire, la elevación de la calidad educativa, pero creemos que la prioridad estaría en la disminución de la desafiliación social⁸.

La crisis del capitalismo a escala mundial afecta el comportamiento económico de la Nación y de paso a la ciudad de Bogotá. La economía colombiana se ha venido desacelerando durante todo el año 2008, en el último trimestre se presentó un crecimiento negativo del PIB del orden del -0,76%; es importante resaltar que el sector real de la economía presenta la mayor reducción. Eso significa que el ingreso per cápita disminuirá y que todos los colombianos seremos más pobres.

Los efectos inmediatos se dejarán sentir en el mercado laboral: calidad del empleo y tasa de desempleo. En enero de 2009 dicha tasa se ubicó en el 14,2% a escala nacional y en el 10,0% en Bogotá, pero para julio llegó al 12,6%, la más alta registrada para el mismo mes en los últimos cinco años. Durante el año 2009, en Bogotá se evidencian caídas en la tasa de ocupación, significativamente más altas que las registradas en el resto del país, lo que muestra que la recesión golpeó con más dureza a la capital⁹.

La Secretaría de Desarrollo Económico de la Alcaldía de Bogotá hace una clasificación entre ocupación de buena y mala calidad, en la primera agrupa las categorías empleado particular, empleado del gobierno y patrón o empleador. Por su parte, la ocupación de mala calidad corresponde a la agrupación de las categorías empleado doméstico, cuenta propia, trabajador familiar sin remuneración, trabajador sin remuneración en otras empresas y jornalero o peón. En el agregado nacional la ocupación de buena calidad en el trimestre móvil (mayo - julio de 2009) participó con el 45%, mientras que la mala de calidad lo hizo con el restante 55%. En el caso de Bogotá esa participación fue del 60% y el 40%, respectivamente. La posición con mayor peso ocupacional de mala calidad, tanto en Bogotá como en la Nación, es la de cuenta propia, la cual representa el 43% en el total de la ocupación nacional generada y el 34% en la de Bogotá.

⁸ En la *Evaluación de los cambios en la calidad de vida durante 2008* presentado por la veeduría que realizan El Tiempo, la Fundación Corona y la Cámara de Comercio de Bogotá hace referencia a que el déficit de vivienda afecta a 307.945 hogares; la recuperación de la malla vial –incluidos andenes– asciende a la suma de \$9,3 billones; el nivel de concentración media anual de partículas de polvo menores 10 micrómetros de diámetro (PM10) en 2008 se registró una concentración de PM10 de 67,00 ug/m³ y el límite internacional se establece en 50,00 ug/m³.

⁹ En el trimestre móvil mayo-julio de 2009 la tasa de desocupados fue del 11,3% “cifra que representa un total de 438.000 desocupados y es superior en 1,5 puntos porcentuales a la registrada en igual período de 2008; dicho crecimiento es tres veces mayor al presentado en el nivel nacional e implica un aumento de 71.000 personas en situación de desocupación. La TD ha crecido en Bogotá durante los últimos 10 trimestres móviles consecutivos” [Secretaría de Desarrollo Económico, 2009:3].



Otro frente de afectación, causado por la crisis, fueron los ingresos tributarios de la ciudad. En 2007, (cuadro 7), el crecimiento de los ingresos tributarios fue del 10,5% y el año siguiente apenas del 1,9%. La caída en el ritmo de crecimiento se originó por el descenso en el predial unificado y en el menor aumento del capítulo de vehículos y automotores; esos dos rubros representan el 72,2% del total de ingresos tributarios.

Cuadro 7. Crecimiento real de los ingresos tributarios de la Administración Central de Bogotá, 2004 a 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Tributarios	9.5	6.5	9.4	10.5	1.9
Predial unificado	8.6	4.4	4.3	9.1	-3.4
Industria, comercio, avisos	10.1	8.7	11.4	9.1	4.8
Azar y espectáculos	-58.8	36.6	24.9	86.8	-11.4
Vehículos, automotores	23.7	15.4	11.5	17.0	4.8
Delineación urbana	26.8	-12.6	11.10	63.1	-7.1
Cigarrillos extranjeros	-10.5	-6.4	-0.6	11.1	-0.7
Consumo de cerveza	1.3	3.7	3.9	9.2	0.1
Sobretasa a la gasolina	11.5	4.2	-4.5	-0.9	-1.4

Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda. Cálculo : Bogotá como vamos.

El comportamiento de los ingresos tributarios repercutió en los gastos. El nivel central del Gobierno capitalino presentó una disminución del 4% en su gasto en 2008, sustancialmente bajo si se le compara con el 15,8% que registró la tasa de crecimiento promedio en los tres años anteriores.

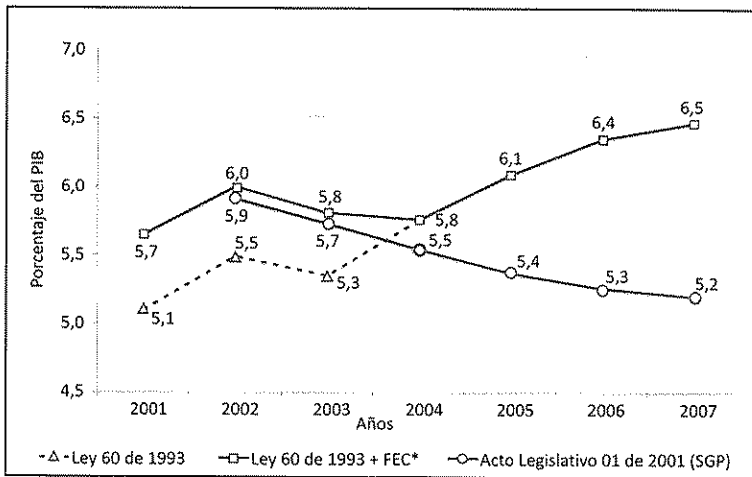
Con relación al contexto político, la reforma a las transferencias reduce los recursos que la capital recibe de la Nación. En alguna oportunidad señalábamos [Rodríguez, 2007] sobre esta reforma que, en primer lugar, estaba articulada a un proyecto político que busca centralizar el poder y cohesionar las fuerzas uribistas alrededor de la figura presidencial mediante el manejo de recursos fiscales, de modo que les permita intervenir directamente en las regiones para condicionar apoyos partidistas; y, en segundo lugar, que estaba relacionada con el modo en que se pone en operación el Sistema de Protección Social (SPS), diseñado para luchar contra la pobreza y la exclusión social. A pesar de ello, mejorar la calidad de vida de los colombianos era el argumento que se esgrimía para justificar la modificación. La reforma se proponía alcanzar:



coberturas universales en servicios sociales básicos como salud y educación, así como avanzar significativamente en el incremento de coberturas en los servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico, al mismo tiempo que se protegen principios básicos de estabilidad fiscal y, por tanto, macroeconómica. Esta es el garante último de que, en el mediano y largo plazo, las coberturas universales sean sostenibles y reduzcan la pobreza de los sectores más vulnerables de la población colombiana¹⁰.

De hecho, al expedirse la Ley 715 del 2001, que modificó la Ley 60 de 1993, los recursos transferidos por la Nación a otras regiones disminuyeron sensiblemente, tal como se presenta en el gráfico 29.

Gráfico 29. Transferencias como proporción del PIB



Fuente: Cálculos CID.

FEC: Fondo Educativo de Compensación (transferencias complementarias para educación por situado fiscal). Los recursos del FEC contemplados en el régimen de transición previsto para el período 2002 - 2008 no forman parte del cómputo para el cálculo del SGP a partir de 2009.

A partir de la reforma aprobada por el Acto Legislativo de 2007, calculamos que se inducía a la pérdida de más de \$56,4 billones (pesos de 2006) entre 2008 y 2019 en los ingresos de las entidades territoriales; dicho cálculo se realizó a partir de un supuesto bastante conservador: los ingresos corrientes de la Nación crecerían al mismo ritmo que el PIB.

¹⁰ Exposición de motivos del proyecto sobre reforma a las transferencias presentado en 2006.



El “ahorro fiscal” justificado por el gobierno central se fundamenta en el ajuste a las transferencias. Sus efectos son la disminución en la financiación del SPS y sirve para que el ejecutivo financie obras de inversión en las regiones lo que, origina un proceso de mayor centralización administrativa y, de paso, legitima un proyecto político como el Estado Comunitario. El Departamento Nacional de Planeación justificó ese comportamiento aludiendo a la “posibilidad de que la Nación realice inversiones estratégicas para la competitividad en las regiones”¹¹.

Al examinar los recursos girados por el Sistema General de Participaciones (SGP) a Bogotá en los últimos tres años encontramos el siguiente comportamiento: la participación de la ciudad en el SGP destinado a salud cayó del 11% al 9% entre 2002 y 2008. En el primero de los años en consideración la afiliación al Régimen Subsidiado llegó a 1.286.010 personas y en 2008 la afiliación fue del orden de 1.754.891, lo que representa el 7% de esa afiliación en Colombia, que es del orden de 23.804.788 personas. [Datos de Ministerio de Protección Social. Dirección de Subsidios a la Demanda].

¹¹ En la perspectiva de que el ejecutivo tenga mayor injerencia en las regiones, el artículo 60 de Plan de Desarrollo estipuló que “El Gobierno nacional en desarrollo de la presente Ley podrá definir, formular, adoptar, ejecutar y financiar macroproyectos de interés social nacional, y señalar los requisitos para su participación y desarrollo con el fin de promover la disponibilidad del suelo para la ejecución de programas, –proyectos u obras de utilidad pública o interés social”. El Plan contempla una partida de \$69,5 billones el 30,4% del plan de inversiones– asignados a la política para un crecimiento aito y sostenible como condición para un desarrollo con equidad y otra de \$10 billones para las dimensiones especiales del desarrollo.



Bibliografía

Aglietta, Michel (1995). *Macroéconomie financière*. Paris: La Découverte.

BID (2001). *Protección social para la equidad y el crecimiento*. Washington: BID.

Castel, Robert (2008). Los desafíos del Estado Protector. En Novick, Marta y Pérez, Sosto Guillermo (Coord.) *El Estado y la reconfiguración de la protección social. Asuntos pendientes*. Buenos Aires: Siglo XXI - Instituto Di Tella.

Castel, Robert (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?* Paris: Editions du Seuil.

Dardot, Pierre y Laval, Christian (2009). *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*. Paris: La Découverte.

Friedman, Milton (1979). Un programa monetario y fiscal de estabilidad económica. En Mueller, M. G. *Lecturas de macroeconomía*. México: CECSA.

González, Jorge Iván y Fresneda, Óscar (Coord.) (2004). *Evolución de los principales indicadores sociales de Bogotá (1990-2003)*. Colección Estudios y Políticas Sociales 1. Bogotá: CID - DAPD.

Hernández Gamarra, Antonio (2001). *La moneda en Colombia*. Bogotá: Villegas Editores.

Isuani, Ernesto; Lo Vuolo, Rubén y Fanfani Tenti, Emilio (1991). *El Estado benefactor. Un paradigma en crisis*. Buenos Aires: Editorial Miño y Dávila.

Jessop, Job (1999). *Crisis del Estado de bienestar. Hacia una nueva teoría del Estado y sus consecuencias sociales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Lautier, Bruno (2006). Las condiciones políticas para la universalización de la protección social en América Latina. En Le Bonniec, Yves y Rodríguez Salazar, Óscar (Ed.) *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - CID.

Moreno, Álvaro y Junca, Gustavo (2007). El gobierno de Mrs Uribe. Bienvenidos a los años noventa. En *Macroeconomía y bien estar. Más allá de la retórica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - CID.

North, Douglass (1994). *Estructura y cambio en la historia económica*. Madrid: Alianza.

Ocampo, José Antonio (1984). *Colombia y la economía mundial. 1830-1910*. Bogotá: Tercer Mundo - Fedesarrollo.



Restrepo, Darío (2003). De la falacia neoliberal a la nueva política. En *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Rodríguez Salazar, Óscar (2007). Las transferencias entre el sistema de protección social, la gobernabilidad macroeconómica, y la construcción territorial del Estado. En *Macroeconomía y bien estar 2007. Más allá de la retórica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - CID.

Rodríguez Salazar, Óscar (2006). Del patronato al aseguramiento. Orígenes de la protección social en Colombia. En Le Bonniec, Yves y Rodríguez, Óscar (Ed.) *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Colección de Estudios sobre Protección Social*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - CID 2006.

Secretaría de Hacienda Distrital (2007). *Inversión y Desarrollo Bogotá*. Disponible [en línea] en: http://www.shd.gov.co/portal/page/portal/portal_internet_sdh/publicaciones/Est_fis_pub/inversion_est_pub/IYD_NO_1_07.pdf.

Soboul, Albert (1976). Le choc révolutionnaire, 1789-1797. En Braudel, Fernand y Labrousse, Ernest. *Histoire économique et sociale de la France*. Paris: PUF.

Theret, Bruno (1995). *De la comparabilité des systèmes nationaux de protection sociale dans les sociétés salariales. Essai d'analyse structurale*. Disertación presentada en el Coloquio franco alemán: Comparer les systèmes de protection sociale en Europe. Berlin.

Theret, Bruno (1992). *Régimes économiques de l'ordre politique*. Paris: PUF.

Von Mises, Ludwig (1966). *Sobre liberalismo y capitalismo*. Barcelona: Folio

La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá

Félix Martínez Martín*



Capítulo 3

* M.D. Magíster en Salud Pública. Investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia.

† Investigador principal, Félix León Martínez; investigador de apoyo, César López Alfonso; apoyo institucional de la Secretaría Distrital de Salud, Álix Solángel García Ruiz, Ana María Cobos Baquero (Dirección de Salud Pública); participación en el análisis y discusión de los resultados, Grupo de Protección Social del CID.





Esta investigación hace parte de un proceso que iniciara en el año 2006 el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, en la Universidad Nacional, sobre el diseño de un Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud para la ciudad de Bogotá, por encargo de la Secretaría Distrital de Salud.

En la publicación *“Equidad y Salud, Debates para la Acción”* producto final de la primera fase del Observatorio, se introducía la reflexión teórica con un enfoque y una definición sobre equidad en salud donde, entre otros aspectos, se señalaba:

- *Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud.*
- *La Inequidad en salud es fundamentalmente el reflejo y la consecuencia de la Inequidad social.*
- *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 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 [OPS, 1998].

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

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



Medir las desigualdades, es decir, obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es apenas el primer paso para identificar las inequidades en salud [OPS, 1998].

Se deben analizar, por lo tanto, las desigualdades en salud a la luz de las condiciones sociales injustas o inequitativas que las generan y no a partir de presuponer la injusticia previa de tales desigualdades.

Concordamos con Braveman [Braveman, 2003] en que la equidad en salud puede ser definida como la ausencia de desigualdades en salud –y en sus determinantes sociales claves– que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales.

Estas relaciones expresan el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones [OPS, 1998].

El documento teórico sintetizaba:

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

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

Lo anterior implica la importancia de investigar sobre las oportunidades desiguales de desarrollo humano, tomando en cuenta el desarrollo de capacidades - salud, asociado a ventaja / desventaja social. Igualmente, señala la importancia de investigar la discapacidad diferencial en función de las condiciones de vida y trabajo, asociadas a ventaja / desventaja social.



Así mismo, indica la necesidad de investigar también los efectos de las oportunidades desiguales acumulados de largo plazo, la exposición desigual a riesgos y la respuesta desigual de la sociedad en cuanto al acceso a servicios y cobertura del riesgo, en términos de discapacidades acumuladas en los grupos de edad según su posición social.

Por otra parte se aclaraba como 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 -se agregaba-, 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 adicionalmente que no se trata de realizar investigación causal en el Observatorio, sino de poner en evidencia el efecto e impacto de las desventajas sociales en salud. De modo que se propone trabajar la relación de la desventaja social con las díadas causa-efecto reconocidas y aceptadas por la literatura científicaⁱⁱ.

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

Finalmente, se señalaba en el documento:

Si la sociedad pudiera representarse como un edificio de seis pisos, deberíamos establecer en los análisis de equidad cómo se comportan [...] el desarrollo físico e intelectual de los niños en cada piso, o la posición ocupacional y los riesgos ocupacionales en cada piso, o el tipo de transporte utilizado y las lesiones por accidentes en cada piso.

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



El análisis de equidad/inequidad en salud, se concreta entonces, en evidenciar que una condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social, o a 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 su origen.

En suma, las diferencias en capacidad-discapacidad asociadas a posición social (ventaja/ desventaja social), son objetivo prioritario de la investigación sobre equidad en salud, puesto que permiten mirar el impacto de las desigualdades sociales sobre las cuatro áreas de medición propuestas de la inequidad en salud.

En el documento *“Efecto e Impacto de las desigualdades sociales sobre la salud de los bogotanos: Enfoque propuesto para el Observatorio de Equidad en Salud a la Secretaría Distrital de Salud”*ⁱⁱⁱ, se introducía la definición normativa de salud en términos de desarrollo de capacidades desde los niños y su conservación en la medida en que avanza la edad adulta, se señalaba que:

Cada vez que se toca el tema de la equidad en salud, se tiende a considerar como aspecto fundamental el acceso a la asistencia sanitaria. De la misma forma la bioética tiende a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de salud [Braveman, 2003]^{iv}.

Y se anotaba que es prácticamente imposible abordar el tema de igualdad en el derecho a la salud, en los términos de la inasible definición de la Organización Mundial de la Salud, que la considera como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, al igual que resulta también, por otra parte, estrecho el concepto de ausencia de enfermedad para ese propósito, es decir hablar de salud en términos negativos.

3.1 Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades

Una definición normativa de salud, en la línea del pensamiento de Canguilhem^v,

...permite entender la salud como el desarrollo de las capacidades y las potencialidades del cuerpo humano, (la capacidad respiratoria, la capacidad cardiovascular, la capacidad neuromuscular, la capacidad inmunológica, la



*capacidad visual, la capacidad digestiva, la capacidad afectiva, la capacidad intelectual, la capacidad sexual, etc.) desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. Así mismo **la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto, gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico**^{vi}.*

Lo contrario a salud, desde esa perspectiva, es la discapacidad, no la enfermedad. Y la enfermedad sólo es importante si deja incapacidades o limitaciones posteriores para la vida. Es lo que preocupa realmente al hombre que hace parte de una sociedad competitiva: que la enfermedad le vaya a dejar alguna limitación para su desempeño social.

Por otra parte, cabe agregar que la pérdida progresiva de capacidades del cuerpo humano, físicas (disminución de la fuerza muscular), cardiovasculares (menor resistencia para el ejercicio), neuromotoras (pérdida de agilidad, equilibrio), digestivas (intolerancia progresiva a ciertos alimentos), visuales (disminución de la agudeza visual), sexuales (disminución de la capacidad de erección), afectivas (pérdida de interés o capacidad de relacionarse), intelectuales (pérdida de concentración o memoria), o inmunológicas (menor resistencia a las infecciones), etc., que se presentan normalmente en la edad adulta (más tardía o tempranamente), significan pérdidas progresivas de salud, aunque no constituyan propiamente enfermedades.

Claro está que la medicina siempre tiende a convertir tales disminuciones o limitaciones en enfermedades, rotulando estas pérdidas normales y naturales de salud como enfermedades. Igualmente es cierto que las personas demandan respuestas a la medicina para lograr llegar tan lejos como sea posible con el conocimiento y los medios tecnológicos de hoy conservar la plenitud de capacidades (lentes, energéticos, medicamentos para la disfunción eréctil, cirugías plásticas o trasplantes).

Pero cuando estas capacidades están seriamente disminuidas con el transcurrir de los años, cualquier agente externo es capaz de producir una enfermedad mucho más severa, de hacer mucho más daño, pues el cuerpo ha perdido progresivamente su capacidad para defenderse de las agresiones del medio.

Desde esta mirada, se insiste, la enfermedad sólo es importante si deja alguna limitación residual en alteraciones permanentes o disminución de las capacidades, y en este punto se empata con el concepto de discapacidad.



3.2 Definición de discapacidad

La discapacidad es una expresión negativa del funcionamiento humano que se refiere a:

- las deficiencias en las estructuras y funciones corporales
- las limitaciones en la actividad
- las restricciones de la participación

Su exploración puede hacerse a través de dos dimensiones: la capacidad y el desempeño.

La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud de la OMS^{vii}, propone el uso de dos calificadores de caracterización de estas discapacidades: uno de desempeño/realización y otro de capacidad.

El *calificador de desempeño/realización* describe lo que una persona hace en su contexto, o su entorno actual, con las facilidades y barreras disponibles en su entorno cotidiano, razón por la cual resulta adecuado para el estudio del fenómeno en encuestas poblacionales.

El *calificador de capacidad* describe la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción; indica el máximo nivel probable de funcionamiento y su evaluación exige contar con entornos normalizados que neutralicen la influencia del contexto; de allí viene la dificultad de utilizar este calificador en encuestas poblacionales.

3.2.1 Objetivo general de la investigación

Medir el efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la capacidad - discapacidad de los bogotanos, con base en los resultados de la Encuesta de Discapacidad.

3.2.2 Objetivos específicos

1. Determinar las diferencias (desigualdades) en el desarrollo de capacidades de los niños, según variables de posición social (ventaja/desventaja social).



2. Determinar las diferencias (desigualdades) en el tipo y origen de las discapacidades de los adultos, según variables de posición social (ventaja/desventaja social), asociadas a condiciones de riesgo específico ligadas a las condiciones de vida.
3. Determinar las diferencias (desigualdades) en la respuesta desigual de la sociedad en acceso a servicios y cobertura del riesgo de discapacidad, según variables de posición social (ventaja/desventaja social).
4. Determinar las diferencias (desigualdades) en el efecto acumulado de largo plazo en discapacidad de los adultos, de las oportunidades desiguales, la exposición desigual al riesgo y la respuesta desigual de la sociedad en acceso a servicios y cobertura del riesgo, en términos de discapacidades acumuladas en diferentes grupos de edad según posición social.

3.3 Consideraciones metodológicas

3.3.1 Limitación del análisis y la investigación de inequidad a partir de la representatividad de los estratos en la muestra

- Posibilidad restringida de establecer diferencias en comportamiento de la discapacidad en cada estrato

La variable de posición social sobre la cual se contrastaron las variables de capacidad/discapacidad seleccionadas es el estrato; sin embargo, la base de datos resultante de información del *Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad (RLCPD) en Bogotá* correspondiente al año 2006 (173.587 registros), aunque es enorme y recoge cuando menos el 60% de la información sobre discapacidad en la capital, plantea la dificultad de una mínima cobertura en los estratos altos (5 y 6) y aún presenta una cobertura baja en el estrato 4.

Esta limitación, a su vez, plantea dificultades a la investigación debido a que el contraste mayor por posición social se logrará entre los estratos 1 y 4, frente al contraste máximo entre los estratos 1 y 6, condición ideal de los estudios de inequidad, de conformidad con el marco teórico.

**Cuadro 1. Caracterización de los encuestados por estrato**

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
1	22.769	13,12
2	81.098	46,72
3	63.381	36,51
4	5.378	3,1
5	424	0,24
6	83	0,05
7	454	0,26
Total	173.587	100

Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

3.3.2 Consideraciones para el análisis en función de variables de edad y sexo

Estas variables han sido planteadas como variables de estructura para el análisis de todas las demás que se contrastarán con las de posición social. Su uso en términos de discapacidad resulta fundamental por cuanto:

Las capacidades discapacidades específicas tienen mayor relevancia en función de la edad en que se alcanza, hay diferencia en la discapacidad en la etapa de crecimiento o cuando se inicia en la edad adulta.

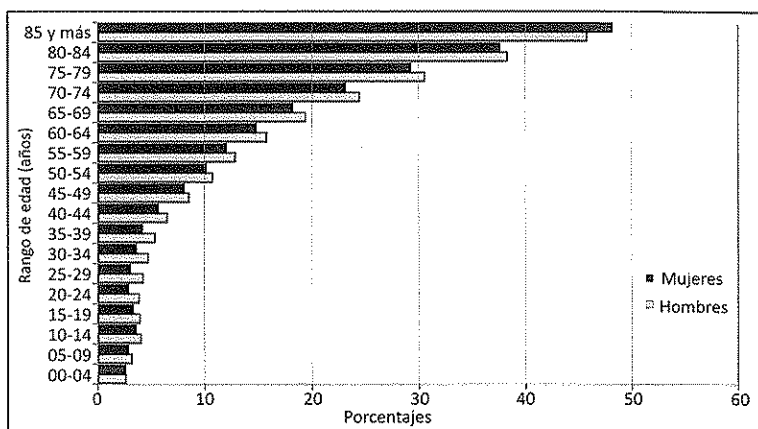
Las variables de discapacidad tienden a concentrarse en unos grupos de edad determinados, y esta desviación es independiente de la variable de ventaja desventaja social.

La desigualdad encontrada en una variable según posición social puede ser más grave o injusta, según los grupos de edad o sexo en los cuales se incrementa la desigualdad.

El Censo General de 2005 reporta una prevalencia mayor de limitaciones permanentes en la población adulta. Al evaluar por sexo este comportamiento, es mayor en hombres, excepto en el grupo de 85 años y más. Así, en el grupo de 50 a 54 años, el 10,6% de los hombres y el 10,1% de las mujeres presentan limitaciones permanentes, mientras que en el grupo de 80 a 84 años, es el 38,3% de los hombres y el 37,6% de las mujeres que presentan esta condición^{viii}.



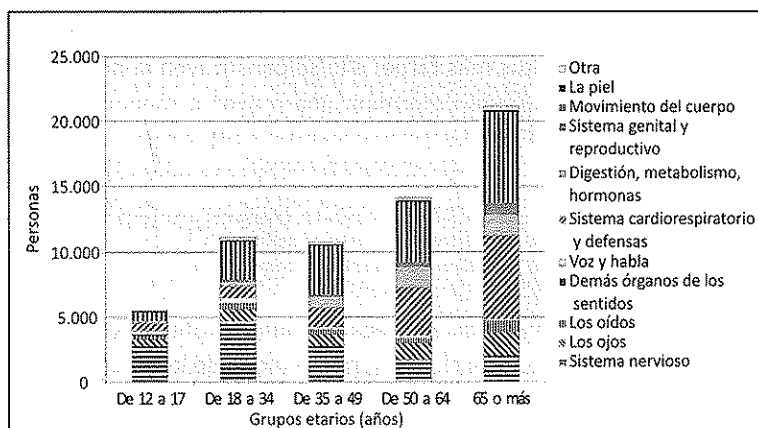
Gráfico 1. Prevalencia mayor de limitaciones permanentes, por grupos de edad y sexo



Fuente: DANE - Censo General de 2005.

El incremento de la discapacidad en función de la edad para la base de datos resultante de información del Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad (RLCPD) en Bogotá correspondiente al año 2006, se puede observar en el gráfico (2).

Gráfico 2. Discapacitados hombres, mayores de 12 años, según alteración permanente que más les afecta



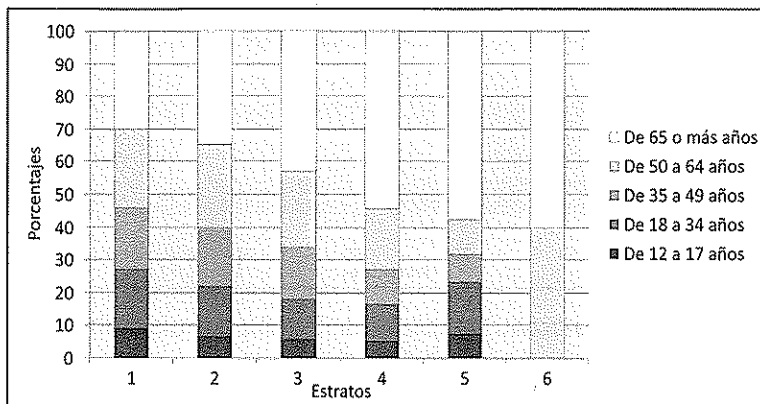
Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

La discapacidad en función de la edad y el estrato en la base de datos resultante de la información del Registro para la Localización y Caracterización de la Población



con Discapacidad (RLCPD) en Bogotá correspondiente al año 2006 se evidencia en el gráfico 3.

Gráfico 3. Participación porcentual de los mayores de 12 años, por grupos de edad, en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Esta diferencia en la composición por grupos de edad en cada estrato, se constituye en el primer gran hallazgo, pues demuestra que el grueso de las discapacidades de los adultos se presentan más temprano cuanto más bajo es el estrato, igualmente, las discapacidades se concentran en personas de mayor edad cuanto más alto es el estrato. Es decir, en los estratos bajos, las personas pierden sus capacidades más temprano y en los estratos altos más tarde; ello se constituyen la primera prueba de que la ventaja o desventaja social determina una mayor o menor probabilidad de discapacidad.

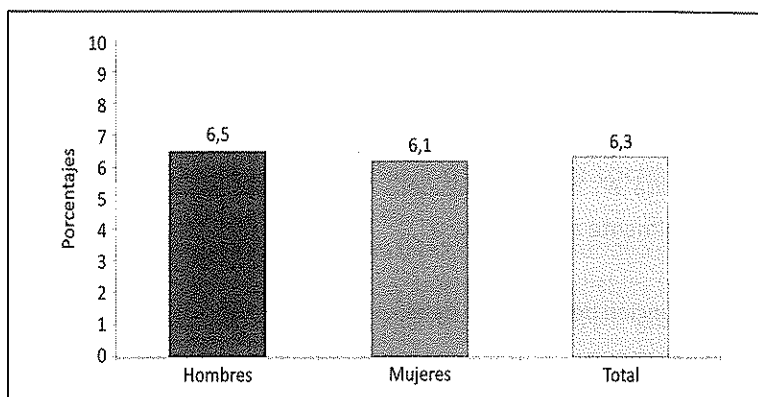
3.3.3 Consideraciones del análisis y de la investigación en función de la muestra

La investigación también estaba limitada en función del desconocimiento del universo real de discapacitados de la ciudad y, por lo tanto, de la cobertura del Registro, en función de poder construir denominadores para trabajar tasas en variables de ventaja/desventaja social.

De acuerdo con los datos preliminares del Censo General de 2005, la tasa de prevalencia para el total de la población (6,3%) es mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%).



Gráfico 4. Tasa de prevalencia de discapacidad

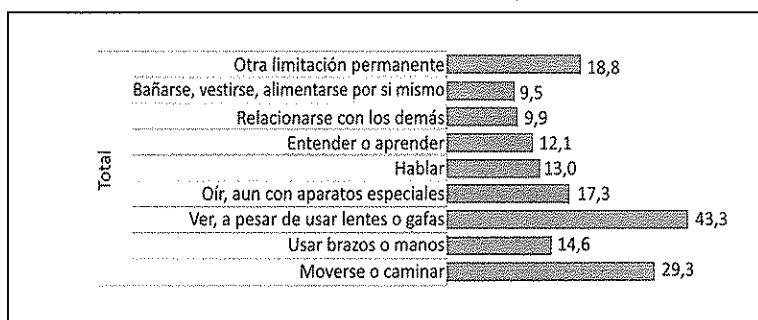


Fuente: DANE - Censo General de 2005.

La proporción de alteraciones permanentes, según el Censo General de 2005, se resumen en el gráfico 5 publicado por el DANE.

Entendida esta limitación originada en el conocimiento del universo, especialmente en función del estrato, se orientó la investigación hacia la búsqueda de gradientes significativos en el comportamiento proporcional de las variables en función del estrato.

Gráfico 5. Proporción de alteraciones permanentes



Fuente: DANE - Censo General de 2005.

Como quiera que se observe el comportamiento diferencial de las variables de discapacidad en los distintos grupos de edad, por sexo, por estrato, se encuentra un análisis cerrado que siempre suma el 100% en las preguntas de distintas opciones causales de tipo o causa de la discapacidad.



En consecuencia, no es importante seleccionar las variables sino estudiar todo el conjunto, pues si una causa se concentra en hombres jóvenes, otra se concentra en mujeres mayores.; una en el estrato más bajo, otra en el estrato más alto.

De esta forma se garantiza la imparcialidad en el análisis de las desigualdades y sólo se concentrará en las que considere más injustas, por más tempranas o por afectar diferencialmente a un grupo.

El análisis en función de inequidad debe considerar, entonces, aquellas discapacidades o limitaciones

Con mayor frecuencia de aparición consistentemente en los estratos bajos que en los altos y viceversa, para estimar si tal desigualdad se constituye en inequidad en función, por ejemplo, de la gravedad del fenómeno o de la aparición muy temprana en términos del comportamiento de un problema de salud determinado –afecciones cardiovasculares por ejemplo–.

Con mayor frecuencia de aparición en los grupos de edades menores. Ante cualquier discapacidad puede considerarse inequitativa la aparición más temprana en un estrato más bajo que en otro, en función de los riesgos distintos asumidos en función de la posición social.

Fijados los objetivos en la línea señalada, comenzó la investigación con el análisis descriptivo de las variables seleccionadas el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá correspondiente al año 2006 (173.587 registros), que se pretenden correlacionar con las variables de posición social contenidas en la misma encuesta y en la base de datos producto de su aplicación, de acuerdo con el documento conceptual sobre inequidad.

Posteriormente, se analizaron las principales relaciones entre las variables más importantes para el estudio, que refieren el desarrollo o no desarrollo de capacidades de los niños, el tipo y el origen de las discapacidades de los adultos, el acceso a servicios y cobertura del riesgo de discapacidad y las variables de posición social (ventaja/ desventaja social).



3.4 Resultados de la investigación

3.4.1 Oportunidades desiguales de salud

- Oportunidades desiguales. Desarrollo humano, desarrollo de capacidades - salud, asociadas a desventaja social

Con el fin de medir las diferencias (desigualdades) en el desarrollo de capacidades de los niños, hasta el adulto joven, se seleccionó una serie de variables para contrastarlas con las variables de posición social (ventaja / desventaja social) por grupos de edad que permitan visualizar las distintas etapas del desarrollo de capacidades del niño y el surgimiento de limitaciones en las primeras etapas de la vida.

Se realiza el análisis por grupos de edad quinquenales, así:

- Menores de 5 años
- De 5 a 9 años
- De 10 a 14 años
- De 15 a 19 años

La anterior agrupación no implica que para el análisis de algunas variables se consideren sólo algunos grupos, dada la relevancia específica de la variable de capacidad discapacidad en ese grupo de edad específico, o que se unan nuevamente algunos grupos para contrastar resultados de otra variable.

Variables seleccionadas

Para la selección de estas variables se toma en cuenta, en primer lugar, el concepto de desarrollo de capacidades físicas, intelectuales, afectivas y de comunicación de los niños. Se parte de la hipótesis de que los niños con serias privaciones en función de la posición social presentan rezagos en su desarrollo.

Según la OMS:

“Las circunstancias de vida de los niños pequeños determinan su salud posterior, debido a la maleabilidad de los sistemas biológicos. Las percepciones sensoriales, emocionales y cognoscitivas programan las respuestas del cerebro. Lazos emocionales inseguros y una pobre estimulación pueden

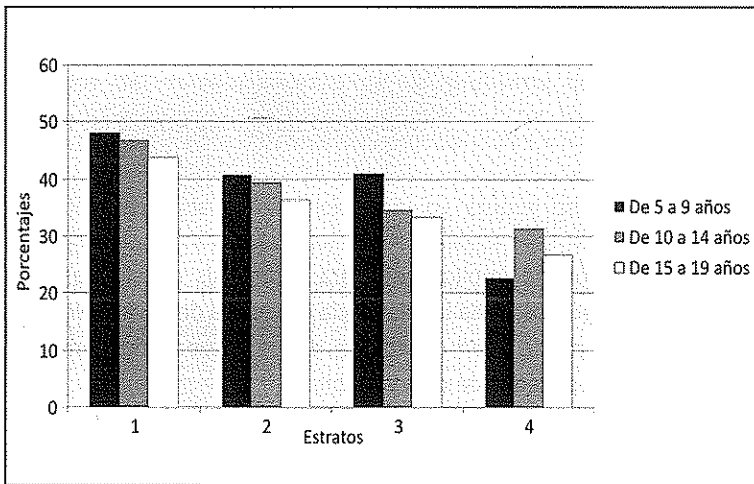


determinar dificultades para leer en la escuela, bajo nivel de atención, problemas de conducta, y el riesgo de marginación social en la edad adulta.”(OMS 2003).

Gradiente en contra de los estratos bajos

El gráfico 6 muestra las diferencias entre estratos en los porcentajes de una de las discapacidades más graves para el desarrollo intelectual de los niños, la de hablar y comunicarse. Casi el 50% de los niños discapacitados del estrato 1 y el 40% de los del estrato 2 presentan esta grave dificultad que limita gravemente su desempeño futuro en la sociedad.

Gráfico 6. Porcentaje de niños discapacitados de sexo masculino con dificultad permanente para hablar y comunicares, en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

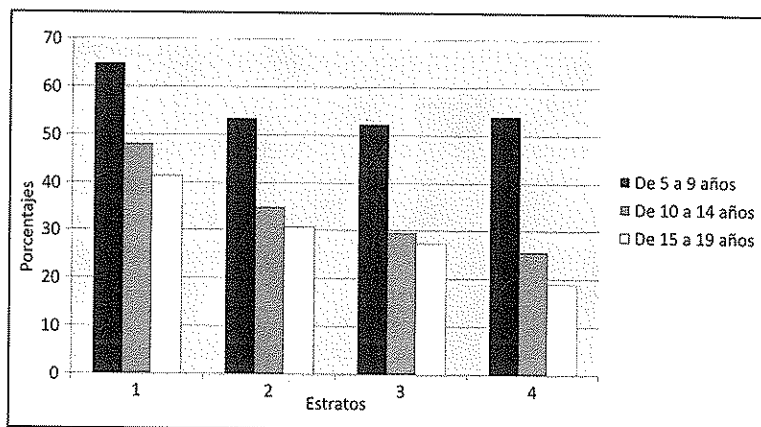
Variables asociadas (Educación)

Saber leer y escribir

Específicamente, resulta fundamental la edad en que se logra el desarrollo de la habilidad de saber leer y escribir, pues no es lo mismo alcanzarla a los seis o siete años que alcanzarla a los 10 ó 12, lo que constituye un grave retraso frente al valor normativo social. Por lo anterior, se deberán observar los resultados en los diferentes grupos de edad.



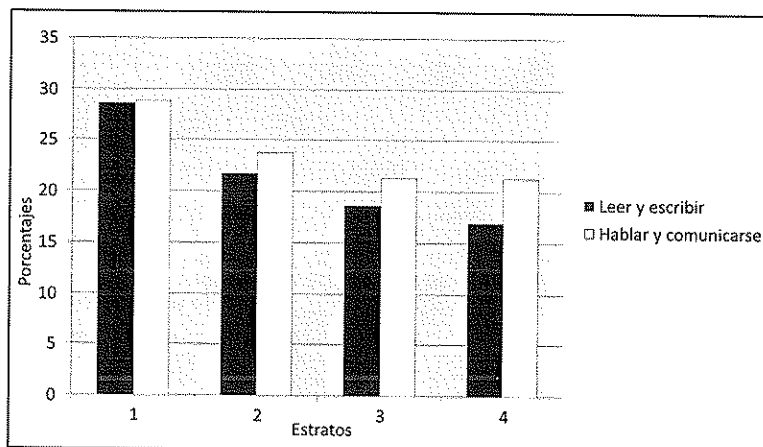
Gráfico 7. Porcentaje de niños discapacitados que no saben leer ni escribir, por grupos de edad en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Esta inhabilidad o limitación se muestra asociada a la dificultad permanente para hablar y comunicarse.

Gráfico 8. Proporción de discapacitados de 10 a 14 años con dificultades para hablar y comunicarse, según estrato

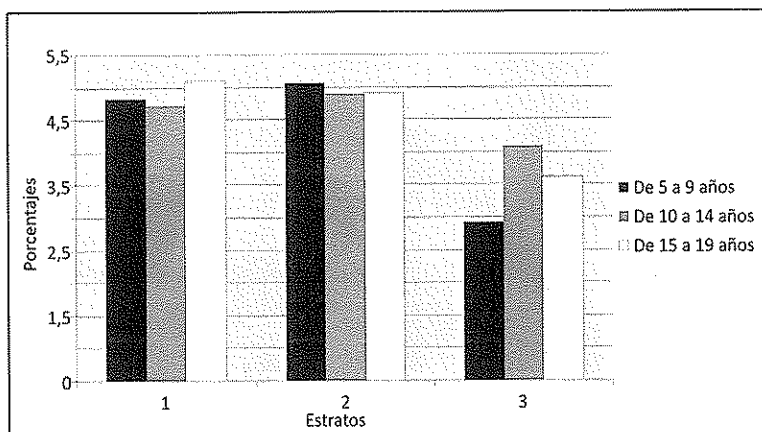


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Igualmente pueden relacionarse con el hecho de que los niños discapacitados de los estratos más bajos tienen más dificultades o barreras para asistir a un establecimiento educativo, lo que hace aún peor su pronóstico para el futuro.



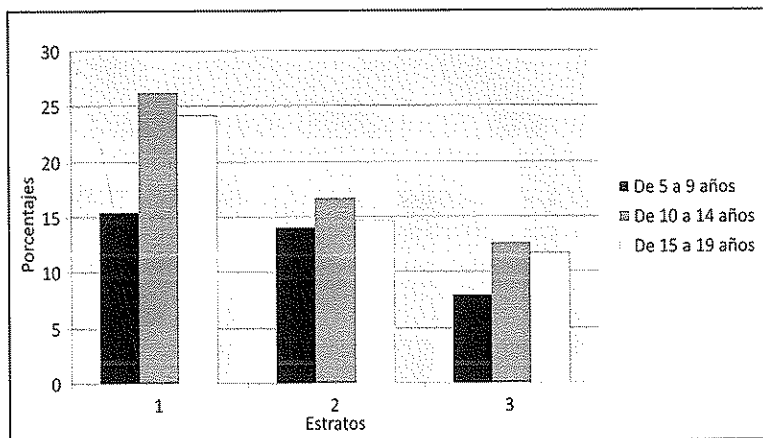
Gráfico 9. Inasistencia de los menores discapacitados a establecimiento educativo por costos altos o falta de dinero, por grupos de edad en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Sin embargo, al revisar la inasistencia originada en la propia discapacidad, se confirma el gradiente según estrato, ausentes las demás variables.

Gráfico 10. Inasistencia a establecimiento educativo de los menores discapacitados debida a la propia discapacidad, por grupos de edad en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Esos resultados demuestran las oportunidades desiguales de desarrollo humano en Bogotá; es decir, la inequidad, dado que un menor o mayor desarrollo de capacidades - salud, está asociado a la ventaja/desventaja social, en este caso el estrato.

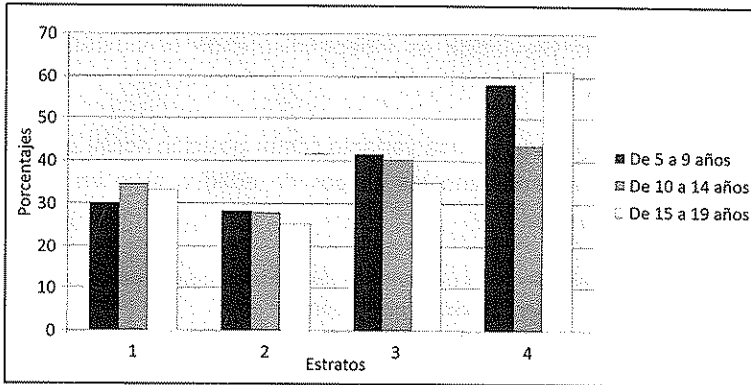


Gradiente en contra de los estratos altos

Sin embargo, y de acuerdo con lo ya señalado, mientras una discapacidad se concentra en los estratos más bajos, otras lo hacen en los estratos más altos, como puede observarse en el gráfico 11.

Dado que el análisis en porcentaje de las discapacidades siempre suma 100, en esta metodología de comparación, en los estratos bajos predominará un tipo de dificultades permanentes y en los estratos altos otros distintos. Para avanzar en el análisis de inequidad deben valorarse en términos de gravedad de cada tipo de limitación.

Gráfico 11. Porcentaje de niños discapacitados de sexo masculino con dificultad permanente para relacionarse con las demás personas del entorno, por grupos de edad en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

3.4.2 Exposición desigual a riesgos y resultados desiguales a largo plazo

- Exposición diferencial al riesgo enfermedad y discapacidad relacionadas con condiciones de vida y trabajo asociadas a desventaja social
- Resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o mayor por ciertas patologías, asociadas a desventaja social.

Estos dos objetivos de la investigación se trabajaron conjuntamente, pues ambos se relacionan con la aparición temprana de la discapacidad o limitación tanto en los adultos como en los adultos mayores.



Para medir las diferencias (desigualdades) en el tipo y origen de las discapacidades de los adultos, según variables de posición social (ventaja/desventaja social), asociadas a condiciones de riesgo específico ligadas a las condiciones de vida, se observó el comportamiento de una serie de variables por grupos de edad y sexo, que permiten visualizar su concentración en relación con la variable estrato.

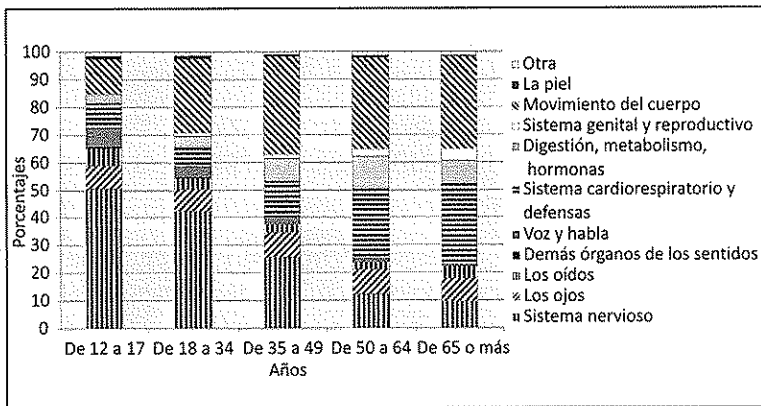
Estas variables han sido planteadas como estructurales para el análisis de todas las demás variables que se contrastarán con las de posición social. Su uso, en términos de discapacidad, resulta fundamental por cuanto:

Las capacidades/discapacidades específicas tienen mayor relevancia en función de la edad en que se inicia la discapacidad en la edad adulta.

Las variables de discapacidad tienden a concentrarse en unos grupos de edad determinados, y esa desviación es independiente de la variable de ventaja/desventaja social.

La desigualdad encontrada en una variable según posición social puede ser más grave o injusta de acuerdo con los grupos de edad o sexo en los cuales se incrementa la desigualdad.

