



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ESTADO DEL ARTE DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE EQUIDAD EN SALUD EN BOGOTÁ (2006-2010)

Por: Germán Granada Osorio¹. Contrato 1398-2013.

Resumen

Introducción: Este artículo presenta un estado del arte en torno a la discusión sobre la equidad en salud en la ciudad de Bogotá durante el periodo 2006-2010. Para este fin, se han revisado las más recientes investigaciones en este campo y se han seleccionado nueve investigaciones sobre equidad en salud en Bogotá: una, publicada en el año 2010; cuatro en el 2008; una en el 2007; y tres en el año 2006.

Objetivo: elaborar un estado del arte sobre el tema de la equidad en salud en Bogotá, D.C. y mostrar las diversas perspectivas de análisis, metodologías y resultados alcanzados en las investigaciones analizadas sobre esta problemática, cuya literatura no es muy abundante.

Método: Se procedió a escoger investigaciones que abordaban el problema de la equidad en salud en Bogotá D.C. desde diferentes perspectivas metodológicas y publicadas en el periodo 2006-2010. Para el análisis, se procedió a elaborar matrices de las investigaciones que contemplaran los siguientes aspectos para posteriormente contrastarlos y establecer conclusiones:

- Identificación del objeto de estudio.
- Identificación del problema.
- Identificación del enfoque teórico.
- Identificación del procedimiento metodológico usado por el autor.
- Identificar el procedimiento para el análisis de la información.
- Resultados.
- Aporte para el desarrollo de investigaciones desde el enfoque de equidad en salud.

Diseño: Es un estudio observacional, no experimental, retrospectivo, analítico, de estado del arte.

Resultados: Se encontró que las investigaciones son susceptibles de ser clasificadas de acuerdo con dos tipos generales de abordaje del problema, que fueron deducidos de las características mismas de las investigaciones recopiladas. Estas dos tipologías son: primero, aquellas investigaciones que abordan el problema de la equidad en salud desde las demandas de equidad de los diferentes grupos poblacionales. Y segundo, las investigaciones que abordan el problema de la equidad en salud desde el análisis del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), más

¹ Profesional Especializado 1, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Dirección de Planeación Sectorial. Profesional en Filosofía (U. del Rosario), Magíster en Estudios Sociales (U. Pedagógica Nacional). Correo institucional: gagranada@saludcapital.gov.co

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

específicamente desde la estructura, organización, financiación, cobertura, aseguramiento, acceso y calidad.

Conclusiones: En Bogotá D.C. persisten las inequidades en salud según grupos poblacionales y según tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por otra parte, se recomienda integrar a las investigaciones sobre equidad en salud el concepto de calidad de vida, pues ésta condiciona el estado de salud de la población en varios sentidos, haciéndola más o menos vulnerable a los daños en la salud y potenciando o limitando su capacidad de respuesta a estos daños. Así, el análisis no se centraría exclusivamente en los resultados del sistema de salud, porque la equidad en un sistema de prestación de servicios es condición necesaria, pero insuficiente para garantizar mejores resultados en el estado de salud de las personas.

Tabla de investigaciones analizadas

#	Título (Año de publicación).	Autor (a).	Objetivo.
1	Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. (2008). Proyecto: Género y equidad en el acceso a la atención en salud en la reforma a la seguridad social.	Guarnizo Herreño, Carol C; Agudelo Calderón, Carlos.	Identificar patrones, tendencias, determinantes y consecuencias de la inequidad según género en la salud y la atención en salud.
2	Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, 2007. (2008).	Ariza Montoya, John; Hernández Álvarez, Mario.	Establecer si la pertenencia a un grupo étnico es uno de los principales determinantes en las desigualdades en salud.
3	Barreras de acceso en el servicio a salud en el adulto mayor". (2006).	Forero González, Gloria; Peña, Ana Dolores.	Determinar las inequidades que padecen los adultos mayores en el acceso a los servicios de salud.
4	Los matices de la vulnerabilidad. Factores asociados a la salud sexual y reproductiva en grupos priorizados de localidades en emergencia social de Bogotá, D.C. (2007). (Proyecto Movilización social para el sexo seguro en	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fundación Henry Ardila; Liga Colombiana de Lucha contra el Sida; Assur por Tiempos mejores; Fundación Procrear.	Evaluar la implementación de estrategias de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención del VIH-Sida, en diferentes grupos de población.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