Gráfico 12. Porcentajes total de hombres discapacitados con alteraciones permanentes, por grupos de edad



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Para el análisis por grupos de edad, se tuvo en cuenta, fundamentalmente, la perspectiva laboral, que enmarca las necesidades sociales de capacidad y la gravedad de la discapacidad limitación. Se toma, por lo tanto, el trabajo antes y después de la



edad adulta (18 años) considerada por la Ley, al igual que el límite máximo de edad de trabajar (65 años) establecido en distintas normas legales, aunque no constituya una norma obligatoria ni general.

Entre los 18 y los 64 años se establecieron tres grupos, que podemos examinar desde el punto de vista laboral así: jóvenes, entre 18 y 34 años, adultos maduros, entre 35 y 49 años y adultos mayores entre 50 y 64 años.

La mayoría de la gente con alguna limitación o discapacidad funcional experimenta el comienzo de su problema de salud o limitación en la edad adulta. De acuerdo a una investigación realizada a mediados de los noventa, del total de los adultos en edad laboral con alguna discapacidad, el 11% nacieron con el problema de salud o limitación; el 12% la desarrollaron durante la infancia, y los tres cuartos restantes la adquirieron durante su vida laboral¹.

Grupos de edad

De 12 a 17 años

De 18 a 34 años

De 35 a 49 años

De 50 a 64 años

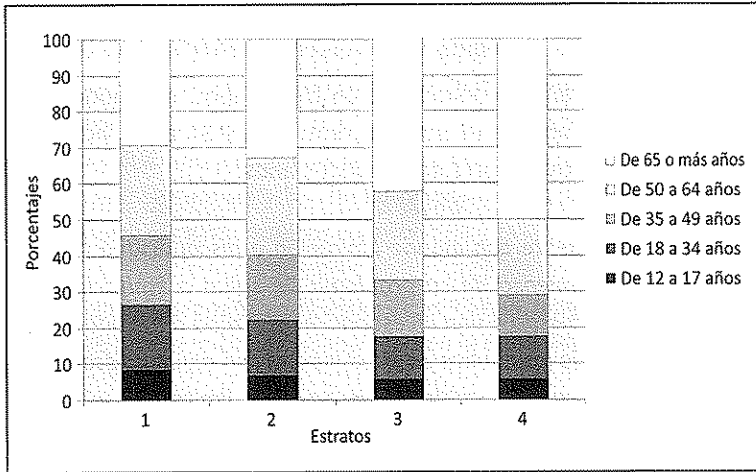
Mayores de 65 años

La anterior agrupación no implica que para el análisis de ciertas variables se consideren tan sólo algunos grupos, dada la relevancia propia de la variable de capacidad discapacidad en ese grupo de edad específico, o que se unan nuevamente algunos grupos para contrastar resultados de otra variable.

¹ Burchardt, T. (2003, November). "Being and becoming: Social exclusion and the onset of disability". Report prepared for the Joseph Rowntree Foundation, ESRC Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics. Report prepared for the Joseph Rowntree Foundation.



Gráfico 13. Distribución de los discapacitados mayores de 12 años, por grupos de edad en cada estrato

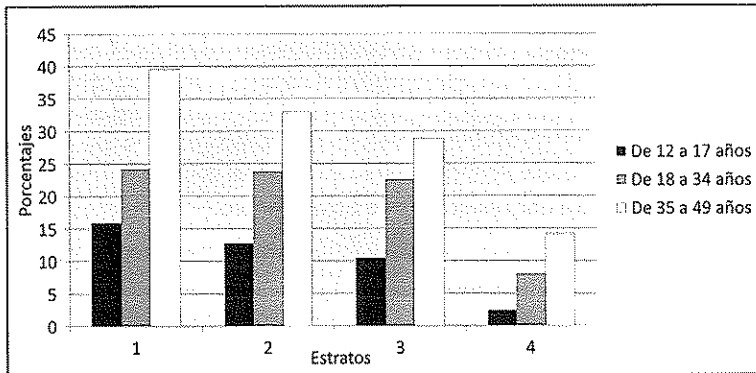


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Gradiente en contra de los estratos bajos

Se puede observar en el gráfico 14 la mayor proporción de discapacitados para el movimiento del cuerpo o extremidades en cada grupo de edad dentro de cada estrato, es decir un gradiente de desigualdad en contra de los estratos bajos.

Gráfico 14. Discapacitado de 12 a 49 años con alteraciones permanentes para el movimiento del cuerpo—manos, brazos, piernas—, por grupos de edad en cada estrato



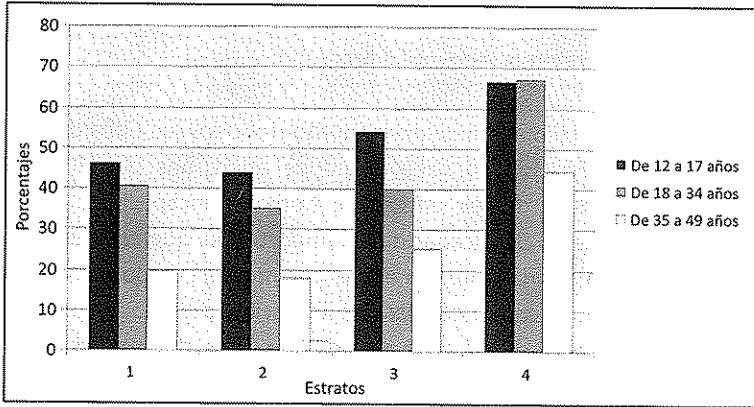
Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.



Gradiente en contra de los estratos altos

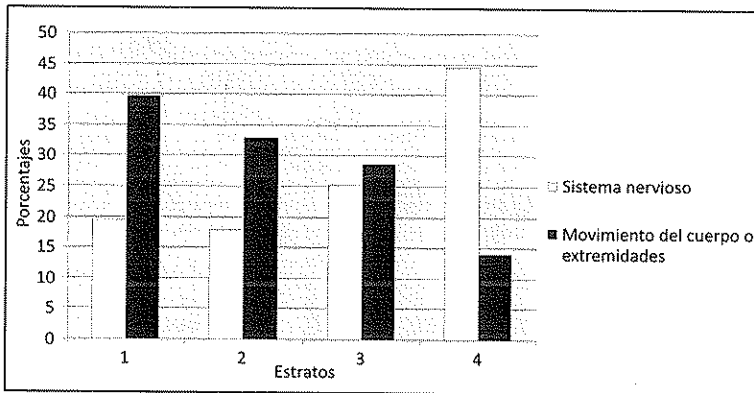
Sin embargo, como se había señalado, mientras una discapacidad se concentra en los estratos más bajos, otras lo hacen en los estratos más altos, como puede observarse en el gráfico 15.

Gráfico 15. Discapacitados de 12 a 49 años con alteraciones permanentes en el sistema nervioso, por grupos de edad en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Gráfico 16. Comportamiento de dos alteraciones permanentes más frecuentes en los discapacitados de 35 a 49 años, según estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Al mirar en conjunto estas dos discapacidades en un grupo de adultos de edad intermedia, donde ya se ha acumulado un riesgo diferencial y un nivel importante de



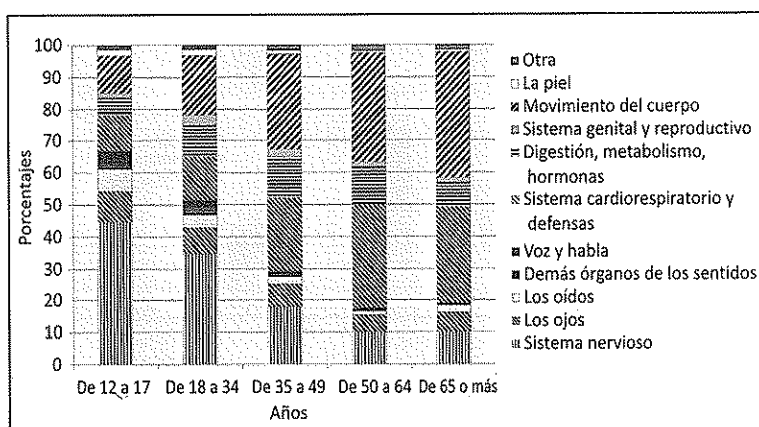
discapacidad, se encuentra el siguiente comportamiento que explica la desigualdad entre los estratos, más no demuestra que esta desigualdad constituya una inequidad social. Simplemente es una diferencia, pues ambos estratos se muestran afectados por la discapacidad, aunque en forma diferente.

Dado que el análisis en porcentaje de las discapacidades siempre suma 100, en esta metodología –de comparación de porcentajes de discapacidad, en los grupos de edad de diferentes estratos–, se garantiza la imparcialidad en el análisis de las desigualdades y sólo se concentrará en las que considere más injustas, por más tempranas o por afectar diferencialmente a un grupo.

Con sólo examinar el comportamiento conjunto de todos los tipos de alteraciones permanentes y su distribución en cada grupo de edad, nos permite observar el comportamiento secuencial de los diferentes tipos de incapacidad. Como puede apreciarse en el gráfico 17, las discapacidades importantes que se acumulan con los años son las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo o las extremidades y las alteraciones del sistema cardiovascular. Las alteraciones nerviosas, por el contrario, tienen un comportamiento residual, en la medida que éstas, más graves, van tomando espacio en el espectro con los años.

En síntesis, si los estratos más bajos adquieren más temprano estas dos discapacidades que significan más limitaciones graves, la relación de inequidad, basada en la desventaja social queda demostrada.

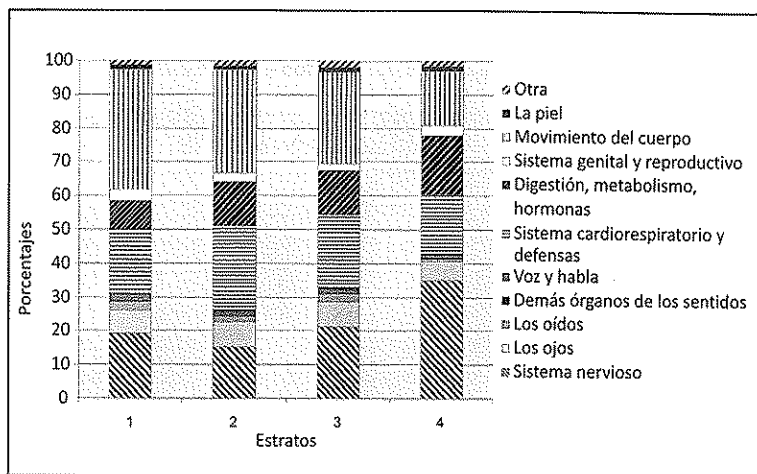
Gráfico 17. Total de mujeres discapacitadas con alteraciones permanentes registradas, por grupos de edad



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.



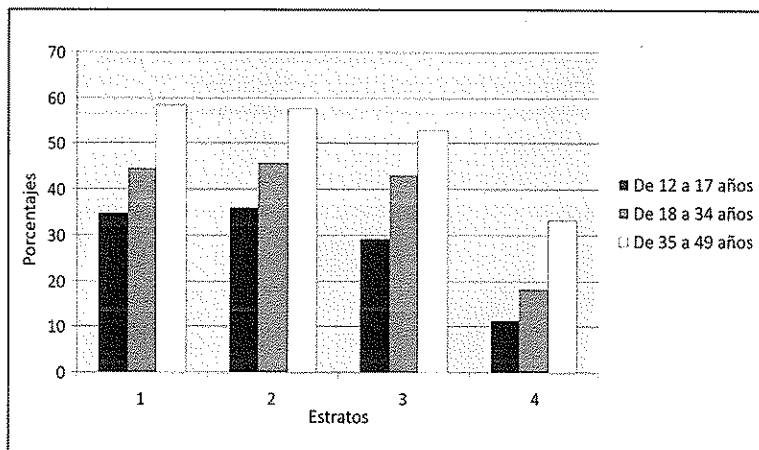
Gráfico 18. Proporción de mujeres discapacitadas de 35 a 49 años con alteraciones permanentes, por estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Las dificultades permanentes registradas permiten, igualmente, observar un mayor porcentaje de discapacidades severas en los grupos más jóvenes.

Gráfico 19. Porcentajes de discapacitados de 12 a 49 años con dificultad permanente para caminar, correr, saltar, por grupos de edad en cada estrato

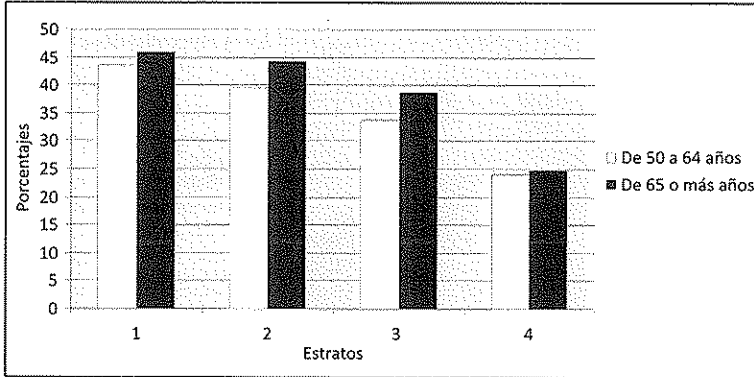


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.



Igualmente, muestran como resultado la pérdida más temprana de la capacidad, en los estratos bajos.

Gráfico 20. Discapacitados mayores de 50 años con dificultad permanente para recibir la luz, por grupos de edad en cada estrato

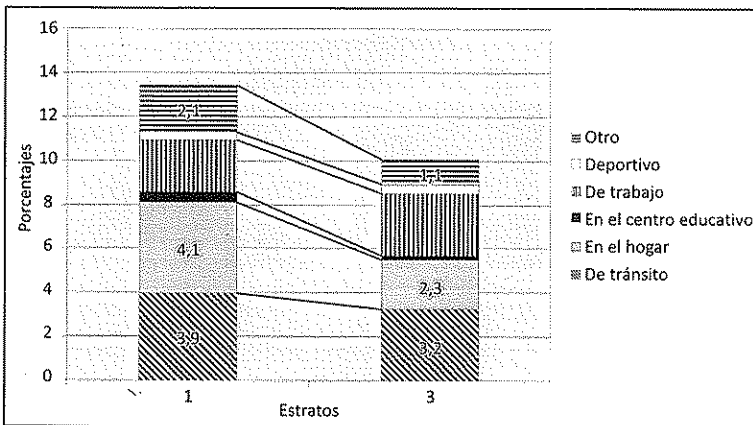


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Exposición diferencial al riesgo

Del mismo modo, la información sobre la causa de la discapacidad permite observar con claridad la Exposición diferencial al riesgo, tanto en el porcentaje de accidentes originados por la discapacidad en cada estrato, como sus diferentes tipos. En el gráfico 21 puede apreciarse la diferencia de proporciones ya presente en los adultos jóvenes.

Gráfico 21. Comparación de discapacitados de 18 a 34 años con discapacidad originada por accidente

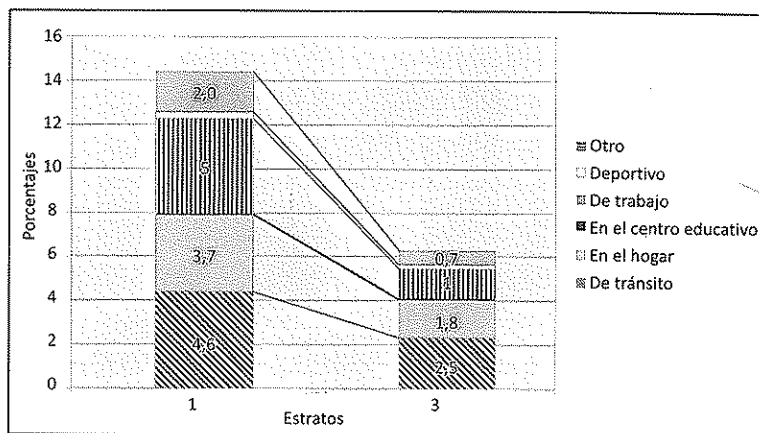


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.



La diferencia de proporciones que se incrementa sensiblemente para los adultos mayores de 50 años, Cabe anotar que para esa desagregación, con porcentajes de accidentalidad por grupos de edad muy bajos, la base de datos no permite estimar resultados discriminados para los estratos superiores –del 4 al 6–.

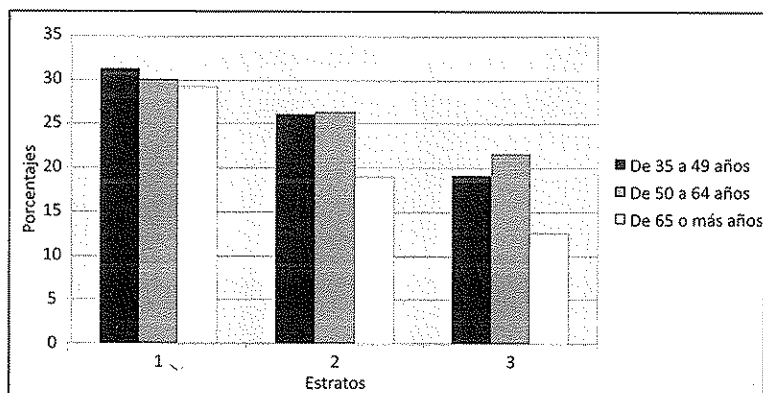
Gráfico 22. Comparación de discapacitados de 50 a 64 años con discapacidad originada por accidente



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Si se toma la causa del accidente que originó la discapacidad, los adultos de los estratos bajos resultan proporcionalmente más afectados por los accidentes de trabajo, lo que significa una mayor exposición al riesgo en sus actividades laborales.

Gráfico 23. Discapacidad en personas de 35 a 64 años originada por accidente de trabajo, en cada estrato

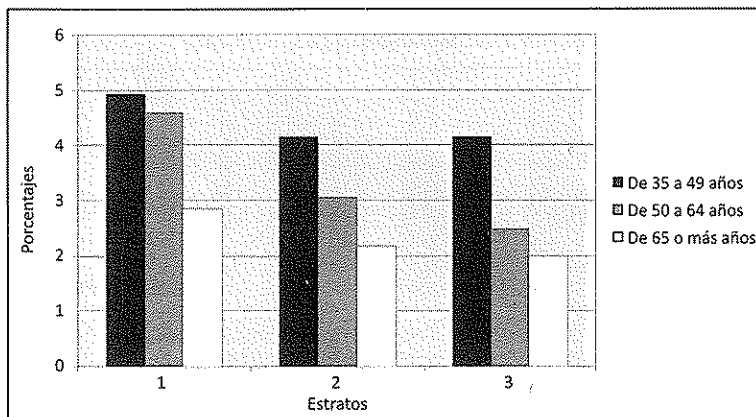


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.



De la misma manera, se aprecia un gradiente de discapacidad originada en accidente de tránsito en contra de los estratos bajos.

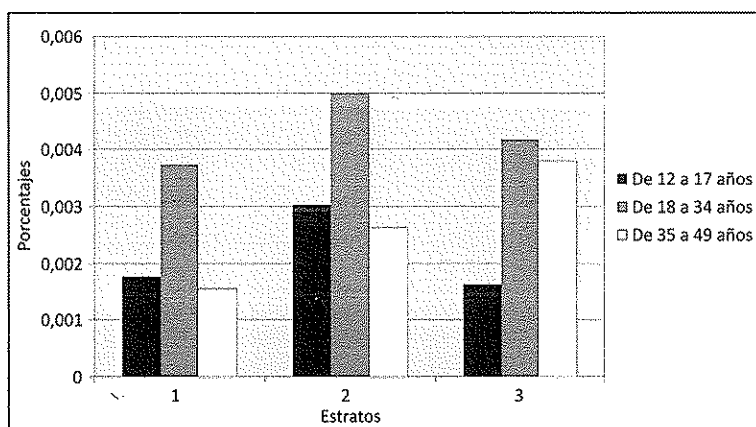
Gráfico 24. Discapacidad de personas de 35 a 64 años originada por accidente de tránsito, en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

En los estratos altos, por el contrario, resultan proporcionalmente más importantes los accidentes deportivos, los que tendrían la característica de residualidad ya descrita, ante la menor exposición a los dos riesgos previamente mencionados, cuando se analiza la discapacidad originada en accidentalidad como un 100%.

Gráfico 25. Discapacidad en personas de 12 a 49 años originada por accidente deportivo, en cada estrato

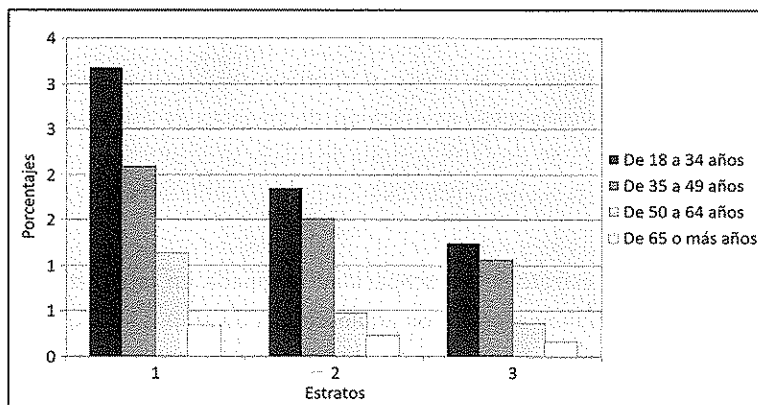


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.



La violencia como origen de la discapacidad permite una mirada individualizada en la base de datos resultante de información del Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá. Puede apreciarse en el gráfico 26, por ejemplo, el enorme diferencial en proporción de discapacidades originadas en violencia por delincuencia común en contra de los estratos bajos.

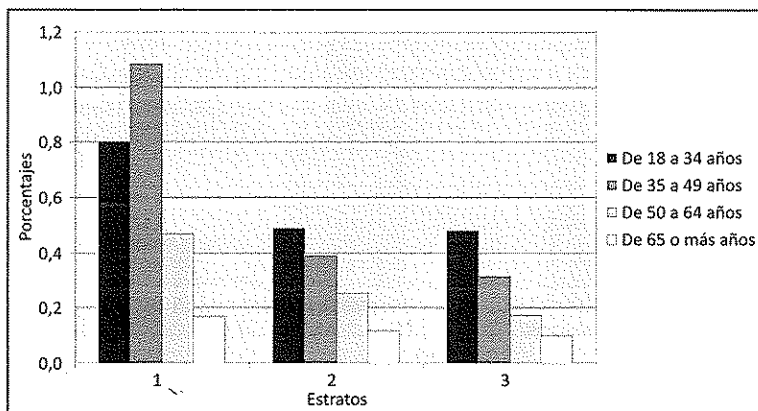
Gráfico 26. Discapacidad en mayores de 18 años originada por delincuencia, en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

También la proporción de la discapacidad de este origen en el estrato 1 respecto al 2 y 3 es mucho mayor.

Gráfico 27. Discapacidad en mayores de 18 años originada por violencia en el hogar, en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.



Por otra parte, resultan sorprendentes en el análisis los resultados sobre discapacidad originada en la violencia en el hogar, cuando se toman en cuenta simultáneamente las variables de edad y sexo en cada estrato. En el estrato 1, las mujeres de 12 a 17 años y de 18 a 34 años muestran una proporción mucho mayor de este tipo de discapacidad que los hombres en los mismos grupos, mientras que en los grupos de 35 a 49 años y de 50 a 64 eso no ocurre; es decir, las mujeres más maduras no presentan una proporción mayor que los hombres de igual edad.

En cambio, en el estrato 2, la mayor proporción de discapacidad originada en violencia en el hogar se concentra en el grupo de mujeres de 18 a 34 años, lo que supone una fuerte relación de ésta con la etapa de mayor atractivo físico y potencialidad sexual y reproductiva de la mujer.

Sin embargo, en el estrato 3 la discapacidad originada en la violencia del hogar muestra una proporción muy superior en adolescentes de ambos sexos, lo que podría suponer mayor presión de los padres traducida en violencia hacia los hijos. En resumen, es evidente que esos resultados llamativos requieren un análisis más profundo.

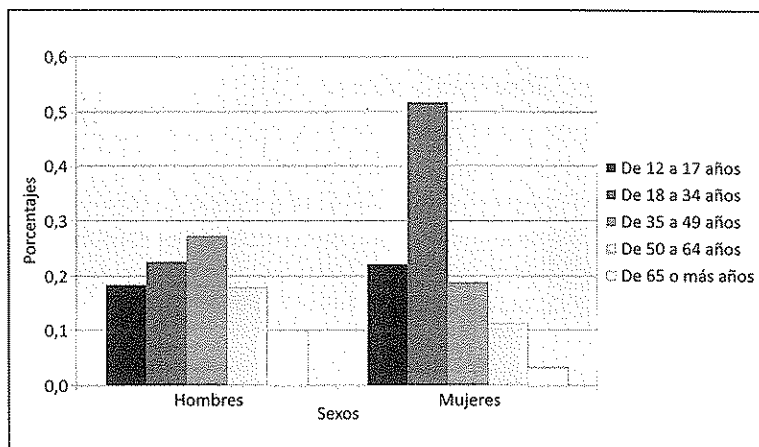
Gráfico 28. Discapacidad originada por violencia en el hogar, para grupos de edad, en el estrato 1



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

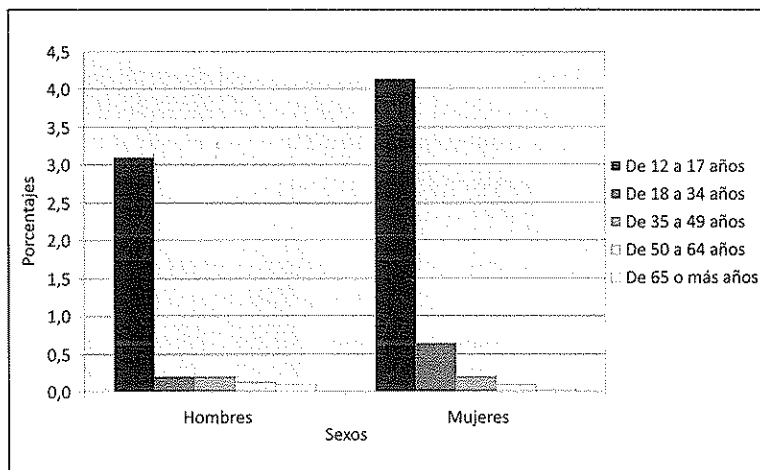


Gráfico 29. Discapacidad originada por violencia en el hogar, para edad y sexo estrato, en el estrato 2



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Gráfico 30. Discapacidad originada por violencia en el hogar para grupos de edad y sexo, en el estrato 3



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.



3.4.3 Respuesta desigual de la sociedad

- Respuesta desigual de la sociedad en acceso a servicios y cobertura del riesgo de discapacidad, según variables de posición social (ventaja/desventaja social).

Con respecto a este objetivo específico hubo preliminarmente gran dificultad, por cuanto las diferencias en la respuesta desigual de la sociedad en términos de servicios de salud está fuertemente determinada por la estructura del (Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la pertenencia de los encuestados a un régimen específico de seguridad social en salud.

Se seleccionaron, sin embargo, las variables con la posibilidad de medir diferencias en la cobertura del aseguramiento y en el acceso a los servicios de salud, según posición social, teniendo en cuenta las que definen por sí mismas las posibilidades de acceso, la antigüedad de la discapacidad, la gravedad de la discapacidad o limitación y la afiliación al Régimen de SSS.

Grupos de edad y sexo

Se incluyen los grupos del ejercicio previo y se integran los menores de edad en tres grupos:

De 0 a 4 años

De a 11 años

De 12 a 17 años

De 18 a 34 años

De 35 a 49 años

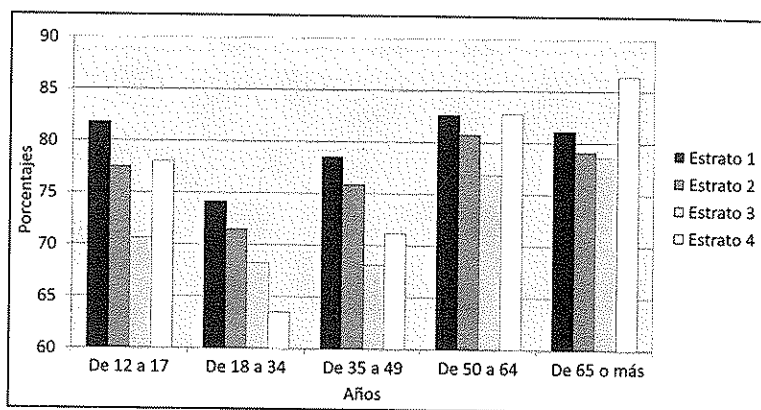
De 50 a 64 años

De 65 años y más

El análisis parte de la identificación de la pertenencia al Régimen de Seguridad Social, que determina estructuralmente su posibilidad de acceso a los servicios en el Sistema. Tales resultados no son específicos de la discapacidad ni de la posición social, sino que están mediados por la forma de inserción en el SGSSS.



Gráfico 31. Afiliación al SGSSS de los discapacitados de 12 y más años, en cada estrato

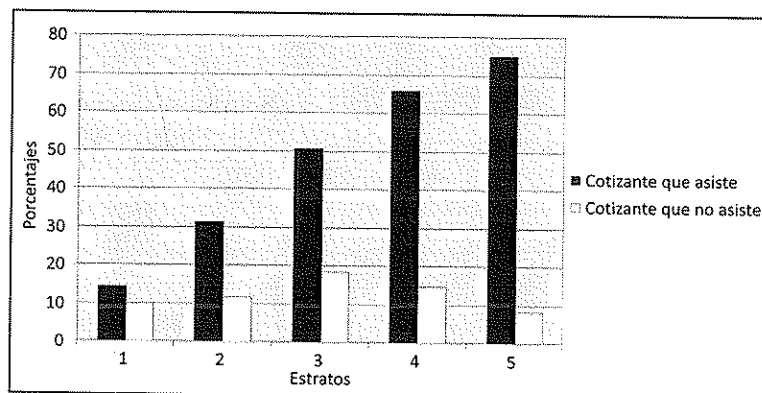


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Acceso diferencial a servicios

Sin embargo, el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá, 2006, muestra claras diferencias en el acceso a los servicios de rehabilitación por estrato, en los distintos regímenes y en conjunto, hechos que se presentan en el gráfico 32 para los afiliados al Régimen Contributivo.

Gráfico 32. Discapacitados afiliados al Régimen Contributivo por asistencia o no a servicios de rehabilitación, según estrato

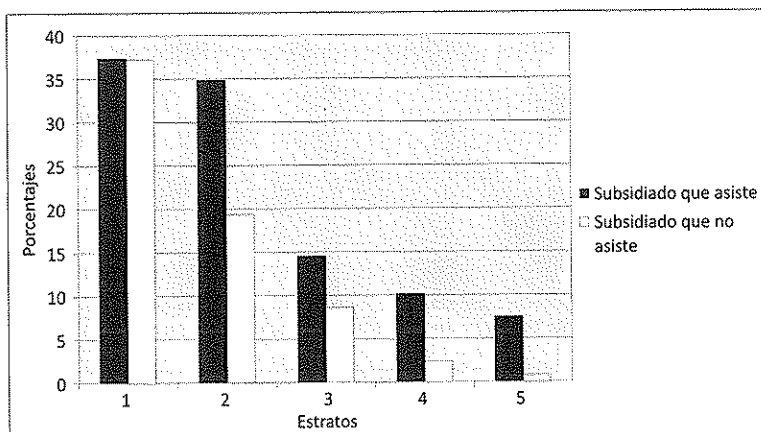


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Igualmente, se observa una clara diferencia en la proporción de no asistencia a un servicio de rehabilitación entre los afiliados al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, situación que está en contra de los estratos bajos.



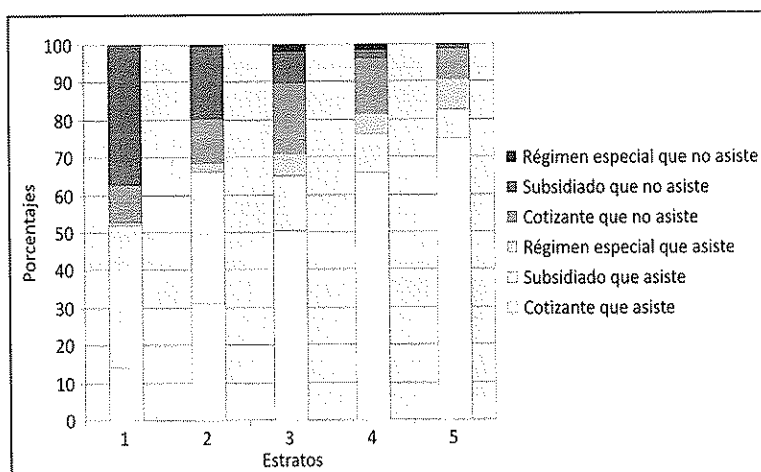
Gráfico 33. Discapitados afiliados al Régimen Subsidiando por asistencia o no a servicios de rehabilitación, según estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Aún más, el peor acceso corresponde siempre a los discapacitados de los estratos más bajos, quienes resultan más afectados por las distintas barreras.

Gráfico 34. Discapitados afiliados a distintos regímenes del SGSSS por asistencia o no a servicios de rehabilitación, según estrato

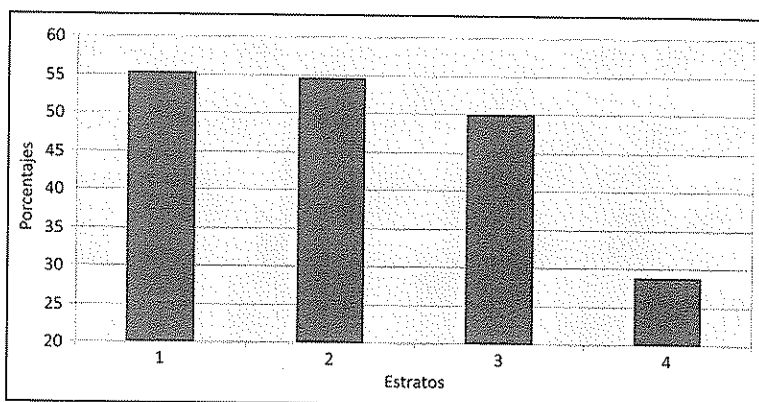


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Las barreras económicas, para poder recibir el servicio, afectan en una mayor proporción a los discapacitados de bajos estratos, como se aprecia en el gráfico 35.



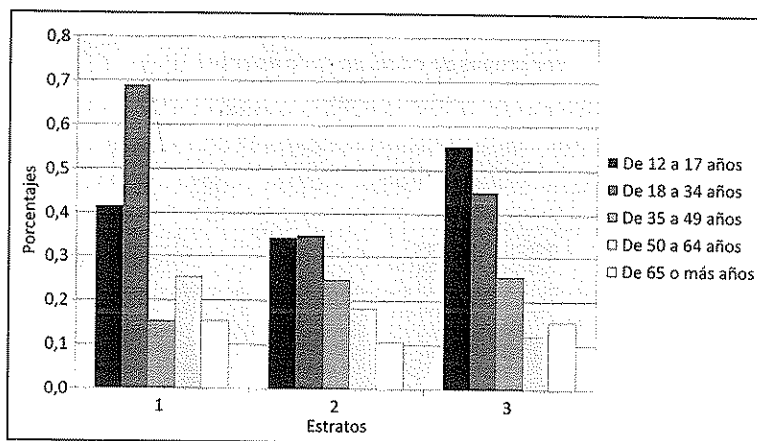
Gráfico 35. Porcentajes de discapacitados menores de 20 años por asistencia o no a terapia de rehabilitación debida a falta de dinero, en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Según los resultados de la Encuesta, las discapacidades originadas en problemas relacionados con la calidad y oportunidad de los servicios médicos, no muestran una tendencia clara. Los pocos casos reportados pueden incidir en la validez de los resultados; un ejemplo es el caso de las discapacidades originadas en atención médica inoportuna.

Gráfico 36. Discapacidad originada en atención médica inoportuna, por grupos de edad, en cada estrato

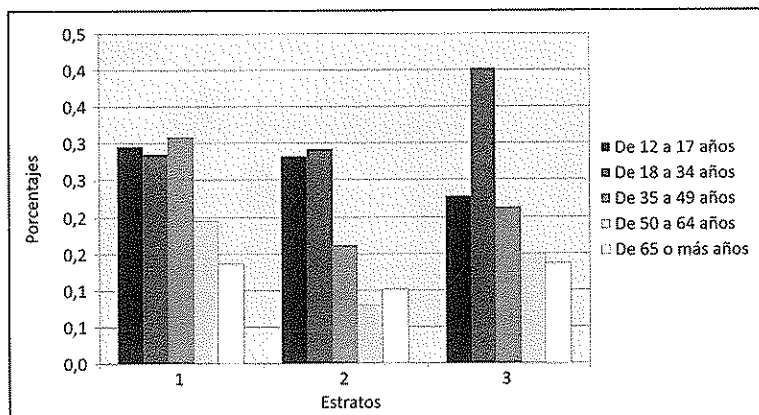


Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

Similar al caso presentado en el gráfico 36, ocurre con las discapacidades originadas en equivocaciones en el diagnóstico (gráfico 37).



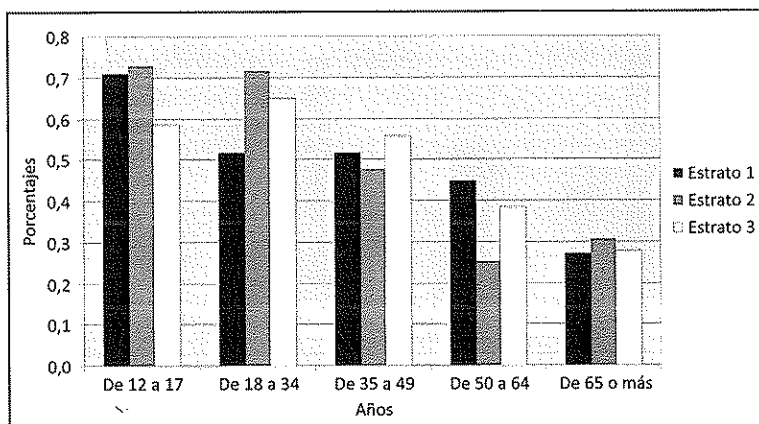
Gráfico 37. Discapacidad originada por equivocaciones en el diagnóstico por grupos de edad, en cada estrato



Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.

La discapacidad originada en deficiencias en la calidad de la atención, algo más representativa, no muestra un gradiente diferencial entre estratos, pero sí entre grupos de edad. Este resultado podría significar el empeoramiento de la calidad en la atención médica a través de los años o mayor cuestionamiento de los grupos más jóvenes a la atención recibida; es decir, una peor calidad percibida, o ambos factores combinados.

Gráfico 38. Discapacidad originada en deficiencias en la calidad de la atención, por grupos de edad, en cada estrato



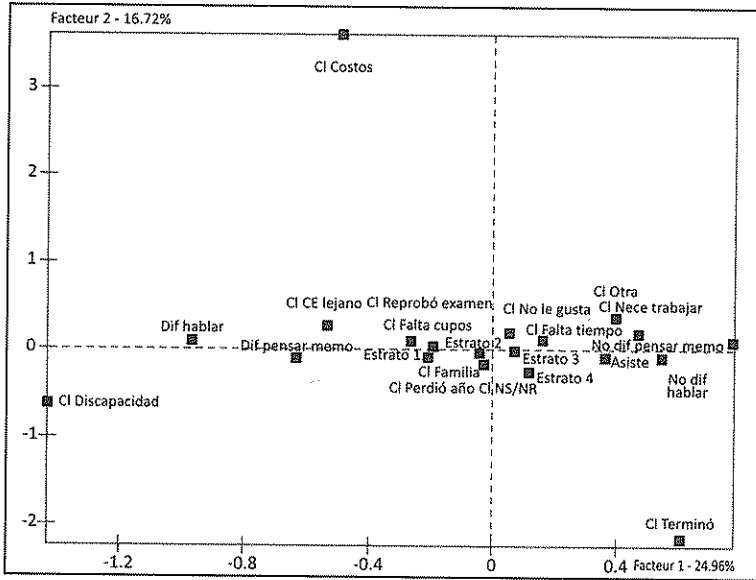
Fuente: RLCPD en Bogotá, 2006.



Análisis multivariado

Como parte de la investigación se efectuaron análisis multivariados para las pruebas estadísticas realizadas. Tales análisis se representan en los siguientes gráficos.

Gráfico 39. Análisis multivariado - Oportunidades desiguales de salud para menores de 20 años



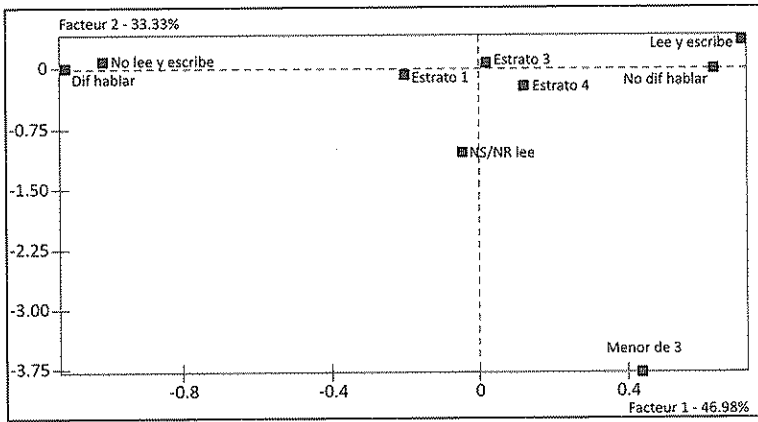
Fuente: Cálculos del CID.

Aunque el análisis multivariado propuesto no es categórico, muestra una tendencia de los estratos 3 y 4 hacia la “normalidad”, como se presenta en la parte derecha del gráfico 39, donde se concentran las características deseables, como la asistencia escolar, así como las personas sin dificultades permanentes o discapacidades. En cuanto a las causas de inasistencia, esa parte del mapa muestra como causa, la percepción de la persona de haber concluido su ciclo escolar, la falta de tiempo, el poco gusto por la actividad y la necesidad de trabajar.

La parte izquierda del mapa, por el contrario, se encuentra más relacionada con estratos bajos y en especial con el estrato uno. Las limitaciones se relacionan fuertemente con las dificultades permanentes para hablar y pensar y memorizar. Para este grupo de la población las causas de inasistencia escolar están más asociadas a los costos educativos y la propia discapacidad (gráfico 40).

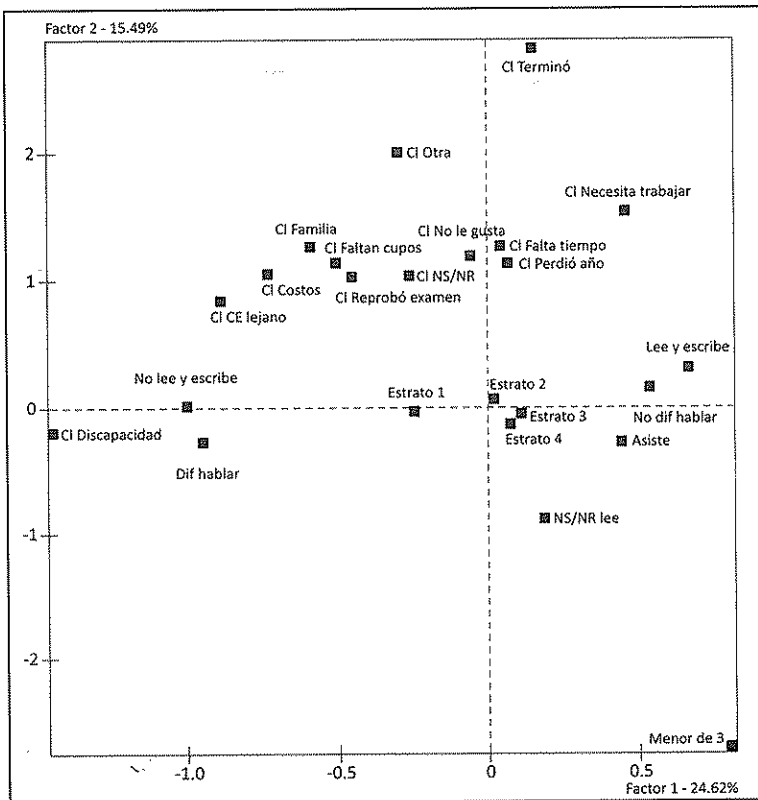


Gráfico 40. Análisis multivariado - Oportunidades desiguales de salud para menores de 20 años



Fuente: CID - Unal - SDS: Cálculos de la investigación *La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá*.

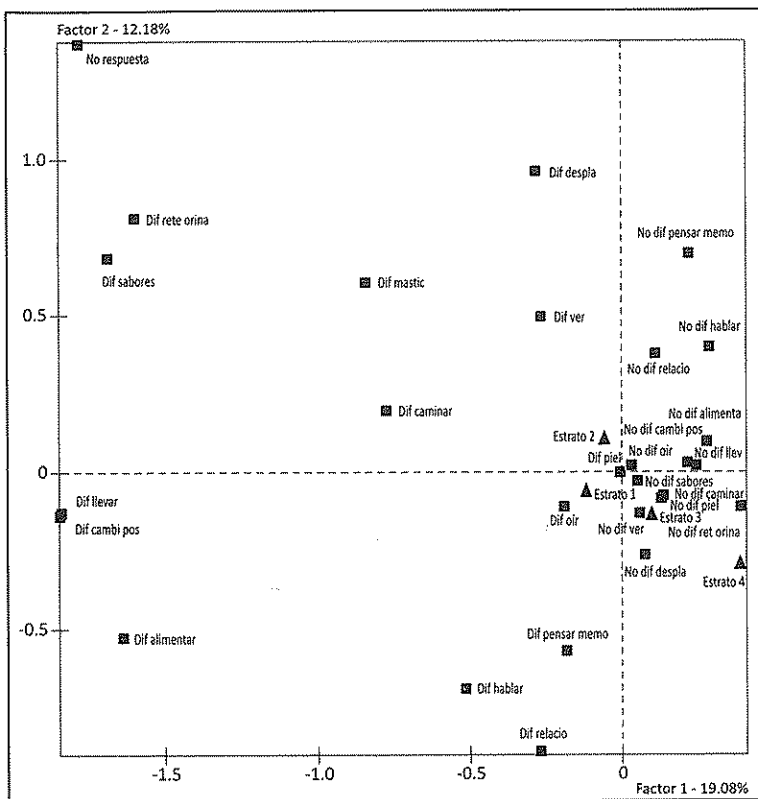
Gráfico 41. Análisis multivariado - Oportunidades desiguales de salud para menores de 20 años



Fuente: CID - Unal - SDS: Cálculos de la investigación *La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá*.



Gráfico 43. Análisis multivariado - Oportunidades desiguales de salud (menores de 20 años)



Fuente: CID - Unal - SDS: Cálculos de la investigación *La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá*.