	Bogotá).		
5	La Discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá. (2010). Proyecto Observatorio para la equidad en calidad de vida y salud de Bogotá, III Fase.	Martínez Martín, Félix León.	Medir el efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la capacidad / discapacidad de los/las bogotanos/as.
6	La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. (2008).	Vega Romero, Román; Restrepo Vélez, María Ofelia.	Evaluar la experiencia de la política de salud y de la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud (APIS) desarrollada por el gobierno local de Bogotá durante el período 2004-2007.
7	Equidad en salud: estudio de caso en el Distrito Capital de Bogotá. (2006).	Martínez Barragán, Martha Patricia.	Realizar un diagnóstico de la situación de la salud en Bogotá, desde la perspectiva de equidad en el acceso, utilización y la calidad de los servicios de salud.
8	Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. (2008).	Rubio Mendoza, Martha L.	Valorar desde el enfoque de equidad el acceso a la atención en salud en las 20 localidades de Bogotá.
9	Un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento en Bogotá, 2001. (2006).	Martínez Bejarano, Rubby Marcela.	Establecer inequidades en la cobertura y acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según régimen de aseguramiento y análisis de mortalidad.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

1. Investigaciones de equidad en salud según grupos poblacionales y sus demandas

Entre las investigaciones en salud que abordan el problema según grupos poblacionales y sus demandas, se encontraron grupos según el género, la etnia, la edad, la sexualidad y la discapacidad, entre otras.

La dimensión de género en la equidad en salud² hace referencia a las características biológicas que diferencian a hombres y mujeres y al efecto que las representaciones sociales masculinas y femeninas conllevan sobre desigualdades sociales, injustas y evitables, como las desencadenadas por el sexismo. A partir de las diferencias biológicas se construye un significado social: el género, basado en la división según el sexo, los roles y el poder. De esta manera, el género se convierte en uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social. Las inequidades de género en salud son examinadas a partir del estado de salud y sus determinantes; el acceso efectivo a la atención de acuerdo con la necesidad; el financiamiento de la atención según capacidad de pago y, el balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud.

La relación entre etnia y salud ha sido poco estudiada en nuestro país desde la perspectiva equidad en salud; lo mismo ocurre para el caso de Bogotá; esto hace difícil contrastar los resultados de esta investigación con esfuerzos previos. El estudio³ evidencia diferencias en el acceso a los servicios que no responden al reconocimiento de las diferentes necesidades y, por el contrario, muestran la ausencia del reconocimiento cultural. Se desconoce la especificidad étnica de las poblaciones y se confirma la discriminación excluyente en los servicios de salud. La cuantificación de la discriminación étnica y la mayor vulnerabilidad de las etnias encontrada en este estudio, concuerdan con el diagnóstico general de la existencia de inequidades en salud y en las condiciones sociales de vida de la población indígena y afrodescendiente, con respecto a la población general a nivel distrital y nacional. Las inequidades que padecen los grupos étnicos respecto de la población en general son: menor ingreso, menor acceso a servicios, mayores niveles de morbilidad y mortalidad. Tales diferencias dependen de la construcción de la etnicidad y de la posición social derivada de ella en el contexto de una sociedad excluyente.

Otra de las categorías es la edad, que desempeña un factor clave para el análisis de la equidad en salud en un grupo poblacional específico, tal como lo señala la investigación

² Guarnizo Herreño, Carol C; Agudelo Calderón, Carlos. "Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia". Revista de Salud Pública, diciembre de 2008, vol.10, pp. 44-57.

³ Ariza Montoya, John; Hernández Álvarez, Mario. "Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007". Revista de Salud Pública, diciembre de 2008, vol.10, pp. 58-71. Según datos del Censo 2005 del DANE, en Colombia las etnias representan el 13,8 % de la población, mientras que en Bogotá representan el 1,7 %. Los indígenas y los afrodescendientes padecen situaciones de exclusión social que se reflejan en la salud de las comunidades.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

sobre el adulto mayor⁴ en estratos 1 y 2, en la cual se establecen y caracterizan las barreras de acceso en el servicio a salud de adultos mayores, que habitan en la vereda de San José, y los barrios Carbonell y el Palmar.

En cuanto a la sexualidad, se encuentra la investigación sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR)⁵, que constituye una dimensión esencial de la salud humana y poco estudiada desde la equidad en salud. En esta investigación se procedió a identificar las necesidades y condiciones en Derechos Sexuales y Reproductivos (DRS) y SSR en grupos poblacionales considerados vulnerables frente al VIH-Sida, de seis localidades declaradas en emergencia social en Bogotá, en el año 2004. Se focalizó el estudio sobre: jóvenes, mujeres, personas privadas de la libertad, hombres que tienen sexo con hombres, personas en situación de prostitución. La investigación indagó por variables socio demográficas y variables de comportamiento sexual de los diferentes grupos, así como el acceso y la atención en los servicios de salud, y en los contextos de socialización interrogó sobre las condiciones que favorecen la adopción de prácticas sexuales saludables y las percepciones de los funcionarios y administradores sobre la SSR. Esta investigación levantó la línea de base, de acuerdo a indicadores de comportamiento para la vigilancia en salud pública en SSR y VIH-Sida en los grupos considerados.