Un análisis de las diferentes dificultades permanentes contra el estrato, muestra al estrato 4 asociado claramente con la ausencia de discapacidades (gráfico 43), aunque no se puede decir que sea “fuerte” la asociación de los estratos bajos con la presencia de discapacidades, sino que, simplemente, están más relacionados.

En el extremo inferior izquierdo del gráfico 43, se muestra una fuerte asociación entre las dificultades para llevar, mover, utilizar objetos con las manos; para alimentarse, asearse, y vestirse por sí mismo, y para cambiar y mantener las posiciones del cuerpo. Se podría decir que ese grupo de discapacidades conforman el de dificultades permanentes más “invalidantes”. Otro grupo de dificultades permanentes, de especial importancia en el desarrollo de los niños y que pueden agruparse, son las encontradas en la parte central inferior de los ejes factoriales, las cuales se pueden clasificar s como condiciones vitales para el desarrollo intelectual de esta población.



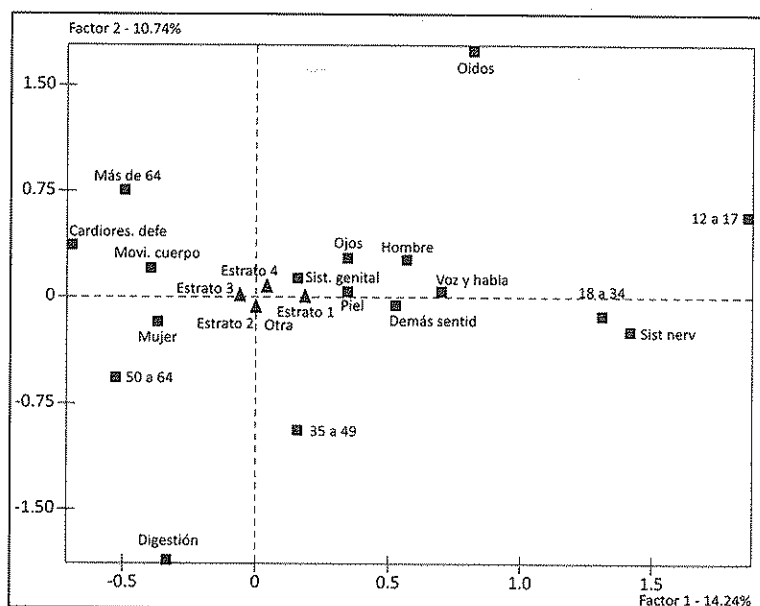
En ella se asocian las dificultades para hablar y comunicarse; pensar, memorizar y relacionarse con las demás personas y el entorno.

La asociación con el estrato pierde fortaleza por las existentes entre las mismas discapacidades; aunque se conserva la tendencia del estrato 4 relacionada con la ausencia de discapacidades.

Acumulación desigual de discapacidad y Resultados desiguales a largo plazo

Las asociaciones fuertes entre la dificultad permanente que más afecta a la persona, la edad y el sexo en la población mayor de 12 años, permite extraer las conclusiones que se describen en los siguientes apartados.

Gráfico 44. Análisis multivariado - Acumulación desigual de discapacidad y resultados desiguales a largo plazo



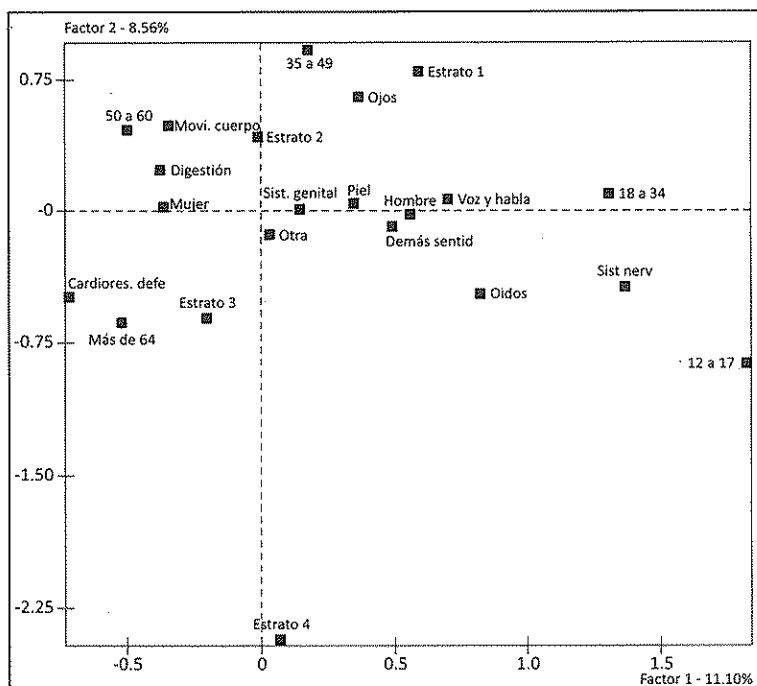
Fuente: CID - Unal - SDS: Cálculos de la investigación *La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá*.

Los grupos de edad que muestran mayor asociación con las alteraciones del sistema nervioso son los grupos más jóvenes (de 12 a 17 años y de 18 a 34 años). Por el contrario, las limitaciones graves para el movimiento y las cardiovasculares se asocian con los grupos de edad mayores (de 50 a 64 años y de más de 65 años).



Por otro lado, mientras las mujeres muestran mayor asociación con las limitaciones asociadas a las edades mayores –las alteraciones cardiovasculares; el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas y las de la digestión, el metabolismo y las hormonas–, los hombres muestran mayor asociación con las limitaciones en etapas más jóvenes, como las de la voz y el habla, de los ojos y de los demás órganos de los sentidos.

Gráfico 45. Análisis multivariado - Acumulación desigual de discapacidad y resultados desiguales a largo plazo



Fuente: CID - Unal - SDS: Cálculos de la investigación *La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá*.

Si se traza una línea que una las edades desde los grupos menores hasta los grupos de mayores, el gráfico se asemeja a una parábola invertida, si se parte del extremo derecho del mapa, con el grupo de 12 a 17 años y se termina con el de más de 64 años en la parte izquierda. Se puede ver que a medida que se avanza de derecha a izquierda son más las alteraciones que se van asociando al grupo etario.

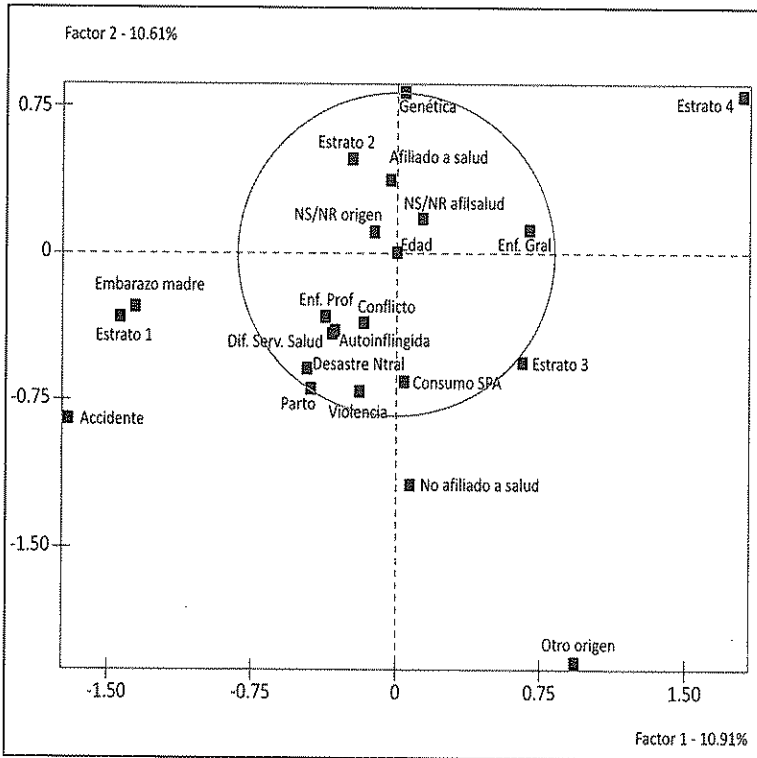
Es posible concluir que los más jóvenes se asocian en mayor medida con las alteraciones del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos; mientras que el



resto de alteraciones se asocian con los demás grupos, aunque vuelve a presentarse, en el extremo izquierdo, cierta especificidad de alteraciones para los más viejos como las que se refieren al sistema cardiorrespiratorio y las defensas. Si el mismo ejercicio se repite uniendo estratos, se logra nuevamente una parábola, cuyo vértice se ubica en el estrato 3. “Cobijadas” por la parábola, son mayores las asociaciones entre los estratos 1, 2 y 3 y las diferentes alteraciones, que las asociadas con el estrato 4.

Exposición diferencial al riesgo

Gráfico 46. Análisis multivariado - Exposición diferencial al riesgo



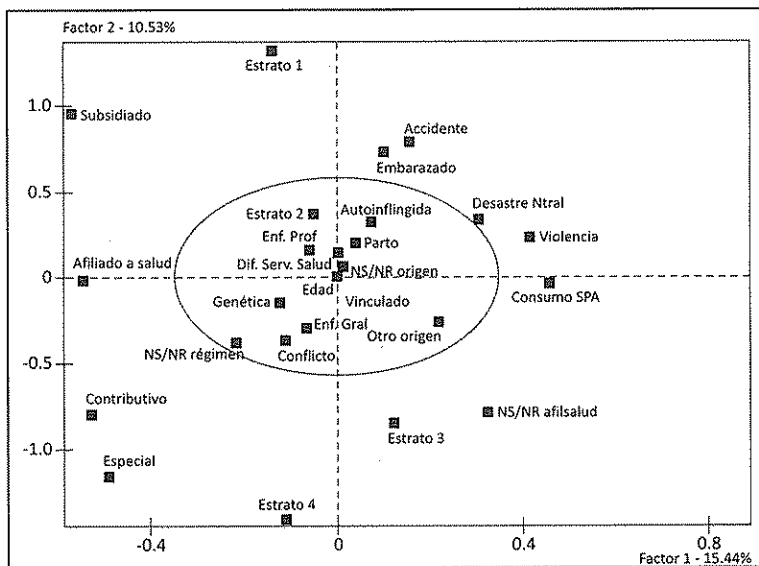
Fuente: CID - Unal - SDS; Cálculos de la investigación *La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá*.

Si se parte en dos el plano se pueden observar dos situaciones concluyentes. De un lado la parte izquierda contendría a los estratos bajos –sobre todo el 1–, asociados con discapacidades originadas por accidentes y por las condiciones de salud de la madre en el momento del embarazo. Los estratos 3 y 4 se asocian principalmente a discapacidades originadas en enfermedad general.



Respuesta desigual de la sociedad

Gráfico 47. Análisis multivariado - Respuesta desigual de la sociedad



Fuente: CID - Unal - SDS: Cálculos de la investigación *La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá*.

En este caso, se pueden caracterizar las poblaciones por sectores del mapa (superior e inferior). El sector superior está asociado a los estratos bajos, afiliados a salud a través del régimen subsidiado, y cuyas sus discapacidades se originan por las deficiencias en el servicio de salud y enfermedades asociadas a la profesión, accidentes y condiciones de salud de la madre a la hora del parto. Es decir, a pesar su asociación con la afiliación a salud, las causas de sus discapacidades hacen que se catalogue a este grupo como una población de mayor riesgo en cuanto a discapacidad originada en las condiciones de vida o a la posición social.

En la parte inferior del mapa están los afiliados a salud del régimen contributivo, más asociados con las edades superiores, el estrato 4 y orígenes de la discapacidad en las enfermedades generales y alteraciones genéticas o hereditarias.

3.5 Conclusión

La investigación en sus resultados aquí presentados, corrobora la tesis planteada previamente en el sentido de que las ventajas/desventajas en la posición social condicionan diferencias o desigualdades en salud (inequidad en salud), en este caso



expresadas a través de la discapacidad. La discapacidad que se concentra en los grupos más jóvenes en los estratos más bajos es, en este sentido, una huella de la inequidad de nuestra sociedad.

Al regresar al documento teórico que diera base a la investigación [Martínez, 2006], concluimos que:

“La mejor forma de considerar la equidad en el campo de la salud no es como un objetivo social en sí mismo y aislado sino como algo inherente a la búsqueda más amplia de justicia social [Evans y otros, 2002]”^{ix}.

Los vínculos entre la salud, la equidad y los derechos humanos no han sido examinados de forma sistemática, y quienes se interesan por la pobreza y la salud han considerado a veces que la equidad y los derechos humanos son conceptos abstractos con escasa aplicación práctica. El análisis de los conceptos de pobreza, equidad y derechos humanos y de las relaciones entre ellos y con la salud demuestra que están estrechamente relacionados desde el punto de vista conceptual y operacional y que cada uno de ellos proporciona valiosas orientaciones singulares para el trabajo de las instituciones sanitarias. Las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos pueden contribuir de forma concreta a los esfuerzos de las instituciones sanitarias para abordar la pobreza y la salud, y para operacionalizar estos compromisos es esencial centrarse en la pobreza. Los principios de la equidad y de los derechos humanos determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido marginación o discriminación [Braveman, 2003].

La OPS [OPS, 2001] reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y, finalmente, eliminarla. Como se mencionó al inicio de este capítulo la calificación de una situación desigual como inequitativa implica al menos establecer valoraciones de justicia, de causa y de necesidad social. La documentación objetiva de las desigualdades en salud es un aspecto fundamental para la definición de dichas acciones y en tal sentido el fortalecimiento de la capacidad analítica de datos e información sobre las inequidades en salud es una condición indispensable. Una vez que se han instrumentado las intervenciones específicas, los mismos métodos de medición y análisis servirán para la vigilancia y evaluación de su impacto en la salud.



Oportunidades desiguales de salud

Son evidentes las diferencias entre estratos en los porcentajes de una de las discapacidades más graves para el desarrollo intelectual de los niños, la discapacidad para hablar y comunicarse. Casi el 50% de los niños discapacitados del estrato 1 y el 40% de los del estrato 2, presentan esta dificultad que limita gravemente su desempeño futuro en la sociedad.

Las graves dificultades para leer y escribir pueden relacionarse con el hecho de que los niños discapacitados de los estratos más bajos tienen más dificultades o barreras para asistir a un establecimiento educativo, lo cual empeora sus pronósticos para el futuro.

Ambos ejemplos demuestran las oportunidades desiguales de desarrollo humano en Bogotá, es decir la inequidad, dado que un menor o mayor desarrollo de capacidades – salud, se asocia a la ventaja o desventaja social del estrato.

Exposición desigual a riesgos y resultados desiguales a largo plazo

Las discapacidades más relevantes que se acumulan con los años, son las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo o las extremidades y las alteraciones del sistema cardiovascular. Las alteraciones nerviosas, por el contrario tienen un comportamiento residual en la medida que éstas más graves, van tomando espacio en el espectro con los años.

Como los estratos más bajos adquieren más temprano estas dos discapacidades que significan más graves limitaciones, la relación de inequidad, basada en la desventaja social queda demostrada.

Las dificultades permanentes registradas también permiten observar un mayor porcentaje de discapacidades severas en los grupos más jóvenes para los estratos más bajos. Igualmente, los resultados muestran la pérdida más temprana de la capacidad en los estratos bajos.

Además, la información sobre causa de la discapacidad permite observar con claridad la exposición diferencial al riesgo, tanto en el porcentaje de accidentes que origina la discapacidad en cada estrato, como en el tipo de los mismos.

Si se toma en cuenta la causa del accidente que originó la discapacidad, los adultos de estratos bajos resultan proporcionalmente más afectados por los accidentes de trabajo, lo que significa una mayor exposición al riesgo en sus actividades laborales.



Un análisis simultáneo que realizara el observatorio sobre lesiones de causa externa confirma este hallazgo y especifica la desprotección en riesgos profesionales de los trabajadores de estratos bajos en las empresas informales.

La discapacidad como resultado de la violencia, específicamente delincuencia común y violencia del hogar, es significativamente superior para los estratos más bajos.

Específicamente en cuanto a la discapacidad atribuida a violencia en el hogar, por grupos de edad y sexo, las mujeres resultan más afectadas en los estratos más bajos y los adolescentes en el estrato 3.

Respuesta desigual de la sociedad

Las diferencias en la respuesta desigual de la sociedad en términos de servicios de salud está fuertemente determinada por la estructura inequitativa propia del SGSSS. Es decir, la pertenencia de los encuestados a regímenes específicos de seguridad social en salud otorgan mayor o menor cobertura de beneficios en la medida que el sistema otorga financiamiento per cápita diferencial.

El Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá de 2006, muestra claras diferencias en el acceso a los servicios de rehabilitación por estrato, al interior de los distintos regímenes y también en conjunto.

El peor acceso corresponde siempre a los estratos más bajos, quienes resultan más afectados por las distintas barreras, en especial la económica.

Recomendaciones

La OPS 2001 reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y finalmente, eliminarla. Como se mencionó al inicio de este capítulo, la calificación de una situación desigual como inequitativa implica al menos establecer valoraciones de justicia, de causa y de necesidad social. La documentación objetiva de las desigualdades en salud es un aspecto fundamental para la definición de dichas acciones y en tal sentido el fortalecimiento de la capacidad analítica de datos e información sobre las inequidades en salud es una condición indispensable. Una vez que se han instrumentado las intervenciones específicas, los mismos métodos de medición y análisis servirán para la vigilancia y evaluación de su impacto en la salud.



Uno de los indicadores de impacto total más conocidos en salud es el riesgo atribuible poblacional -relativo y absoluto-. Esta importante medida epidemiológica ha sido utilizada por la OPS 2001, porque permite estimar la proporción reducible en la tasa general de morbilidad o mortalidad que ocurriría si todos los países presentaran la tasa del grupo de países con el nivel socioeconómico más alto. Mientras más se desvíe de cero, más desigualdad existiría y mayor sería el potencial de reducción.

Sería recomendable utilizar esta medida en las próximas investigaciones de equidad, a fin de determinar el riesgo atribuible poblacional porcentual (RAP%) para cada grupo, según variables de posición social, respecto a las variables de enfermedad y discapacidad que muestren importantes diferencias.

Por supuesto que la recomendación que surge de la situación de inequidad encontrada en las discapacidades de los menores no puede ser otra que una política de discriminación positiva hacia los niños discapacitados de estratos más bajos, capaz de romper el círculo vicioso de mayor discapacidad y menores oportunidades de educación en dichos estratos.

Respecto a la discapacidad en adultos, nuevamente se conforma un círculo vicioso en los estratos bajos, más afectados por la discapacidad y con menos acceso a los servicios de rehabilitación, lo que grava la situación de dificultades y limitaciones. El círculo se agrava aún más por el hecho de que el SGSSS no incluye en el Plan de Beneficios, servicios de rehabilitación más allá de las primeras semanas y también por el hecho de que los servicios especializados claves en muchas discapacidades, como neurología y fisioterapia no son cubiertos por el POS subsidiado.

La anterior situación llama a dos recomendaciones importantes, la primera relacionada con programas de prevención de riesgos asociados al trabajo informal, que busquen disminuir la accidentalidad de los trabajadores de estratos bajos no cubiertos en la sede de la empresa o microempresa o en los desplazamientos con transporte de mayor riesgo. La segunda, dirigida a organizar desde la oferta pública de salud, servicios de rehabilitación destinados a discapacitados de los estratos bajos, dado que no tienen cobertura de este servicio por el SGSSS, ni tampoco tienen forma de procurársela por sí mismos.

Ciertamente los esfuerzos de desarrollo de entidades de rehabilitación asociados a la caridad (v.gr. Teletón), tuvieron un alcance mínimo y no acabaron sirviendo precisamente a las poblaciones de menores ingresos.

Cabe precisar que no hay perspectivas a mediano ni largo plazo de que la rehabilitación prolongada haga parte del Plan de Beneficios del Régimen Contributivo o del Subsidiado. El desarrollo del libro cuarto de la Ley 100 de 1993, sobre servicios



sociales complementarios, que ha debido enfrentar esta problemática, ha sido nulo y el país no ofrece respuesta a personas que requieren más cuidados permanentes que atención médica propiamente dicha.

Las alternativas de muchos países desarrollados han sido los hogares de día, propiciados por el Estado y manejados en conjunto con los ciudadanos, en cada barrio y en cada pueblo, para garantizar cuidados a un costo razonable a personas limitadas y hacer frente al grave problema social y económico que significa para familias nucleares cada vez más reducidas –con dos trabajadores e hijos pequeños–, el contar con un familiar o anciano que requiere cuidados permanentes. Esta situación, sin instituciones sociales de apoyo, se traduce para las familias en una grave disyuntiva entre el abandono del pariente limitado o la severa reducción del ingreso familiar por el retiro del trabajo de uno de los adultos para dedicarse a su cuidado.

Las tendencias demográficas al envejecimiento y a la reducción del tamaño de la familia, evidentes en el Censo General de 2005, además de la mínima protección pensional de los trabajadores colombianos, señala el inequívoco camino hacia un problema social de envergadura por la falta de respuesta del Estado y la sociedad para apoyar a las familias en el cuidado de personas con dificultades y limitaciones.

Notas

ⁱ OPS (1998). *La situación de salud en la región de las Américas*. Informe Anual del Director. Washington, D.C., EUA: OPS.

ⁱⁱ OMS 2003. *“The Solid Facts. Social Determinants of Health”*. Segunda Edición. Ginebra. 2003

ⁱⁱⁱ Martínez, Félix (s.f.). *Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud. Revisión conceptual* [Documento de trabajo del Observatorio actualmente en publicación por parte del Observatorio y el CID – UNAL].

^{iv} Braverman, Paula and Gruskin, Sofía (2003). Defining equity in Health, Theory and Methods. *J Epidemiol Community Health*, Num. 57, 25-258.

^v Canguilhem, Georges (1971). *El conocimiento de la vida*. Barcelona, España: Editorial Anagrama. 1976

^{vi} Martínez, Félix (1988, junio). Aportes a la discusión sobre el concepto de salud y enfermedad. *Revista Facultad de Salud Pública*, Vol. 11, Núm. 1 [Universidad de Antioquia - Medellín].

^{vii} OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de las Discapacidades y de los Estados de Salud*. Ginebra, Suiza: OPS.

^{viii} Departamento Administrativo Nacional de Estadística. *Censo General de 2005. Actualización Discapacidad. Resultados sobre Limitaciones Permanentes*. Bogotá, D.C., Colombia: DANE

^{ix} Evans, T.; Margaret, W.; Diderichsen, F.; Bhuiya, A. y Wirth, M. (Editores) (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción [Introducción]*. Publicación Científica y Técnica Núm. 585. Washington, D.C., EUA: Fundación Rockefeller - Organización Panamericana de la Salud.

^x Martínez, Félix (2007). “Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud”. En Restrepo, Darío (Editor). *Equidad y Salud. Debates para la Acción. Colección: La seguridad social en la encrucijada*. Bogotá, D.C., Colombia: Secretaría Distrital de Salud - Centro de Investigaciones para el Desarrollo - Facultad de Ciencias Económicas - Gente Nueva Editorial.



Bibliografía

Braverman, Paula y Gruskin, Sofia (2003). Defining equity in Health, Theory and Methods. *J Epidemiol Community Health*, 57, 25-258.

Canguilhem, Georges (1971). *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Editorial Anagrama.

DANE - Censo General de 2005. (s. f.). *Actualización sobre discapacidad. Resultados sobre limitaciones permanentes*. Bogotá: DANE.

Evans, T.; Margaret, W.; Diderichsen, F.; Bhuiya, A. y Wirth, M. (Ed.) (2002). Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Introducción. *Publicación Científica y Técnica Núm. 585*. Washington: Fundación Rockefeller - Organización Panamericana de la Salud.

Martínez, Félix. (s. f.). *Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud. Revisión conceptual* [Documento de trabajo actualmente en publicación por parte del Observatorio y el CID]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - CID.

Martínez, Félix (1988, junio). Aportes a la Discusión sobre el concepto de Salud y Enfermedad. *Revista Facultad de Salud Pública, Vol. 11, Núm. 1*.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de las Discapacidades y de los Estados de Salud*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (1998). *La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director*. Washington: OPS.

Análisis de la Encuesta sobre Condiciones de Salud y Trabajo en la Unidades de Trabajo Informal con Mayor Grado de Vulnerabilidad, 2006

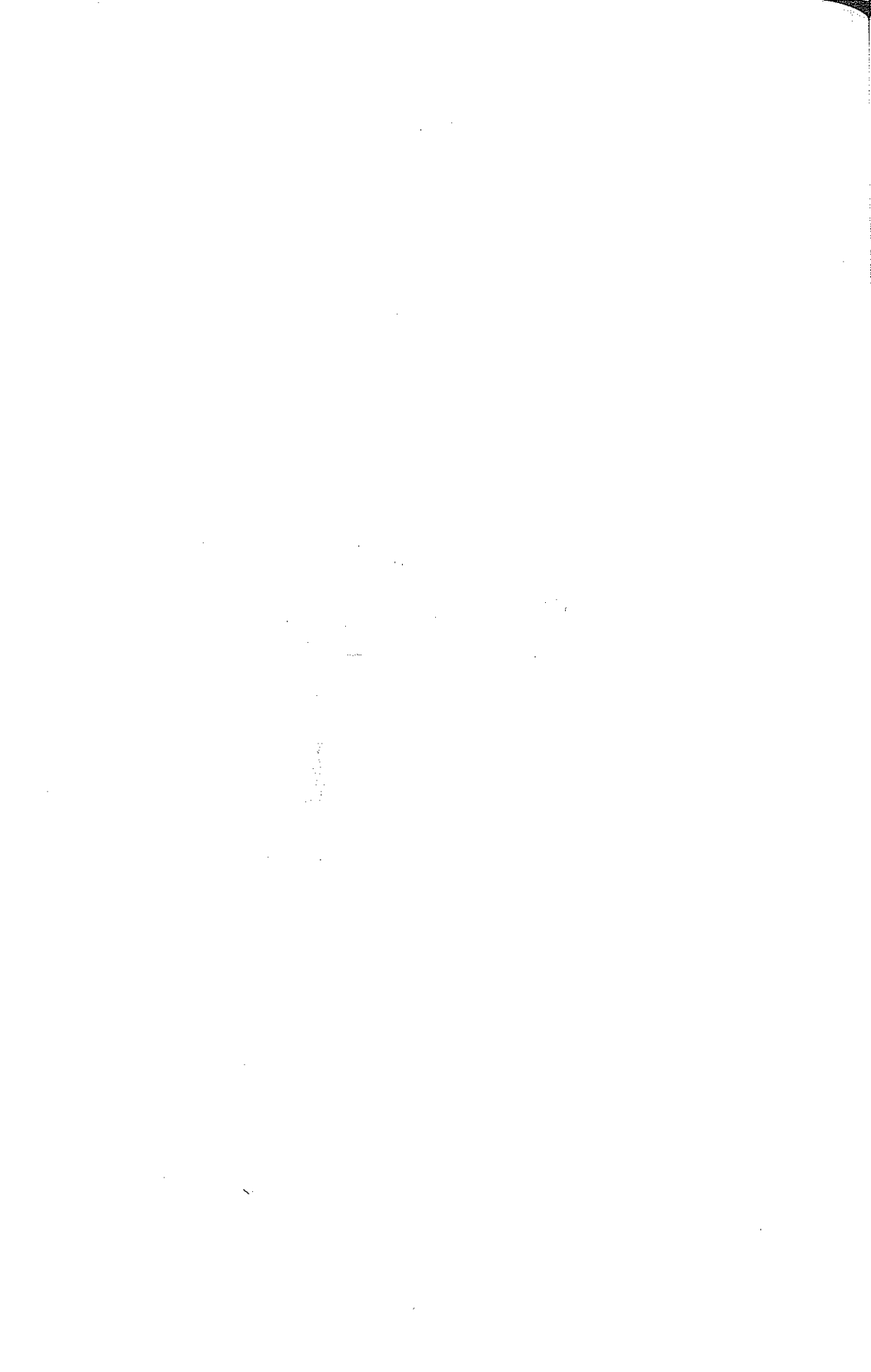
Félix Martínez Martín*†



Capítulo 4

* M.D. Magíster en Salud Pública. Investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia.

† Investigador principal, Félix León Martínez; investigador de apoyo, César López Alfonso; apoyo institucional de la Secretaría Distrital de Salud, Álix Solánger García Ruiz, Ana María Cobos Baquero (Dirección de Salud Pública); participación en el análisis y discusión de los resultados, Grupo de Protección Social del CID.





4.1 Antecedentes

Como parte de la segunda fase del proyecto del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá, se programó un análisis de la problemática de equidad relacionada con los riesgos derivados de la actividad económica, específicamente centrado en lesiones de causa externa, que sirviera de documento base e insumo para orientar la política distrital sobre salud de los trabajadores.

Dos razones condujeron a priorizar dicho análisis; la primera, el hecho de que existe un importante vacío en el conocimiento del universo de riesgos derivados de las actividades productivas. No se cuenta con estadísticas sobre la morbilidad generada por la mayoría de estas actividades, dado que el registro del Sistema de Riesgos Profesionales tan sólo cubre a la población trabajadora formal, afiliada a la seguridad social, mientras que un porcentaje muy importante de trabajadores, ligado a sectores económicos críticos en términos de accidentalidad, no se encuentra protegido por ese seguro ni hace parte, por lo tanto, de las estadísticas arrojadas por él.

La segunda razón que motiva la priorización del análisis de riesgos derivados de la actividad económica, es que el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud, propuso las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social⁴.

Oportunidades desiguales de salud

Exposición desigual a riesgos

Respuesta desigual de la sociedad

Resultados desiguales a largo plazo

Se señala al mismo tiempo que...

La posición social (Índice de Calidad de Vida, estrato, Sisbén), junto con el ingreso, el nivel educativo y la posición ocupacional, son los clasificadores de las diferencias o desventajas sociales y definen por tanto los grupos objetivo para comparar la situación de salud enfermedad de estos cuatro grupos o áreas de medición del fenómeno salud-enfermedad.



Es decir, las oportunidades en salud, las exposiciones a riesgos, la respuesta de la sociedad, o 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.

En consecuencia, el análisis de las lesiones de causa externa, derivadas de la actividad económica, corresponde con precisión a una de las áreas en que se propone la construcción de indicadores de inequidad en salud: exposición diferencial al riesgo; enfermedad y discapacidad relacionadas con condiciones de vida y trabajo asociadas a desventaja social.

4.2 Condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal con mayor grado de vulnerabilidad, 2006

Se analizó la base de datos de la Encuesta de las unidades de trabajo informal desde la perspectiva de equidad, con el fin de buscar la relación entre accidentes de trabajo y variables de posición social (ventaja/desventaja social). La Encuesta permite el estudio de los accidentes de trabajo en relación con tres variables de posición social: estrato, ingreso y nivel educativo

Las empresas encuestadas se clasificaron según el grado de formalidad o informalidad o según el cumplimiento de los siguientes requisitos legales:

Escritura

Registro de Cámara de Comercio

RUT

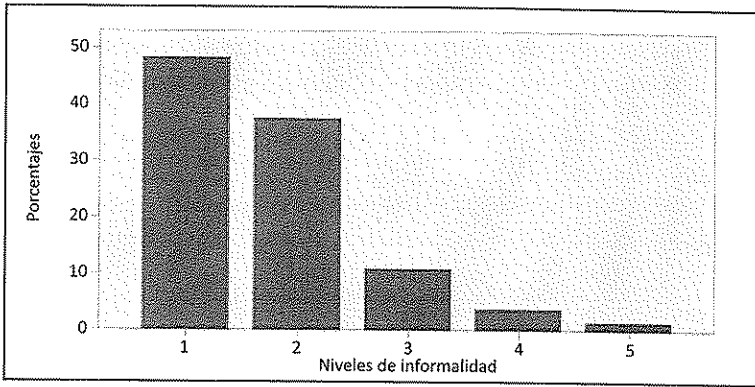
Registro Contable

Afiliación a la Seguridad Social

Las empresas que cumplen estos cinco requisitos son clasificadas en la categoría 5 de formalidad, las que cumplen 4 en la categoría 4, y así sucesivamente. Para efectos de este informe definiremos grado 1 de informalidad a la más informal, o sea, que cumple menos requisitos, hasta el grado 5, la menos informal o que cumple más requisitos. El gráfico 1 muestra las empresas encuestadas de acuerdo con el grado de informalidad anteriormente definido.



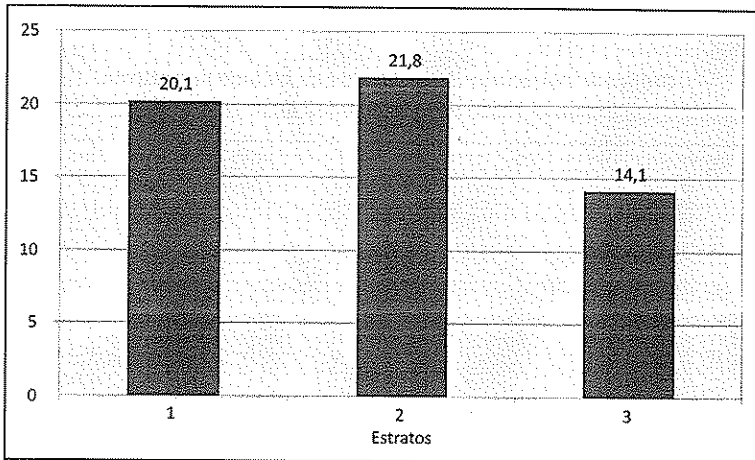
Gráfico 1. Empresas encuestadas, según nivel de informalidad



Fuente: Cálculos del análisis sobre cifras del estudio de caracterización de los trabajadores de empresas informales en el Distrito.

De otra parte, los trabajadores de los estratos 1 y 2 reportan un porcentaje de accidentes superior a los trabajadores del estrato 3.

Gráfico 2. Porcentaje de accidentes de trabajo, por estrato socioeconómico del trabajador

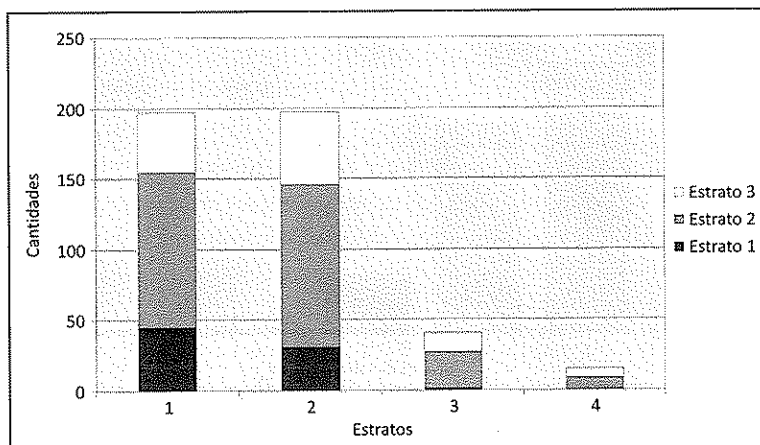


Fuente: Cálculos del análisis sobre cifras del estudio de caracterización de los trabajadores de empresas informales en el Distrito.

Los accidentes de trabajo registrados corresponden, en su mayoría, a las empresas de categoría 1 y 2 de informalidad donde, a su vez, se concentra el mayor número de trabajadores de los estratos 1 y 2.



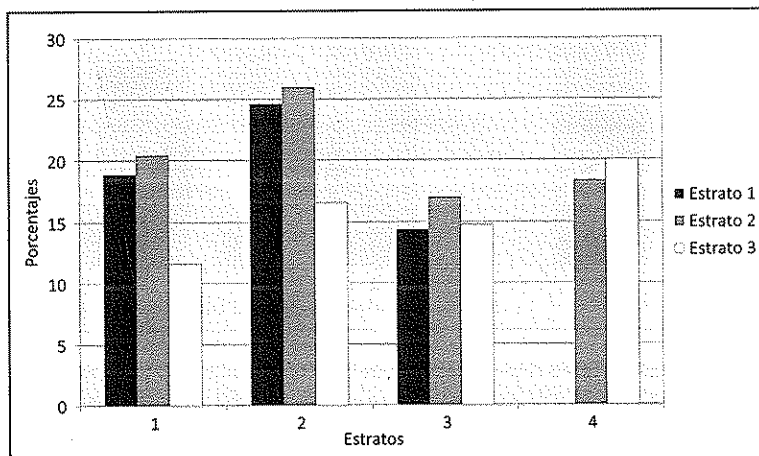
Gráfico 3. Accidentes de trabajo por estrato, según el grado de informalidad de la empresa



Fuente: Cálculos del análisis sobre cifras del estudio de caracterización de los trabajadores de empresas informales en el Distrito.

Los trabajadores de los estratos 1 y 2 presentan mayor porcentaje de accidentes de trabajo en las empresas de mayor informalidad, mientras que los del estrato 3 presentan la mayor proporción en las empresas de menor grado de informalidad (gráfico 4).

Gráfico 4. Porcentaje de accidentes de trabajo por estrato, según el grado de informalidad de la empresa

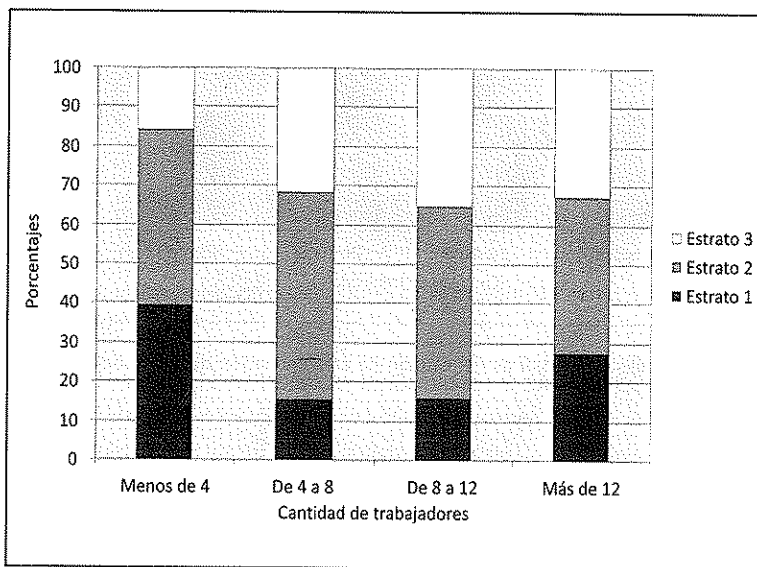


Fuente: Cálculos del análisis sobre cifras del estudio de caracterización de los trabajadores de empresas informales en el Distrito.



A continuación se relacionan los accidentes de trabajo en las unidades de trabajo informal con el número de horas trabajadas al día, teniendo en cuenta, igualmente, los grupos de edad y el estrato. El gráfico 5 muestra la concentración de los trabajadores del estrato 1 en los dos extremos de dedicación, más de 12 horas y menos de 4.

Gráfico 5. Trabajo por número de horas de trabajo, según estrato



Fuente: Cálculos del análisis sobre cifras del estudio de caracterización de los trabajadores de empresas informales en el Distrito.

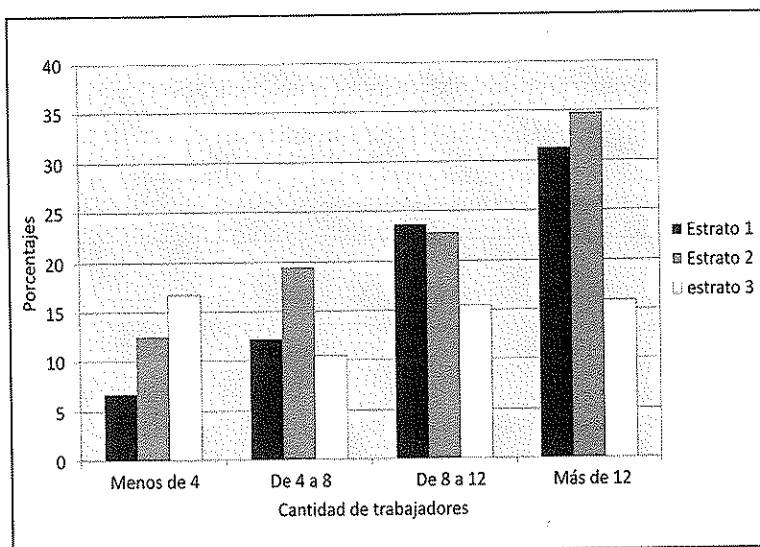
Los accidentes de trabajo aumentan proporcionalmente en la medida en que es mayor el número de horas de trabajo. Además, al mismo tiempo que se incrementa el número de accidentes, crece el porcentaje de accidentes de los trabajadores de los estratos 1 y 2 en las jornadas más largas.

Posteriormente se analizaron las variables de posición social, nivel educativo e ingreso. La siguiente es la distribución porcentual de los trabajadores de cada nivel educativo en las unidades de economía informal (gráfico 7).

La combinación de los factores ingreso y nivel educativo, muestra que la mayoría de los trabajadores que reportó accidentes de trabajo cuenta con nivel educativo primaria y secundaria.

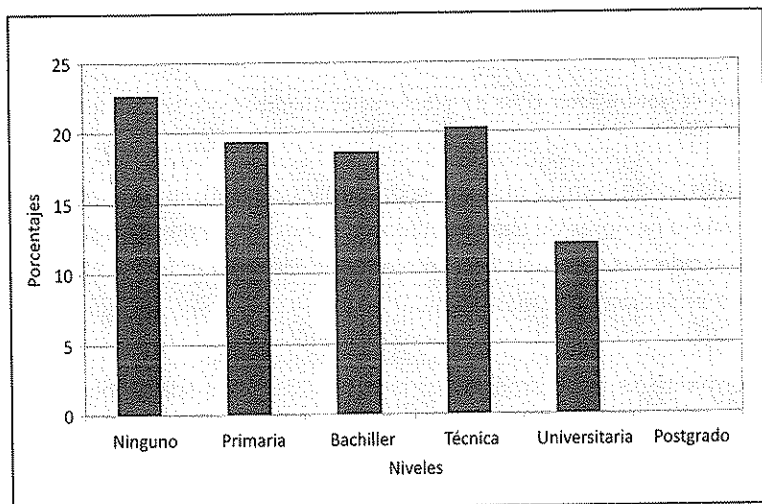


Gráfico 6. Porcentaje de accidentes de trabajo, según estrato y horas de trabajo al día



Fuente: Cálculos del análisis sobre cifras del estudio de caracterización de los trabajadores de empresas informales en el Distrito.

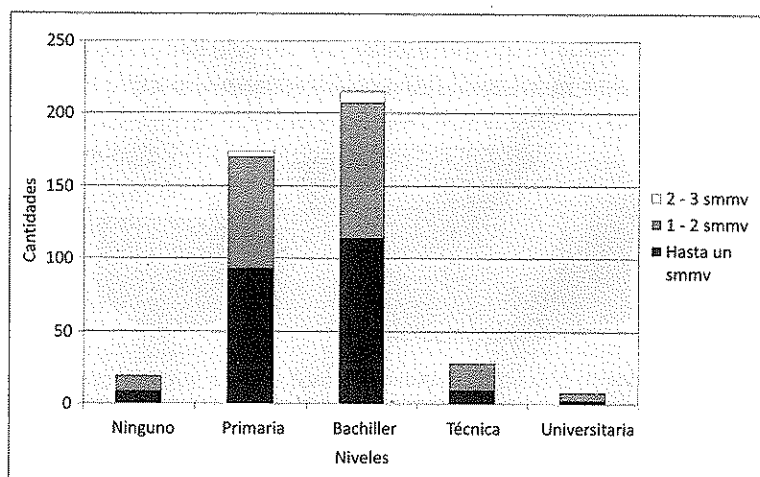
Gráfico 7. Porcentaje de trabajadores que sufrieron accidente, por nivel educativo



Fuente: Cálculos del análisis sobre cifras del estudio de caracterización de los trabajadores de empresas informales en el Distrito.



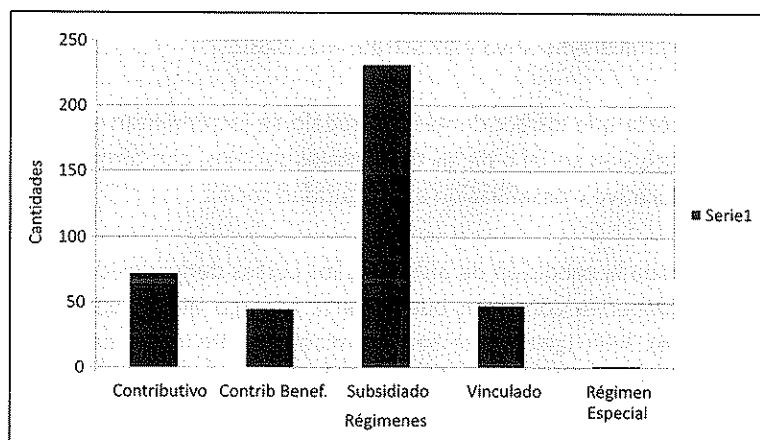
Gráfico 8. Accidentes de trabajo, según ingreso y nivel educativo



Fuente: Cálculos del análisis sobre cifras del estudio de caracterización de los trabajadores de empresas informales en el Distrito.

Finalmente, se revisó la afiliación al SGSSS de los trabajadores accidentados en las unidades de economía informal. El resultado demuestra un gran predominio del Régimen Subsidiado, ello significa un traslado del costo de esos riesgos laborales o derivados de la actividad económica hacia este Régimen.

Gráfico 9. Régimen de afiliación de quienes han sufrido accidentes de trabajo

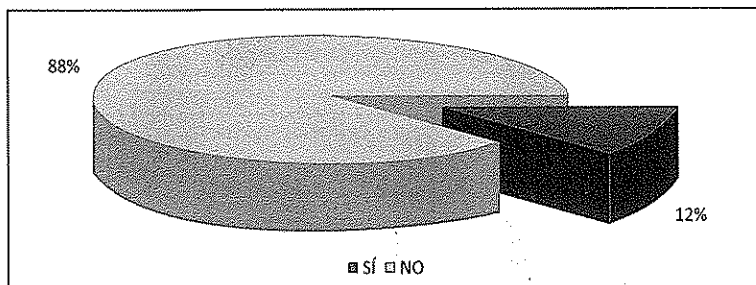


Fuente: Cálculos del análisis sobre cifras del estudio de caracterización de los trabajadores de empresas informales en el Distrito.



Tan sólo el 14% de los trabajadores que sufrieron accidentes de trabajo tenían afiliación al Sistema de Riesgos Profesionales.

Gráfico 10. Accidentes de trabajo y afiliación a la ARP



Fuente: Cálculos del análisis sobre cifras del estudio de caracterización de los trabajadores de empresas informales en el Distrito.