En cuanto a la investigación sobre inequidades en salud en personas en situación de discapacidad⁶ se examinaron desde la perspectiva de entender la salud como desarrollo de capacidades y potencialidades del cuerpo humano, (la capacidad respiratoria, cardiovascular, neuromuscular, inmunológica, visual, digestiva, afectiva, intelectual, 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 durante el mayor tiempo posible en el adulto, gracias a los conocimientos de la

⁴ Forero González, Gloria; Peña, Ana Dolores; “Barreras de acceso en el servicio a salud en el adulto mayor”. Bogotá: Hospital Pablo VI de Bosa, 2006. La investigación se desarrolla en la localidad séptima de Bosa, indaga por las inequidades que en el acceso a los servicios de salud padecen los adultos mayores, de 60 a 85 años, dependiendo del tipo de afiliación al sistema de seguridad social.

⁵ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Los matices de la vulnerabilidad. Factores asociados a la salud sexual y reproductiva en grupos priorizados de localidades en emergencia social de Bogotá, D.C. Bogotá: SDS, UNFPA, 2007. La investigación se realizó a través de un trabajo conjunto e intersectorial entre el sector gubernamental, las agencias de cooperación internacional y las organizaciones sociales, para dar respuestas a las problemáticas relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), particularmente en la implementación de estrategias de promoción de la SSR y prevención del VIH-Sida. La investigación aborda las necesidades y condiciones de diferentes grupos de población en Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y SSR: Estudiantes de colegios distritales; mujeres del Centro de Reclusión Femenino El Buen Pastor; hombres de la Cárcel Distrital La Modelo; jóvenes del centro de Reclusión de Menores “El Redentor”; las jóvenes del Hogar femenino Luis Amigó; estudiantes de la Universidad Distrital, mujeres de las localidades de Ciudad Bolívar y Usme, y los funcionarios de dichas instituciones.

⁶ Ver Martínez Martín, Félix León. “La Discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá”. En: Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. Editado por Darío Restrepo Botero. Colección: La Seguridad Social en la encrucijada. Tomo 5. Bogotá: SDS, CID-UN, 2010, pp. 121-170. Analiza las inequidades en el acceso a la salud que padecen las personas en condición de discapacidad. Plantea una perspectiva de salud en términos de desarrollo de capacidades desde la infancia y la conservación de las mismas en la medida que avanza la edad adulta. Plantea que la equidad en salud va más allá del acceso a la asistencia sanitaria.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

sociedad y al desarrollo científico y tecnológico. Desde esta perspectiva, lo contrario a la salud no es la enfermedad, sino la discapacidad.

Por otra parte, la investigación que evalúa la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en Bogotá⁷, entre los años 2004 y 2007, considera ésta como una estrategia efectiva para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud al enfrentar los determinantes sociales de éstas. Se trata de establecer si la APIS ha contribuido o no a la reducción de las inequidades en salud a través de la disminución de los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y del empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria.

En seguida y para terminar de describir todas las investigaciones que forman parte de este trabajo, se presentarán las investigaciones sobre equidad en salud según el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social y Salud.

2. Investigaciones de equidad en salud según el funcionamiento del SGSSS

La investigación de la equidad en salud a partir del análisis del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se puede observar que en las tres investigaciones que lo abordan, unas examinan el Sistema desde el punto de vista de su estructura, organización y recursos; otras lo hacen desde el punto de vista de la oferta y la demanda, y otras evalúan el desempeño del Sistema de salud, la cobertura, la accesibilidad, la utilización y la calidad de los servicios.

El análisis de la situación de la salud desde el enfoque de equidad busca integrar la calidad de vida de la población, el estado de salud, la respuesta social a través de la atención en el sistema de salud. En las investigaciones se analizan las inequidades en la negación al acceso a los servicios de salud, lo que implica que los usuarios tienen que recurrir a sus propios recursos para cubrir los gastos de la atención en salud, lo que se conoce como “gastos de bolsillo”.

En la investigación analizada⁸ se identificaron inequidades para el total de la población de Bogotá, así como para cada una de las localidades, relacionadas con la edad, los ingresos, el estado de afiliación y el sexo y la manera cómo resolvieron una urgencia de salud o situación de enfermedad en los últimos 30 días a la realización de la encuesta. Bogotá tiene

⁷ Vega Romero, Román; Restrepo Vélez, María Ofelia. *La política de salud en Bogotá, 2004-2008*. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. Memorias Foro Nacional por la Salud. Bogotá, SDS, 2008.

⁸ Martínez Barragán, Martha Patricia. *Equidad en salud: estudio de caso en el Distrito Capital de Bogotá*. Tesis para optar al Título de Magíster en Salud Pública. Dirección: Carlos Agudelo Calderón. Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá, Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública, enero de 2006. La investigación realiza un diagnóstico de la situación de la salud en Bogotá, analizando estadísticas que señalen los problemas de equidad en salud en la ciudad. La investigación evalúa el impacto de la transformación del Sistema Nacional de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde la perspectiva de equidad en el acceso, utilización y la calidad de los servicios, con énfasis en el caso particular de Bogotá D.C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

una de las proporciones más bajas de «enfermedad sentida» en el país. Las mujeres tienen una mayor percepción de la “necesidad en salud” que los hombres. En la medida que aumenta la edad la percepción del estado de salud se deteriora, lo contrario ocurre con el quintil de ingresos, en la medida que aumenta el ingreso, la percepción en el estado de salud mejora, situación que refleja las condiciones de bienestar y calidad de vida que tienen las personas de mejor nivel socioeconómico.

Por su parte, en la investigación en equidad en el acceso y uso de los servicios en salud⁹ establece como parámetros los niveles de afiliación y cobertura, y realiza estudios exploratorios y transversales, mediante encuestas, con variables demográficas y sociales, para detectar las diferencias que pudiesen existir entre afiliados y no afiliados en términos de acceso y utilización de los servicios de salud.

Finalmente, la investigación sobre la equidad en el régimen de aseguramiento¹⁰, muestra las diferencias existentes en los niveles y la estructura de la mortalidad por régimen de aseguramiento, por grupo de edad y sexo, en el año 2001 en Bogotá. Se pretendía establecer si en el año 2001 hubo en Bogotá diferencia por régimen de aseguramiento en la tasa bruta de mortalidad por grupo de edad y sexo.

3. Análisis del enfoque metodológico que orientó las investigaciones

3.1 Metodologías de las investigaciones en equidad en salud – grupos poblacionales

A continuación se analizarán los enfoques metodológicos de las investigaciones en equidad en salud por grupos poblacionales.

En la investigación sobre Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia, se identificaron algunas variables proxy de la categoría de género, tales como, sexo, edad, estado conyugal e ingreso, tomando como fuente de información la Encuesta Nacional de Hogares (ENH) de los años 1994 y 2000. Estas variables tienen limitaciones porque no permiten identificar y observar de una manera más precisa las especificidades sociales. Dentro de las opciones de medición de las desigualdades en salud se empleó la comparación directa entre grupos, teniendo en cuenta las características de las variables disponibles en las encuestas.

⁹ Rubio Mendoza, Martha L. “Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá”. Revista de Salud Pública, diciembre de 2008, vol.10, pp.29-43. La investigación efectuó una valoración de la equidad en el acceso y la financiación de la atención en salud, identificando las inequidades en las 20 localidades de Bogotá. El análisis se realizó a partir de las necesidades de atención en salud, la percepción del estado de salud, presencia de enfermedades crónicas. Se contrastó el acceso a los servicios de salud en condiciones de enfermedad, (en los últimos treinta días), analizando el aseguramiento al SGSSS, como la utilización de los servicios de salud y las barreras de acceso manifiestas; la financiación de la última atención en salud.

¹⁰ Martínez Bejarano, Rubby Marcela. Un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento en Bogotá, 2001. Publicaciones de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Colección Tesis de Grado, No 39. Bogotá: Universidad Externado, 2006. La investigación indaga por el impacto que sobre la salud de la población residente en Bogotá ha tenido la reforma en salud, particularmente en lo relativo a la cobertura y la accesibilidad. Particularmente, indaga por la equidad en salud desde el análisis de la mortalidad, tomando como base las defunciones registradas en Bogotá, en el año 2001.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En la investigación sobre equidad y etnia se emplearon métodos cualitativos como la entrevista a profundidad y los grupos focales aplicados a integrantes de los grupos étnicos (afrodescendientes, indígenas y gitanos) presentes en la ciudad de Bogotá. Los hallazgos cualitativos se contrastaron con los resultados del procesamiento estadístico de datos provenientes de la Encuesta Calidad de Vida 2003 y la ficha de caracterización de la estrategia de Atención Primaria en Salud, denominada *Salud a su Hogar* en Bogotá, discriminando variables demográficas, socioeconómicas, de necesidades, acceso y resultados en salud.