4.3 Conclusiones y recomendaciones

El análisis sobre la base de datos de la Encuesta de las Unidades de Trabajo Informal, desde la perspectiva de equidad, en busca de la relación entre accidentes de trabajo y variables de posición social (ventaja/desventaja social): estrato, ingreso o nivel educativo, se extraen las siguientes conclusiones.

Los accidentes de trabajo en las unidades productivas informales se concentran en las empresas de mayor nivel de informalidad y en los trabajadores de menores ingresos, de menor nivel educativo y de estrato más bajo.

El análisis reporta que los accidentes de trabajo se incrementan en la medida en que se suma la exclusión social o de las desventajas sociales, con términos de estrato, ingresos, nivel educativo y desafiliación a la seguridad social.

Igualmente, dada la condición de afiliación, los costos derivados de los accidentes de trabajo, que deberían correr en buena parte a cargo de los patronos o si son asegurados por las ARP, igualmente son asumidos por los distintos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud o por los hospitales públicos.

Dada la alta proporción de trabajadores informales, no cubiertos por el Sistema de Seguridad Social en Riesgos Profesionales, es indispensable orientar una política de prevención y atención de esos riesgos de los trabajadores de las empresas informales.



El conocimiento real del impacto de las actividades económicas sobre la salud de los bogotanos puede orientar las políticas para proteger mejor a los habitantes de la capital y las finanzas del sistema de salud y seguridad social. Por ejemplo, podría orientarse hacia pólizas de responsabilidad civil obligatorias de las empresas, bastante extendidas en países desarrollados, si la cobertura del Sistema de Riesgos Profesionales sigue siendo tan baja y si las relaciones laborales continúan caracterizándose en gran proporción por la informalidad y la ausencia de cobertura de la seguridad social en salud contributiva, pensiones y riesgos profesionales.

La OPS¹ reconoce que...

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

¹ OPS (1998) *La situación de salud en la región de las Américas*. Informe Anual del Director. Washington, D.C., EUA: OPS.



Bibliografía

Martínez, Félix (2007). "Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud". En Restrepo, Darío (Ed.) *Equidad y Salud. Debates para la Acción. Colección la seguridad social en la encrucijada*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Ciencias Económicas - Centro de Investigaciones para el Desarrollo - Gente Nueva Editorial.

Organización Panamericana de la Salud (1998). *La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director*. Washington: OPS.

Inequidades en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá

Óscar Fresneda Bautista*



Capítulo 5

*.Sociólogo, magister 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 (CID) de la Universidad Nacional de Colombia.





5.1 Introducción¹

La información es uno de los medios de actuación centrales del Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud, que viene siendo promovido e implementado por la Secretaría Distrital de Salud y el CID de la Universidad Nacional de Colombia. A través de la información se identifican las condiciones de inequidad en salud, se señalan los factores que la determinan y sus consecuencias. Con base en ella se promueve la toma de conciencia pública sobre estos temas, por medio de una estrategia de comunicación. Se constituye, entonces, en elemento de apoyo imprescindible para desarrollar la investigación de profundización tendiente a identificar campos de acción, promover políticas encaminadas a zanjar las inequidades existentes, y hacer el seguimiento y evaluar las iniciativas adoptadas.

La información constituye un terreno propicio para convocar a los distintos agentes sociales interesados en la problemática de la inequidad en salud e ir consolidando una red tendiente a articular los múltiples esfuerzos que, desde distintas perspectivas, se llevan a cabo en torno a su solución.

En este artículo se presentan los resultados de los trabajos tendientes a la producción y análisis de un conjunto de indicadores seleccionados en el Observatorio para dar cuenta de las inequidades en salud en Bogotá.

El texto se inicia con la presentación del enfoque conceptual, las directrices metodológicas adoptadas para el análisis de las inequidades en salud y los criterios de selección de los indicadores expuestos. En la sección siguiente, que constituye el núcleo del trabajo, se describen los resultados obtenidos; y en la final, se plantean algunas conclusiones generales de los análisis realizados.

¹ La realización del trabajo contó con el apoyo de los doctores Zulema Jiménez y Gustavo Herrera, profesionales de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Se agradecen los comentarios de profesionales de la secretaría a versiones anteriores del trabajo, en especial los hechos, en nota escrita, por los doctores Hernando Nieto y José Fernando Martínez Lopera de la Dirección de Salud Pública de la SDS, y por los participantes en el taller realizado con profesionales de la SDS en marzo de 2008. También se agradecen los comentarios presentados en los talleres de trabajo del equipo técnico del Observatorio y desde el grupo de trabajo que se conformó en la Universidad Nacional para trabajar los indicadores del Observatorio, en especial los aportes, sugerencias y orientaciones de los doctores Mario Hernández y Javier Estava. El procesamiento de la información estuvo a cargo de Grupo de Protección Social del CID de la Universidad Nacional y contó con el apoyo del estadístico César Mauricio López.



5.2 Enfoque del análisis y aspectos metodológicos

5.2.1 Indicadores seleccionados - fuentes de información

Amartya Sen ha resaltado el amplio alcance de la equidad en el campo de la salud en tanto “no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la vida y la libertad humanas”. Sobre esta base afirma que “la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la *salud*, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la *asistencia sanitaria*. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios” [Sen, 2007:61-62.].

Las inequidades en salud son una expresión destacada de las desigualdades sociales. Por ello, se constituyen en un espacio donde es posible estudiarlas desde una perspectiva ética, en tanto corresponden con situaciones que, de acuerdo con el marco valorativo de los derechos humanos, son injustas y su existencia es, por lo tanto, inaceptable. Esto porque se prescribe como deseable y justo que todos los seres humanos deben tener oportunidades equivalentes para tener una vida saludable, independientemente de sus diferencias individuales y sus condiciones sociales.

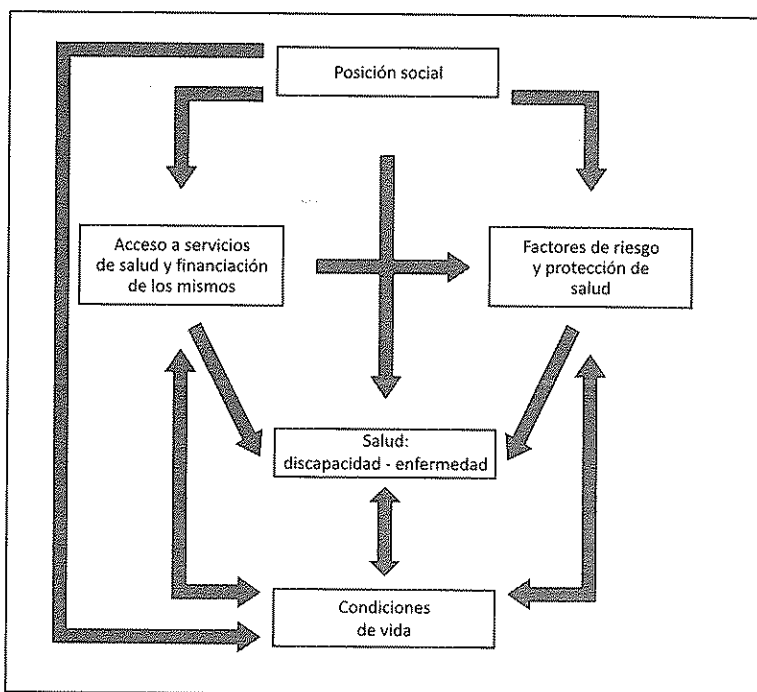
El presente artículo está dirigido a ilustrar algunas de las expresiones de esa forma de injusticia social expresada en las desigualdades en salud, que hacen parte de nuestra realidad cotidiana y que, con frecuencia, aparecen ser normales e inevitables. Los temas tratados buscan destacar cómo esas inequidades se presentan en Bogotá a lo largo de las distintas etapas de la vida. Se destaca cómo, en una lógica de acumulación de desigualdades, éstas cubren los campos de las oportunidades de vida saludable, de las posibilidades de acceso a los servicios y de los resultados en la enfermedad, discapacidad, enfermedad crónica y duración de la vida. Desde esa perspectiva, llama la atención su permanencia e interdependencia que tienen a través del tiempo vital, hecho que las coloca como manifestaciones de una situación arraigada en las regularidades de las interacciones sociales sustentadas en una sociedad inequitativa que acepta como normal desigualdades injustas.



5.2.2 Modelo de análisis

El modelo del análisis adoptado por el Observatorio², que sirve de guía para los análisis presentados, expresa los múltiples niveles e interrelaciones de las desigualdades en salud. Postula interrelaciones entre la posición social, que es el determinante principal dentro de la cadena de factores causales. El estado de salud, depende a su vez del acceso a los servicios y la forma como éstos son financiados y por diferencias en los factores de protección y riesgo por los hogares. Las condiciones de vida resultan de las condiciones de salud y de las diferencias en las posiciones sociales. El diagrama 1 ilustra la articulación entre los principales conceptos de análisis.

Diagrama 1. Modelo de análisis



Fuente: Elaboración del autor.

La selección de los indicadores partió de una revisión de los propuestos para el Observatorio, aplicando el modelo de análisis³ (diagrama 1), y teniendo en cuenta su

² Evans, T.; Margaret, W.; Didèrichsen, F.; Wirth, M. (2001); Grupo de Protección Social, (2007); Martínez, F. (2007); Fresneda, Ó. (2007).

³ Fresneda, Ó. (2007).



relevancia para dar cuenta de las inequidades y la disponibilidad de información en las fuentes existentes⁴. Esa labor se llevó a cabo a través de sesiones de trabajo conjuntas entre el equipo de profesionales de la Secretaría y de investigadores del CID. La propuesta fue discutida y ajustada en el *Taller sobre Indicadores del Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá*, realizada en mayo de 2007 al cual asistieron cerca de 40 profesionales de la SDS y de la red de hospitales del Distrito Capital. Los indicadores escogidos se describen en la tabla 1, donde se definen y se incluyen las fuentes de información utilizadas para elaborarlos.

En la orientación adoptada los indicadores expresan inequidades en salud a lo largo de la trayectoria vital de las personas y en las diferentes dimensiones que son tomadas en cuenta para su análisis. En la perspectiva del ciclo de vida que adopta, la presentación de los indicadores ilustra los posibles efectos sucesivos e interdependientes de lo que sucede en una fase de la vida respecto a la siguiente.

En la tabla 2 se clasifican los indicadores de acuerdo con dos criterios: por grupo de población en el ciclo vital y por la ubicación dentro de las dimensiones de la inequidad escogidas en el Observatorio: oportunidades básicas de salud, acceso a servicios, resultados en salud –morbilidad, discapacidad y mortalidad–.

El análisis no llega a señalar las relaciones entre las situaciones mostradas por los indicadores en una secuencia intertemporal que especifique sus dependencias –por ejemplo: el bajo peso al nacer incide en la desnutrición infantil y ésta constituye un factor que predispone a la enfermedad crónica y a la discapacidad, lo que, a su vez, incide en la estructura de mortalidad–. No obstante, el conjunto de la exposición sugiere este tipo de interrelaciones y lleva a sustentar la hipótesis de que las desigualdades en salud forman un bloque consistente y no son una simple superposición de situaciones desarticuladas.

En la presentación de los indicadores se destaca entre las medidas de desigualdad la *razón de tasa*, que expresa cuántas veces es peor la situación del grupo más desfavorecido respecto al grupo más favorecido. Si se considera que la equidad en salud es la ausencia de desigualdades sistemáticas en salud y en sus determinantes

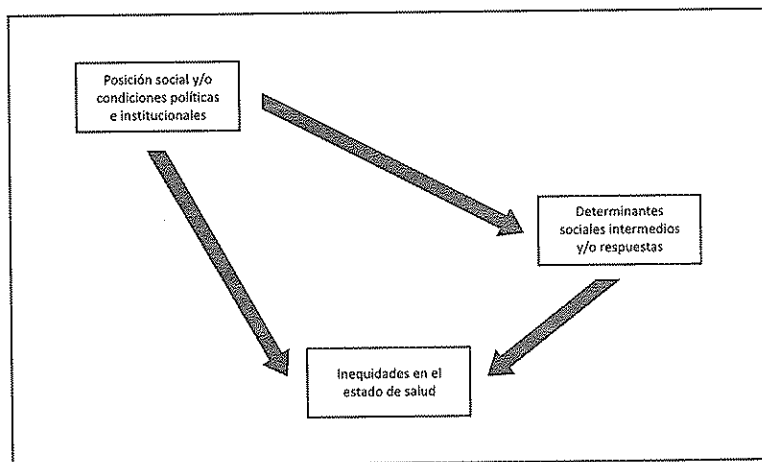
⁴ El grupo que trabajó en este tema estuvo compuesto por los doctores Zulema Jiménez y Gustavo Herrera, en representación de la Secretaría Distrital de Salud, y por los doctores Mario Hernández, Félix Martínez, Martha Patricia Martínez y Óscar Fresneda por parte del CID. La propuesta fue en el Grupo de Protección Social del CID y con el doctor Javier Eslava.



entre grupos con diferente nivel de ventajas o desventajas sociales en cuanto a riqueza, poder o prestigio, el uso de esta medida da una idea sobre el grado de inequidad existente [Evans, Whitehead, Diderichsen y Wirth, 2001; Braveman y Gruskin, 2003]⁵.

El análisis parte igualmente de un enfoque según el cual la “posición social” no es un *deus ex machina* que produce resultados ineluctables. La desigualdad se explica a través de comportamientos codificados de los agentes sociales que, a la vez, la reproducen y la modifican. Los factores estructurales “explican” las desigualdades, pero actúan a través de factores intermedios. En una perspectiva de cambio social, es preciso indagarlos en tanto pueden ser afectados en las prácticas *políticas* de alteración y creatividad. De esta forma el modelo de análisis incluye también la perspectiva de señalar factores intermedios que ponen de manifiesto la desigualdad y que pueden ser afectados en la práctica social (diagrama 2). El análisis de estos factores intermedios sólo pudo llevarse a cabo parcialmente en el trabajo, dadas las limitaciones de información de las fuentes disponibles.

Diagrama 2. Relaciones entre la posición social, las condiciones políticas e institucionales y la inequidades en los determinantes y el estado de salud



Fuente: Elaboración del autor.

⁵ Esta medida tiene limitaciones, ya que se basa únicamente en las posiciones extremas de las agrupaciones disponibles sin considerar las diferencias entre los grupos intermedios; además, no considera las múltiples interdependencias que explican las diferencias entre las medidas (sexo, edad, etc.).



Tabla 1. Definición de indicadores, variables de posición social y vinculación con el Sistema de Seguridad Social utilizadas y fuentes de información

Dimensiones de la inequidad e indicador	Variables de posición social y vinculación a la Seguridad Social	Fuente	Definición del indicador
Desigualdades en las oportunidades básicas de salud	Nivel educativo de la madre, Localidad.	Certificados de nacidos vivos, 1998-2005 (DANE).	Razón entre el número de nacidos vivos con menos de menos que 2500 grms y el total de nacidos vivos, para el período considerado, multiplicada por 100.
Prevalencia de bajo peso al nacer	Forma de vinculación con la seguridad social.	Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, 2005 (Profamilia) y de Situación Nutricional en Colombia (ENSINA), 2005, ICBF.	La desnutrición crónica, o retraso en el crecimiento lineal, se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo. Las variables para identificar los niños con desnutrición están en el archivo de la encuesta de Demografía y Salud, 2005 (Profamilia). La prevalencia de desnutrición es el porcentaje de niños desnutridos en relación con el total de niños en el grupo de edad y condición socioeconómica respectivas..
Prevalencia de desnutrición crónica de niños menores de 5 años,	Índice de riqueza, calculado en la Encuesta y estrato socio-económico para pago de servicios públicos domiciliarios.	Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, 2005 (Profamilia) y de Situación Nutricional en Colombia (ENSINA), 2005, ICBF.	La desnutrición crónica, o retraso en el crecimiento lineal, se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo. Las variables para identificar los niños con desnutrición están en el archivo de la encuesta de Demografía y Salud, 2005 (Profamilia). La prevalencia de desnutrición es el porcentaje de niños desnutridos en relación con el total de niños en el grupo de edad y condición socioeconómica respectivas..
Desigualdades en el acceso a los servicios de salud	Nivel educativo de la madre, Localidad. Forma de vinculación con la seguridad social.	Certificados de nacidos vivos, 1998-2005 (DANE).	Razón entre el número de nacidos vivos con menos de 4 controles prenatales y el total de nacidos vivos, para el grupo y período considerado, multiplicada por 100.
Porcentaje de mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos con menos de cuatro controles prenatales	Deciles de ingreso per cápita, estrato socio-económico para pago de servicios públicos domiciliarios, condición de pobreza por línea de pobreza y necesidades básicas insatisfechas, localidad. Forma de vinculación con la seguridad social.	Encuesta de Calidad de Vida, 2003 (DANE).	Porcentaje de población que declaró enfermedad o accidente en los últimos 30 días y que no fue atendida por profesionales de la salud.
Porcentaje de población sin atención médica en caso de enfermedad.	Estrato socioeconómico para pago de servicios públicos domiciliarios, condición de vinculación con la seguridad social.	Encuesta de Discapacidad.	Se considera que los menores de 5 años con discapacidad cognitiva y neurológica son: (1). Quienes contestan 1 a la pregunta 27 (por su condición de salud, presentan alteraciones permanentes en el sistema nervioso); y (2). Quienes en la pregunta 30, relativa a sus actividades diarias, responden que presentan dificultades permanentes para: i). Pensar, memorizar, fijar y comunicarse o iii) Relacionarse con las demás personas y el entorno. Son clasificados como asistidos a los servicios de rehabilitación quienes contesten "SI" a la pregunta 60.
Porcentaje de niños discapacitados sin atención a través de servicios especializados: porcentaje de niños menores de 5 años con discapacidad en aspectos cognitivos y neurológicos que no reciben servicios de rehabilitación, entre estratos y localidades.	Deciles de ingreso per cápita, estrato socioeconómico para pago de servicios públicos domiciliarios, condición de pobreza por línea de pobreza, localidad. Forma de vinculación con la seguridad social.	Encuesta de Calidad de Vida, 2003 (DANE).	Actualmente está asistido a servicio de rehabilitación: Cabe anotar que hay personas que no asisten porque ya terminaron su rehabilitación o porque creen que no la necesitan. El porcentaje de niños discapacitados se obtiene en relación con los menores de 5 años discapacitados.
Porcentaje de población con enfermedad crónica que tiene consulta médica periódica.	Estrato socioeconómico para pago de servicios públicos domiciliarios, condición de pobreza por línea de pobreza, localidad. Forma de vinculación con la seguridad social.	Encuesta de Calidad de Vida, 2003 (DANE).	Porcentaje de población que declaró tener enfermedad crónica y que tiene consulta médica periódica.



Tabla 1. Definición de indicadores, variables de posición social y vinculación con el Sistema de Seguridad Social utilizadas y fuentes de información (continuación)

Dimensiones de la inequidad e indicador	Variables de posición social y vinculación al sistema de seguridad social	Fuente	Definición del indicador
Desigualdades en los resultados de salud: morbilidad y discapacidad			
Prevalencia de infección respiratoria aguda (IRA) de los menores de 5 años	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios, niveles de puntajes del índice Sisfen, quíntil del índice de riqueza, máximo nivel educativo en el hogar.	Encuesta de Demografía y Salud, (EDS), 2005.	Porcentaje de niños con dificultad respiratoria y fiebre en relación con el total de niños en el grupo de edad.
Prevalencia de infección gastrointestinal de los menores de 5 años	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios, niveles de puntajes del índice Sisfen, quíntil del índice de riqueza, máximo nivel educativo en el hogar.	Encuesta de Demografía y Salud, (EDS), 2005.	Porcentaje de niños con diarrea y fiebre en relación con el total de niños en el grupo de edad.
Porcentaje de población con enfermedad crónica	Quintiles de ingreso de los hogares, Condición de pobreza por los métodos de línea de pobreza y necesidades básicas insatisfechas (NBI), niveles del Sisbén, estratos	Encuesta de Calidad de Vida, 2003 (DANE).	Porcentaje de personas que declararon tener enfermedad crónica en relación con el total de personas en el respectivo grupo de edad.
Porcentaje de hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales.	Ingreso per cápita y localidad	Encuesta de Calidad de Vida, 2003 (DANE).	Porcentaje de hogares que declararon tener personas con dificultades físicas y sensoriales en relación con el total de hogares del grupo respectivo.
Desigualdades en los resultados de salud: mortalidad			
Tasa estimada de mortalidad total, por grupos de edad.	Nivel educativo.	Certificados de defunciones, DANE, Secretaría de Salud Distrital (SSD), 2005 (provisionales), Censo general de 2005, Proyecciones de población.	Razón entre las defunciones registradas en el año, sobre la población del grupo de edad respectivo, multiplicada por 100.000. El número de defunciones registrado se ajusta distribuyendo proporcionalmente a las respuestas válidas, las respuestas omitidas en los niveles educativos. El denominador se obtiene de la población conciliada calculada por el Dane para 2005, aplicando la estructura etaria del censo de población del mismo año.
Tasa estimada de mortalidad por agrupaciones de enfermedades.	Nivel educativo.	Certificados de defunciones, DANE, Secretaría Distrital de Salud (SDS), 2005 (provisionales), Censo 2005, Proyecciones de población.	Razón entre las defunciones registradas en el año, sobre la población del grupo de edad respectivo, multiplicada por 100.000. Se diferencian las muertes producidas (causa básica) por causa externa, enfermedades transmisibles, diabetes mellitus y enfermedades hipertensivas. El número de defunciones registrado se ajusta distribuyendo proporcionalmente a las respuestas válidas, las respuestas omitidas en los niveles educativos. El denominador se obtiene de la población conciliada calculada por el Dane para 2005, aplicando la estructura etaria del censo de población del mismo año.



Tabla 2. Ubicación de los indicadores de inequidad en salud en el ciclo de vida y las dimensiones de las inequidades

Dimensiones de las Inequidades	Gestación	Infancia	Juventud	Edad adulta	Tercera edad
Desigualdades en las oportunidades básicas de salud	Prevalencia de bajo peso al nacer.	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.			
Desigualdades en el acceso a los servicios de salud	Porcentaje de mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos con menos de cuatro controles prenatales.	Porcentaje de niños discapacitados sin atención a través de servicios especializados. Porcentaje de población sin atención médica en caso de enfermedad.	Porcentaje de población sin atención médica en caso de enfermedad.	Porcentaje de población sin atención médica en caso de enfermedad. Porcentaje de población con enfermedad crónica sin consulta médica periódica.	Porcentaje de población sin atención médica en caso de enfermedad.
Desigualdades en los resultados de salud: morbilidad y discapacidad.		Prevalencia de infección respiratoria aguda (IRA) de los menores de 5 años. Prevalencia de infección gastrointestinal en niños menores de 5 años.		Porcentaje de hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales.	
Desigualdades en los resultados de salud: mortalidad.			Tasa estimada de mortalidad total, por causa externa y enfermedades transmisibles.	Tasa estimada de mortalidad total, por causa externa y diabetes. Tasa de mortalidad materna.	Tasa estimada de mortalidad total, por enfermedades hipertensivas y diabetes.



5.3 Inequidades en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá

5.3.1 Inequidades en las oportunidades básicas de salud: gestación y nutrición en los primeros años de vida

5.3.1.1 Bajo peso al nacer

Aspectos generales

El bajo peso al nacer (BPN) está asociado con factores socioeconómicos entre los cuales se encuentran los menores niveles de ingresos, la falta de educación, las actividades y trabajos realizados, que afectan las posibilidades de contar con una buena nutrición y con salud para las madres y recibir atención médica. Por esta razón la prevalencia de niños con BPN es un indicador que expresa, en forma resumida, un problema multifacético de salud pública que depende principalmente de las condiciones de nutrición y salud de la madre, el tipo de trabajos que desarrolla y la atención médica a que tiene acceso⁶.

El BPN aumenta las probabilidades de muerte y enfermedad de los niños y limita sus capacidades de desarrollo futuro. Se ha establecido que la mortalidad infantil de los recién nacidos con bajo peso es 20 veces mayor que la de los nacidos con un peso normal; en consecuencia, los riesgos para la salud de los niños con BPN aumentan, son más propensos a enfermedades respiratorias, cardiológicas y gastrointestinales, a tener lesiones cerebrales y su crecimiento y desarrollo cognoscitivo es más lento⁷.

Las causas del BPN son múltiples. Su ocurrencia obedece a factores hereditarios, maternos, fetales y ambientales, que son variables en los contextos ecológicos y dependen del grado de desarrollo socioeconómico. Los embarazos múltiples, el parto prematuro, el embarazo en la adolescencia, la desnutrición materna, los alumbramientos no espaciados, algunas enfermedades de la madre, el hábito de fumar inciden en su probabilidad de ocurrencia⁸.

⁶ Unicef (2004). *Low Birthweight Country, Regional and Global Estimates*, Nueva York, EUA. Unicef. Fernández, J.; Calzadilla, A.; Fernández, G. et ál. 2004 (abril - junio) Incidencia de bajo peso al nacer en el Policlínico Docente Antonio Maceo: Años 2000 al 2002. *Revista Cubana Pediatría*, vol.76, Núm.2, 0-0.

⁷ Unicef, op. cit.

⁸ Unicef, op. cit.



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando un niño nace con menos de 2500 gramos se considera que tiene bajo peso al nacer (BPN)⁹. Dentro de los niños con BPN se distinguen los que nacen prematuramente y los que han tenido un tiempo de gestación normal; sin embargo, es el nacimiento prematuro la principal causa de muerte, enfermedad e incapacidad para los niños con BPN.

A escala mundial el 15,5% de los niños nacen con bajo peso. Se ha establecido una asociación entre el grado de desarrollo de los países, sus niveles de pobreza y el bajo peso al nacer. Según la Unicef, más del 96% de los casos de BPN ocurren en el mundo en desarrollo, ello demuestra que es más probable que esa situación se presente en condiciones socioeconómicas de pobreza. En esas circunstancias, las mujeres son más propensas a contraer infecciones y a tener una dieta pobre en nutrientes; así mismo, no es raro que durante el embarazo sigan desempeñando trabajos demasiado exigentes desde el punto de vista físico. Esto refleja un ciclo generacional de desnutrición, cuyas consecuencias pasan a los hijos a través de madres desnutridas o con una salud precaria¹⁰.

El porcentaje de niños con BPN en los países “menos desarrollados” (16,5%) es más del doble del que existe en los países “más desarrollados” (7%). Existen diferencias aún más grandes si se consideran las regiones del mundo. En Asia meridional el 31% de los niños recién nacidos presentan este problema; mientras que en América Latina y el Caribe, así como en Oceanía, la cifra llega al 10% y en Asia Oriental y el Pacífico, se ubica en el 7%. El 14% de los lactantes de África subsahariana, y un 15% de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso¹¹.

Inequidades en el Bajo Peso al Nacer en Bogotá

El indicador de BPN en Bogotá fue obtenido a través de un procesamiento especial de los archivos de los certificados de nacidos vivos (SDS, DANE) de los años 1998 a 2006, que en Bogotá tienen alta cobertura y han venido ganando en calidad, aunque es necesario anotar que los relativos a 2005 y 2006 corresponden con información provisional. La prevalencia de BPN fue obtenida por años, localidades, grupo de edad, nivel educativo, estado civil de la madre, afiliación a la seguridad social.

⁹ World Health Organization (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems*, tenth revision, Geneva, Swiss: World Health Organization.

¹⁰ Unicef (2006). Estado Mundial de la Infancia.

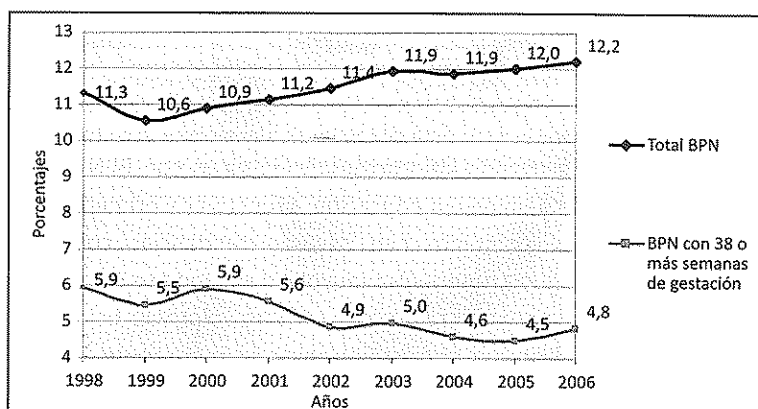
¹¹ Unicef (2004), op.cit.



La prevalencia de niños con BPN en Bogotá es, en promedio, para el conjunto del periodo, del 11,5%. De ese total, el 5,2% corresponde a niños con tiempo de gestación normal. Los niveles del indicador son altos a la luz de las estadísticas internacionales, donde se reporta una prevalencia de BPN del 9% para Colombia en el año 2000 y el mismo valor para Bolivia en 1999¹².

La prevalencia de BPN en Bogotá disminuyó del 11,3% al 10,6% entre 1998 y 1999. A partir de ese año y hasta 2006 aumentó hasta el 12,2%¹³. Al considerar sólo el BPN de niños con tiempo de gestación normal (38 y más semanas) el porcentaje ha tenido una tendencia decreciente. Entre 2002 y 2006 ha mantenido niveles semejantes (gráfico 1).

Gráfico 1. Prevalencia de niños con BPN, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1998-2006. Procesamiento propio.

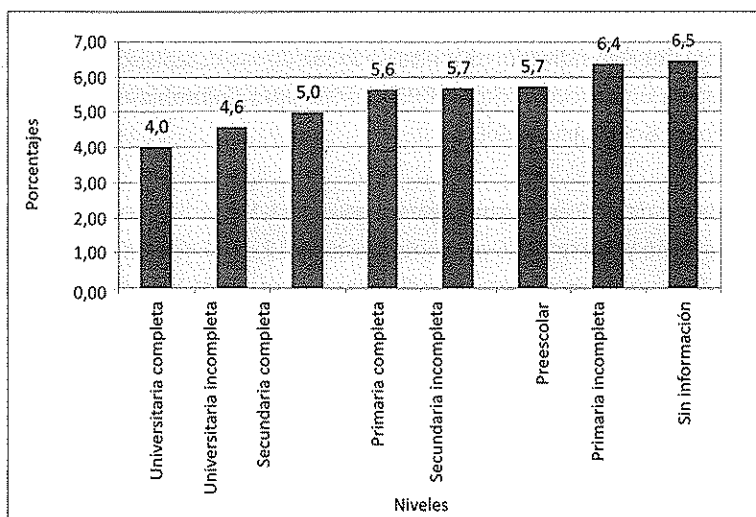
La prevalencia de BPN para niños con tiempo de gestación normal varía con el nivel educativo de la madre, factor que señala una clara asociación con el nivel socioeconómico, expresado por esa variable. Los hijos de mujeres con educación superior completa registran una prevalencia del 4% y los de madres con primaria incompleta es del 6,4%, con lo que la razón de tasa entre esas categorías es del 1,6% (gráfico 2).

¹² *Ibíd.*

¹³ La proporción de niños con bajo peso al nacer estimada a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para Bogotá en 2005 es del 12,3% (Profamilia, 2005:215), que es coincidente con la medida obtenida de los registros de nacimientos.



Gráfico 2. Prevalencia de niños con BPN, por nivel educativo de la madre, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1998-2006. Procesamiento propio.

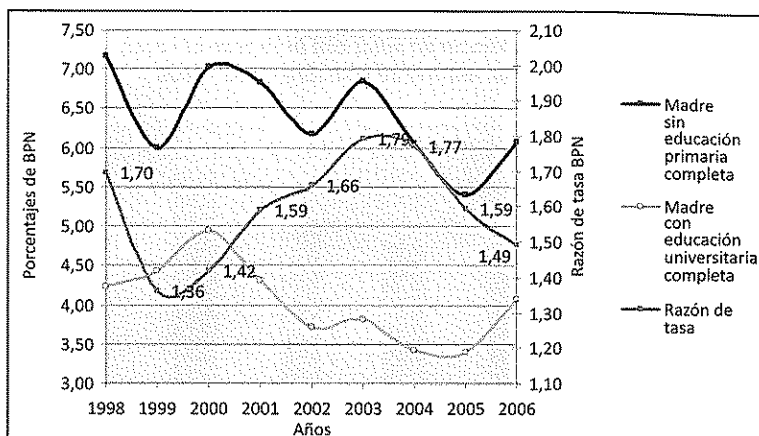
Entre 1998 y 2006 la evolución del porcentaje de niños con BPN con madre sin educación primaria completa –ninguna educación, preescolar y primaria incompleta–, y con educación superior completa han seguido tendencias coincidentes. Sin embargo, entre 1998 y 1999 la primera disminuyó y la segunda se incrementó, lo que produjo que la razón de tasa adquiriera durante 1999 su valor más bajo: 1,36. A partir de entonces esa razón se hizo mayor hasta alcanzar su máximo de 1,79 en 2004, y luego tomar una dinámica descendente (gráfico 3).

Se presentan diferencias en el porcentaje de niños con BPN entre las localidades de Bogotá donde residen las madres, que no corresponden con la ubicación que tienen respecto a indicadores como el del porcentaje de población bajo la línea de pobreza. La localidad con menor prevalencia de BPN es Fontibón, seguida por Teusaquillo y Puente Aranda¹⁴; en contraste, las que tienen valores mayores en el indicador son las localidades de Santa Fe, Candelaria y San Cristóbal (gráfico 4). Este resultado indica la influencia en el comportamiento del indicador de factores diferentes a los niveles de ingresos.

¹⁴ Las proporciones de población bajo la línea de pobreza provienen de la Encuesta de Capacidad de Pago, 2004 (CID, DAPD). La estimación de la pobreza en esta Encuesta fue hecha por Francisco Javier Lasso.

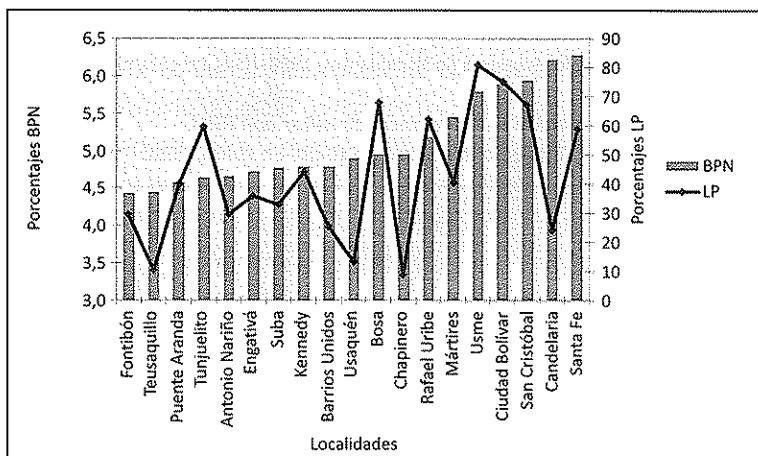


Gráfico 3. Prevalencia de niños con BPN con madres sin educación, primaria completa y con educación superior completa y razón de tasa entre los porcentajes de madres con esos niveles educativos, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1998-2006. Procesamiento propio.

Gráfico 4. Prevalencia de niños con bajo peso al nacer, 1999 - 2006 y porcentaje bajo la línea de pobreza, 2004



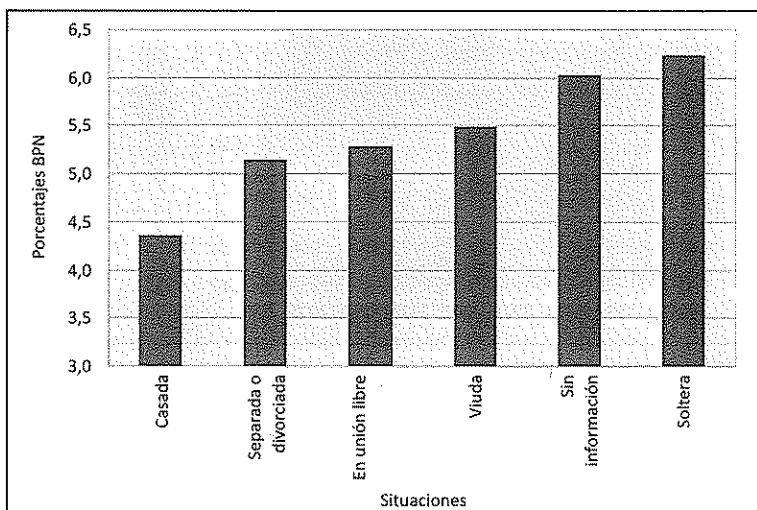
Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1998-2006. Procesamiento propio. CID - DAPD: Encuesta de Capacidad de Pago.

Los niveles del indicador están asociados, también, con otras variables que expresan las condiciones familiares –estado marital de la madre–, y de los servicios provistos por la seguridad social –formas de afiliación–. Se pone de presente, así, que las condiciones de gestación están afectadas por este tipo de factores. Los hijos de madres casadas tienen mayores probabilidades de nacer con un peso normal y lo



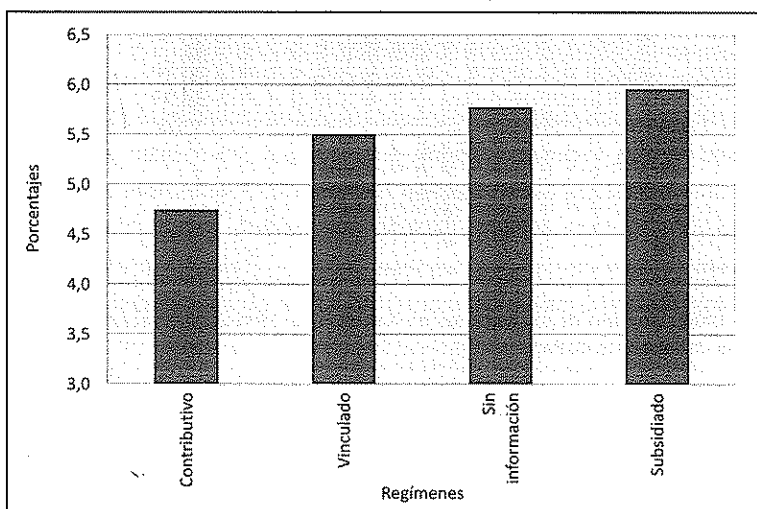
mismo ocurre con los que tienen afiliación al Régimen Contributivo de salud. Llama la atención que los afiliados al Régimen Subsidiado tienen mayor proporción de niños con BPN que los “vinculados” (gráficos 5 y 6).

Gráfico 5. Prevalencia de niños con bajo peso al nacer, por situación marital de la madre, 1998 - 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1998-2006. Procesamiento propio.

Gráfico 6. Prevalencia de niños con BPN, por tipo de afiliación a la seguridad social en salud, 1998 - 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1998-2006. Procesamiento propio.



Una expresión de la asociación entre los niveles de peso al nacer y las variables consideradas en el análisis se encuentra en los gráficos 7 y 8, que fueron obtenidos a través de la técnica estadística de análisis de correspondencia múltiple (ACM)¹⁵. En los gráficos la proximidad entre las categorías pone de presente su grado de asociación y, sobre esta base, ofrece una representación de sus posibles interdependencias.

El eje vertical –primera componente o dimensión del análisis–, manifiesta principalmente los niveles educativos, ordenados de mayor a menor, desde la parte inferior hasta la superior (línea punteada color gris), y la oposición entre afiliación al Régimen Contributivo, de una parte, y la afiliación al Régimen Subsidiado y los no afiliados (vinculados), de otra (línea continua negra). El eje horizontal ilustra la contraposición entre Régimen Subsidiado y no afiliados y, en su lado derecho, los pesos al nacer extremadamente bajos (menos de 2.000 gramos).

En el cuadrante superior derecho se ubican las categorías asociadas con la condición de no afiliación a la seguridad social en salud –pesos al nacer inferiores a 2.000 gramos, educación primaria de la madre–, lo que sugiere que en los nacidos de madres “vinculadas” hay mayor severidad en el BPN. En el izquierdo superior las que guardan relación con la afiliación al Régimen Subsidiado: edades inferiores a 20 años, nivel educativo de secundaria incompleta de la madre y BPN entre 2.000 y 2.500 gramos. A ambas situaciones están asociadas las condiciones maritales de la madre de separada y divorciada, soltera, en unión libre y viuda y las localidades de residencia con mayores porcentajes de pobreza (Ciudad Bolívar, Usme, Bosa, Tujuelito; gráfico 8).

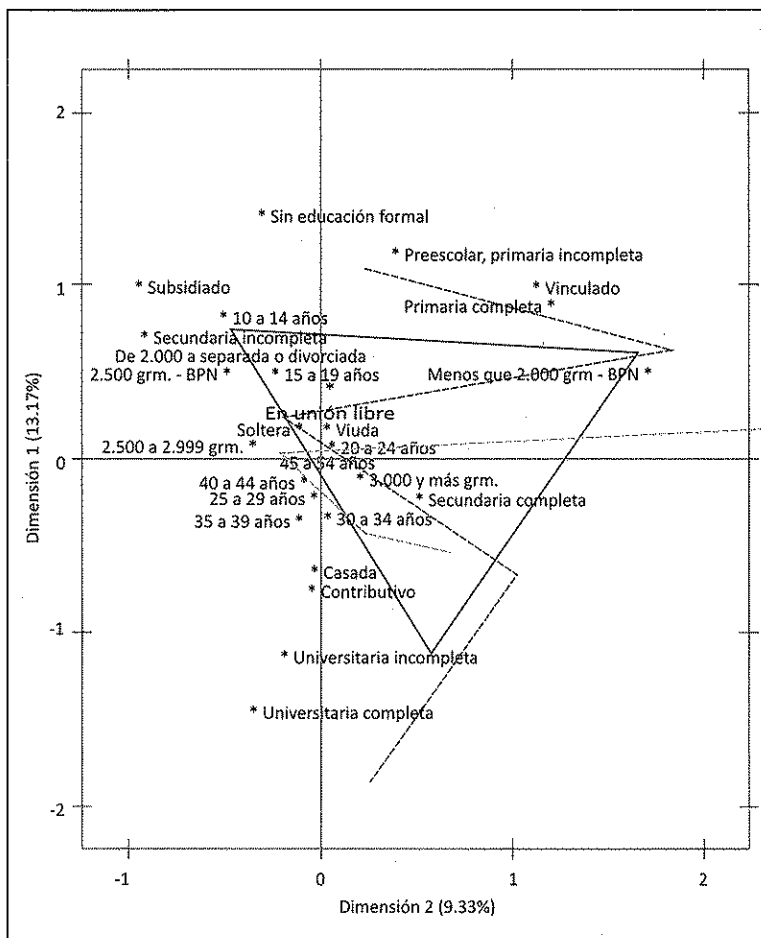
En los cuadrantes inferiores del gráfico se sitúan las categorías y localidades de residencia que guardan correspondencia con los pesos al nacer de 3.000 gramos y

¹⁵ El Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM) permite obtener una representación de las asociaciones existentes entre variables categóricas, nominales u ordinales (CID, 2003). Los resultados obtenidos de su aplicación se presentan en gráficos cartesianos posteriores, cuyos ejes expresan las dimensiones de mayor poder explicativo o que captan mayor parte de la varianza o inercia (7 y 8). La proximidad entre las categorías proyectadas en el gráfico, con las coordenadas que provee la técnica, ilustran su grado de asociación, respecto a esas dimensiones. El ejercicio que da lugar a los gráficos se realizó con la información de los registros de nacimiento de los años 1998 a 2006 que tenían información completa sobre las categorías tomadas en cuenta. Como variables activas –las que entran directamente en el análisis–, se consideraron los niveles de peso al nacer y el nivel educativo de la madre, y como variables suplementarias –las que no entran en el análisis pero que pueden proyectarse en el gráfico al expresar la asociación que tienen con las variables activas–, el grupo de edad de la madre, su estado conyugal y la localidad de residencia. La primera dimensión obtenida del análisis (eje vertical) capta el 13,2% de la varianza y la segunda dimensión (eje horizontal) el 9,3% de la misma.



más: niveles educativos de secundaria completa y universitaria, afiliación al Régimen Contributivo, casadas, localidades de niveles medios y superiores en sus condiciones de vida.

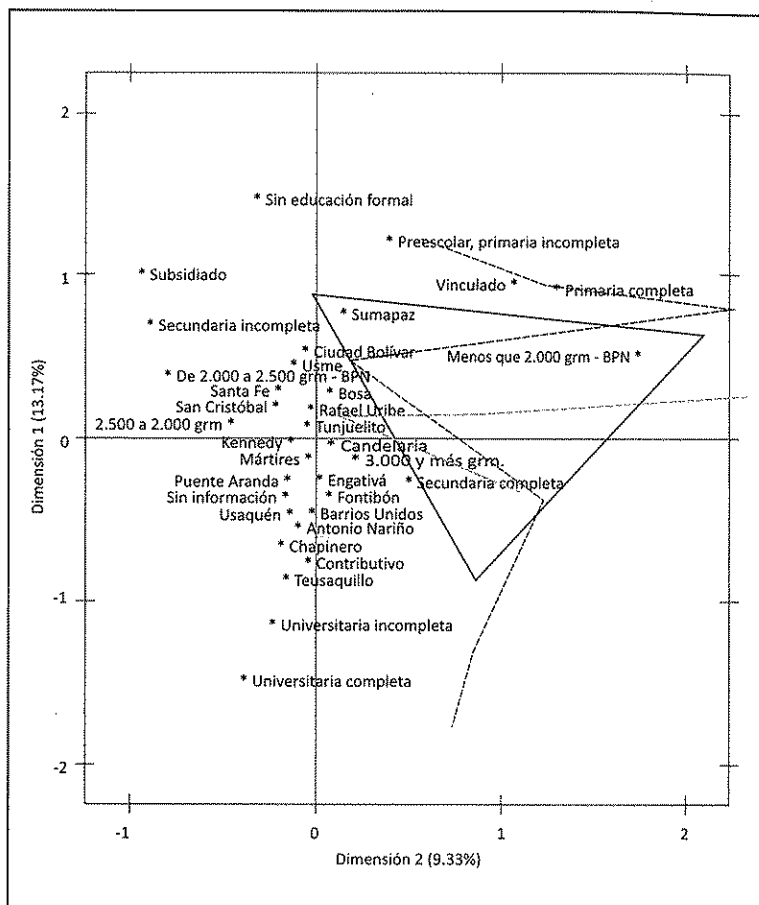
Gráfico 7. Dos dimensiones con mayor grado de explicación, obtenidas del ACM entre niveles de peso al nacer y características sociales de las madres, 1999 - 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Ejercicio de procesamiento propio.



Gráfico 8. Dos dimensiones con mayor grado de explicación, obtenidas del ACM entre niveles de peso al nacer y características sociales de las madres, con proyección de la localidad de residencia, 1999 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Ejercicio de procesamiento propio.

5.3.1.2 Inequidades en la nutrición de niños menores de cinco años

Aspectos generales

La desnutrición infantil refleja las grandes inequidades sociales en la distribución del el ingreso y de la poca importancia que los temas de la alimentación y nutrición han tenido en la agenda política de los países¹⁶.

¹⁶ Martínez, R. y Fernández, A. (2006). *Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Serie Manuales CEPAL Núm. 52* [División de Desarrollo Social, Santiago de Chile].



Como ha confirmado la Unicef, la desnutrición en las primeras etapas de la vida está relacionada con las carencias en el desarrollo físico e intelectual del niño, que se prolongan a pesar de la escolarización y, además, dificultan su capacidad de aprendizaje. Los órganos y tejidos, la sangre, el cerebro y los huesos del niño —al igual que su potencial intelectual y físico— se forman durante el período comprendido entre la concepción y el tercer año de vida. Debido a que en los primeros 18 meses de vida el desarrollo se produce de forma especialmente rápida, la situación en materia de nutrición de las mujeres embarazadas y que amamantan a sus hijos, y de los niños de corta edad, adquiere una importancia suprema con respecto a su desarrollo futuro en lo físico, mental y social. No resulta exagerado afirmar que la evolución de la sociedad depende de la nutrición de las madres y de los niños durante ese período fundamental de sus vidas¹⁷.

El marco conceptual sobre los factores que explican la desnutrición, establecido también por la Unicef, señala que sus causas son multisectoriales y abarcan la alimentación, la salud y las prácticas de atención. Se pueden clasificar las causas inmediatas (del individuo), indirectas (del hogar y la familia) y básicas (de la sociedad), de tal modo que los factores de un nivel influyen sobre otros (diagrama 3).

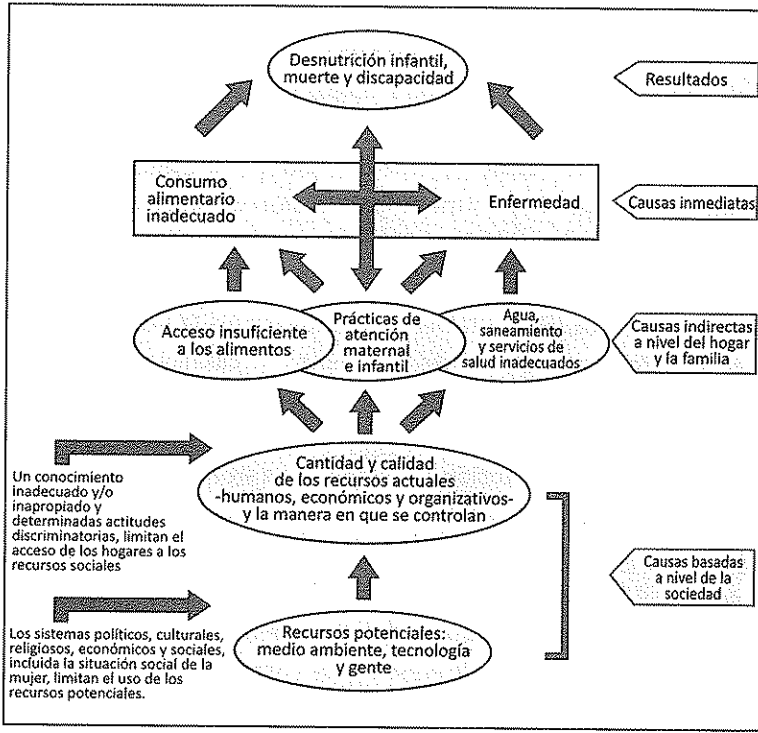
El resultado de las interrelaciones de estos factores conduce a un círculo vicioso que reproduce la desnutrición y la enfermedad. El consumo alimentario inadecuado y las infecciones, señala igualmente la Unicef, se producen siguiendo un ciclo que puede considerarse el causante de las altas tasas de mortalidad y morbilidad observadas en los países “en desarrollo”. Cuando los niños no comen lo suficiente o no comen bien, las defensas de su sistema de inmunodeficiencia se reducen y, en consecuencia, aumenta la frecuencia, gravedad y duración de la enfermedad; ésta acelera la pérdida de nutrientes y suprime el apetito; por lo tanto, los niños enfermos tienden a no comer lo que deberían, y el ciclo continúa (diagrama 4)¹⁸.

¹⁷ Unicef (1998). *Estado Mundial de la Infancia, 1998. Tema: Nutrición*, [en línea] disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/mainmesp.htm>.

¹⁸ Unicef (1998), óp. cit.

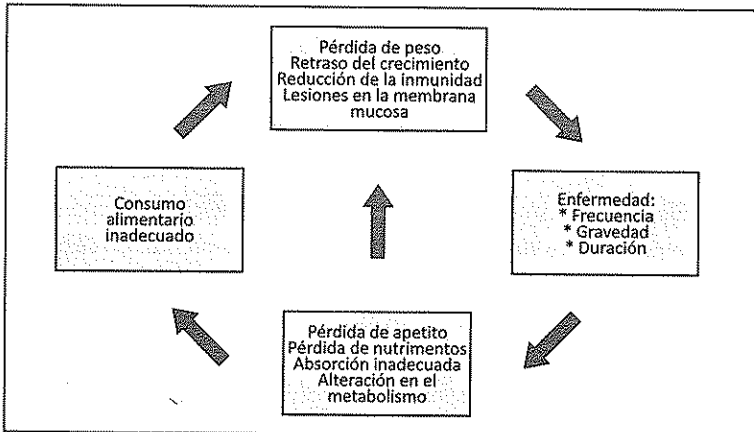


Diagrama 3. Causas de la desnutrición



Fuente: Unicef, 1990. Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries, Nueva York.

Diagrama 4. Consumo alimentario inadecuado/ciclo de la enfermedad



Fuente: Unicef, 1998. Estado Mundial de la Infancia, 1998. Tema: Nutrición.



La desnutrición normalmente es el resultado combinado de una ingesta alimentaria inadecuada y una infección. La desnutrición es sinónimo de deficiencias en el crecimiento, ya que los niños desnutridos tienen una estatura y un peso menores de lo que deberían tener de acuerdo con su edad. Un indicador aproximado de la desnutrición se obtiene a través de las medidas de talla (estatura) y peso de los niños, que se comparan con los resultados de una "población de referencia"; sobre esa base puede inferirse si el niño ha crecido adecuadamente. Pesarse y medir la estatura son las formas más comunes de evaluar la desnutrición en la población infantil¹⁹.

Al seguir esta práctica, para establecer la incidencia de la desnutrición infantil en Bogotá, se utilizaron las definiciones, conceptos y cálculos de la Encuesta de Demografía y Salud (EDS), 2005, para obtener la información sobre el tema²⁰. Según la publicación del ICBF de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia la definición de los tipos de desnutrición explorados es la siguiente²¹:

1. Peso para la edad. *La desnutrición global o peso bajo para la edad se determina al comparar el peso del niño con el esperado para su edad y sexo. Se considera un indicador general de desnutrición, sensible a privaciones alimentarias y a la presencia de enfermedades recientes.*

2. Talla para la edad. *La desnutrición crónica, o retraso en el crecimiento lineal, se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo. Este índice muestra los efectos acumulativos de privaciones nutricionales a través del tiempo, tanto generacional como durante el desarrollo temprano del niño.*

3. Peso para la talla. *La desnutrición actual, delgadez o emaciación, corresponde a un bajo peso del niño en función del peso esperado para su talla y sexo, sin tener en cuenta su edad. Este indicador muestra los efectos que sobre el estado nutricional tienen las privaciones alimentarias, los problemas agudos de salud o el saneamiento ambiental precario.*

¹⁹ Unicef (1998), óp. cit.

²⁰ Rutstein, S. y Rojas, G. (2006, September). *Guide to DHS Statistics Demographic And Health Surveys* ORC, Calverton, Maryland, USA: IRD/Macro International Inc., p. 122.

²¹ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2005). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2005*. Bogotá D.C.: ICBF, pp. 70-71.



Inequidades en la desnutrición infantil en Bogotá

La información para el cálculo de los indicadores sobre situación nutricional de los niños, se obtuvo utilizando desagregaciones de variables socioeconómicas disponibles en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005, que permitieran una percepción de la jerarquías de la posición social: quintiles del "índice de riqueza"²² elaborado a partir de la información de la encuesta a escala nacional y de los calculados para Bogotá, estrato de servicios públicos domiciliarios (energía eléctrica), niveles del índice Sisbén, personas por cuarto utilizado por el hogar para dormir. Igualmente, se produjo la información por sexo y edad de los niños y por su condición de afiliación a la seguridad social en salud²³.

La estimación de incidencia de desnutrición global (peso para edad) para Bogotá, calculada a través del procesamiento de los archivos de la Encuesta, es del 5,7%, para la desnutrición crónica (talla para edad) del 12,5% y para la desnutrición actual (peso para talla) del 0,5%²⁴.

Ya que por el tamaño de la muestra, los intervalos de confianza para las dos primeras medidas son relativamente elevados, no se presentan los resultados obtenidos para ellas y sólo se incluyen los gráficos relativos a la desnutrición crónica (9 y 10)²⁵.

²² Este índice de riqueza ha sido utilizado en el análisis de la desnutrición infantil en Colombia con la Encuesta de Demografía y Salud de 1995 por Carmen Elisa Flórez y Oskar Andrés Nupia (*Desnutrición infantil en Colombia: inequidades y determinantes*, CEDE, 2001). En ese trabajo se explica el índice de riqueza o activos de la siguiente forma: "Se trata de una aproximación desde la riqueza de los hogares a través de un índice de activos. En este caso, se puede definir el estatus socioeconómico del hogar en términos de sus activos o su riqueza y no en términos de sus flujos de ingreso o consumo[...] La información relevante de las DHS con la cual se construyó el índice de activos es: la tenencia de algunos bienes tales como, televisor, radio, nevera, carro, etc.; algunas características de la vivienda entre las cuales se encuentran, el material del piso, la fuente de donde recibe el agua para beber, las condiciones de uso de inodoro y; otras características relacionadas con el estatus de riqueza del hogar. El índice de activos se construye asignándole valor a cada uno de los activos o características del hogar mencionados anteriormente y agregando posteriormente dichos valores para cada hogar. Los puntajes de cada activo se construyen utilizando análisis de componentes principales..." (p. 5) Otros documentos sobre el Índice de Riqueza son: Rutstein y Johnson, (2004); Minujin y Bang, (2002); Gwatkin et ál., (2000).

²³ La incidencia de los diferentes tipos de desnutrición se obtuvo de los archivos de Macro Inc. Internacional sobre una muestra de 620 niños de Bogotá (1.688 con ponderación). Para la misma población los resultados publicados por Profamilia se hacen sobre 696 niños (1.673 con ponderación; Profamilia, 2005:438). En la publicación de Profamilia, la proporción de niños con desnutrición global (peso para edad) para Bogotá es del 5,7%, para la desnutrición crónica (talla para edad) del 13,4% y para la desnutrición actual (peso para talla) del 0,5%. Se usaron como factores de expansión los recomendados en las guías de procesamiento de las encuestas de Macro Inc. Internacional.

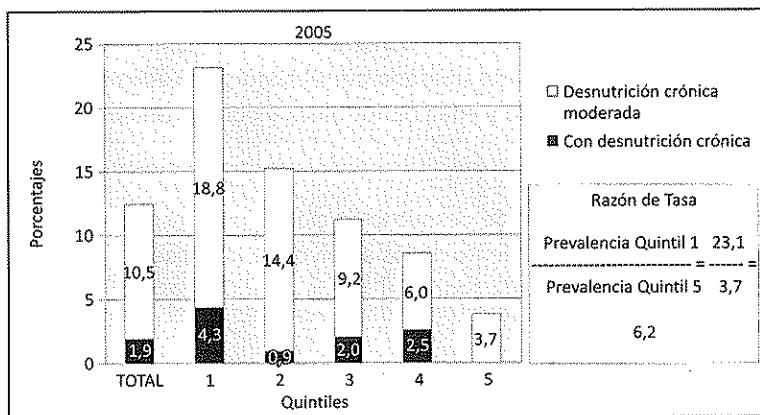
²⁴ La prevalencia de desnutrición crónica estimada para niños menores de 7 años de Bogotá en 2004, a través del SISVAN, Área de Vigilancia en Salud Pública (SSD), era del 13,5%.

²⁵ Los errores relativos de muestreo calculados por Profamilia para las tres medidas son de 0,588 para la desnutrición actual (peso para talla), de 0,183 para la desnutrición global (peso para edad) y de 0,114 para la desnutrición crónica (talla para edad). (Profamilia, 2005:438). Las incidencias de desnutrición crónica por agrupaciones socioeconómicas de Bogotá, con esta base estadística, muestran sólo tendencias generales y no pueden tomarse como medidas precisas de los diferenciales sociales. Al utilizar la Encuesta sobre Situación Nutricional en Colombia, 2005 (ENSIN, ICBF) —que se hizo sobre una submuestra de la EDS 2005—, se examinó igualmente la prevalencia de anemia de los niños menores de 5 años. Tampoco se incluyen los



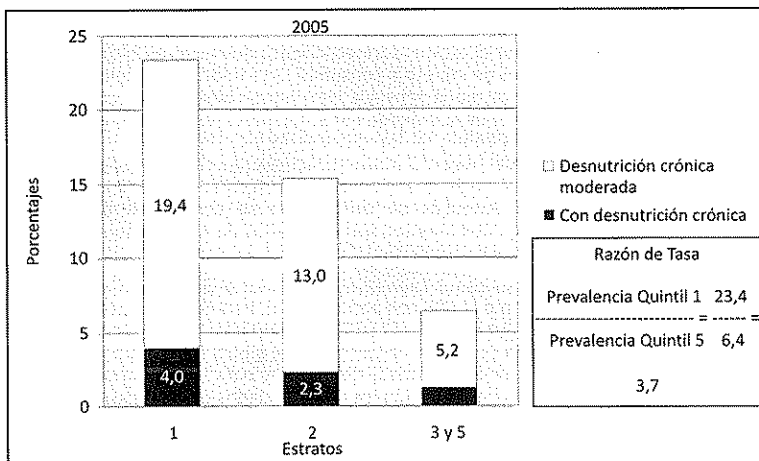
La razón de la tasa de prevalencia de desnutrición crónica entre los quintiles inferior y superior del índice de riqueza es del 6,2%; y, de otra parte, por estratos socioeconómicos del 3,7% (gráficos 9 y 10).

Gráfico 9. Desigualdad en el prevalencia de la desnutrición crónica (talla para edad), por quintiles del índice de riqueza, 2005



Fuente: Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2004.

Gráfico 10. Desigualdad en la prevalencia de la desnutrición crónica (talla para edad), por estratos socioeconómicos, 2005



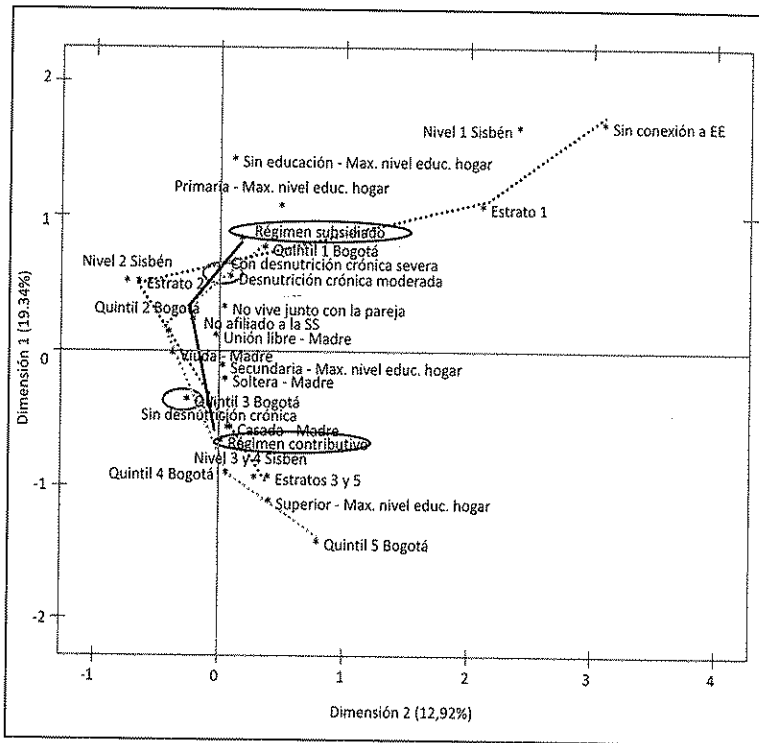
Fuente: Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2004.

datos calculados sobre este tema, obtenidos de la Encuesta, ya que el tamaño de la muestra de niños es muy reducido (250 niños) y los errores estándar de muestreo pueden ser muy altos para las estimaciones que pueden obtenerse de la encuesta.



En el gráfico 11 se representan las categorías relativas a las condiciones socioeconómicas de los hogares asociadas con la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años²⁶. Como puede observarse, los niños con este tipo de desnutrición tienden a encontrarse en hogares con bajos niveles educativos, sin pareja, en los quintiles inferiores del índice de riqueza, los estratos socioeconómicos y niveles del Sisbén más bajos, y a estar afiliados al Régimen Subsidiado o no estar afiliados a la seguridad social en salud.

Gráfico 11: Análisis de Correspondencia Múltiple. Desnutrición infantil crónica



Fuente: Profamilia: Archivos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005. Ejercicio de procesamiento propio.

²⁶ El gráfico 11 se obtuvo de un análisis de correspondencia múltiple (ACM) con las observaciones de niños menores de 5 años de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 que tenían información completa sobre las categorías tomadas en cuenta. Las variables activas consideradas fueron los quintiles del índice de riqueza para Bogotá, el estrato socioeconómico y el nivel del Sisbén del hogar, el máximo nivel educativo del hogar y la forma de vinculación con la seguridad social en salud del niño; y como variables suplementarias: la condición de desnutrición crónica (severa, moderada y sin desnutrición) y el estado conyugal de la madre. La primera dimensión obtenida del análisis (eje vertical) capta el 19,3% de la varianza y la segunda dimensión (eje horizontal) el 12,9%.



5.3.2 Inequidad en el acceso a los servicios de salud

5.3.2.1 Controles médicos prenatales

Aspectos generales

Como afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo es un estado normal y sano al que aspiran en algún momento de su vida la mayor parte de las mujeres; sin embargo, ese proceso normal y creador de vida conlleva riesgos de muerte y puede acarrear consecuencias negativas para la salud²⁷. El control prenatal, a través de personal profesional de la salud, es uno de los principales instrumentos que evita las complicaciones, previene los riesgos en el período del embarazo y disminuye las tasas de mortalidad materna y de morbilidad perinatal²⁸.

El logro de estándares mínimos y la disminución de las desigualdades en la frecuencia de los controles prenatales son propósitos que se enmarcan dentro de la búsqueda de la equidad en la salud. Avanzar hacia su obtención implica afectar las formas concretas a través de las cuales se reproducen las inequidades, no sólo en las condiciones presentes de madres y recién nacidos, sino también en sus oportunidades futuras. Las desventajas que desde antes de nacer se expresan en factores como la atención prenatal, forman parte de una cadena de mecanismos discriminatorios para mantener la inequidad que se presentan a lo largo de las etapas de la vida.

La OMS recomienda, con base en hallazgos de investigaciones realizadas en distintos países del mundo, que se requieren, como mínimo, de cuatro consultas, en razón de su situación de embarazo, con personal idóneo en momentos específicos, para que pueda obtenerse un efecto favorable sobre la salud de la madre y del niño²⁹. Son necesarias igualmente otras condiciones que garanticen el cuidado de la mujer embarazada y que las consultas médicas sean efectivas. La OMS menciona, dentro de ellas, el apoyo de un sistema de salud que asegure el acceso a medicinas y exámenes especializados, equipos e infraestructura necesarios³⁰.

²⁷ OMS [2004a] p. IX.

²⁸ "El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal." Instituto Nacional de Salud Pública México (2006, octubre) *Boletín de Información Científica para el Cuidado en Enfermería*.

²⁹ OMS [en línea] disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/anc.html.

³⁰ OMS (2004). *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women, Family and Community Health*, Geneva, Swiss: Department of Reproductive Health and Research, [en línea], disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_02.17.pdf.



Entre 1995 y 2000, en Argentina, Chile y Uruguay la proporción de mujeres embarazadas con cuatro o más controles prenatales era de cerca del 95%; en Venezuela, del 90%; en México, del 86%; en Perú y Costa Rica, del 70%, mientras que en Colombia, ubicada en una posición intermedia dentro de los países latinoamericanos, alcanzaba un nivel del 79%³¹. Para 2005 se estima que el indicador para el país había llegado al 83,1%³².

Inequidades en los controles médicos prenatales en Bogotá

La información sobre la proporción de mujeres que han tenido hijos nacidos vivos con cuatro y más controles prenatales, para Bogotá, se obtuvo igualmente de los archivos de los registros de nacidos vivos de los años 1998-2006, con desagregaciones por años, localidades, nivel educativo, estado civil, grupo de edad y régimen de afiliación de la madre a la seguridad social en salud.

Para el conjunto del período considerado el 84,7% de las mujeres con hijos nacidos vivos tuvieron cuatro o más controles médicos durante su embarazo. El indicador tuvo una tendencia ascendente desde 1998, al pasar del 80,8% al 86,2%, aunque presentó descensos en 2000 y en 2006, al igual que la proporción de madres con tres o más y cinco y más consultas prenatales (gráficos 12 y 13). Los incrementos se presentaron principalmente entre 1998 y 2002. A partir de ese año ha mantenido su nivel, con algunas oscilaciones menores, lo que no ha ocurrido con la proporción de madres con cinco y más consultas, que ha aumentado en forma constante. Ese comportamiento significa un incremento de la desigualdad en relación con el número de consultas por mujer, puesto que, mientras se han aumentado las consultas de un segmento de la población, la proporción de las madres con menos de cuatro consultas se ha mantenido constante.

Las diferencias en el porcentaje de madres con cuatro y más controles prenatales por nivel educativo son apreciables, hecho que se convierte en expresión de la inequidad social. En promedio, durante el período analizado, para las que no tuvieron ningún nivel educativo, fue del 58,6% y para las que han completado la educación superior del 96,3%. La evolución de las proporciones para estos niveles extremos de educación siguió un curso similar. Sobre esta base la razón de tasa entre ellos se mantuvo con valores similares desde 1998, con un descenso en 2004 (gráficos 14, 15 y 16). Las inequidades en las consultas prenatales de las mujeres embarazadas por nivel educativo están asociadas con diferencias notables en las tasas de mortalidad materna³³.

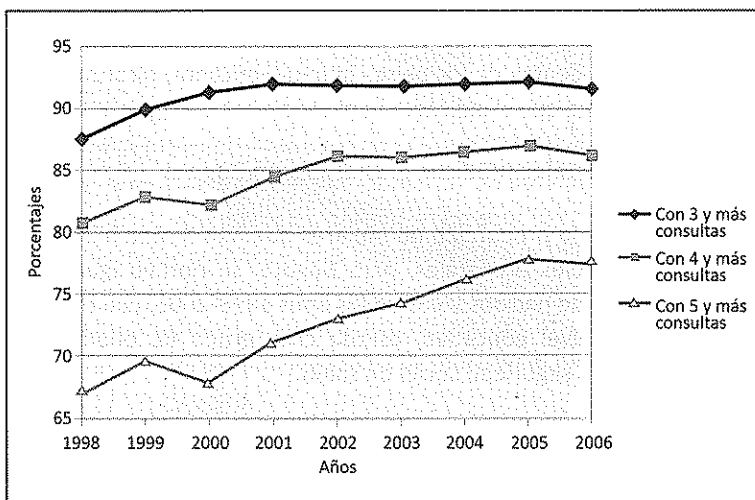
³¹ OMS (2008). *World Health Statistics 2008*, [en línea], disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>.

³² OMS [en línea], disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/anc.html.

³³ Fresneda, Ó. y Martínez F. (2007).

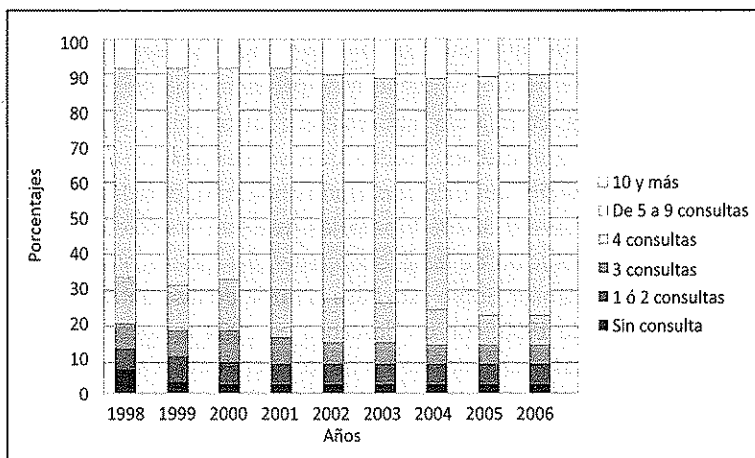


Gráfico 12. Porcentaje con más de 3, 4 y 5 controles prenatales, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.

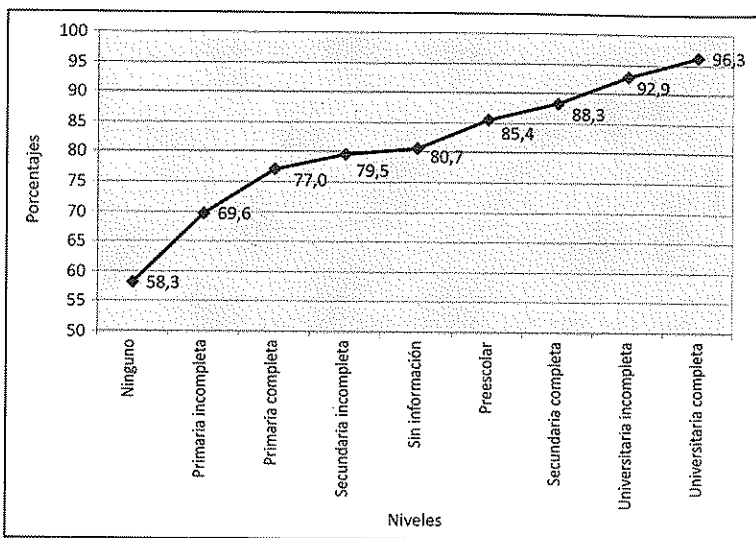
Gráfico 13. Distribución de los nacidos vivos por número de controles prenatales y año, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.

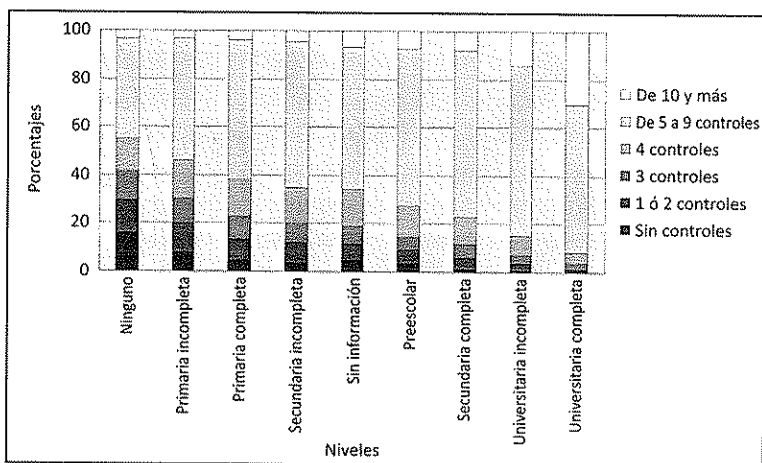


Gráfico 14. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales y nivel educativo de sus madres, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.

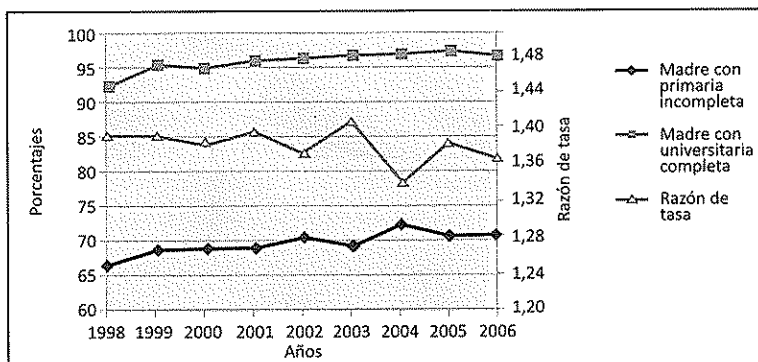
Gráfico 15. Distribución de los nacidos vivos por número de controles y nivel educativo de las madres, 1998- 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.



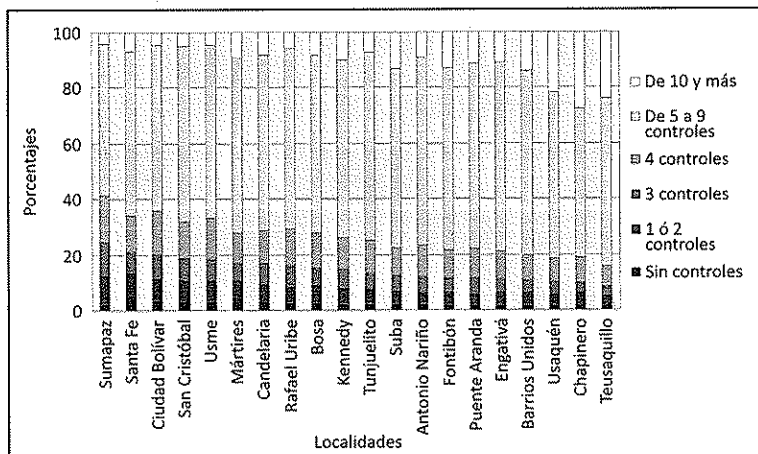
Gráfico 16. Porcentaje de niños nacidos vivos con 4 y más controles prenatales por nivel educativo de la madre y razón de tasa entre niveles educativos extremos, 1998-2006, Bogotá



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.

Como expresión de la segmentación social espacial de Bogotá, se encuentran también diferencias apreciables en el número de controles prenatales entre las localidades de la ciudad (gráficos 17 y 18). En la localidad rural de Sumapaz la proporción de madres con 4 consultas es del 75,4%, mientras que en la de Teusaquillo es del 91,4%.

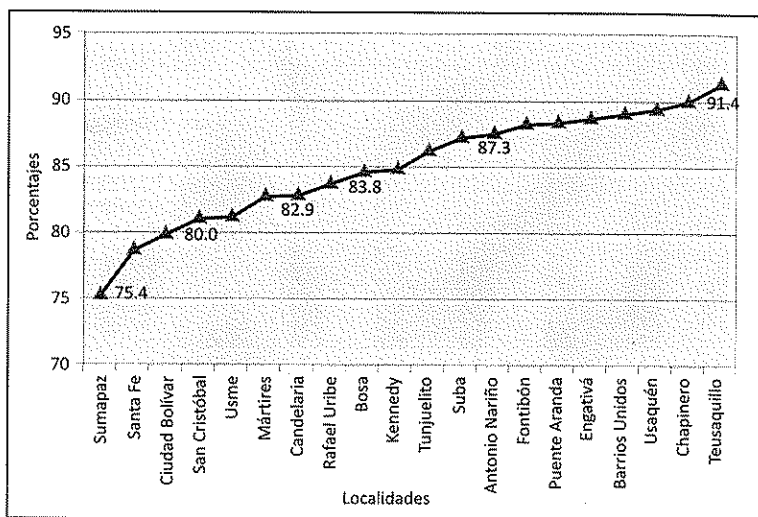
Gráfico 17. Distribución de los nacidos vivos por número de controles prenatales y localidad de residencia, 1998 - 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.



Gráfico 18. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas prenatales de sus madres, por localidad, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.

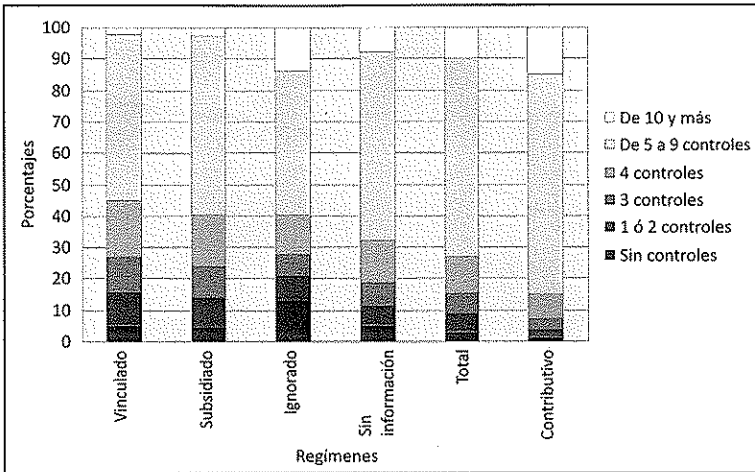
De igual manera, hay asociación entre el indicador y otras variables relacionadas con condiciones socioeconómicas de las mujeres, de sus condiciones familiares y de protección: estado marital, afiliación a la seguridad social en salud, edad (gráficos 19 a 21).

Las diferencias en la proporción de madres con cuatro y más controles prenatales entre las “vinculadas” –sin afiliación a la seguridad social en salud–, radica en quienes tienen afiliación al Régimen Subsidiado y las afiliadas al Régimen Contributivo señalan que los planes de cobertura y formas diferenciales de prestación de servicios a las embarazadas, en relación con su situación frente a la seguridad social, son factores de importante incidencia en las desigualdades de la atención prenatal y expresan inequidades sociales en condiciones básicas. Mientras que el 73% las mujeres vinculadas asisten, en promedio, a las cuatro consultas, el 76% de las afiliadas al Régimen Subsidiado lo hacen, el porcentaje llega a 92,6% para las afiliadas al Régimen Contributivo.

La observación de la distribución de las mujeres en cada forma de relación con la seguridad social en salud, por el número de consultas prenatales que han tenido (gráfico 21), ilustra, igualmente, las inequidades sociales existentes. El 75% de las ubicadas en el Régimen Subsidiado (percentil 75) reciben cinco o más consultas, frente a cuatro consultas de las pertenecientes al Régimen Subsidiado, y a tres de las vinculadas.

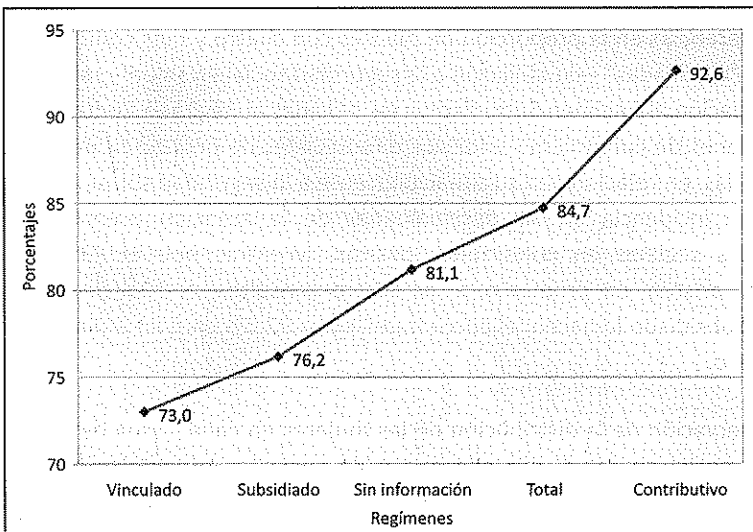


Gráfico 19. Distribución de los nacidos vivos por número de controles prenatales y forma de afiliación a la seguridad social, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.

Gráfico 20. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales y forma de afiliación a la seguridad social, 1998 – 2006

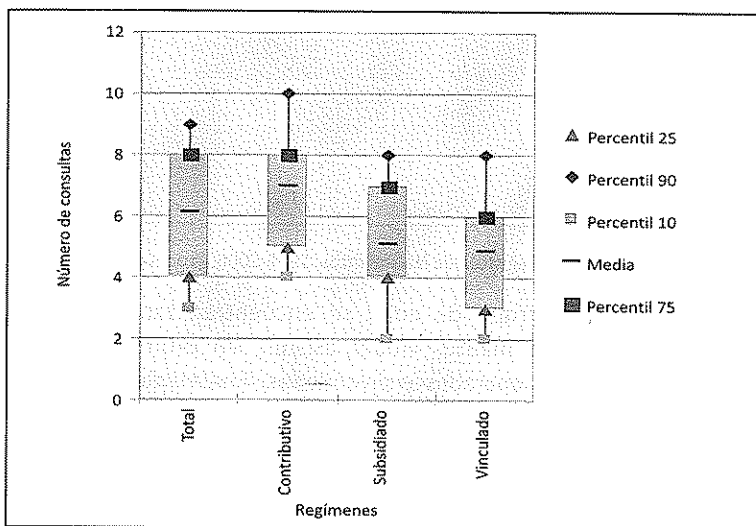


Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.



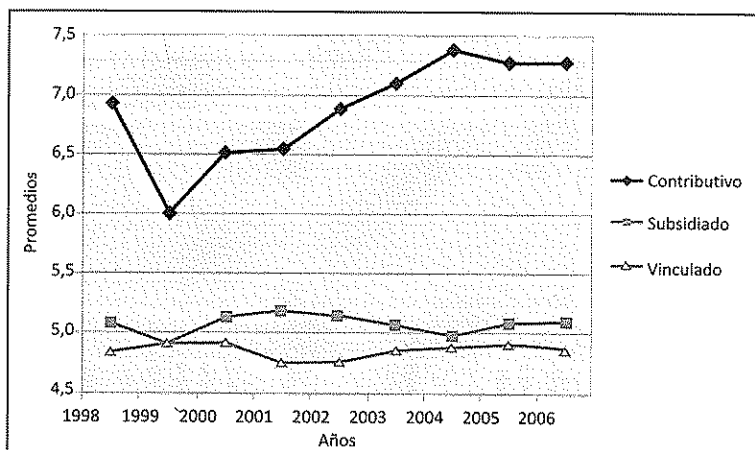
Entre 1999 y 2004 las inequidades se hicieron más grandes debido a que el promedio de consultas para mujeres en el Régimen Contributivo aumentó de 6 a 7,4, mientras que se mantuvo el correspondiente a las afiliadas al Régimen Subsidiado y a las vinculadas (gráfico 22).

Gráfico 21. Distribución de consultas prenatales de las madres, por su relación con el SGSSS, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.

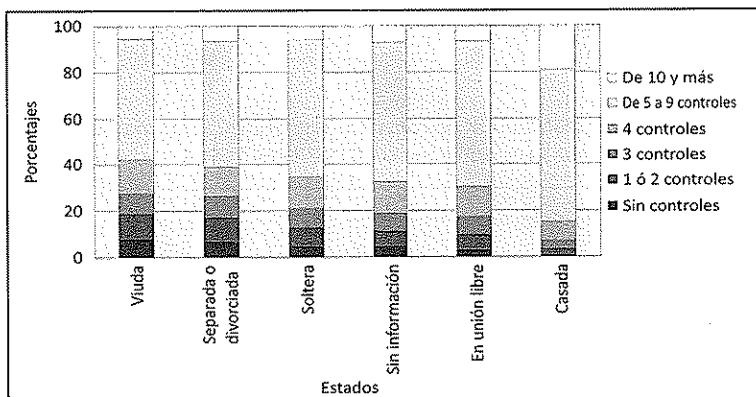
Gráfico 22. Promedio de consultas prenatales de madres, por relación con la seguridad social en salud, 1998-2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.



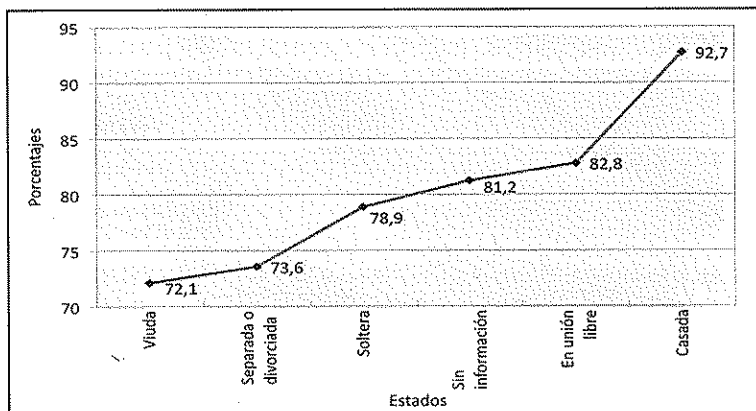
Gráfico 23. Distribución de los nacidos vivos por número de controles prenatales y estado marital de la madre, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.

Por estado conyugal y grupo de edad se encuentran también desigualdades apreciables. El 72,1% de las madres viudas asisten, en promedio, a 4 consultas prenatales; el 73,6% de las separadas y divorciadas; finalmente, y el 92,7% de las casadas (gráfico 24). Estas desigualdades se asocian con oportunidades diferenciales que dependen de las condiciones familiares y de la edad de las madres, las cuales probablemente afectan, a su vez, sus posibilidades de afiliación a la seguridad social. Por su parte, las madres de menos y más edad –con mayores riesgos para el embarazo y el parto–, son atendidas en mayor proporción con menos de cuatro controles prenatales, lo que muestra, también, discriminaciones sociales asociadas con el ciclo de vida (gráficos 25 y 26).

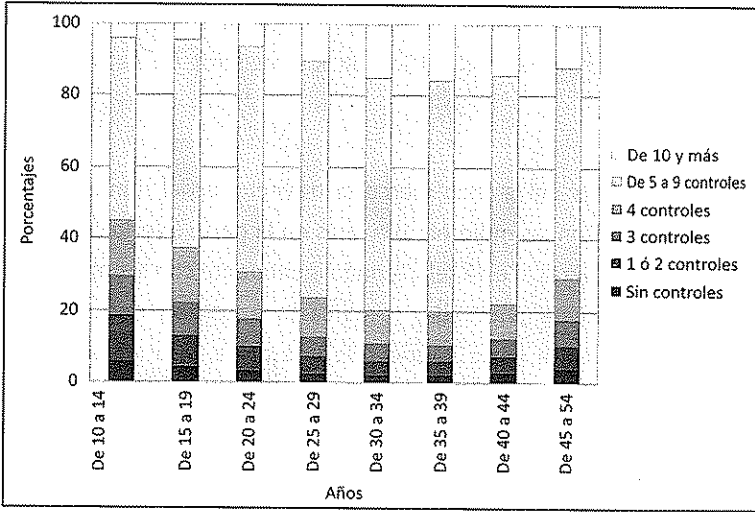
Gráfico 24. Porcentaje de madres con 4 o más controles prenatales y estado marital, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.

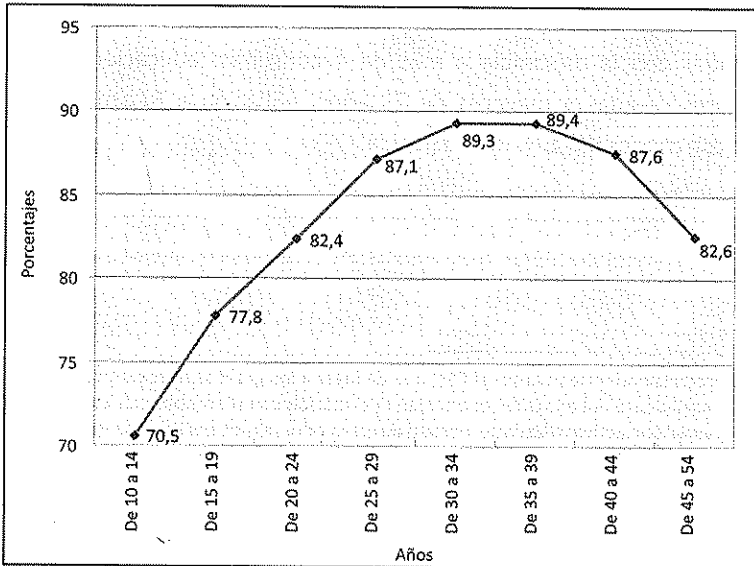


Gráfico 25. Distribución de los nacidos vivos por número de controles prenatales y grupo de edad de la madre, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.

Gráfico 26. Porcentaje de madres con 4 o más controles prenatales y grupo de edad de la madre, 1998 – 2006



Fuente: SDS - DANE: Archivos de los Registros de Nacimientos, 1999-2006. Procesamiento propio.



Una visión de conjunto sobre los factores asociados con el número de controles prenatales que reciben las mujeres, dentro de las variables disponibles, se encuentra en el gráfico 27, obtenido también con la técnica estadística de análisis de correspondencia múltiple (ACM), a partir de la información de los registros de nacimientos del año 2006 (gráfico 27)³⁴.

La línea continua gris del gráfico marca la trayectoria del número de consultas prenatales a que asistieron las mujeres: 10 y más en la parte inferior y sin consulta en la parte superior. El eje vertical está relacionado igualmente con los niveles educativos de las madres (línea negra punteada) y marca la oposición entre la afiliación al Régimen Contributivo, en la parte inferior, de una parte, y la afiliación al Régimen Subsidiado y las vinculadas, de otro (línea negra). Del mismo modo, expresa los niveles de indigencia las localidades de residencia en la misma dirección (línea gris punteada). El eje horizontal ilustra, en alguna medida, la contraposición entre la afiliación al Régimen Subsidiado y los vinculados.

En el cuadrante superior derecho se agrupan las categorías asociadas con menos de 4 consultas prenatales: localidades con más del 15% de indigencia, madre sin educación formal, primaria o secundaria incompleta, entre 10 y 19 años y afiliación al Régimen Subsidiado. Por su parte, en los cuadrantes inferiores se ubican las categorías correlacionadas con la asistencia a más de 4 consultas: educación superior de la madre, madres casadas y mayores de 29 años, afiliación a Régimen Contributivo, localidades con menos del 10% de indigencia.

³⁴ El análisis de correspondencia múltiple (ACM) que da lugar a los gráficos se realizó con la información de los registros de nacimiento del año 2006 que tenían información completa sobre las categorías tomadas en cuenta. Como variables activas (las que entran directamente en el análisis) se consideraron el nivel educativo de la madre, su estado conyugal y forma de vinculación con la seguridad social en salud, y el nivel de población bajo la línea de indigencia de la localidad de residencia (obtenida de la Encuesta de Capacidad de Pago de 2004 realizada en Bogotá, por el CID de la Universidad Nacional, bajo contrato realizado con el DAPD), y como variables suplementarias (variables que no entran en el análisis pero que pueden proyectarse en el gráfico expresando la asociación que tienen con las variables activas), los intervalos del número de controles prenatales recibidos por la madre. La primera dimensión obtenida del análisis (eje vertical) capta el 12,6% de la varianza y la segunda dimensión (eje horizontal) el 7,4% de la misma.



aquí se examina la atención de las personas que tuvieron enfermedad o accidente, la atención especial a niños discapacitados y a personas con enfermedad crónica.