La investigación sobre equidad según edad, en particular la tercera edad, diseñó una encuesta para ser aplicada a un grupo de adultos mayores del ‘Club de Abuelos Carbonell’. Se indagó por el tipo de afiliación a la seguridad social (Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Vinculados), se comparó el acceso a los medicamentos (si están disponibles o no, los costos de bolsillo, si los medicamentos no están amparados por el POS). También se tuvo en cuenta el acceso a citas, si son a tiempo o no, si la consecución de una cita es fácil, si se puede solicitar por teléfono, si se pueden tomar varios tratamientos a la vez. Por otra parte, se indagó sobre la claridad expositiva de los médicos a indicar los tratamientos a los adultos mayores, además de si hacen un seguimiento a los tratamientos, así como por la presencia o no en los centros de salud de personas encargadas de orientar a los adultos mayores. Otro aspecto a considerar fue sobre las vías de acceso a los lugares de atención, es decir, si los centros de atención están ubicados en lugares de fácil acceso, además se investigó por el acompañamiento o no de familiares a los adultos mayores.

En la investigación sobre sexualidad y salud en grupos vulnerables se realizó un estudio de tipo descriptivo que consultó fuentes primarias (poblaciones de mayor vulnerabilidad) y fuentes secundarias y aplicó metodologías cuantitativas y cualitativas. Los instrumentos cuantitativos fueron encuestas focalizadas en indicadores de interés en SSR para cada uno de los grupos, previamente validadas. Los instrumentos cualitativos fueron entrevistas grupales e individuales a actores clave de los grupos investigados, dirigidas a personal de los servicios de salud y administradores de los lugares de socialización y grupos focales para grupos poblacionales priorizados. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información suministrada por la población.

En la investigación sobre equidad y discapacidad se evaluó la equidad en Salud en términos de medir la exclusión en atención en salud de los grupos sociales cuyo rasgo determinante era la discapacidad; para este fin se utilizó la estadística. Por sus características, el análisis de inequidades se realizó en función de variables que expresan el orden social y que permitan hacer (a posteriori) un juicio de valor sobre el carácter injusto de las diferencias y el origen de las mismas. Las diferencias en capacidad - discapacidad asociadas a posición social (ventaja / desventaja social), fueron objetivo prioritario de la investigación sobre equidad en salud, ya que permitieron evaluar el impacto de las desigualdades sociales sobre los cuatro áreas de medición propuestas de la inequidad en salud. Existe una limitación del análisis y la investigación de inequidad a partir de la representatividad de los estratos en la muestra.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En la investigación que analizó la Atención Primaria en Salud se diseñó e implementó una estrategia de Atención Primaria Integral en Salud APIS dirigida a los estratos 1 y 2, que concentran la mayor cantidad de población en situación de pobreza en la ciudad de Bogotá, a partir de tres frentes de acción: la población con difícil acceso a los centros tradicionales de atención de primer nivel; la población con mejor acceso relativo a los servicios de atención primaria tradicionales; los ámbitos de vida cotidiana de las comunidades, las familias, el barrio, la escuela, el jardín infantil y el centro de trabajo. La primera iniciativa desarrollada en el marco de la APIS fue el programa “Salud a su Hogar” (SASH) implementado por la Secretaría Distrital de Salud, que comprende: la priorización de los territorios de intervención por condiciones de vida y salud; la movilización social y comunitaria; la organización de equipos de atención en salud familiar y comunitaria; la caracterización de la situación de salud de individuos, familias y entorno social; la adscripción de las familias a los equipos de atención; la definición, concertación y ejecución de planes integrales de acción, y el seguimiento y evaluación de los resultados de las intervenciones.