Inequidades en los diferenciales en el acceso a los servicios de salud

La información sobre el indicador de porcentaje de personas con enfermedad o accidente que recibieron atención de profesionales de la salud se calculó a través del procesamiento de la Encuesta de Calidad de Vida, 2003³⁵. A continuación se presentan los datos relativos a las inequidades existentes sobre el tema, mediante los gráficos 28 a 35, los cuales se refieren al conjunto de la población, mientras que los siguientes (36 a 39) informan sobre los mayores de 64 años.

De la información contenida en los gráficos se destacan las siguientes situaciones:

Existe una clara relación entre los niveles socioeconómicos y el porcentaje de personas con enfermedad, o accidente, que reciben atención de personal profesional de la salud. Los datos señalan que las tasas de atención para las personas en estas situaciones presentan proporciones persistentemente mayores de atención a medida de que las condiciones de los hogares son más favorables. Tal tendencia se observa en relación con las condiciones de pobreza (gráfico 28), los niveles de ingreso y el estrato socioeconómico (gráfico 29). La razón de tasa en este indicador entre deciles y estratos extremos es de 1,4. Esto significa que los sectores menos favorecidos de la población tienen probabilidades, de atención médica en la enfermedad, inferiores al 40%.

Hay también diferencias importantes en los niveles del indicador de acceso a los servicios de salud por localidad de residencia de los enfermos o accidentados. En general hay una correspondencia entre los niveles socioeconómicos de las localidades y las tasas de atención (gráfico 30). Sin embargo, no son las localidades más pobres las que tienen menores condiciones de acceso a los servicios de salud, ni las más "ricas" las que tienen peores porcentajes de atención. Este resultado lleva a señalar, posiblemente, la existencia de factores relacionados con el lugar de residencia y la distribución de la oferta de los servicios que inciden en las posibilidades de atención médica a la enfermedad.

³⁵ Se considera que la información obtenida de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003, por el tamaño y características de la muestra y la frecuencia de los fenómenos examinados tiene suficiente grado de confiabilidad estadística.



Se encuentra que la forma de afiliación incide de forma importante en las probabilidades de atención médica (gráfico 31). Los afiliados al Régimen Contributivo tienen, en promedio, 1,6 veces (razón de tasa) más atención en situaciones de enfermedad que las personas sin afiliación al SGSSS (vinculados).

Hay mayores tasas de atención entre las mujeres que entre los hombres y se encuentran diferencias en las tasas por grupos de edad (gráfico 32). Los menores de 5 años y los mayores de 50 años asisten con más frecuencia a atención médica que quienes se encuentran en edades intermedias. Esa situación guarda relación con tasas de afiliación diferenciales por sexo y edad y también con el efecto de situaciones vinculadas al estudio o el trabajo de las personas para recibir atención en salud.

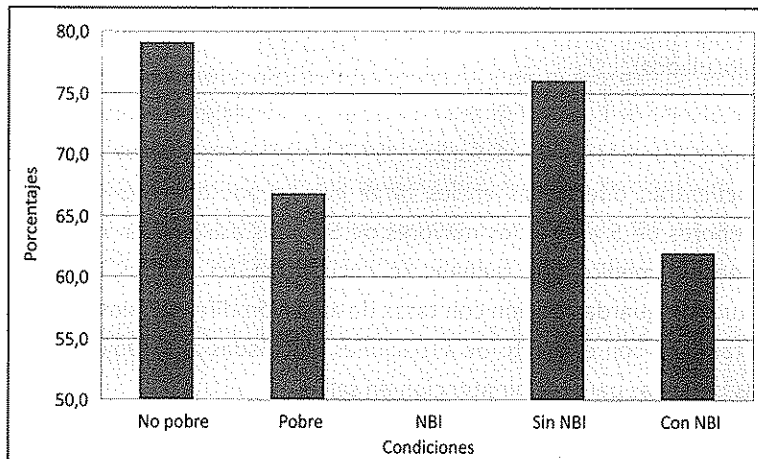
La frecuencia de las causas de no atención, informadas por las personas, corrobora la incidencia de factores socioeconómicos en las tasas de atención. En los sectores más pobres es persistentemente mayor la proporción de personas que no asisten a consulta por falta de recursos y en los sectores altos se presenta la tendencia a no tener consulta por falta de tiempo. Los factores relacionados con la oferta de servicios –distancia del centro de atención, trámites, no atención–, afectan tanto a sectores de los niveles socioeconómicos superiores como inferiores (gráficos 33 y 34).

Las razones o causas de no asistencia por distancia del centro de atención, mal servicio, cita inoportuna y exceso de trámites son superiores en localidades del centro y sur de la ciudad: Mártires, Rafael Uribe, Usme, Antonio Nariño y Santafé (gráfico 35).

Las proporciones de enfermos atendidos son más altas para las personas con 65 y más años. Entre ellos, se observan diferencias de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas. Llama la atención que, como tendencia, la incidencia de atención es menor en sectores de ingresos medios de la población –déciles 3 a 7 de ingresos (gráfico 37)–, lo que puede señalar el efecto de factores de índole familiar y de probabilidades de afiliación a la seguridad social.

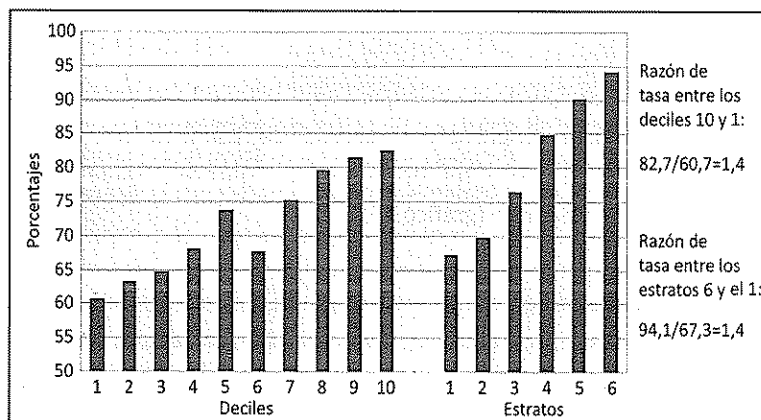


Gráfico 28. Porcentaje de personas que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días que fueron atendidas por profesionales de la salud, por condición de pobreza, según ingresos y necesidades básicas insatisfechas, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

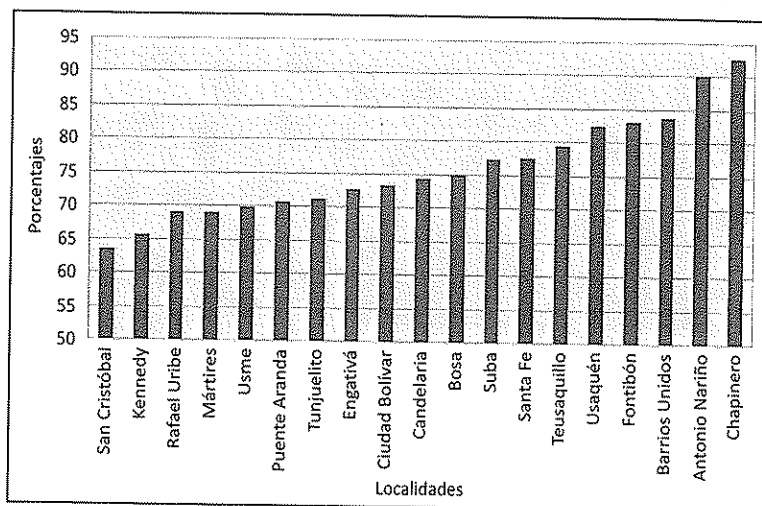
Gráfico 29. Porcentaje de personas que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días que fueron atendidas por profesionales de la salud, por deciles de ingreso y estratos socioeconómicos, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

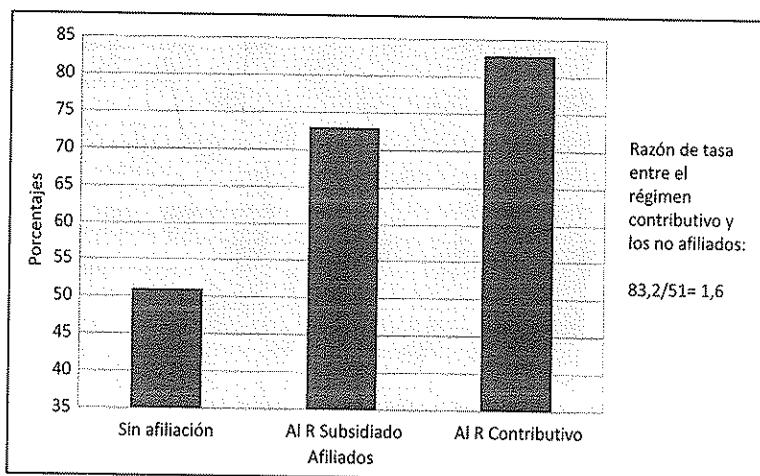


Gráfico 30. Porcentaje de personas que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días que fueron atendidas por profesionales de la salud, por localidad, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

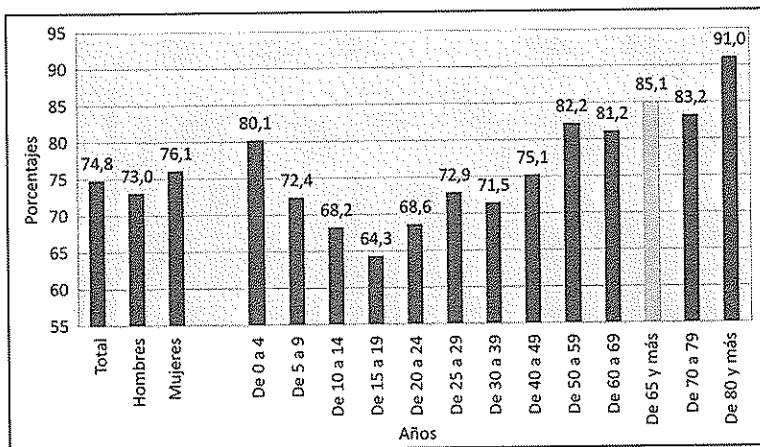
Gráfico 31. Porcentaje de personas que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días que fueron atendidas por profesionales de la salud, por forma de afiliación al SGSSS, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

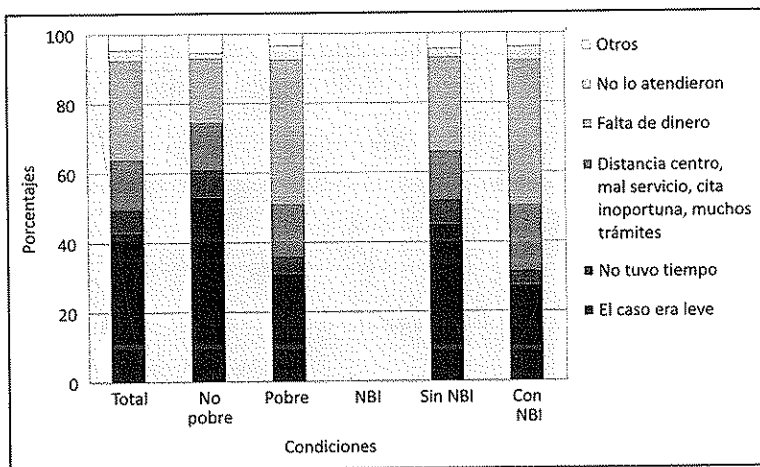


Gráfico 32. Porcentaje de personas que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días que fueron atendidas por profesionales de la salud, por sexo y grupos de edad, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

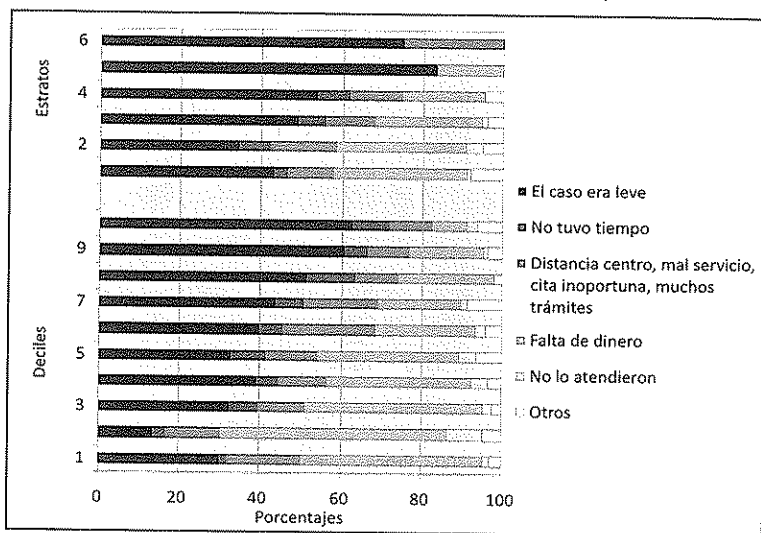
Gráfico 33. Distribución de personas que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días y que no fueron atendidas por profesionales de la salud, por razones de no asistencia y condición de pobreza



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

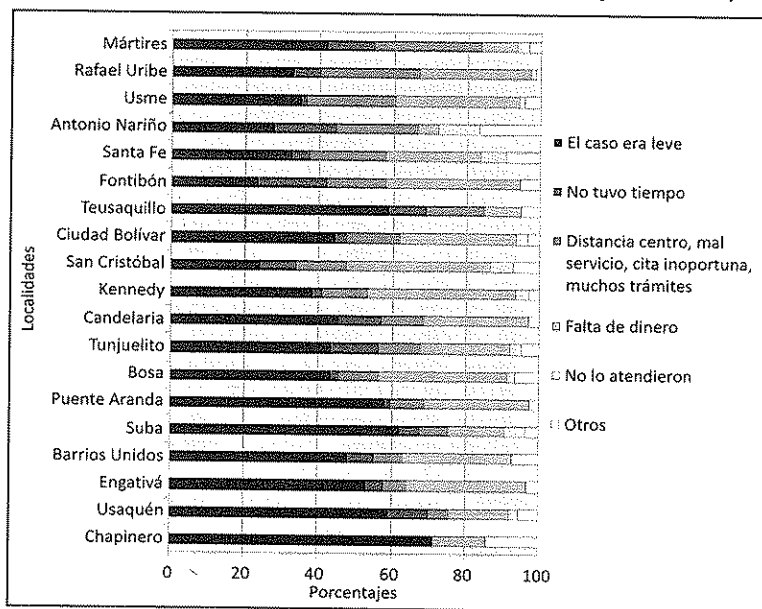


Gráfico 34. Distribución de personas que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días y que no fueron atendidas por profesionales de la salud, por razones de no asistencia, por deciles de ingreso y estratos socioeconómicos, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

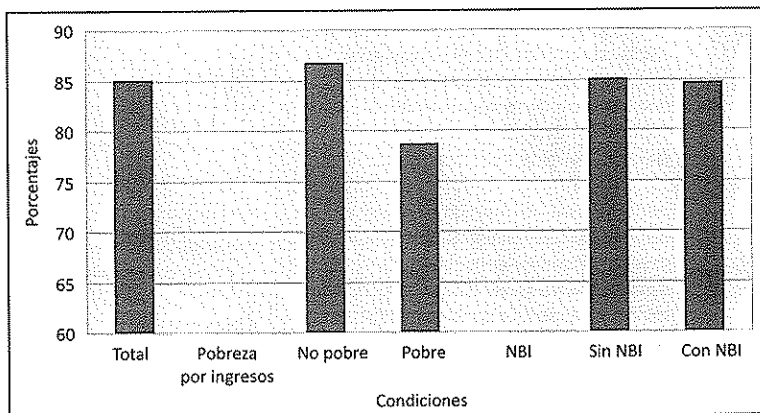
Gráfico 35. Distribución de personas que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días y que fueron atendidas por profesionales de la salud, por localidad, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

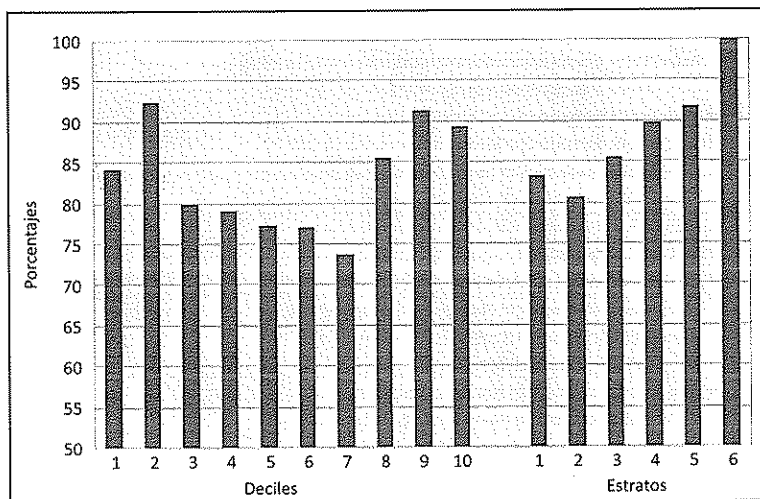


Gráfico 36. Porcentaje de personas de 65 años y más que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días y que fueron atendidas por profesionales de la salud, por condición de pobreza, según ingresos y necesidades básicas insatisfechas, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

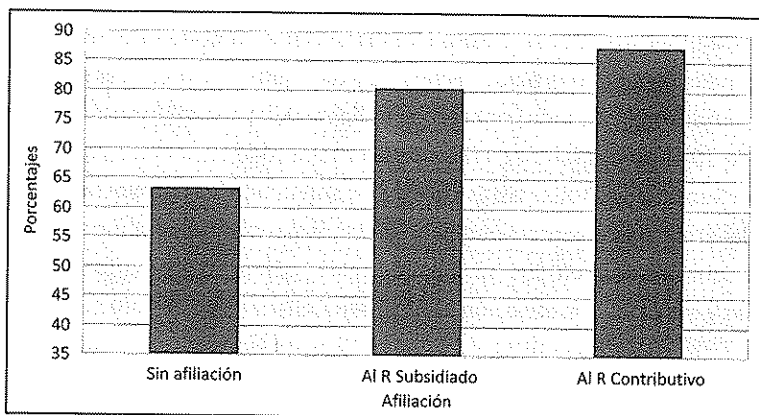
Gráfico 37. Porcentaje de personas de 65 años y más años que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días y que fueron atendidas por profesionales de la salud, por deciles de ingreso y estratos socioeconómicos, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

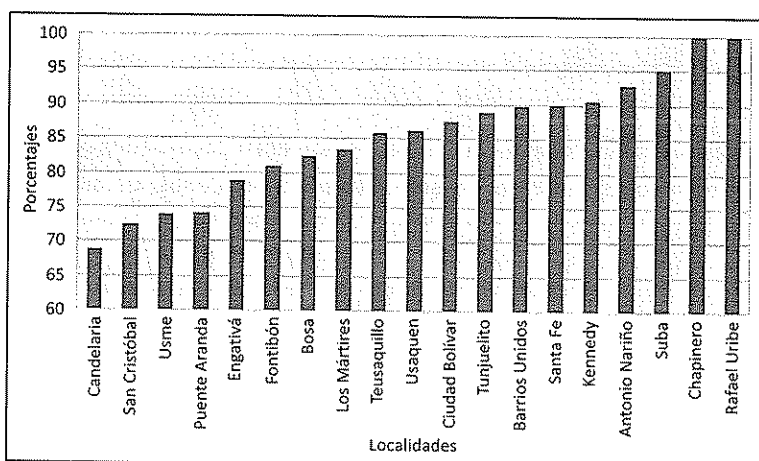


Gráfico 38. Porcentaje de personas de 65 años y más que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días y que fueron atendidas por profesionales de la salud, por forma de afiliación a la seguridad social en salud, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

Gráfico 39. Porcentaje de personas de 65 años y más que informaron enfermedad o accidente en los últimos 30 días y que fueron atendidas por profesionales de la salud, por localidad, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

Los gráficos 40 a 42, obtenidos de un mismo análisis de correspondencia múltiple³⁶ ilustran las interrelaciones existentes entre las formas de atención a la enfermedad o

³⁶ El Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM) se llevó a cabo con la información provista por la Encuesta de Calidad de Vida de 2003, correspondiente a las personas que informaron haber estado enfermas o haber



accidente y las variables que expresan los niveles socioeconómicos de las personas. El primero de esos gráficos (40) destaca la asociación entre las situaciones que no reciben atención por falta de dinero, porque el centro se encontraba distante, por exceso de trámites, por mal servicio o cita distanciada en el tiempo, de un lado; y por otro, las condiciones de más bajos niveles de vida –quintiles inferiores de ingreso y del índice de condiciones de vida, pobreza e indigencia por el método de ingresos–, los menores de 20 años y la falta de afiliación a la seguridad social en salud o la afiliación al Régimen Subsidiado. Todas estas categorías se encuentran proyectadas en la parte superior del gráfico y se contraponen con las de la parte inferior donde se agrupan las categorías que distinguen los niveles de vida e ingreso superiores, las edades intermedias y mayores y la afiliación al Régimen Contributivo de salud.

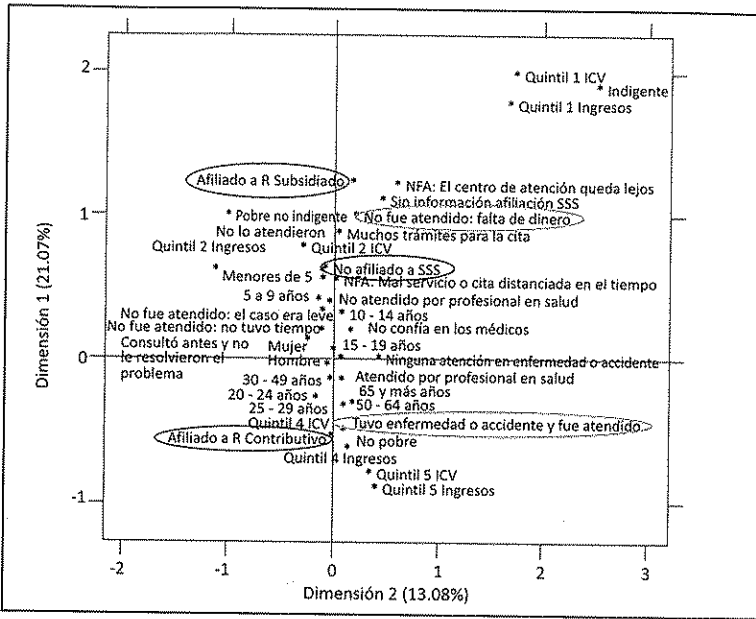
El gráfico 41 pone de relieve la asociación entre las formas de atención y los grupos socio-ocupacionales o por condición de inactividad de las personas, como variable que expresa la posición social. A las situaciones socialmente más desfavorecidas y con barreras de acceso a los servicios corresponden los grupos de empleados domésticos, desempleados, trabajadores por cuenta propia y los desempleados; en cambio, en el extremo opuesto se encuentran los directivos y gerentes, profesionales y técnicos, campesinos y empresarios agropecuarios –residentes en la ciudad– y los empleados administrativos, del comercio y los servicios.

En el gráfico 42 se representa la contraposición entre localidades con peor acceso a los servicios médicos en caso de enfermedad, o accidente, de sus habitantes y niveles de vida, en la parte superior –Usme, San Cristóbal, Bosa, Ciudad Bolívar–; y las que tienen condiciones más favorables –Chapinero, Teusaquillo, Barrios Unidos, Antonio Nariño, Usaquén–.

tenido algún accidente en los 30 días anteriores a la entrevista, y que tenían información completa sobre las categorías tomadas en cuenta. Las variables activas consideradas fueron los quintiles del ingreso per cápita y del índice de condiciones de vida (ICV), la condición de pobreza, la afiliación a la seguridad social en salud y la situación de haber sido atendido por un profesional de la salud, por otro medio o no haber recibido ninguna atención. Como variables suplementarias se tomaron en cuenta: los grupos de edad de las personas, su sexo, el estrato socioeconómico para pago de servicios públicos domiciliarios, el nivel del índice Sisbén, los años de educación, la localidad y el grupo socio-ocupacional (Fresneda, 2008). La primera dimensión obtenida del análisis (eje vertical) capta el 21% de la varianza y la segunda dimensión (eje horizontal) el 13,1% de la misma.

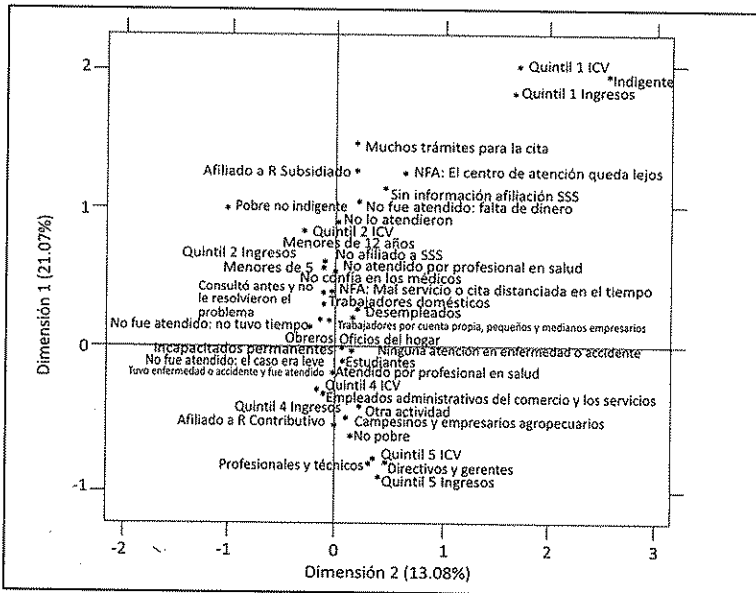


Gráfico 40. Análisis de Correspondencia Múltiple atención enfermedad o accidente 1



Fuente: DANE: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2003. Ejercicio de procesamiento propio.

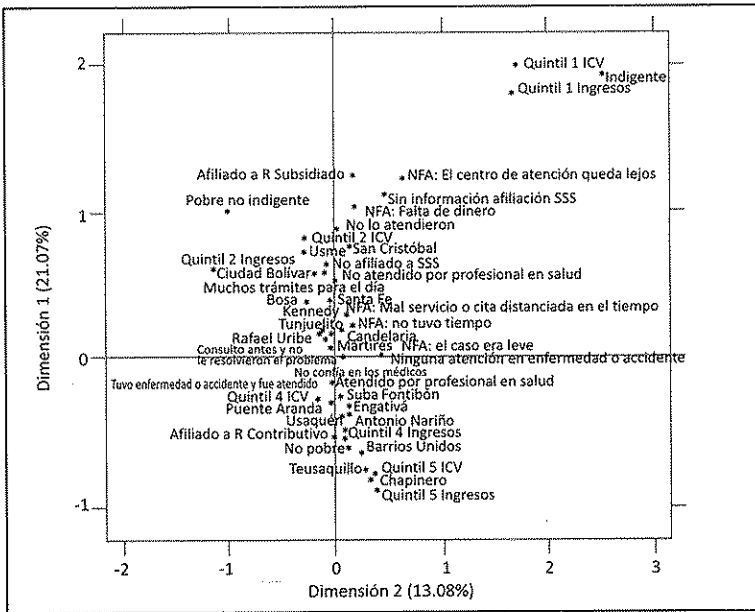
Gráfico 41. Análisis de Correspondencia Múltiple atención enfermedad o accidente 2



Fuente: DANE: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2003. Ejercicio de procesamiento propio.



Gráfico 42. Análisis de Correspondencia Múltiple atención enfermedad o accidente 3



Fuente: DANE: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2003. Ejercicio de procesamiento propio.

5.3.2.3 Atención especializada a niños discapacitados

Aspectos generales

Esta sección se dedica a un elemento particular: el acceso a los servicios de salud de los niños discapacitados. Como anotan Martínez y otros³⁷, la discapacidad es una expresión negativa del funcionamiento humano se refiere a: (1) las deficiencias en las estructuras y funciones corporales, (2) a las limitaciones en la actividad y (3) a las restricciones de la participación. Una exploración sobre estos aspectos puede hacerse a través de dos dimensiones, la capacidad y el desempeño.

Inequidades en servicios prestados a los niños discapacitados en Bogotá

Dentro de las múltiples expresiones de la desigualdad de la población discapacitada y dentro de ella, se analiza la relacionada con las repuestas de la sociedad en el acceso a servicios, según las variables de posición social referidas a los menores de 5 años³⁸.

³⁷ Martínez, F.; López y García (2008). Ese trabajo de investigación está dirigido a medir el efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la capacidad - discapacidad de los bogotanos, con base en los resultados de la Encuesta de Discapacidad y está contenido en otro capítulo de esta misma publicación.

³⁸ Este es sólo uno de los aspectos analizados en el trabajo de Martínez, López y García (2008) ya citado.



Se examinó una de las discapacidades que para los niños significa un efecto más trascendental y duradero sobre sus potenciales en la vida futura: las relativas a los aspectos cognitivos y neurológicos. Sobre los afectados por esta situación se consideró el acceso que tienen a servicios de rehabilitación que, en este contexto, es generalmente una necesidad ineludible. El indicador utilizado es el porcentaje de niños menores de 5 años con discapacidad en esos aspectos que reciben servicios de rehabilitación, entre estratos y localidades³⁹. Se obtuvo del procesamiento de las bases de datos del *Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad* (Encuesta de Discapacidad) correspondientes a agosto de 2007, provisto por la SDS⁴⁰.

El cálculo del indicador considera que los menores de 5 años con discapacidad cognitiva son: (1) quienes contesten 1 a la pregunta 27: *Por su condición de salud, presentan alteraciones permanentes en el sistema nervioso*; y (2) quienes en la pregunta 30, relativa a sus actividades diarias, respondan que presentan dificultades permanentes para: (1) *Pensar, memorizar*, (2) *Hablar y comunicarse*, o (3) *Relacionarse con las demás personas y el entorno*. Se clasifican como asistentes a los servicios de rehabilitación a quienes contesten "Sí" a la pregunta 60: *¿Actualmente está asistiendo a un servicio de rehabilitación?* Cabe anotar que hay personas que no asisten porque ya terminaron su rehabilitación o porque creen que no la necesitan.

A escala general hay diferencias notables en la asistencia a centros de rehabilitación entre los discapacitados de Bogotá, por régimen de afiliación a la seguridad social en salud y estrato socioeconómico (gráficos 43 y 44). Los discapacitados afiliados al Régimen Contributivo asisten a estos centros 1,3 veces más que los discapacitados sin afiliación a la seguridad social en salud (razón de tasa); además, los pertenecientes al estrato 5 asisten 1,8 veces más que los pertenecientes al estrato 1.

Tales resultados señalan que la respuesta desigual de la sociedad a la atención de los discapacitados está fuertemente determinada por la posición social de las personas, expresada en el estrato socioeconómico: "El peor acceso corresponde siempre a los

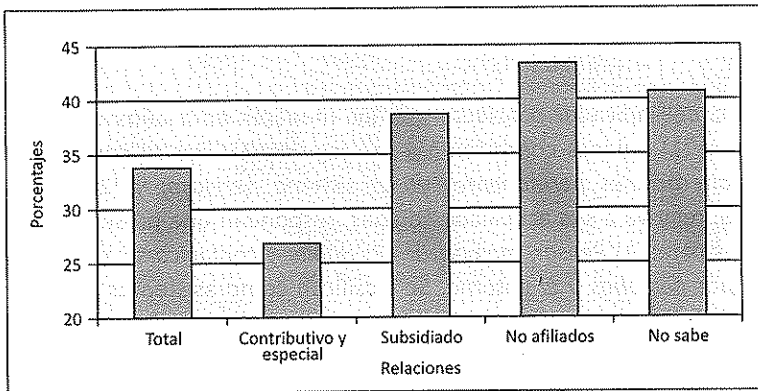
³⁹ Dentro de la selección inicial de indicadores se había considerado igualmente otro indicador: la proporción de niños discapacitados con asistencia escolar, entre estratos y localidades. Según los resultados obtenidos no se tomó en cuenta como una expresión de la desigualdad en salud para los discapacitados menores de 5 años, puesto que no se encontró asociación entre la asistencia escolar de los discapacitados y el estrato socioeconómico a que pertenecen sus viviendas. En los estratos superiores y en los inferiores hay bajos niveles de asistencia escolar. En el estrato 5 se encuentra el porcentaje de asistencia más baja. Este resultado señala que en los extremos de la estratificación social las condiciones en este aspecto son similares, aunque posiblemente por razones diferentes. En los inferiores por falta de recursos y de oferta de servicios. En el superior, posiblemente, porque disponen de alternativas, que son más favorables; por ejemplo, a través de servicios personales en los hogares.

⁴⁰ El procesamiento de la información estuvo a cargo del estadístico César Mauricio López.



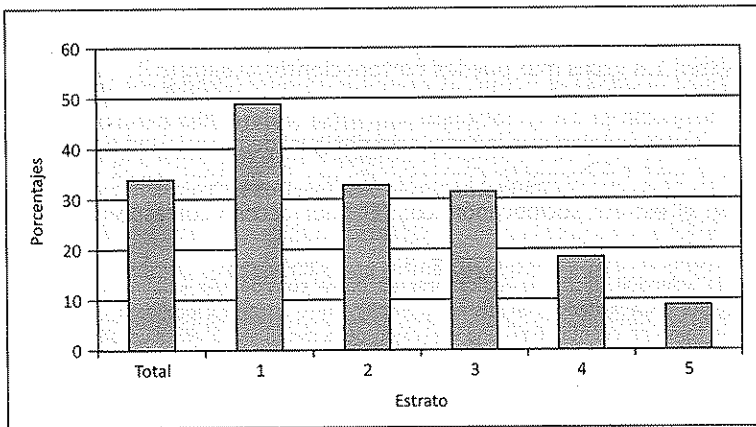
estratos más bajos, quienes resultan más afectados por las distintas barreras, en especial la económica”. Y, de otra parte, “por la pertenencia de los encuestados a regímenes específicos de seguridad social en salud que otorgan mayor o menor cobertura de beneficios en la medida que el Sistema otorga financiamiento per cápita diferencial.”⁴¹

Gráfico 43. Porcentaje de discapacitados que no asisten a un centro de rehabilitación, por relación con el SGSSS, 2007



Fuente: SDS - DANE: RLCPD en Bogotá, agosto de 2007.

Gráfico 44. Porcentaje de discapacitados que no asisten a un centro de rehabilitación, por estrato socioeconómico, 2007

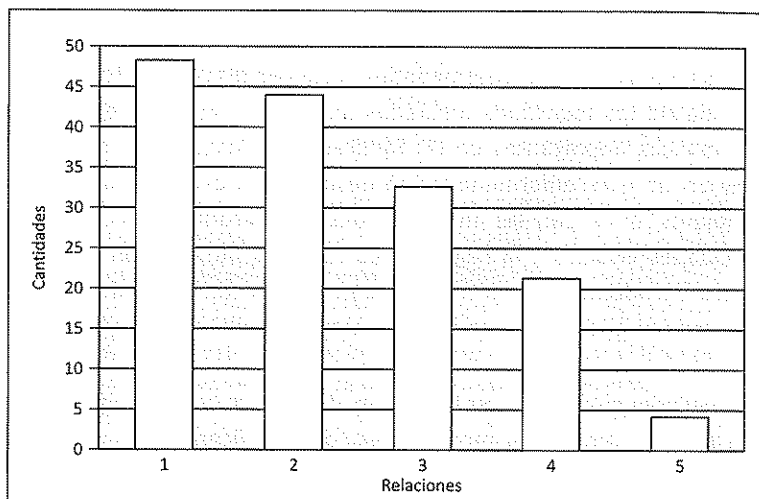


Fuente: SDS - DANE: RLCPD en Bogotá, agosto de 2007.

⁴¹ Martínez, F. et ál. (2008), op.cit.

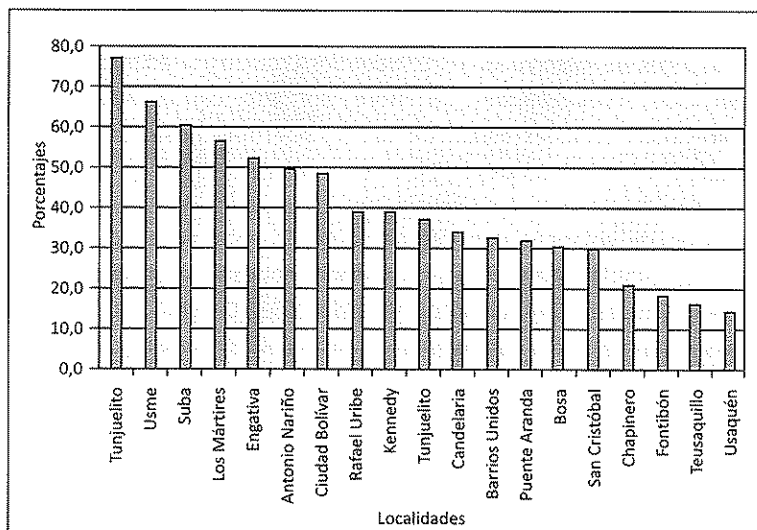


Gráfico 45. Menores de 5 años con discapacidad en aspectos cognitivos y neurológicos, que no asisten a centros de rehabilitación, por estratos socioeconómicos, 2007



Fuente: SDS - DANE: RLCPCD en Bogotá, agosto de 2007.

Gráfico 46. Menores de 5 años con discapacidad en aspectos cognitivos y neurológicos, que no asisten a centros de rehabilitación, por localidad, 2007



Fuente: SDS - DANE: RLCPCD en Bogotá, agosto de 2007.



5.3.2.4 Consulta médica periódica de enfermos crónicos

Según la OMS⁴², el 60% de todas las defunciones se deben a enfermedades crónicas, y el 80% de las muertes por esas enfermedades se producen en los países de ingresos bajos y medios. Estas enfermedades producen graves efectos negativos en la calidad de vida de los individuos afectados; causan de muertes prematuras; tiene efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad en general. Dentro de esas enfermedades se destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad.

Las enfermedades crónicas graves las causan, de acuerdo con esa misma Organización, factores de riesgo, comunes y modificables, que explican la gran mayoría de las muertes de hombres y mujeres todas las edades y en todo el mundo. Entre ellos destacan: una alimentación poco sana; la inactividad física y el consumo de tabaco. Existe, de otra parte, una mayor probabilidad de tener estas enfermedades entre los sectores pobres de países como Colombia; este aspecto también lo señala la OMS:

Muchos creen que las enfermedades crónicas afectan principalmente a los ricos. La verdad es que, salvo en los países menos adelantados, en todo el mundo las personas pobres tienen muchas más probabilidades que las ricas de desarrollar enfermedades crónicas, y en todas partes tienen más probabilidades de morir por esa causa. Además, las enfermedades crónicas conllevan un considerable gasto financiero y pueden hundir a individuos y hogares en la pobreza.⁴³

La proporción de personas que declararon tener enfermedad crónica y atención médica continua, entre las agrupaciones de personas por características socioeconómicas, se obtuvo de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003 (DANE)⁴⁴. Corresponde con la información suministrada por los hogares, tanto en la presencia de la enfermedad, como en la atención que se recibe. La información se extrajo a partir del procesamiento

⁴² OMS (2005). *Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad*, [en línea] disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html.

⁴³ *Ibíd.*

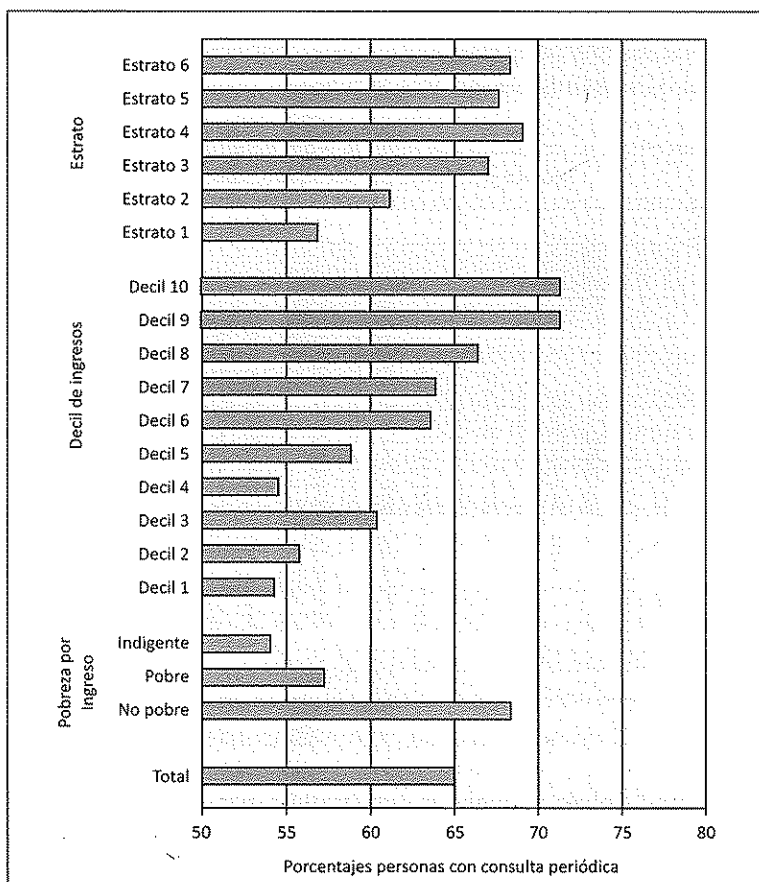
⁴⁴ La pregunta contenida en el formulario de la encuesta y hecha para cada persona fue:...(nombre de la persona) ¿tiene alguna enfermedad crónica (hipertensión arterial, diabetes, etc.)? Como alternativas de respuesta se consideran: *Sí tiene y consulta periódicamente; Sí tiene pero no consulta periódicamente; No tiene enfermedad crónica.*



especial de la Encuesta con desagregaciones por condición de pobreza (línea de pobreza), deciles de ingreso, estratos socioeconómicos, afiliación a la seguridad social y localidad. Los gráficos sobre el tema se colocan enseguida (47 a 49).

Las tasas de atención a los enfermos crónicos percibidos e informados por los encuestados se encuentran nítidamente asociadas con las condiciones socioeconómicas de los hogares –pobreza, nivel de ingresos, estratos socioeconómicos–. Mientras que los enfermos de hogares de mayores ingresos (decil 10) tienen consulta médica periódica en el 72% de los casos, los de menores ingresos lo hacen en 54%, ellos significa que reciben, en promedio, 1,3 veces menos atención (gráfico 47).

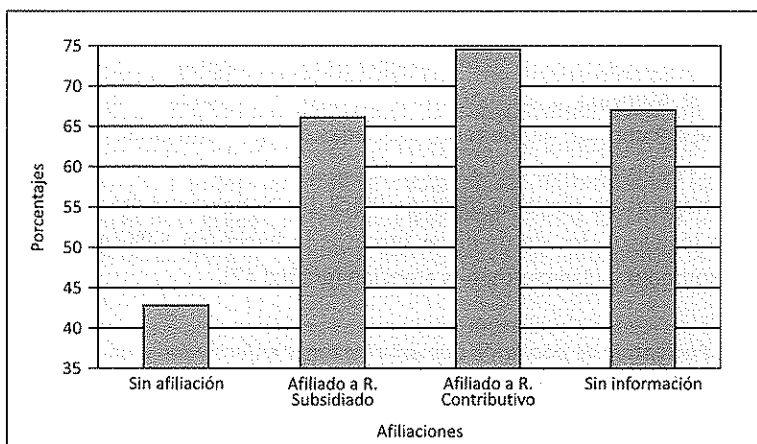
Gráfico 47. Porcentaje de población que informa tener enfermedad crónica con consulta médica periódica, por variables socioeconómicas, 2003



Fuente: DANE: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento propio.

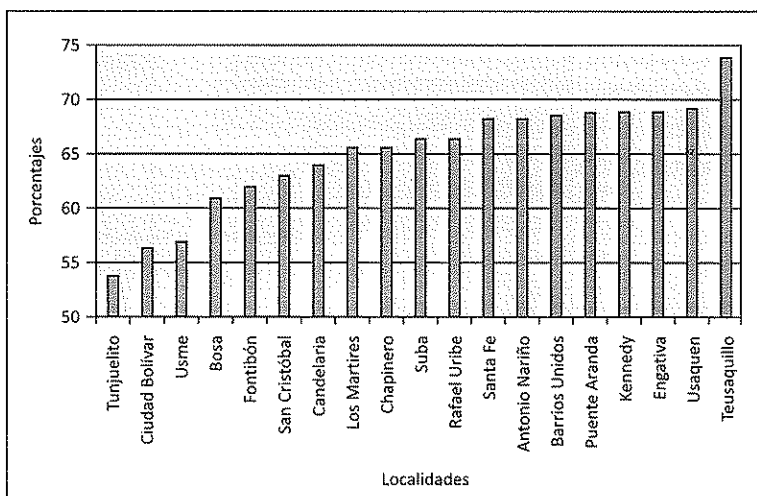


Gráfico 48. Porcentaje de población que informa tener enfermedad crónica con consulta médica periódica, por afiliación al SGSSS, 2003



Fuente: DANE: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento propio.

Gráfico 49. Porcentaje de población que informa tener enfermedad crónica con consulta médica periódica, por localidad, 2003



Fuente: DANE: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento propio.

Se encuentran también diferencias significativas por condición de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El 75% de los afiliados reciben atención periódica mientras que la tienen sólo el 43% de los que no tienen afiliación –vinculados; razón de tasa de 1,7 (gráfico 48)–. También se presentan diferencias en la proporción de



atendidos por localidad de residencia, por lo cual se encuentra un marcado distanciamiento entre las localidades más pobres –Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme y Bosa– y algunas de las que tienen menores proporciones de pobreza –Usaquén, Teusaquillo (gráfico 49)–.

5.3.3 Inequidades en los resultados de salud: prevalencia de enfermedad en la infancia

5.3.3.1 Prevalencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales en niños menores de cinco años

Una alta proporción de las muertes de los niños menores de 5 años en América Latina se debe a las enfermedades respiratorias e infecciones gastrointestinales. En Bogotá las muertes por infección respiratoria aguda (IRA) constituyen el 79% de las muertes evitables que afectan a los niños de esa edad; además, las muertes por enfermedad diarreica aguda (EDA) llegan al 19%⁴⁵. La presencia de esas enfermedades se encuentra asociada con factores ambientales y sanitarios de las familias de los niños que, a su vez, están relacionados con sus niveles socioeconómicos.

La información relativa a los indicadores sobre prevalencia de IRA (dificultad respiratoria y fiebre) e infección gastrointestinal (diarrea y fiebre) de niños menores de 5 años se obtuvo del procesamiento de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005. Se utilizaron desagregaciones del indicador por las variables disponibles relacionadas con la posición social y condiciones de las familias: estrato socioeconómico de servicios domiciliarios, niveles del índice Sisbén, quintil del índice de riqueza, máximo nivel educativo en el hogar, estado conyugal.

Es importante señalar este aspecto que la frecuencia de las enfermedades y el tamaño de la muestra de la ENDS para Bogotá sólo permite obtener medidas aproximadas, con límites de confianza relativamente amplios, por lo que la información sólo aporta una visión aproximada de las incidencias por agrupaciones socioeconómicas y no pueden interpretarse como medidas exactas de su extensión⁴⁶.

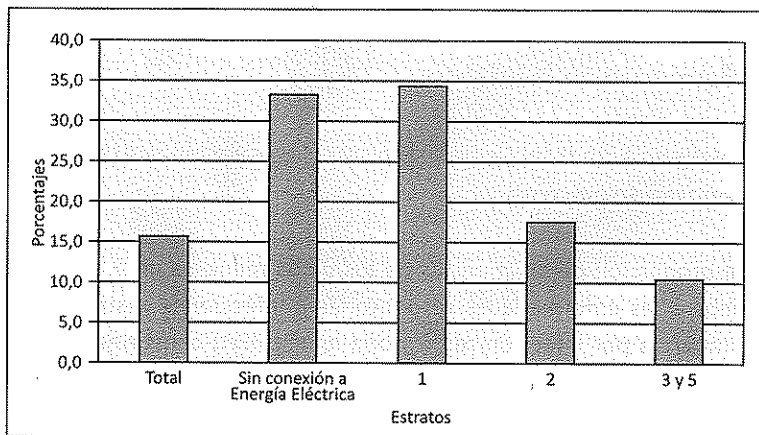
45 Fresneda, Ó. y Martínez, F. (2007).

46 El error estándar de muestreo de la proporción de niños con diarrea en las dos últimas semanas, estimado por Profamilia con los datos de la ENDS para Bogotá, es del 0,015% y el error relativo del 0,107% (Profamilia, 2005:438). Se calcularon igualmente las incidencias para ERA (dificultad respiratoria y tos), pero



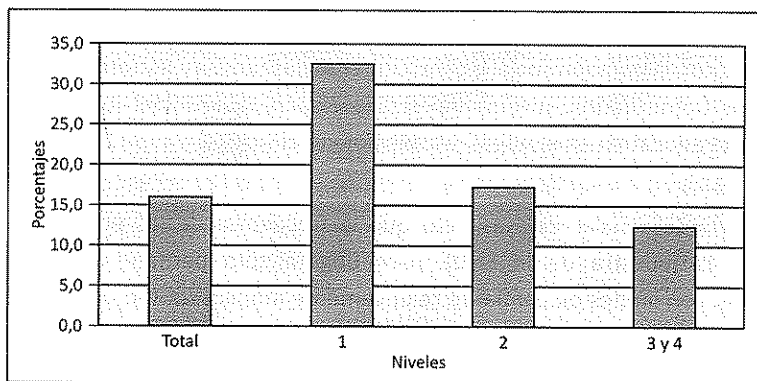
Los gráficos que expresan las inequidades que sobre este tema se presentan a continuación (50 a 57).

Gráfico 50. Prevalencia de IRA (dificultad respiratoria y fiebre) en niños menores de 5 años, por estratos socioeconómicos, 2005



Fuente: Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005.

Gráfico 51. Prevalencia de IRA (dificultad respiratoria y fiebre) en niños menores de 5 años, por niveles de Sisbén, 2005

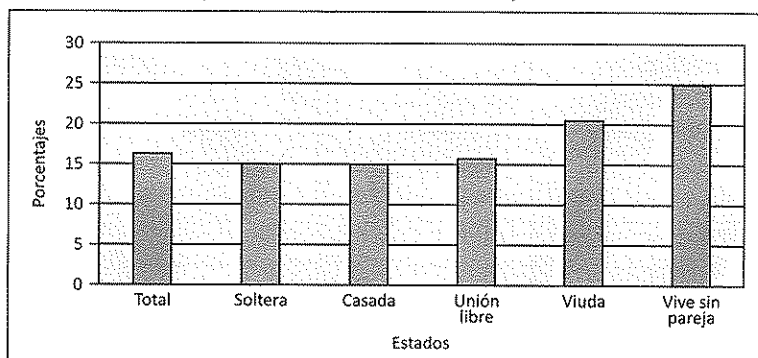


Fuente: Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005.

no se presentan en los gráficos ya que no parecen consistentes con las condiciones sociales de los hogares, ni se contó con el cálculo de los errores estándar de muestreo para el indicador.

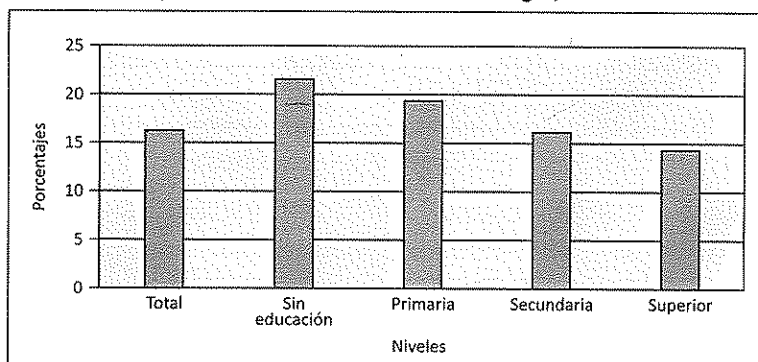


Gráfico 52. Prevalencia de IRA (dificultad respiratoria y fiebre) en niños menores de 5 años, por estado marital de la madre, 2005



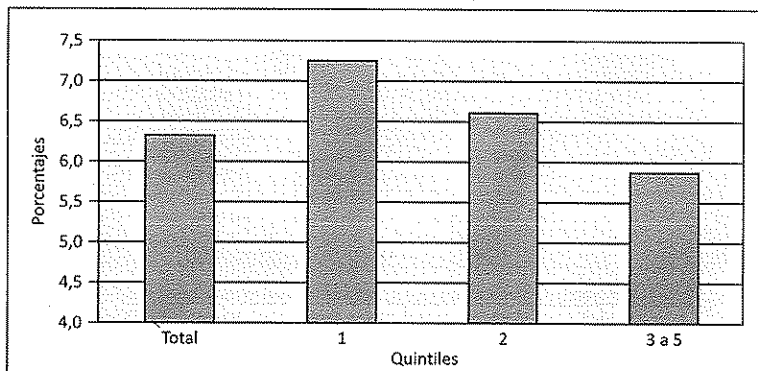
Fuente: Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005

Gráfico 53. Prevalencia de IRA (dificultad respiratoria y fiebre) en niños menores de 5 años, por máximo nivel educativo en el hogar, 2005



Fuente: Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005.

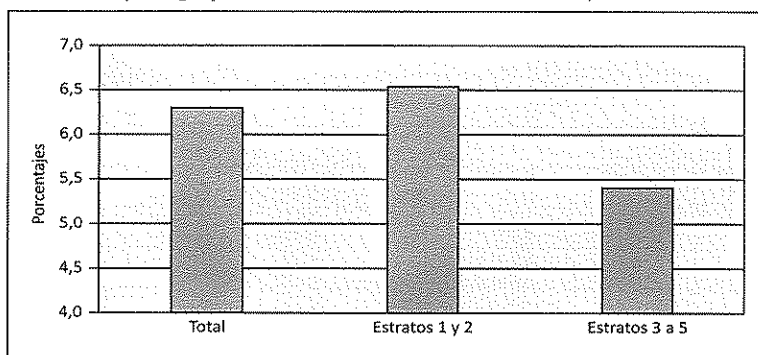
Gráfico 54. Prevalencia de diarrea y fiebre en menores de 5 años, por quintiles del índice de riqueza, 2005



Fuente: Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005.

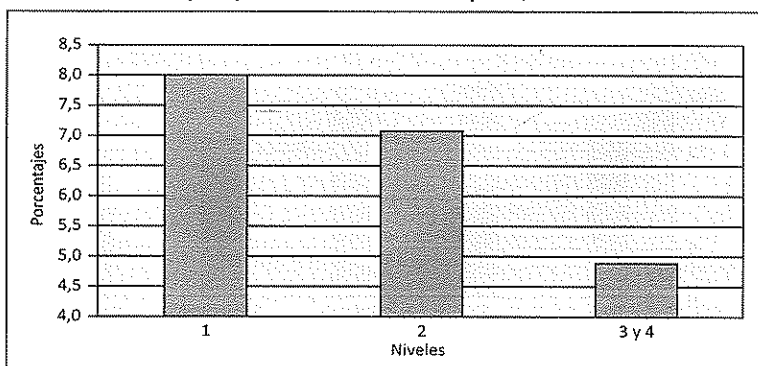


Gráfico 55. Prevalencia de diarrea y fiebre en menores de 5 años, por agrupaciones de estratos socioeconómicos, 2005



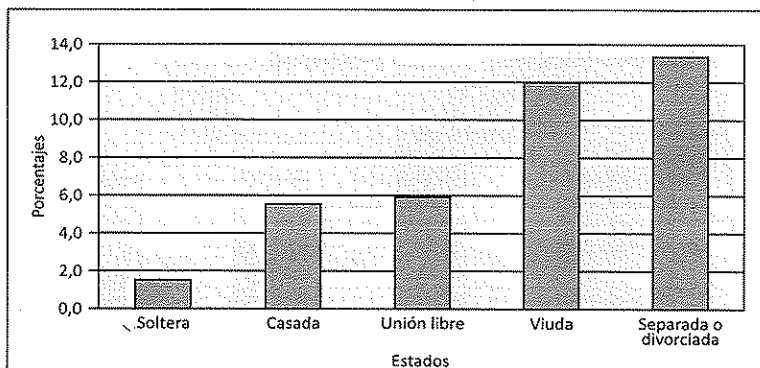
Fuente: Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005.

Gráfico 56. Prevalencia de diarrea y fiebre en menores de 5 años, por quintiles del índice de riqueza, 2005



Fuente: Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005.

Gráfico 57. Prevalencia de diarrea y fiebre en menores de 5 años, por quintiles del índice de riqueza, 2005



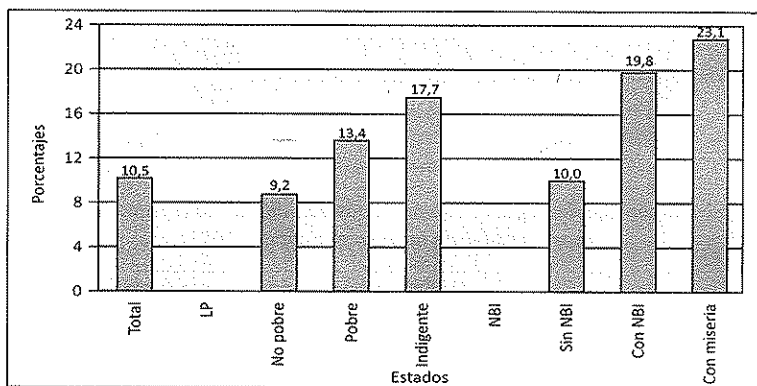
Fuente: Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005.



5.3.3.2 Inequidades en los resultados de salud: discapacidad

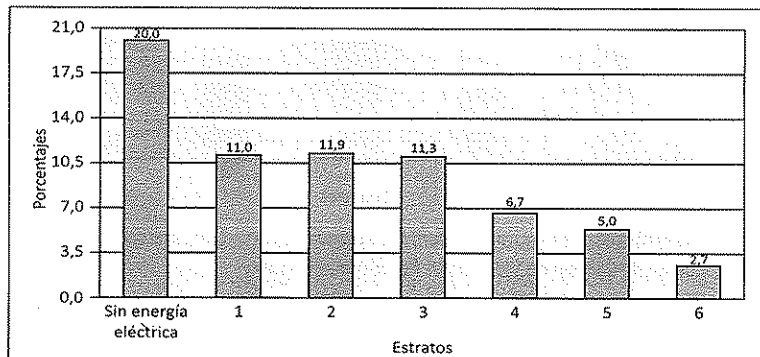
La proporción de hogares que declararon tener personas con dificultades físicas y sensoriales es un indicador aproximado de la extensión de la discapacidad y, diferenciado por variables socioeconómicas, da una idea de las desigualdades existentes en la presencia del fenómeno. La información para el cálculo de este indicador fue extraída, igualmente, a partir del procesamiento de la Encuesta de Calidad de Vida del 2003. Se obtuvo por condición de pobreza por los métodos de línea de pobreza y necesidades básicas insatisfechas (NBI), niveles del Sisbén, estratos socioeconómicos, deciles de ingreso y localidad. Los gráficos siguientes (58 al 62) contienen las representaciones que dan cuenta de las inequidades en la presencia de la incapacidad.

Gráfico 58. Porcentaje de hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales, por condición de pobres, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

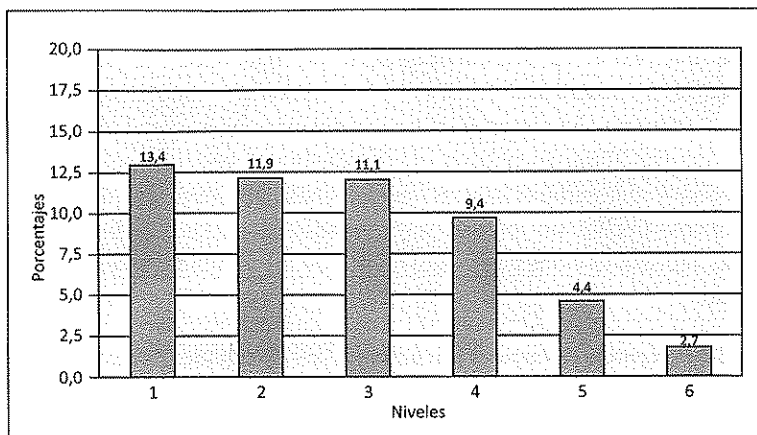
Gráfico 59. Porcentaje de hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales, por estratos socioeconómicos, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

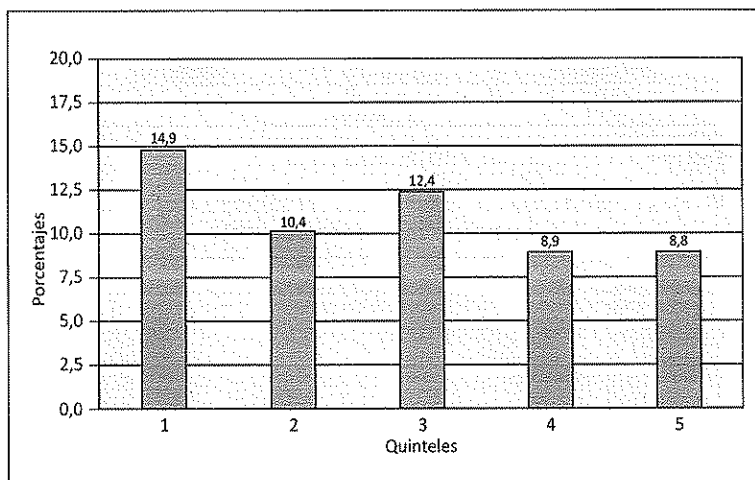


Gráfico 60. Porcentaje de hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales, por niveles del Sisbén, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

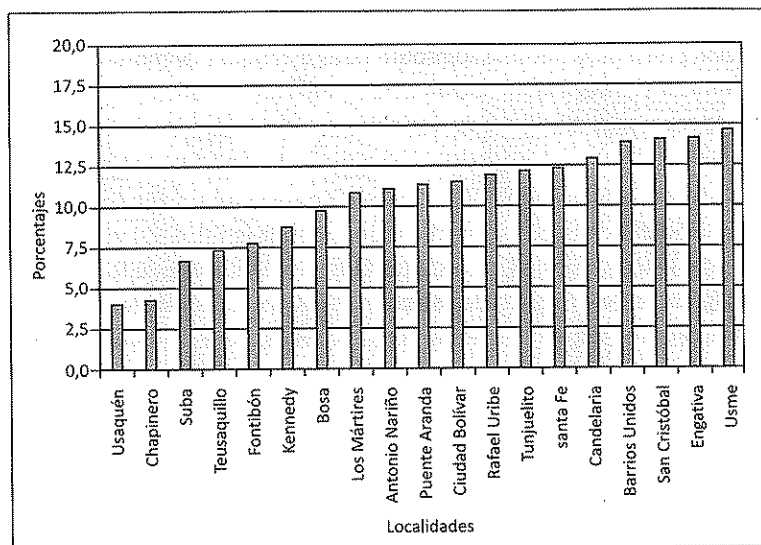
Gráfico 61. Porcentaje de hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales, por quintiles de ingreso per cápita, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.



Gráfico 62. Porcentaje de hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales, por localidad, 2003



Fuente: DANE: Encuesta de Calidad de Vida, 2003. Procesamiento CID.

5.3.4 Inequidades en los resultados de salud: tasas estimadas de mortalidad de los jóvenes y adultos

La información sobre mortalidad ocupa un lugar destacado en relación con el análisis de la equidad en salud y para evaluar los desempeños sociales. Las desigualdades existentes en las posibilidades de vida son expresiones de desigualdades en la distribución del ingreso y las oportunidades de las personas, e involucran, según Amartya Sen, temas de política como los “problemas del servicio de salud de salud pública, instalaciones educativas, peligros de la vida urbana y otros parámetros económicos y sociales que influyan sobre las posibilidades de sobrevivir”. El lugar destacado de la información sobre mortalidad que le asigna este autor y el significado especial que tiene...

[...] descansa en una combinación de consideraciones que incluyen: (a) la importancia intrínseca que le damos y tenemos razón para darle a la vida, (b) el hecho de que muchas otras capacidades que valoramos son contingentes al hecho de estar vivos, y (c) finalmente, que los datos sobre mortalidad específica por edad pueden, hasta cierto punto, servir

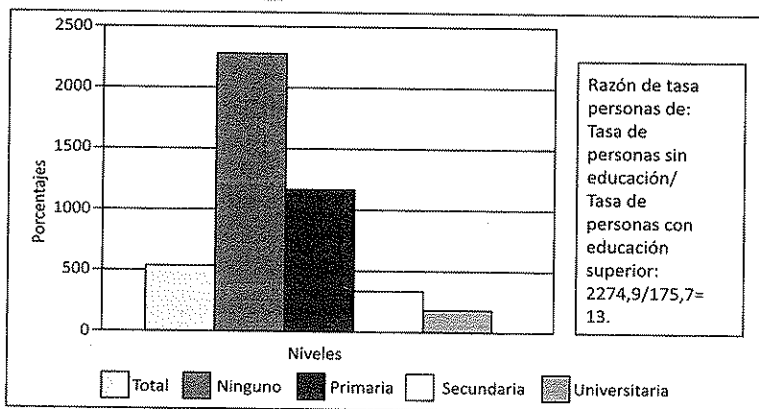


como representación de logros y fracasos asociados que quizá consideremos importantes”⁴⁷.

Esta sección presenta la información sobre tasas estimadas de mortalidad diferenciada por niveles educativos para la población de Bogotá⁴⁸ con 20 años y más, que ilustra las desigualdades representadas por esta variable.

La tasa de mortalidad estimada para las personas sin educación formal es 13 veces superior a la de quienes han cursado educación superior (gráfico 63) y, son marcadas las diferencias entre estos grupos en las distintas fases de la vida, desde la juventud hasta la tercera edad (gráficos 64 y 65). Para los mayores de 64 años, las proporciones de muertos son 2 veces superiores entre quienes carecen de educación y los que han accedido a la educación superior. La magnitud de estas diferencias señala la amplia brecha en la esperanza de vida entre los dos grupos, que depende de múltiples factores económicos y sociales, tal como se expresa en el texto citado de Sen.

Gráfico 63. Tasas de mortalidad de la población de 20 y más años, por nivel educativo, 2005



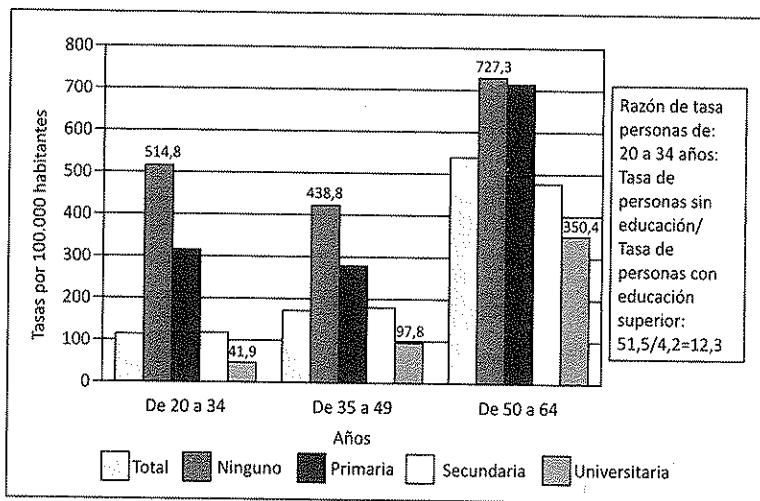
Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.

⁴⁷ Sen, A. (2007), pp. 85 y 104.

⁴⁸ Las tasas se obtienen por 100.000 habitantes. El cálculo de las tasas estimadas de mortalidad se hizo con base en los registros de defunciones (preliminares) de 2005 (SED, DANE), los resultados del Censo General de 2005 del DANE (Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007, [en línea], disponible en el sitio web del DANE) y las proyecciones de población (DANE) por grupo de edad y sexo para Bogotá, 2005. Las proyecciones por edad y grupo de edad sirvieron de base para el ajuste de los valores absolutos de las poblaciones por niveles educativos, que conservaron las estructuras obtenidas en el Censo General 2005 y sirvieron de denominadores para el cálculo de las tasas. La población que no informó nivel educativo en el Censo y en los registros de defunciones se distribuyó, para cada una de esas fuentes, proporcionalmente a las respuestas obtenidas en esa variable dentro de los distintos grupos de edad.

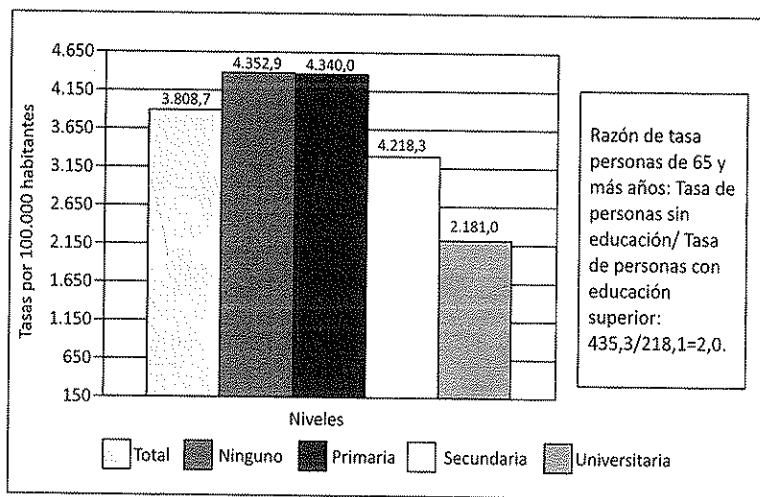


Gráfico 64. Tasa de mortalidad de población de 20 a 64 años, por grupos de edad y nivel educativo, 2005



Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.

Gráfico 65. Tasas de mortalidad de población con 65 años y más, por nivel educativo, 2005



Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.

La inequidad en la mortalidad tiene expresión en la mayor parte de las tasas específicas por causas de muerte y nivel educativo de las personas, a lo largo de su



trayectoria vital (cuadros 1 a 5)⁴⁹. Invariablemente las poblaciones con más bajos niveles educativos –sin educación o con educación primaria–, en todos los grupos de edad, presentan las tasas de mortalidad más elevadas para las causas de muerte consideradas, y las que recibieron educación superior, las más reducidas. Se evidencia así que las condiciones sociales relacionadas con la “posición social” y expresadas en el nivel educativo, ejercen una influencia sobre la probabilidad de muerte y los años de vida esperados. Algunos ejemplos ilustran el alcance que tienen las desigualdades puestas de presente por la información contenida en los cuadros:

La tasa de mortalidad de los mayores de 19 años, sin educación, para enfermedades respiratorias (no trasmisibles), es 30 veces mayor (razón de tasa) que la de quienes tienen educación superior (gráfico 66). Para las enfermedades del sistema circulatorio es 18 veces mayores en el primer grupo, que en el segundo (gráfico 67), para la diabetes mellitus 17 veces y para las enfermedades hipertensivas 52 (gráfico 68). Y es 6 veces mayor en quienes tienen educación primaria, las muertes por causa externa (accidentes y agresiones), para el conjunto de edades, y 14,5 en la población entre 20 y 34 años, lo que señala la influencia diferencial de factores de la vida urbana, la familia y el trabajo –tránsito vehicular, delincuencia, accidentes domésticos y laborales– (gráfico 69).

En las personas de 50 y más años, las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio son 2,3 más altas en los que tienen educación primaria que entre los que alcanzaron educación superior (gráficos 70 y 71).

En el grupo de 50 a 64 años las tasas por hipertensión son 51 veces más elevadas entre quienes no han cursado estudios formales, que entre quienes tienen estudios universitarios. Y son 4 veces mayores para los de 65 y más años. En las muertes por diabetes las diferencias son menores: de 2,4 en referencia a las personas de 50 a 64 años y de 1,8 en los mayores de 64 (gráficos 72 y 73). Las diferencias en las tasas de muertes por hipertensión y diabetes de la población de 65 y más años entre agrupaciones poblacionales, es un “decantado” de las condiciones particulares de vida que han tenido y del acceso y calidad de los servicios médicos que han recibido.

⁴⁹ Para la agregación de la causa básica de muerte se utilizó el primer nivel de agrupación de la lista OPS 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad (CIE-10), desagregando la diabetes mellitus y las enfermedades hipertensivas.



Cuadro 1. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de la población de 20 años y más, por tipo de causa de la muerte y nivel educativo, 2005

Nivel educativo	Total	Enfermedades transmisibles	Neoplasias (Tumores)	Enfermedades hipertensivas	Otras enfermedades del sistema circulatorio	Causas externas	Diabetes mellitus	Enfermedades del sistema respiratorio no transmisibles	Otras enfermedades	Enfermedades mal definidas
		Total	528,7	37,8	116,8	15,2	153,7	60,1	22,5	40,6
Ninguno	2274,9	188,9	351,0	123,5	785,9	91,0	99,1	266,9	315,5	53,2
Primaria	1159,4	72,9	238,9	35,5	368,8	107,4	56,2	100,7	153,1	26,0
Secundaria	329,9	25,9	80,3	6,6	77,1	62,7	11,3	16,8	40,2	8,9
Universitaria	175,7	14,7	54,2	2,4	42,5	17,6	5,9	8,7	24,3	5,5

Fuente: Cálculos CID.

Cuadro 2. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de la población de 20 a 34 años, por tipo de causa de la muerte y nivel educativo, 2005

Nivel educativo	Total	Enfermedades transmisibles	Neoplasias (Tumores)	Enfermedades hipertensivas	Otras enfermedades del sistema circulatorio	Causas externas	Diabetes mellitus	Enfermedades del sistema respiratorio no transmisibles	Otras enfermedades	Enfermedades mal definidas
		Total	117,8	9,8	12,1	0,2	4,2	73,2	0,4	1,3
Ninguno	514,8	76,4	0,0	0,0	39,9	139,6	0,0	27,0	196,3	35,5
Primaria	320,9	25,0	14,1	0,5	8,2	233,1	2,0	2,5	19,1	16,4
Secundaria	123,2	9,6	13,5	0,2	4,0	79,3	0,4	1,1	9,0	6,0
Universitaria	41,9	4,2	9,9	0,0	2,5	16,1	0,0	0,7	4,9	3,6

Fuente: Cálculos CID.



Cuadro 3. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de la población de 35 a 49 años, por tipo de causa de la muerte y nivel educativo, 2005

Nivel educativo	Total	Enfermedades transmisibles	Neoplasias (tumores)	Enfermedades hipertensivas	Otras enfermedades del sistema circulatorio	Causas externas	Diabetes mellitus	Enfermedades del sistema respiratorio no transmisibles	Otras enfermedades	Enfermedades mal definidas
Total	176,6	22,0	44,3	1,0	27,4	46,4	3,3	2,3	20,5	9,4
Ninguno	438,8	68,9	50,2	8,0	103,0	59,9	11,5	6,3	103,3	27,6
Primaria	281,0	26,1	60,8	2,3	46,5	80,9	6,9	5,8	32,7	19,0
Secundaria	167,2	23,9	42,1	0,5	24,3	47,5	2,7	1,7	17,7	6,8
Universitaria	97,8	13,8	34,6	0,4	13,8	17,2	1,0	0,3	11,4	5,2

Fuente: Cálculos CID.

Cuadro 4. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de la población de 50 a 64 años, por tipo de causa de la muerte y nivel educativo, 2005

Nivel educativo	Total	Enfermedades transmisibles	Neoplasias (tumores)	Enfermedades hipertensivas	Otras enfermedades del sistema circulatorio	Causas externas	Diabetes mellitus	Enfermedades del sistema respiratorio no transmisibles	Otras enfermedades	Enfermedades mal definidas
Total	549,4	30,2	183,6	8,9	156,0	41,6	27,9	19,3	65,3	16,7
Ninguno	727,3	44,2	199,1	31,4	195,5	53,8	33,0	52,6	93,2	24,5
Primaria	717,8	38,2	226,9	11,7	213,6	58,3	41,0	25,3	81,5	21,4
Secundaria	469,0	24,9	164,2	8,9	126,9	38,3	21,8	12,8	56,8	14,4
Universitaria	350,4	22,1	135,5	0,6	93,4	16,1	13,5	13,0	45,6	10,7

Fuente: Cálculos CID.

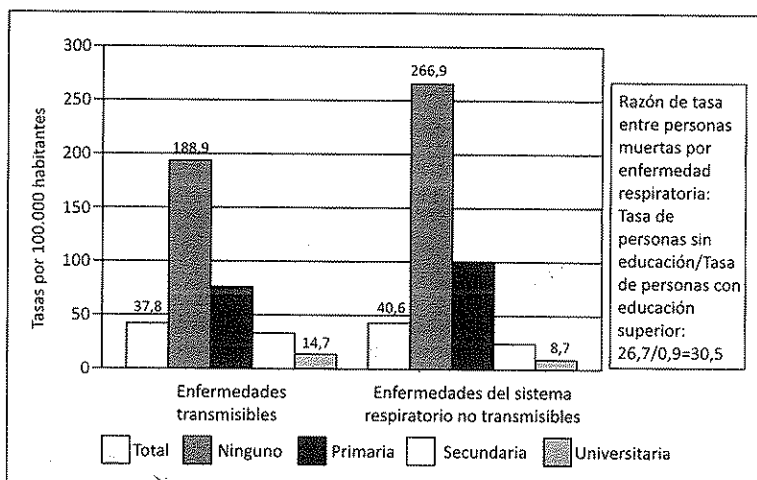


Cuadro 5. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de la población de 65 años y más, por tipo de causa de la muerte y nivel educativo, 2005

Nivel educativo	Total	Enfermedades transmisibles	Neoplasias (Tumores)	Enfermedades hipertensivas	Otras enfermedades del sistema circulatorio	Causas externas	Diabetes mellitus	Enfermedades del sistema respiratorio no transmisibles	Otras enfermedades	Enfermedades mal definidas
Total	3808,7	247,6	759,8	154,4	1350,8	88,7	190,9	419,5	546,9	50,2
Ninguno	4352,9	348,7	651,5	254,7	1592,7	110,5	198,0	556,0	556,6	84,3
Primaria	4340,0	263,8	817,9	171,0	1582,0	97,8	227,1	497,0	627,3	56,0
Secundaria	3218,3	207,7	796,6	110,0	1062,2	78,3	153,2	297,8	474,8	37,7
Universitaria	2181,0	148,4	569,5	62,8	696,8	47,5	107,7	188,3	346,1	13,7

Fuente: Cálculos CID.

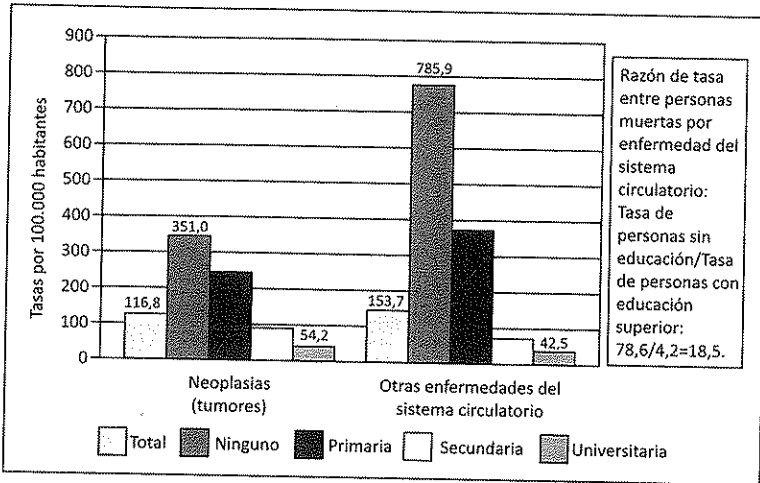
Gráfico 66. Tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles y respiratorias, de la población de 20 años y más, por nivel educativo, 2005



Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.

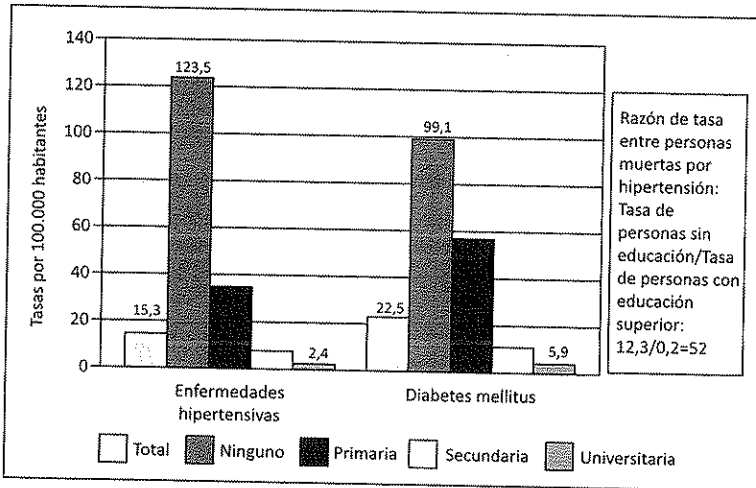


Gráfico 67. Tasas de mortalidad por tumores y enfermedades no transmisibles respiratorias, de la población de 20 años y más, por nivel educativo, 2005



Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.

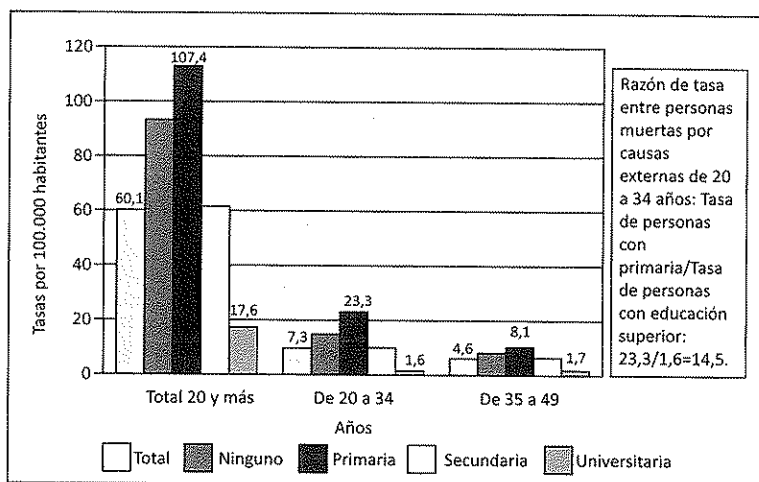
Gráfico 68. Tasas de mortalidad por enfermedades hipertensivas y diabetes, de la población de 20 años y más, por nivel educativo, 2005



Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.

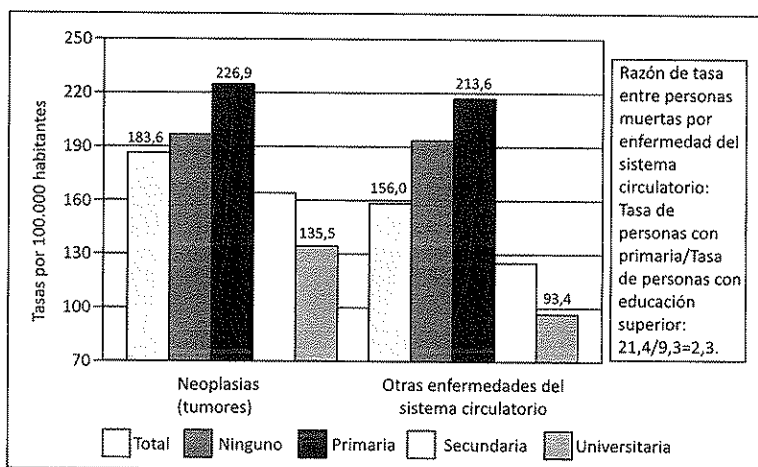


Gráfico 69. Tasas de mortalidad por causas externas, de la población de 20 años y más y de 20 a 49 años, por nivel educativo, 2005



Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.

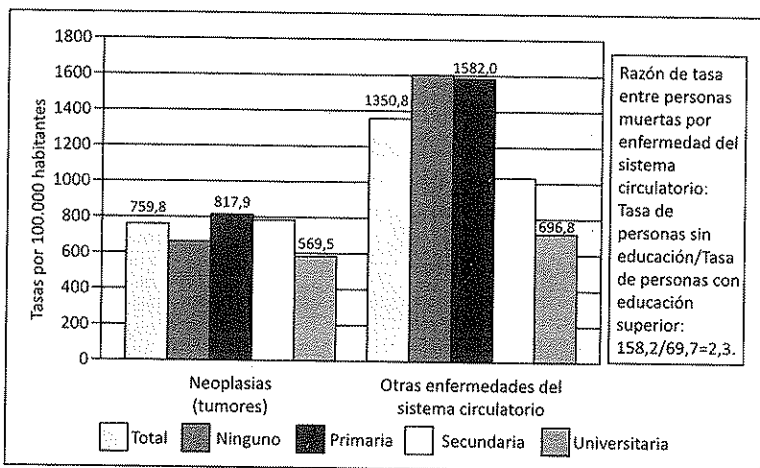
Gráfico 70. Tasas de mortalidad por tumores y enfermedades del sistema circulatorio, de la población de 50 a 64 años, por nivel educativo, 2005



Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.

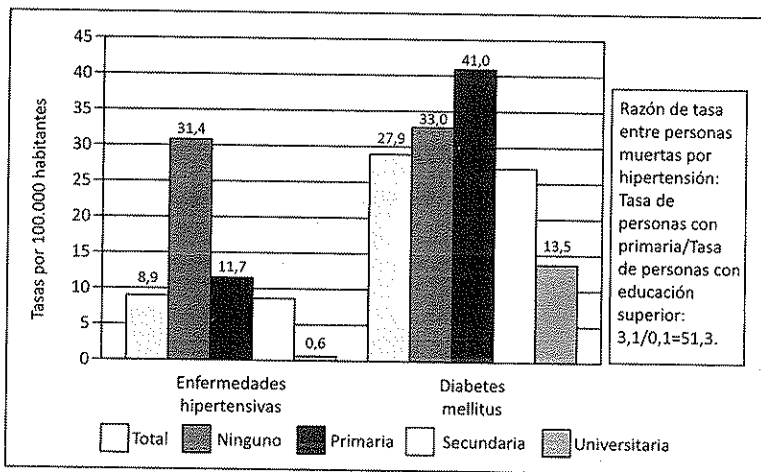


Gráfico 71. Tasas de mortalidad por tumores y enfermedades del sistema circulatorio, de la población de 50 a 64 años, por nivel educativo, 2005



Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.

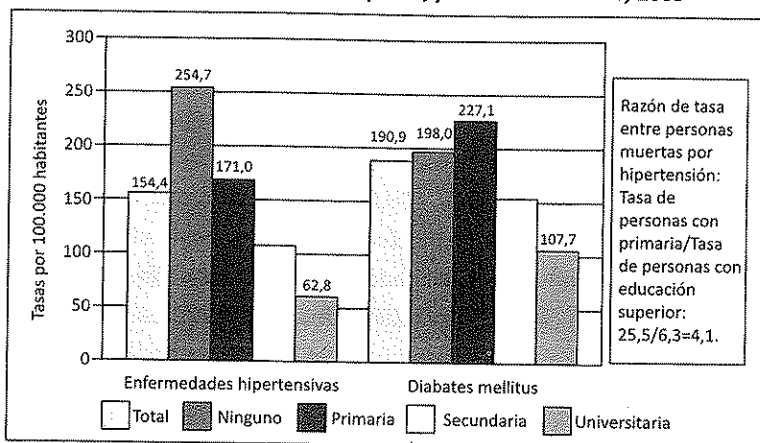
Gráfico 72. Tasas de mortalidad por hipertensión y diabetes, de la población de 50 a 64 años, por nivel educativo, 2005



Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.



Gráfico 73. Tasas de mortalidad por hipertensión y diabetes, de la población de 65 años y más, por nivel educativo, 2005



Fuente: Cálculos CID. Procedimientos y fuentes mencionadas en nota de pie de página 13.

Cuadro 6. Estimación del número muertes ocurridas en exceso para la población de 20 años y más, por grupos de edad y nivel educativo, en relación con las que se presentarían con la tasa de mortalidad de la población con educación universitaria, 2005

Grupos de edad, y nivel educativo		Muertes registradas	Total defunciones estimadas con tasa de educación superior	Exceso de muertes en relación con las que ocurrirían con la tasa de mortalidad de la población con educación universitaria	Porcentaje de muertes en exceso, en relación las que ocurrirían con la tasa de la población con educación universitaria
Total		23.136	13.016	10.120	43,7
Grupo de edad	Nivel educativo				
20 a 34 años	Ninguno	72	6	66	91,9
	Preescolar, Primaria	656	86	571	87,0
	Secundaria	1.099	373	726	66,0
	Universitaria	286	286	0	0,0
35 a 49 años	Ninguno	85	19	66	77,7
	Preescolar, Primaria	948	330	618	65,2
	Secundaria	1.088	636	452	41,5
	Universitaria	424	424	0	0,0
50 a 64 años	Ninguno	206	99	107	51,8
	Preescolar, Primaria	2.191	1.070	1.121	51,2
	Secundaria	1.181	883	299	25,3
	Universitaria	637	637	0	0,0
65 y más años	Ninguno	2.180	1.092	1.088	49,9
	Preescolar, Primaria	8.225	4.133	4.091	49,7
	Secundaria	2.842	1.926	916	32,2
	Universitaria	1.016	1.016	0	0,0

Fuente: Cálculos CID.



Una idea aproximada de las consecuencias de las inequidades en las probabilidades de muerte de jóvenes y adultos, de acuerdo con su nivel educativo, se puede obtener calculando cuántas muertes se evitarían si la tasa de mortalidad para toda la población fuera la de las personas con educación superior. Este ejercicio, que simula una situación de equidad en las tasas de mortalidad por grupos de edad y nivel educativo, lleva a concluir que, si se cumpliera esa condición, del total de muertes registradas en 2005 se dejarían de dar 10.120 en Bogotá, lo que representa el 43,7% de las muertes de habitantes de la ciudad (cuadro 6)^{49,50}. Es esta una ilustración de los efectos de la inequidad en las probabilidades de muerte, y de lo que podrá suceder cuando se logre la equidad en la salud y calidad de vida de la ciudad.

5.4 Conclusiones

La producción y presentación de indicadores seleccionados permite obtener una visión de las expresiones y magnitud de las inequidades en salud en Bogotá. Adoptar una presentación que siga las trayectorias vitales facilita la integración de la información y reafirma, en concordancia con el modelo de análisis, que las inequidades en salud corresponden con una configuración estructural de la sociedad. Los análisis destacan cómo las distintas formas de vinculación a la seguridad social, que señalan como esas diferencias en el acceso a los servicios y formas de protección, están en la base de las inequidades en salud.

Las medidas de desigualdad contenidas en la tabla 3 ofrecen una visión resumida de la situación. Son, por sí mismas, suficientemente elocuentes para mostrar que la inequidad en salud es un fenómeno persistente en múltiples situaciones a lo largo del ciclo de vida y que encuentra sus fundamentos en la configuración estructural de la sociedad.

Las inequidades en la gestación y primeros años de vida son el punto de partida que marca un derrotero en las fases posteriores. Las inequidades en el acceso a los servicios de salud son sistemáticas en todos los casos analizados; además, en la morbilidad infantil, la proporción de personas con enfermedad crónica y de hogares con miembros discapacitados se encuentran desigualdades apreciables.

⁵⁰ El mismo ejercicio, tomando en cuenta además el sexo de las personas, lleva a estimar que el "exceso" de muertes sería del 41,5%.



Las diferencias en las probabilidades de vida, que se expresan en los niveles de mortalidad, se manifiestan en las tasas estimadas de mortalidad, generales y por grupos de causas de muerte. Invariablemente las poblaciones con más bajos niveles educativos –sin educación o con educación primaria–, en todos los grupos de edad, presentan las tasas de mortalidad más elevadas, mientras que las que recibieron educación superior, las más reducidas. Se evidencia así cómo las condiciones sociales relacionadas con la “posición social”, ejercen una influencia decisiva sobre la probabilidad de muerte y los años esperados de vida. El hecho de que, durante 2005, el 43,7% de las muertes de la población de 20 años y más no se hubiera presentado si las tasas de mortalidad fueran, para todos los habitantes de Bogotá, las de la población con educación superior, muestra el resultado acumulado de las desigualdades en salud y pone de presente la magnitud de la injusticia que representan.