3.2. Metodologías investigaciones en equidad en salud – Funcionamiento SGSSS

En seguida se analizarán los enfoques metodológicos de las investigaciones en equidad en salud por funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El estudio de caso de Patricia Martínez sobre equidad en salud partió del análisis de varias dimensiones de la equidad, que van desde la declaración de sentirse enfermo, de la propia población estudiada, como proxy de necesidad, hasta el acceso y la utilización de los servicios. Los diferentes componentes están enlazados y el paso de uno a otro puede cuantificarse como probabilidad, hasta los componentes de acceso y utilización. Desde este punto de vista el diseño correspondió a la dimensión conceptual de equidad utilizada y permitió estudiar en forma válida la misma (Validez Interna). Se verificó que la afiliación a la seguridad social está en conexión con un conjunto de variables socio demográficas y estructurales, que la determinan en algún grado. La línea base se establece a partir de los hechos que se desencadenan desde el momento de “sentir” enfermedad hasta lograr la atención en la necesidad de salud, los cuales están condicionados por el nivel o estado de salud previo y éste a su vez por variables más globales. Por medio del análisis de correlación y los modelos de regresión fue posible identificar y valorar los factores de confusión, así como la manera en que las variables socio demográficas y las de afiliación inciden sobre la necesidad, el acceso y la utilización de los servicios de salud. Se establecieron correlaciones significativas entre las variables socio demográficas entre sí: la educación con la edad y el estrato, la ocupación con género, estrato y educación, y a su vez, el ingreso con la educación, el estrato y la edad. Se hallaron numerosas correlaciones entre las variables sociodemográficas, de un lado, y la afiliación y el tipo de afiliación.

Se identificaron variables socioeconómicas, de necesidad y acceso a los servicios de salud y financiación de los mismos, para llevar a cabo un análisis de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2003 para Bogotá.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Respecto a la investigación de Martha Rubio sobre el acceso y la financiación del SGSSS, se realizó un análisis descriptivo y bivariado, recodificación de variables y creación de escenarios que combinaban las variables de necesidad, acceso y financiación de la atención. Se efectuó una valoración de la equidad en el acceso y la financiación de la atención en salud, identificando las diferencias consideradas evitables e injustas en las 20 localidades de Bogotá. El análisis se realizó a partir de tres elementos centrales: el primero, según las necesidades sentidas exploradas a través de enfermedad en los últimos treinta días, percepción del estado de salud y presencia de enfermedades crónicas. El segundo, según el acceso a los servicios de salud dadas condiciones de enfermedad; allí se contempló tanto el aseguramiento al SGSSS, como la utilización efectiva de los servicios de salud y las barreras de acceso manifiestas. Tercero, según la financiación de la última atención en salud, que indaga por el uso de recursos de la seguridad social y/o de bolsillo para cubrir los gastos de la última atención en salud.

En el análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento en Bogotá realizado por Rubby Martínez, las fuentes de información fueron las bases de datos de los certificados de defunción del año 2001 de la SDS, del Área de Vigilancia en salud, de la Dirección de Salud Pública. Las variables de análisis fueron: tipo de defunción, sexo, sitio de defunción, edad, régimen de seguridad social, lugar de residencia habitual, condición profesional de la persona que expide el certificado, asistencia médica durante el proceso que condujo a la muerte, causa directa y causas antecedentes de la muerte; la información anterior se encuentra en el formulario del certificado de defunción. Otras fuentes de información fueron las proyecciones oficiales de población de las Secretarías Distritales de Planeación y Salud, las bases de datos de la SDS sobre población afiliada al régimen subsidiado, la población vinculada, y de la Superintendencia Nacional de Salud sobre número de afiliados al régimen contributivo. Se procedió a depurar las bases de datos, para discriminarlos por sexo, edad, tipo de aseguramiento, residencia en Bogotá, entre otras. El estudio es de tipo transversal, se usan indicadores relacionados con la salud agregados según edad, sexo y régimen de aseguramiento.

4. Inequidades en salud en los grupos poblacionales

De acuerdo con las investigaciones estudiadas se pueden evidenciar inequidades de género en el acceso a los servicios de salud, básicamente porque no hay atención diferencial hacia la mujer, existe discriminación laboral hacia las mujeres, menores salarios, entre otras. Estas situaciones están inscritas en un contexto social sexista que ha invisibilizado el papel desempeñado por las mujeres.

Hay inequidades de etnia en el acceso a los servicios de salud, derivadas de la pertenencia a comunidades indígenas, afrodescendientes, gitanos, presentes en Bogotá, la cual, en los últimos años se ha convertido en una importante ciudad receptora de población indígena y afrodescendiente, desplazada por el conflicto armado interno, los desastres naturales, la falta de oportunidades de estudio y de trabajo en las regiones, dificultades económicas y bajo nivel de servicios públicos en los lugares de origen.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Se presentan inequidad en salud en adultos mayores de los estratos 1, 2, y 3, por el grado de vulnerabilidad que enfrenta esta población caracterizado por la falta de recursos económicos, la imposibilidad de trabajar y las situaciones de soledad, que están en la base de las barreras de acceso a la atención en salud de adultos mayores (afiliados al régimen contributivo, al régimen subsidiado y vinculados).