Tabla 3. Indicadores de inequidad en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá

Indicadores	Variables de posición social	Años	Valores del indicador		Razón de tasa	Fuente de información
			Grupo menos favorecido	Grupo más favorecido		
Inequidades en la gestación						
Bajo peso al nacer (%)	Nivel educativo de la madre: Ningún nivel educativo y primaria incompleta vs. Universitario completo	1998-2006	6,4	4,0	1,6	Registros de nacimientos
Nacidos vivos con menos de 4 controles médicos prenatales a la madre (%)	Nivel educativo de la madre: Ningún nivel educativo vs. Universitario completo	1998-2006	41,8	3,7	11,3	Registros de nacimientos
Inequidades en la infancia						
Prevalencia de desnutrición crónica de niños menores de 5 años (%)	Quintiles del índice de riqueza: quintil 1 vs. Quintil 5	2005	23,1	3,7	6,2	Encuesta de Demografía y Salud
Población menor de 5 años sin atención médica en caso de enfermedad (%)	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: Estrato 1 vs. Estratos 4 a 6	2003	32,4	1,3	24,9	Encuesta de Calidad de Vida
Población de 5 a 14 años sin atención médica en caso de enfermedad (%)	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: Estrato vs. Estrato 6	2003	47,8	11,5	4,2	Encuesta de Calidad de Vida
Menores de 5 años con discapacidad en aspectos cognitivos y neurológicos, que no asistan a centros de rehabilitación (%)	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: estrato 1 vs. Estrato 5	2007	48,4	4,2	11,5	Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad
Prevalencia de infección respiratoria aguda (IRA) en niños menores de 5 años (%)	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: estrato 1 vs. Estrato 3 a 5	2005	34,1	11,1	3,1	Encuesta de Demografía y Salud
Prevalencia de infección gastrointestinal en niños menores de 5 años (%)	Niveles del Sisben: nivel 1 vs. niveles 3 y 4	2005	8,0	4,9	1,6	Encuesta de Demografía y Salud
Inequidades en la juventud						
Población de 15 a 24 años sin atención médica en caso de enfermedad (%)	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: Estrato 1 a 3 vs. Estratos 4 a 6	2003	36,3	19,2	1,9	Encuesta de Calidad de Vida
Tasa estimada de mortalidad de la población de 20 a 24 años por nivel educativo (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno, Primaria incompleta vs. Universitario	2005	603,9	36,1	16,7	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasa estimada de mortalidad por causa externa de la población de 20 a 24 años por nivel educativo (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno, Primaria incompleta vs. Universitario	2005	400	16,1	24,8	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasa estimada de mortalidad por enfermedades transmisibles de la población de 20 a 24 años por nivel educativo (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno, Primaria incompleta vs. Universitario	2005	71,6	2,8	25,6	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.



Tabla 3. Indicadores de inequidad en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá (continuación)

Indicadores	Variables de posición social	Años	Valores del indicador		Razón de tasa	Fuente de información
			Grupo menos favorecido	Grupo más favorecido		
Inequidades en la edad adulta						
Población de 25 a 59 años sin atención médica en caso de enfermedad (%)	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: Estrato 1 vs. Estrato 6	2003	45,9	29,8	1,5	Encuesta de Calidad de Vida
Hogares con personas con dificultades físicas y sensoriales (%)	Estratos socioeconómicos para pago de servicios públicos domiciliarios: Estrato 1 vs. Estrato 6	2003	11,0	2,7	4,0	Encuesta de Calidad de Vida
Población de 40 a 59 años con enfermedad crónica (%)	Quintiles de ingreso: Quintil 1 vs. Quintil 5	2003	35,8	19,0	1,9	Encuesta de Calidad de Vida
Población de 30 a 59 años con enfermedad crónica sin consulta médica periódica (%)	Quintiles de ingreso: Quintil 1 vs. Quintil 5	2003	44,7	31,7	1,4	Encuesta de Calidad de Vida
Tasas estimadas de mortalidad de 20 a 34 años (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	514,8	41,9	12,3	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de 20 a 34 años por causa externa (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	139,6	16,1	8,7	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de 35 a 49 años (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	438,8	97,8	4,5	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de 35 a 49 años por causa externa (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	59,9	17,2	3,5	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de 50 a 64 años (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	727,3	350,4	2,1	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de la población de 50 a 64 años por diabetes (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	33,0	13,5	2,4	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasa de mortalidad materna por nivel educativo de la madre (tasas por 100.000 nacidos vivos)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario completo	2000 - 2004	122,2	55,6	2,2	Registros de nacimientos y de defunciones.
Inequidades en la tercera edad						
Tasas estimadas de mortalidad de 65 y más años (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	4352,9	2181,0	2,0	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de la población de 65 y más años por enfermedades hipertensivas (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	254,7	62,8	4,1	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.
Tasas estimadas de mortalidad de la población de 65 y más años por diabetes (tasas por 100.000 habitantes)	Nivel educativo: Ninguno vs. Universitario	2005	198,0	107,7	1,8	Registros de defunciones, censo 2005 y población conciliada 2005.

FUENTE: Procesamiento del CID de las fuentes mencionadas.



Bibliografía

Braveman Paula y Gruskin, Sofia (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Num. 57, 254-258.

CID - Grupo de Protección Social (2007, enero-diciembre). Diseño de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá. *Investigaciones en seguridad social y salud*, Núm. 9, 21-41.

CID - Universidad Nacional de Colombia (2003). *Medición de impacto del crédito educativo ACCES en la cobertura, la permanencia y el desempeño académico en la educación superior en Colombia* [Informe Final, Contrato de Consultoría, CID e ICETEX Núm. 11 de 2004]. Bogotá: Universidad Nacional - CID.

Evans, T.; Whitehead, M.; Diderichsen, F. y Wirth, M. (Ed.) (2001). *Desafío a la falta de equidad en salud, de la ética a la acción*. Washington: Fundación Rockefeller - OPS.

Fernández, Juan Manuel; Calzadilla, Ahindris; Fernández, Glenda et ál. (2004, abril - junio). Incidencia de bajo peso al nacer en el Policlínico Docente Antonio Maceo: Años 2000 a 2002. *Revista Cubana Pediatría*, Vol.76, Núm. 2.

Flórez, Carmen Elisa y Nupia, Oskar Andrés (2001). *Desnutrición infantil en Colombia: Inequidades y determinantes*. Bogotá: CEDE.

Fondo de la Organización de Naciones Unidas para la Protección de la Infancia (1998). *Estado Mundial de la Infancia, 1998. Tema: Nutrición*. Nueva York: Unicef.

Fondo de la Organización de Naciones Unidas para la Protección de la Infancia (2004). *Low Birthweight Country, Regional and Global Estimates*. New York: Unicef.

Fondo de la Organización de Naciones Unidas para la Protección de la Infancia (2006). *Estado Mundial de la Infancia*. Nueva York: Unicef.

Fresneda, Óscar y Martínez, Félix León (2007). *Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004)*. Bogotá: Secretaría de Distrital Salud, Universidad Nacional de Colombia - CID - Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá.

Fresneda, Óscar (2007). Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá (pp. 103-143). En: Restrepo, Darío I. (Ed.) *Equidad y salud. Debates para la acción*. Bogotá: Colección la Seguridad Social en la Encrucijada - Secretaría de Distrital Salud - Universidad Nacional de Colombia.

Fresneda, Óscar (2008). *Cambios en la estructura socio-ocupacional en Colombia: una exploración con base en fuentes estadísticas (1938-2003)*. Ponencia presentada en el X Coloquio



Colombiano de Sociología, Universidad del Valle. Bogotá: Universidad Externado de Colombia - Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Gwatkin, Davidson R.; Rustein, Shea; Johnson, Kiersten; Pande, Rohini y Wagstaff, Adam (2000). *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Colombia*. Washington: HNP - Poverty Thematic Group of The World Bank.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2005). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia*. Bogotá: ICBF

Martínez, Félix (2007). Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. Revisión conceptual (pp. 69-102). En Restrepo, Darío I. (Ed.) *Equidad y Salud. Debates para la acción*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Universidad Nacional de Colombia - CID.

Martínez Félix, León; López, Cesar Mauricio y García, Sol Ángel (2008). *La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Universidad Nacional de Colombia - CID.

Martínez, Rodrigo y Fernández, Andrés (2006). Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. *Serie Manuales, Núm. 52*. Santiago de Chile: CEPAL - División de Desarrollo Social.

Minujin, Alberto y Joon Hee, Bang (2002, abril - junio). Acerca del uso del 'índice de bienes' para la distribución de los hogares. *Desarrollo Económico, Vol. 42, Núm. 165*, 129-146.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2004a). *Au-delà des Nombres Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2004b). *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women, Family and Community Health*. Department of Reproductive Health and Research, Ginebra, disponible [en línea] en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_02.17.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad*. Ginebra: disponible [en línea] en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html.

Organización Mundial de la Salud (2008). *World Health Statistics 2008*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2002). *Boletín Epidemiológico, Vol. 23, Núm. 4*, Washington: OPS.



Profamilia (2005). *Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*. Bogotá: Profamilia.

Rutstein Shea, Óscar y Rojas, Guillermo (2006, September). *Guide to DHS Statistics Demographic And Health Surveys ORC*. Maryland: IRD/Macro International Inc. Calverton.

Rutstein Shea, Óscar y Johnson, Kiersten (2004). The DHS Wealth Index. *DHS Comparative Reports, Núm. 6*. Calverton, Maryland: ORC Macro.

Sen, Amartya (2007). *Primero la gente*. Barcelona: Ediciones Deusto.

Unicef (1990). *Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries*. New York: Unicef.

Villar, J, y Bergsjö, P. (2003). *Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS. Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

World Health Organization (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision*. Ginebra: OMS.

Conclusiones y recomendaciones

Darío Restrepo Botero*

Mario Hernández Álvarez**



Capítulo 6

*Director del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá, investigador del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, institución donde también es profesor asociado.

** Médico, especialista en Bioética, MSc y PhD en Historia, profesor asociado del Departamento de Salud Pública y director del Centro de Historia de la Medicina de la 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 Calidad de Vida y Salud de Bogotá del convenio interadministrativo entre la Secretaría Distrital de Salud y el CID de la Universidad Nacional de Colombia.



Este aparte contiene una síntesis de los capítulos del libro, ordenada a partir de las conclusiones más relevantes de cada uno de ellos y de sus principales recomendaciones de política. Se sigue el orden mismo de la publicación, a saber: (1) los análisis de los indicadores básicos sobre inequidad en los resultados de salud; (2) se recuerdan los principales aportes de la investigación sobre discapacidad; y, (3) se resumen las evaluaciones de dos políticas públicas, la relacionada con las lesiones derivadas de la actividad económica y, por último, la del entorno macroeconómico, la tributación y la equidad.

6.1 Indicadores básicos de seguimiento

6.1.1 Conclusiones

La producción y presentación de indicadores seleccionados ha permitido obtener una visión de las expresiones y magnitud de las inequidades en salud en Bogotá. Al adoptar una presentación y articulación de los indicadores siguiendo las trayectorias vitales se destaca que las inequidades en salud están arraigadas en una configuración estructural de la sociedad (cuadro 1). La información sobre tasas diferenciales de mortalidad de jóvenes y adultos por niveles educativos ilustra, de forma destacada, la magnitud de las inequidades en salud como resultado de las múltiples desigualdades sociales. La existencia de determinantes sociales asociados con las inequidades, más allá de los servicios preventivos o curativos que ofrece el sector salud, exige una visión amplia de las políticas públicas que podrían transformar la situación.

Dada la complejidad de la configuración de las inequidades en la trayectoria vital de las personas, a manera de prioridad, se incluyen a continuación algunas de las conclusiones del Observatorio sobre indicadores de inequidad en salud que guardan relación con la población materno-infantil.

La prevalencia de niños con bajo peso al nacer (BPN) sigue siendo elevada en Bogotá, frente a estándares internacionales. Esto evidencia que es necesario fortalecer las acciones para tratar los procesos sociales que producen tal circunstancia. El comportamiento del indicador no muestra una tendencia constante a la baja, y presenta una clara asociación con variables que expresan diferencias socioeconómicas, entre ellas el nivel educativo de las madres; adicionalmente, no se constata, además, que haya una dinámica permanente hacia la reducción de las inequidades sociales a este respecto.

La exploración realizada lleva a concluir que los niveles del indicador están asociados con otras variables que expresan el “marco de posibilidades” de los hogares,



en términos de las condiciones familiares –estado marital de la madre– y de los servicios provistos por la seguridad social –formas de afiliación–. Los hijos de madres casadas tienen mayores probabilidades de nacer con un peso normal y lo mismo ocurre con quienes nacen de mujeres afiliadas al Régimen Contributivo de salud. Llama poderosamente la atención que los afiliados al Régimen Subsidiado tienen mayor proporción de niños con bajo peso al nacer (BPN) que los “vinculados”.

Este resultado no tiene relación directa con el porcentaje de población bajo la línea de pobreza en dichas localidades. La localidad con menor prevalencia de BPN es Fontibón, seguida por Teusaquillo y Puente Aranda; de otra parte, las que tienen valores mayores son Santa Fe, Candelaria y San Cristóbal.

En cuanto al número de controles médicos prenatales también se encuentran que la ciudad se ubica en niveles inferiores frente a estándares internacionales y se observan diferencias apreciables en el porcentaje de madres con cuatro y más controles prenatales, asociadas con su nivel educativo. Las desigualdades en la proporción de madres con cuatro y más controles prenatales entre las “vinculadas” –sin afiliación a la seguridad social en salud–, quienes tienen afiliación al Régimen Subsidiado y las afiliadas al Régimen Contributivo señalan la existencia de formas diferenciales inaceptables de prestación de servicios a las embarazadas en relación con su situación frente a la seguridad social, las cuales son modificables en el corto plazo. Mientras que el 73% de las mujeres “vinculadas” asisten en promedio a las cuatro consultas, el 76% de las afiliadas al Régimen Subsidiado lo hacen, y el porcentaje llega al 92,6% para las afiliadas al Régimen Contributivo. Es preocupante que esas diferencias hayan aumentado en el periodo analizado, pues entre 1999 y 2004 las inequidades se hicieron más grandes debido a que el promedio de consultas para mujeres en el Régimen Contributivo aumentó de 6 a 7,4, en tanto que se mantuvo el correspondiente a las afiliadas al Régimen Subsidiado y a las vinculadas.

Por estado conyugal y grupo de edad también se encuentran desigualdades apreciables. El 72,1% de las madres viudas asisten en promedio a cuatro consultas prenatales, el 73,6% de las separadas y divorciadas y el 92,7% de las casadas. Las madres de menores y mayores edades, con más altos riesgos para el embarazo y parto, tienen menores posibilidades de ser atendidas con menos de cuatro controles prenatales. Igualmente, como expresión de la segmentación social espacial de Bogotá, se encuentran diferencias apreciables en el número de controles prenatales entre las localidades; así en la localidad rural de Sumapaz la proporción de madres con 4 consultas es del 75,4%, mientras que en la de Teusaquillo es del 91,4%.



6.1.2 Recomendaciones a la Secretaría Distrital de Salud

Se propone que la SDS haga una revisión de los programas que afectan las temáticas tratadas a la luz de la información producida, con el propósito de establecer la forma de contrarrestar, a través de ellos, los factores que inciden en la desigualdad en salud, en Bogotá.

La información producida lleva a sugerir que la SDS revise la orientación y forma de operación de *programas de salud materno-infantil* y establezca controles sobre las entidades prestadoras de salud (EPS), relacionadas con el bajo peso al nacer y el número de consultas prenatales. Esa información, junto a la relativa desnutrición infantil y a la prevalencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales, se destaca como uno de los ejes prioritarios de las políticas de equidad en salud a las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años.

Dentro del marco del recientemente formulado Plan Distrital de Salud Pública es posible, por una parte, incorporar el seguimiento de estas inequidades y no solamente de las metas poblacionales promedio; y por otra, lograr el compromiso de las EPS y de los prestadores para superarlas, a través de mecanismos, entre los cuales se pueden incluir pactos públicos de mejoramiento o de ajuste en los procesos de contratación con la EPS del Régimen Subsidiado y con la red pública adscrita. Sin duda alguna, la estrategia de Atención Primaria en Salud debería aportar en este sentido, siempre y cuando sea incorporada por todos los actores del sistema y no sólo en los territorios de Salud a su Casa.

La dinámica de articulación de los programas y de las acciones de varios sectores de la administración distrital en territorios sociales específicos, conocida como *Gestión Social Integral*, debe permitir la incorporación de la perspectiva de equidad para orientar ese esfuerzo.

El Observatorio ha llegado a un momento de desarrollo donde se hace indispensable dar un sustento sistemático y organizativo al tema de la información. Para las etapas futuras se debe incluir un proyecto tendiente a la sistematización de la información disponible en salud. Este proyecto va de la mano con la conformación de un equipo especializado en la administración de las bases de datos disponibles y la producción de información.

El informe detallado sobre los indicadores es un insumo fundamental para generar procesos de difusión y debate público sobre la equidad. La información puede servir



de base para la producción de varios boletines del Observatorio, con un formato más directo y de impacto en públicos diferentes. Pero también, es necesario ampliar los escenarios para la presentación del tema, tanto en el sector salud como en otros de la Administración distrital, el Concejo de la ciudad, la academia y las comunidades.

6.1.3 Recomendaciones a otros sectores administrativos del Distrito

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, dentro de la cual puedan ubicarse estos aspectos particulares. Lo descrito 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 tales inequidades.

En consecuencia, es necesario producirla. Para este propósito se propone la adecuación de las encuestas generales realizadas por el Distrito (Calidad de Vida y Capacidad de Pago); o bien, la puesta en marcha de una encuesta sobre equidad en salud con determinadas temáticas permanentes y sobre temas específicos de profundización en sus diferentes aplicaciones. Esta discusión involucra a varias instancias de la Administración distrital, en especial la Secretaría de Planeación Distrital, en coordinación con entidades nacionales, como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Con base en lo anterior, es posible revisar los indicadores de seguimiento del Plan Distrital de Desarrollo para tratar de incluir los pertinentes desde la perspectiva de la equidad en calidad de vida y salud en la ciudad. De esta forma, el enfoque de equidad podría ocupar un lugar de orientación general de las políticas públicas en la ciudad, entre ellas lo han venido proponiendo instancias de carácter global, como la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).



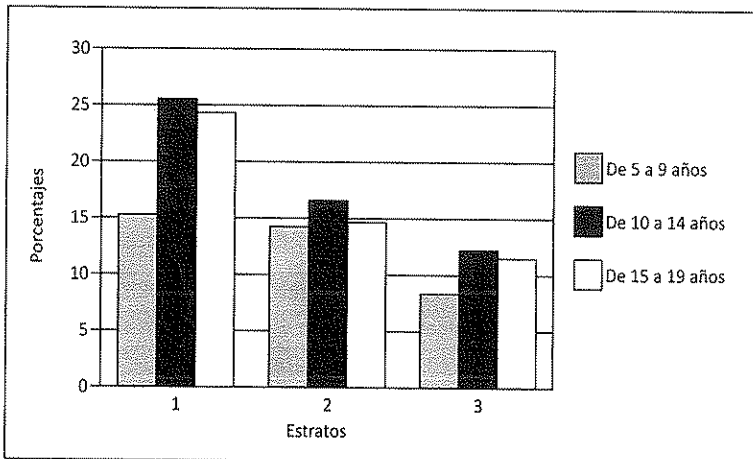
6.2 Investigación: la discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá

6.2.1 Conclusiones

La investigación corrobora la hipótesis planteada previamente en el sentido de que las ventajas/desventajas en la posición social condicionan diferencias o desigualdades en salud –inequidad en salud–; las cuales, en este caso se expresan a través de la discapacidad. La discapacidad que se encuentra concentrada en grupos más jóvenes en los estratos más bajos y sin atención adecuada es, en este sentido, una huella de la inequidad de nuestra sociedad (gráfico 1).

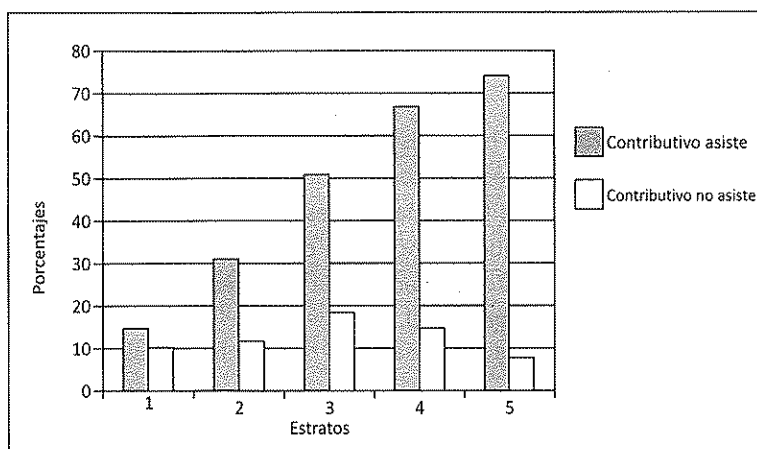
Con respecto a la discapacidad en adultos, se conforma un círculo vicioso en los estratos bajos, más afectados por la discapacidad, y con menos acceso a los servicios de rehabilitación, hecho que agrava la situación de dificultades y limitaciones. Ese círculo se acentúa aún más por el hecho de que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no incluye en el Plan de Beneficios servicios de rehabilitación más allá de las primeras semanas y, también, por el hecho de que los servicios especializados claves en muchas discapacidades –como neurología y fisioterapia–, no los cubre el POS Subsidiado (gráfico 2).

Gráfico 1. Inasistencia a establecimiento educativo de los menores discapacitados, por causa de la propia discapacidad, por grupos de edad en cada estrato



Fuente: Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá: cálculos de la investigación *La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá*.

Gráfico 2. Discapacitados afiliados al Régimen Contributivo que asisten y no asisten a servicio de rehabilitación, en cada estrato



Fuente: Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá: cálculos de la investigación *La Discapacidad como huella de la Inequidad Social en Bogotá*.

6.2.2 Recomendaciones

La situación descrita conduce a la necesaria recomendación de organizar, desde la oferta pública de salud, servicios de rehabilitación destinados a discapacitados de los estratos bajos, dado que no tienen cobertura de ese servicio por el SGSSS, ni forma de procurársela por sí mismos.

La recomendación que surge de la situación de inequidad encontrada en las discapacidades de los menores no puede ser otra que la implementación de una política de discriminación positiva hacia los niños discapacitados de estratos más bajos, capaz de romper el círculo vicioso de mayor discapacidad y menores oportunidades de educación en esos niveles socioeconómicos.

Ciertamente los esfuerzos de desarrollo de entidades de rehabilitación asociados a la caridad (v. gr. Teletón), tuvieron un alcance mínimo y no acabaron sirviendo de manera prioritaria a las poblaciones de menores ingresos. Cabe precisar que no hay perspectivas a mediano ni largo plazo de que la rehabilitación prolongada haga parte del plan de beneficios del Régimen Contributivo o del Subsidiado. El desarrollo del libro cuarto de la Ley 100 de 1993, sobre servicios sociales complementarios, que ha debido enfrentar esta problemática, ha sido nulo y el país no ofrece respuesta a personas que requieren más cuidados permanentes que atención médica propiamente dicha.



Las alternativas terapéuticas de muchos países desarrollados han sido los llamados *hogares de día*, propiciados por el Estado y manejados en conjunto con los ciudadanos, ubicados en cada barrio y en cada pueblo, para garantizar cuidados a un costo razonable a personas limitadas y hacer frente al grave problema social y económico que significa para familias nucleares cada vez más reducidas —con dos trabajadores e hijos pequeños—, contar con un familiar o anciano que requiere cuidados permanentes. Esta situación, sin instituciones sociales de apoyo, se traduce para las familias en una grave disyuntiva entre el abandono del pariente limitado o la severa reducción del ingreso familiar por el retiro del trabajo de uno de los adultos para dedicarse a su cuidado.

Las tendencias demográficas al envejecimiento y a la reducción del tamaño de la familia, evidentes en el Censo General de 2005, además de la mínima protección pensional de los trabajadores colombianos, señalan el inequívoco camino hacia un problema social de envergadura por la falta de respuesta del Estado y la sociedad para apoyar a las familias en el cuidado de personas con dificultades y limitaciones.

La información sobre la causa de la discapacidad permite observar con claridad la exposición diferencial al riesgo, tanto en el porcentaje de como en el tipo accidentes que origina la discapacidad en cada estrato. Si se toma en cuenta la causa del accidente que originó la discapacidad, los adultos de estratos bajos resultan proporcionalmente más afectados por los accidentes de trabajo, hecho que significa una mayor exposición al riesgo en sus actividades laborales.

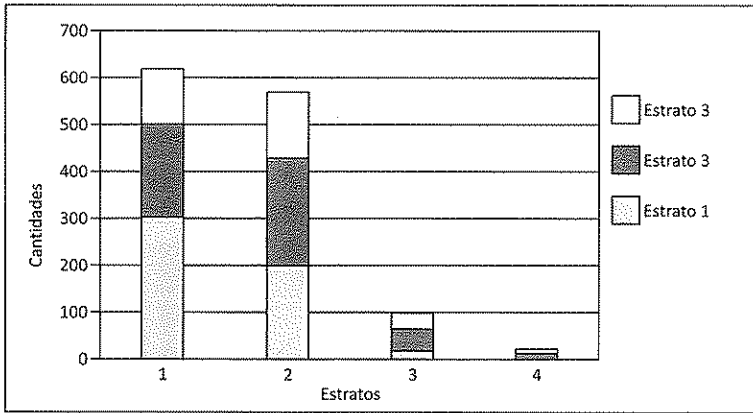
6.3 Investigación: Lesiones derivadas de la actividad económica

6.3.1 Conclusiones

Un análisis simultáneo que realizó el Observatorio sobre lesiones de causa externa confirma el hallazgo de la mayor discapacidad en estratos bajos, y muestra la desprotección en riesgos profesionales de los trabajadores de estos estratos en las empresas informales. Los accidentes de trabajo en las unidades de trabajo informal se concentran en las empresas de mayor nivel de informalidad, en los trabajadores de menores ingresos, de menor nivel educativo y de estrato más bajo (gráfico 3). En suma, los accidentes de trabajo se incrementan en la medida en que se suma de la exclusión social o de las desventajas sociales, en términos de estrato, ingresos, nivel educativo y desafiliación a la seguridad social.



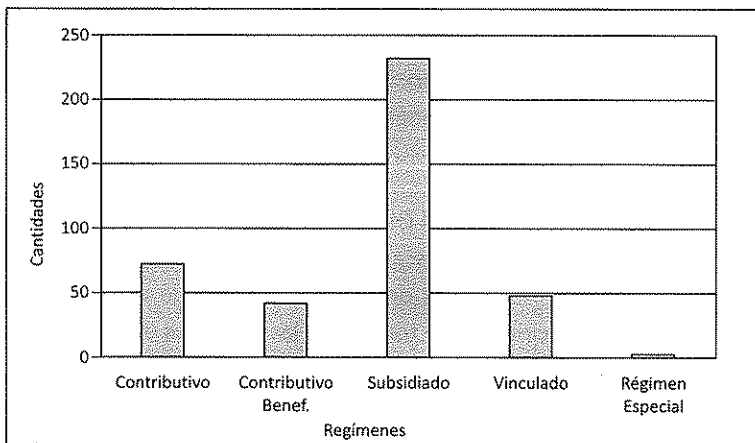
Gráfico 3. Accidentes de trabajo según grado de informalidad de la empresa, ajustado por estrato



Fuente: Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá: cálculos sobre las cifras del estudio de Caracterización de los Trabajadores de Empresas Informales en el Distrito.

Igualmente, dada la condición de afiliación, los costos derivados de los accidentes de trabajo, que deberían correr en buena cuantía por parte de los patronos o si son asegurados por las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), terminan siendo asumidos por los distintos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (gráfico 4).

Gráfico 4. Régimen de afiliación de quienes han sufrido accidentes de trabajo



Fuente: Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá: cálculos del análisis sobre cifras del estudio de Caracterización de los Trabajadores de Empresas Informales en el Distrito.



Sobre el total de las lesiones en actividad laboral, curiosamente el 56% se registran en el Régimen Contributivo, contra sólo un 8,6% en el Subsidiado y un 5,7% de vinculados. Este resultado es contraevidente con la proporción de afiliación laboral a la seguridad social. Demuestra, sin embargo, que se utiliza más el formato de registro de lesiones en los afiliados al Régimen Contributivo, o en las clínicas y hospitales que atienden estos afiliados. Por ello, deberá estudiarse este fenómeno más a fondo.

Finalmente, de las 4.229 lesiones en actividad laboral registradas, 3.364 no fueron reconocidas como accidentes de trabajo por una Administradora de Riesgos Profesionales. Este resultado demuestra que más del 86% de las lesiones de causa externa de origen laboral no tienen cobertura de riesgos profesionales. Por lo tanto, los costos respectivos que deberían correr en buena parte a cargo de los patronos son indebidamente asumidos por los distintos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6.3.2 Recomendaciones

La Secretaría Distrital de Salud requiere una investigación profunda sobre los riesgos para la salud derivados de la actividad laboral, en virtud de los costos que significa en servicios de salud y de la desprotección en riesgos profesionales de la mayoría de los trabajadores.

Otra necesaria recomendación es incentivar programas de prevención de riesgos asociados al trabajo informal, que busquen disminuir la accidentalidad de los trabajadores de estratos bajos no cubiertos en la sede de la empresa o microempresa o en los desplazamientos con transporte de mayor riesgo.

El análisis de la base de datos de lesiones deja ver, por otra parte, las deficiencias del registro en relación con el número total de lesiones producidas en la ciudad, dado que las cifras significarían una tasa del 5 por 1.000, la mitad del 10 por 1.000 que reporta Forensis para 2003 en la ciudad.

Pero más importante que lo anterior resultan las deficiencias del instrumento de registro que no permite ubicar adecuadamente la relación entre lesiones y actividades económicas. Dicho instrumento no permite registrar una actividad diaria en la que los ciudadanos se ven sometidos a riesgos, como la movilización a pie o en medio de transporte, por ejemplo desde o hacia el trabajo o el lugar de estudio o en función de cumplir con obligaciones ante distintas entidades o adquirir productos necesarios, etc.



Quienes no encuentran un campo apropiado en las actividades “social o recreativa”, “laboral”, “educativa” o del “hogar”, seguramente ubicarán las lesiones ocasionadas durante esos desplazamientos, que ocupan buena parte del tiempo de los habitantes de Bogotá como actividad “social o recreativa”, ya que no son actividades plenamente laborales, educativas o dentro del hogar. De allí el resultado sorprendente en el análisis de la base de datos cuando se registra que el 47,6% de las lesiones externas se origina en actividades sociales o recreativas.

Las recomendaciones derivadas de este análisis no pueden ser otras que ajustar los instrumentos de registro en lesiones externas, para incluir variables que permitan ubicar adecuadamente el entorno correcto de la lesión y su causa. Igualmente, se requiere ajustar el instrumento de recolección de la encuesta de *Condiciones de Salud y Trabajo en las Unidades de Trabajo Informal con Mayor Grado de Vulnerabilidad 2006*, de modo que permita registrar los accidentes de trabajo fuera de la sede laboral.

Resulta preocupante, por otra parte, el impacto que pueda tener el problema de facturación de los hospitales con el hecho de definir que una lesión externa se relaciona con una actividad laboral. Si los hospitales la registran podrían recibir glosas a la cuenta, lo que hace suponer un incentivo perverso de no registrar muchas lesiones derivadas de la actividad económica.

Las recomendaciones, por otra parte, se dirigen a la necesidad de ajustar la política de riesgos laborales desde una perspectiva de equidad, para que se tomen en cuenta todos los riesgos que se derivan efectivamente de la actividad económica y que se vuelven invisibles por no caer en la definición legal de accidentes de trabajo.

6.4 Entorno macroeconómico, tributación y equidad

6.4.1 Conclusiones

La dinámica económica de la capital está signada por la regulación macroeconómica que opera a escala nacional. Con relación al comportamiento del mercado laboral del Distrito, pese a presentar indicadores levemente mejores que el resto de Colombia, el empleo sigue siendo informal, precario, y está lejos de cumplir con las metas de “trabajo decente”, propuestas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La tasa de desempleo para el período comprendido entre 2001 y 2007 presenta una tendencia hacia el descenso; en efecto, según el DANE, en 2007 esta tasa era del 10,5%, en 2005 ascendió al 13,1% y en 2002 cuando todavía se dejaban sentir los efectos de la crisis del fin de siglo esta tasa se ubicaba en el 18,2%.



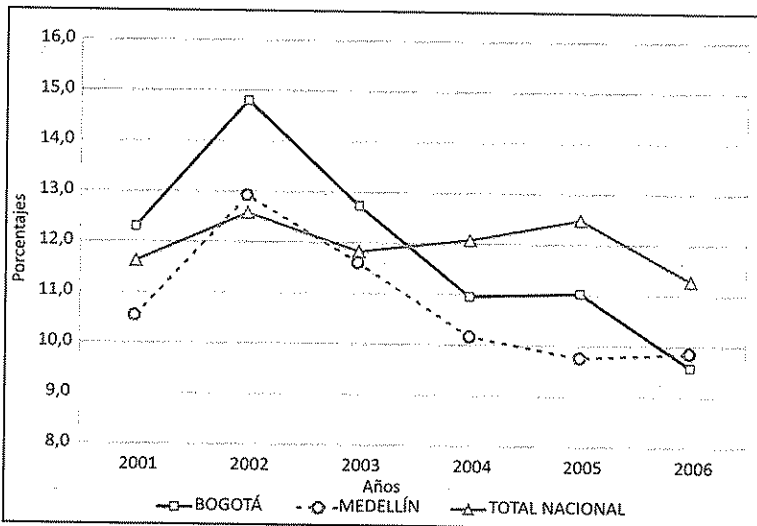
A pesar de esta relativa mejoría en el mercado laboral, algunos indicadores señalan que la precariedad en el empleo caracteriza al mercado laboral. Aunque la tasa de desempleo para el período comprendido entre 2001 y 2006 presenta una tendencia hacia el descenso, en 2006 el 52,24% de la población trabajadora queda incluida entre los desempleados y las diferentes modalidades de subempleo; para 2007 la tasa de subempleo subjetivo alcanza al 30,3% de la población ocupada.

A estas elevadas cifras es preciso adicionar la mayor dificultad que tienen las poblaciones pobres para insertarse en el mercado laboral. Los niveles de su exclusión se pueden apreciar en las inferiores tasas de participación laboral que registran frente a las poblaciones no pobres.

Como ya se mencionó, el trabajo precario es una de las características del empleo que se está generando: al sumar la tasa de subempleo subjetivo con el subempleo objetivo (gráfico 5) se obtiene, para el total nacional en 2001, un resultado del 43,45% de la población ocupada; en 2006 esa participación fue del 44,93%. En el Distrito Capital, esos porcentajes fueron del 42,16% y el 40,72% respectivamente. De otra parte, al sumar la tasa de subempleo total con la tasa de desempleo las cifras se vuelven preocupantes: para 2001, el 60,87% de la población trabajadora de la capital se encontraba en situación precaria, y aunque en el 2006 la participación disminuye, aún se ubica en un alto nivel (52,24%).

Gráfico 5. Porcentajes de subempleo en Bogotá, Medellín y total nacional, 2001 – 2006

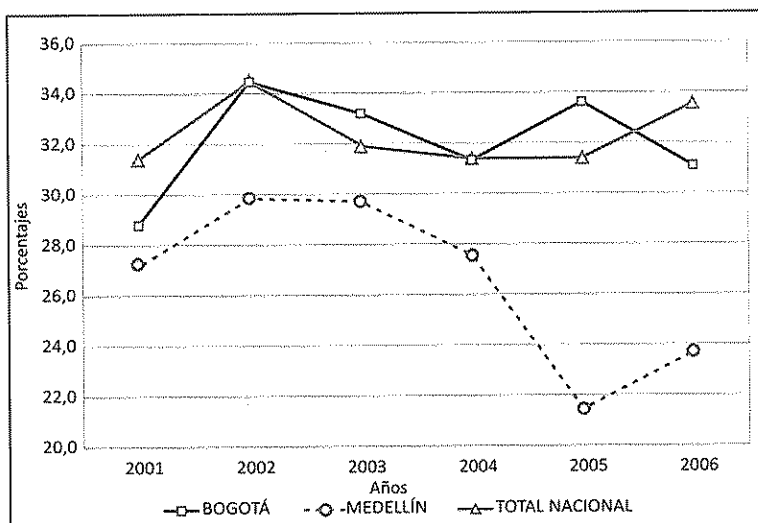
A. Subempleo objetivo



Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.



B. Subempleo subjetivo



Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

La fuerte correlación entre el coeficiente Gini y la desigualdad de los ingresos laborales, explicada porque la mayor proporción del ingreso de los hogares proviene de las remuneraciones, se convierte en un obstáculo importante para la reducción de la pobreza.

En materia de seguridad social en el Distrito ha aumentado la afiliación en salud —de acuerdo con la ECV del 2007 tan sólo el 12,67% están por fuera del aseguramiento—; se ha mantenido estable en pensiones y ha disminuido en riesgos profesionales, si se compara con lo alcanzado antes de expedir la Ley 100 de 1993. En Bogotá, como en toda Colombia, una de las principales fallas del sistema de seguridad social es su carácter pro-cíclico: al presentarse una crisis económica la afiliación disminuye dado que la financiación del sistema se origina en los aportes de empresarios y trabajadores.

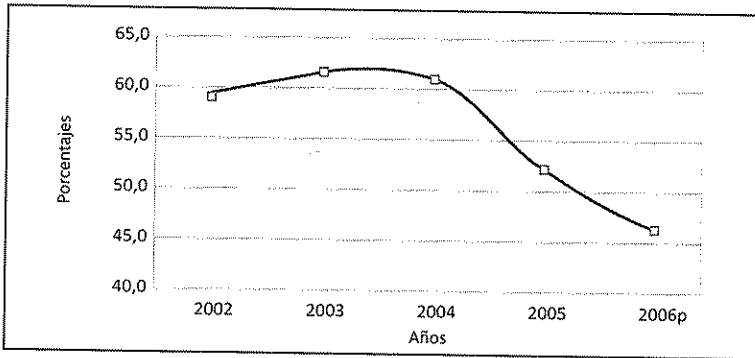
Otra característica del sistema en materia pensional es la exclusión de los cuenta propia o trabajadores independientes, que para 2003 registran una cobertura de afiliación de tan sólo del 12,1%. La información brindada por la Encuesta de Calidad de Vida de 2007 señala que persisten los problemas de exclusión en algunos de los componentes del sistema de seguridad social: la cobertura pensional sólo es del 49,2% —sin descontar los cotizantes inactivos—. En cuanto a riesgos profesionales, la situación es similar, el 48,4%.



Preocupa la afiliación a las ARP por parte del sector de trabajadores por cuenta propia, en esta posición ocupacional, es donde se presentan la mayor cantidad de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales que al no estar cubiertos por el aseguramiento impactan los recursos del sistema de salud. Según la ECV de 2007 ese grupo de trabajadores representan el 21,6% de la población ocupada y sólo tenían una cobertura de afiliación del 10,8%. Es necesario señalar que la cobertura en pensiones para este sector era del 14,1%

La política de protección social ha sido desarrollada gracias al Sistema General de Participaciones y a los recursos propios destinados por las diferentes administraciones para financiar los gastos en salud y educación (gráfico 6).

Gráfico 6. Participación de las transferencias en la inversión en salud y educación en Bogotá



Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

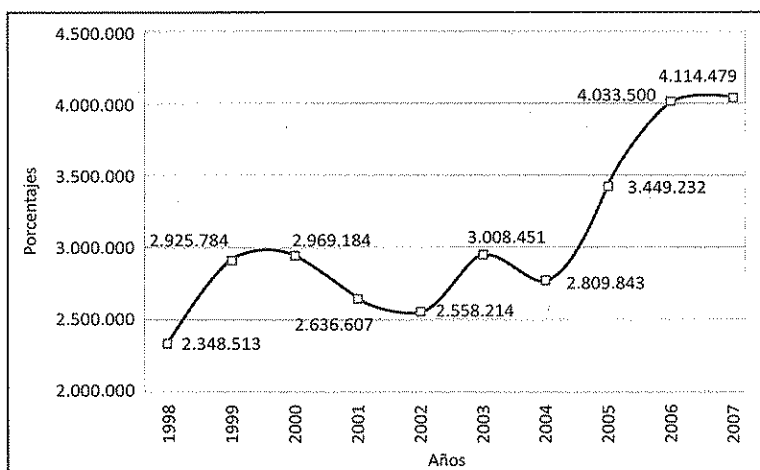
Una caída de la participación de las transferencias nacionales en la ciudad presiona un incremento de la inversión social propia del Distrito, más aun por la prioridad otorgada a la lucha contra la pobreza y la erradicación del hambre que se fijó la administración de Garzón. En el gráfico 7 se puede apreciar que entre 2004 y 2007 la inversión social en Bogotá, en términos reales, se incrementó en un 46%. La descapitalización de la Empresa de Energía de Bogotá permitió una política contracíclica en el momento en que se presentaba la crisis de final del siglo XX, incrementado la inversión social.

Este análisis puede ser complementado si se observa (gráfico 7) la inversión social como porcentaje del PIB distrital y la inversión social per cápita. En 1998 se presenta la participación más baja de la inversión social con relación al PIB (4,2%), mientras que las mayores participaciones se obtienen durante los dos últimos años de



la Administración de Garzón: en 2006 con el 5,8% del PIB y en durante el año 2007 se contó con un presupuesto en inversión social equivalente al 5,6%. Al analizar la inversión per cápita en el Distrito Capital (a precios constantes de 2005), se advierte que a partir del 2004 existe una tendencia a incrementarse, en 2007 la inversión social per cápita llega a \$550.000.

Gráfico 7. Inversión social en Bogotá (millones de pesos de 2006), 1998 – 2007



Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda - Dirección Distrital de Presupuesto. Cálculos: SDH - Dirección de Estadística y Estudios Fiscales.

En un escenario como éste, es de esperarse que la recesión reconocida en la economía norteamericana –socia más importante de la economía colombiana– impacte tanto a la nación como a la ciudad capital. Es bien conocido que la crisis golpea en mayor proporción a la población pobre y genera mayores niveles de inequidad en la sociedad colombiana; por ello, de manera inevitable se afectará el empleo, aumentará su precariedad y se reducirán los ingresos laborales; es decir, se incrementará tanto la pobreza dentro de los trabajadores asalariados como la de aquellos sectores que están por fuera del mercado laboral. La única forma de paliar el impacto sobre las condiciones de vida es generar un Sistema de Protección Social de carácter *universal* que actúe de modo contracíclico. Es en este sentido se orientan las recomendaciones contempladas anteriormente.

6.4.2 Recomendaciones generales al Distrito

Las recomendaciones de política pública que se derivan de los trabajos presentados para la primera y segunda fase del Observatorio con los títulos *Regulación Macroeconómica* y



Equidad y la Fiscalidad y el Sistema de Protección Social en el Distrito Capital se deben enmarcar en la crisis financiera que se presenta en la economía mundial y que de manera inevitable afectará tanto al conjunto de la economía nacional como al Distrito Capital. Por ello, las políticas en el Distrito deben adquirir un carácter contracíclico en lo económico y audaz en el campo de la protección social, para que los efectos sobre la sociedad no sean devastadores.

La hipótesis es que en cierta forma —y no sabemos si de manera coyuntural o definitiva— el modelo basado en la globalización y la desregulación de los mercados financieros se está agotando. Se observa en las medidas del Gobierno norteamericano y en la Unión Europea una fuerte intervención del Estado, con traslado de recursos públicos (impuestos) hacia el gran capital para salvar al sistema financiero. Esta nueva ola de intervencionismo de Estado en beneficio del gran capital pone en jaque aquellas teorías construidas sobre “Estados mínimos”.

En Colombia no se puede esperar un crecimiento económico del mismo nivel que el registrado en el quinquenio anterior; es decir, con base en el sector externo y teniendo como eje el gasto militar, es preciso inclinar la balanza hacia el mercado interno, asignándole un papel más protagónico a la inversión pública. Por tales razones, el eje de la política debe ser el mercado laboral, del cual se deriva nuestra primera recomendación: el Distrito debe generar trabajo decente, es decir, en el cual haya una relación directa con el empresario —sin intermediación laboral—, afiliación a los sistemas de seguridad social y salarios acordes con el valor de la canasta familiar. En este orden de ideas los contratistas de las obras públicas deben garantizar esas condiciones a sus trabajadores, hacer cumplir no sólo los pactos internacionales sino la legislación laboral colombiana.

De otra parte, se debe contemplar la posibilidad de convertir al Gobierno local en empleador de última instancia. Las “pequeñas” obras intensivas en mano de obra —arreglo de andenes, construcción de ciclorrutas, remodelación de parques, entre otros—, se convertirán en poderosas herramientas para generar empleo remunerado adecuadamente y con garantías laborales. No hay que olvidar que la mejor forma de luchar contra la pobreza es la creación de trabajo digno.

6.4.3 Recomendaciones a la Secretaría Distrital de Salud

Los recursos para el SPS deben ser apropiados con una fiscalidad directa y progresiva. En ello radica la importancia de que la nueva reforma tributaria —por tramitarse ante el Consejo de Bogotá—, incluya el recaudo a los grandes contribuyentes



que quedaron exentos del pago de la valorización y ajuste las tarifas de esos impuestos para garantizar equidad tributaria. Igualmente, no se puede adoptar una política de mantener recursos sin ejecutar, por estar colocados en el sistema bancario, con el fin de obtener una buena calificación de riesgo.

Una política de esta naturaleza, en las actuales circunstancias, implica un alto riesgo de erosión de recursos por efecto de la volatilidad financiera y es un contrasentido cuando el país requiere estimular el crecimiento. En materia de gasto en el SPS la recomendación es avanzar hacia la universalidad; ello significa tener como meta el logro de la cobertura universal en aquellos programas construidos sobre la focalización, al amparo de la Sentencia T760 20 del 2008 que en su parte resolutive ordenó:

“Al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud.

Esta regulación también deberá (i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales.

La Secretaría Distrital debe convertirse, entonces, en adalid para que al finalizar la presente administración desaparezca todo tipo de discriminación entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado en salud y la ciudad capital se enrumbe por el camino de la equidad en el Sistema General Seguridad Social en Salud.

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá sometió en el año 2008 la situación de la salud de los bogotanos a un análisis de equidad. Así pudo documentar que las principales enfermedades que afectan a la población, la discapacidad y las causas de los decesos se reparten de manera diferente entre los grupos sociales. Los ingresos, el estrato social, el nivel educativo, la adscripción a la seguridad social, el acceso a los servicios de salud, las relaciones laborales y otros determinantes sociales e institucionales producen resultados desiguales sobre la salud de las personas a lo largo de la vida.

La producción y la divulgación de conocimientos especializados sobre la equidad en salud son un aporte a la necesaria discusión pública sobre el quehacer en materia de calidad de vida y salud de los bogotanos. El Observatorio hace un llamado al sector estatal, los líderes políticos, sociales, comunitarios y empresariales para reducir las brechas en salud. Con el propósito de contribuir a tal fin, cada uno de los tópicos de este informe propone recomendaciones de política a la Secretaría Distrital de Salud, iniciativas que ésta podría adelantar con otros sectores administrativos, junto con propuestas a la administración distrital en su

conjunto y a la sociedad. De esta forma, se pretende avanzar hacia la construcción social de una política pública de equidad en calidad de vida y salud para Bogotá.

ISBN 958-719-390-3
9 789587 193909