Las inequidades en SSR en poblaciones vulnerables se expresaban en la declaratoria de emergencia social en trece de las 20 localidades del Distrito, en el 2004. En nueve de ellas se concentraba el 84% de los casos de VIH notificados en Bogotá, y el VIH-Sida, en el 2003, fue la segunda causa de mortalidad. La promoción de un enfoque de equidad en SSR requiere identificar la vulnerabilidad, los factores e interrelaciones, desde biológicos hasta institucionales: vulnerabilidad estructural; colectiva o comunitaria; individual. Un enfoque de equidad precisa examinar los factores determinantes para la SSR en grupos considerados de mayor vulnerabilidad: jóvenes, mujeres, personas privadas de la libertad, gays, personas en situación de prostitución; y habitantes de las localidades en emergencia social en Bogotá, desde el punto de vista de los sujetos, los servicios de salud y los contextos de socialización.

Por otra parte, la medición de la desigualdad social en términos de inequidad en salud desde el acceso al SGSSS por parte de personas en situación de discapacidad promueve el enfoque diferencial y equitativo en la política pública en salud. Particularmente, la medición del efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la capacidad - discapacidad de los bogotanos, con base en los resultados de la Encuesta de Discapacidad.

La equidad en la política pública en salud se examina con el contraste entre el marco normativo desarrollado en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, frente a los requerimientos de atención integral que orientan a la salud pública. Se evidencia que estrategias como la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) enfrentan obstáculos estructurales cuando hay una clara hegemonía de la salud como un servicio asistencial, y peor aún, como un negocio. Los defectos de la política de aseguramiento en salud afectan en forma grave la equidad en la accesibilidad y utilización de los servicios por la falta de cobertura, la asimetría de los beneficios y las múltiples barreras de acceso de tipo geográfico, económico y organizacional generadas por los aseguradores como estrategia para aumentar su rentabilidad económica.

Otra dimensión de investigación en equidad en salud es la de integrar la calidad de vida de la población como marco para el análisis de su estado de salud y de la respuesta social que dicha situación requiera.

Finalmente, conocer las diferencias existentes en cada grupo de población sirve para realizar una aproximación más real a las necesidades específicas en salud de las personas, para tener en cuenta en el diseño y ejecución de los planes de beneficio, particularmente con lo que tiene que ver con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Las acciones focalizadas y orientadas en torno a necesidades específicas permiten optimizar los recursos existentes y el beneficio ofrecido a las comunidades menos favorecidas.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

5. Inequidades en el funcionamiento del SGSSS

Las investigaciones reseñadas permiten identificar las inequidades en el acceso y financiación de la atención en salud en Bogotá, así como el análisis y revisión de las metodologías utilizadas para producir indicadores de equidad en salud, desde el punto de vista de su estructura, organización y recursos, como desde el punto de vista de la oferta y la demanda, o desde el punto de vista del desempeño de los sistemas de salud.

En Bogotá, se presentan dos grandes problemas en la organización del sector: la fragmentación del sistema, según la capacidad de pago de las personas (planes de beneficios diferentes según los regímenes y según el tipo de servicios); y las barreras de acceso a los servicios de salud, a pesar del aseguramiento (barreras de acceso de tipo geográfico, económico o administrativo, en especial para la población más pobre y vulnerable).

A pesar de que la prestación actual de servicios de salud en Bogotá y en el país está determinada por la afiliación al régimen de seguridad social y los planes de beneficio de cada uno de estos regímenes de aseguramiento, no se conocen indicadores de salud diferenciales entre éstos, aun cuando el acceso a los servicios de salud y la calidad en la prestación de los mismos es un determinante de inequidad en salud.

En Colombia, hay grandes inequidades en salud entre las regiones y los departamentos¹¹. Para Bogotá, se han demostrado variaciones en el estado de la salud de las poblaciones de las diferentes localidades ligadas a factores socioeconómicos y del medio ambiente.

Las inequidades en salud se manifiestan principalmente en diferencias en el estado de salud y su relación con el proceso de enfermedad y muerte. Los indicadores estadísticos disponibles no permiten hacer una diferencia por régimen de aseguramiento ni por estratos sociales, en materia de morbilidad y mortalidad. Establecer las inequidades requiere determinar las estructuras de la mortalidad por régimen de aseguramiento y las diferencias existentes entre ellas para orientar la política pública en salud hacia la solución de necesidades particulares de las diferentes poblaciones.

6. Presentación de los resultados de las investigaciones en equidad en salud

Desde la perspectiva de género y equidad, se encuentra que la necesidad sentida en salud fue mayor en las mujeres; también las mujeres reportaron un mayor porcentaje de problemas de salud frente a los hombres. Para el total de Bogotá, el 10% de las mujeres reportaron un problema de salud mientras que los hombres lo hicieron en un 8,3 %, (diferencia estadísticamente significativa). En cuanto al acceso a los servicios de salud, para el total de Bogotá, hay mayor acceso en las mujeres, con un 74,7 % siendo la diferencia estadísticamente significativa, que en los hombres, 71,1 %. Sin embargo, las mujeres

¹¹ Ver Álvarez Castaño, Luz Stella. “La situación de salud de la población colombiana: Análisis desde la perspectiva de la equidad” En: Seminario Pensamiento en Salud Pública (2000: Medellín). Pensamiento en salud pública: El derecho a la Salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, 2001, pp. 104-136.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

emplearon en mayor proporción sus recursos propios como fuente de financiación de los servicios de salud. Las necesidades de servicios de salud son diferentes para hombres y mujeres por las características biológicas propias de cada sexo: en las mujeres, las necesidades incluyen además otra serie de servicios relacionados con las funciones reproductivas; adicionalmente, ellas presentan más altas tasas de morbilidad y discapacidad, y debido a su mayor longevidad, tienen mayores riesgos de sufrir enfermedades crónicas.

Desde la perspectiva de etnia, salud y equidad, persisten prácticas discriminatorias y de exclusión social para los grupos étnicos indígenas, negros, raizales isleños y gitanos. Se documentaron diferencias a nivel socioeconómico, educativo, laboral, en el acceso al aseguramiento, utilización de servicios y resultados en salud, que se consideran inequidades relacionadas con las siguientes condiciones determinantes: discriminación étnica y racial; diferencias en el estatus social, económico, político y violación de derechos; interacciones entre inmigración, aculturación y asimilación. Para los grupos étnicos residentes en Bogotá, las medicinas tradicionales son la primera opción terapéutica, aunque ese hallazgo no se ve reflejado en los resultados cuantitativos. Esto se podría explicar por el direccionamiento que hace la población para la pregunta de acceso a servicios institucionales, solamente a los problemas que no ha podido resolver. En el caso de la población negra, se revela que hay mayor proporción de enfermedades cardiovasculares, diabetes, miomatosis uterina, entre otras. Por otra parte, la mayor prevalencia de diabetes e hipertensión en población indígena y negra con respecto a población sin pertenencia étnica puede estar relacionada con los efectos combinados del desplazamiento forzado, la migración y la asimilación, la adopción de nuevos patrones de alimentación y la ausencia de factores protectores para el desenvolvimiento en el contexto urbano. Hay conclusiones tanto en el ejercicio cuantitativo como en el cualitativo, de que el aseguramiento no es suficiente para garantizar la utilización de los servicios, ya que existen barreras a nivel cultural, administrativo, geográfico y financiero que limitan el acceso de las etnias residentes en Bogotá.

Los principales problemas de acceso que enfrentan las personas adultas mayores están determinados por la ausencia de ingresos propios o de familiares para estar vinculados al SGSSS. En la mayoría de los casos no hay disponibilidad de medicamentos adecuados, porque la presencia de enfermedades en esta población es multicausada e interdependiente, razón por la cual se les rechaza la aplicación de tratamientos así como la formulación de medicamentos. Para enfrentar los problemas de acceso, la SDS ha establecido la gratuidad en la atención en salud para los adultos mayores, dispuestos más centros de salud en los territorios locales, así como programas de servicios como “Salud a su hogar”, “La ruta de la salud” y las ambulancias, para transportar gratuitamente a las personas mayores. A pesar de lo anterior, los resultados indican la necesidad de ampliación de los recursos destinados para mejorar la cobertura del sistema subsidiado de salud para los adultos mayores, además de fortalecer los servicios especializados para ellos y ellas. También, aumentar la cobertura de los subsidios de alimentación y vivienda para los adultos mayores.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

El análisis de equidad en DSR y SSR señala que la pobreza y la exclusión social incrementan la vulnerabilidad frente al VIH-Sida, y éste, a su vez, incrementa la pobreza por los efectos devastadores sobre la productividad de las personas y la calidad de vida, siendo uno de los principales círculos de mantenimiento y fortalecimiento de la infección. La investigación confirmó la presencia de problemas relacionados con la SSR: ITS-VIH-Sida, embarazos no planificados, abortos, violencias basadas en género, violencia intrafamiliar y vulneración de los DSR en los grupos estudiados.

Los factores de vulnerabilidad social identificados se relacionaron con la pobreza, exclusión social, barreras de acceso a la salud, educación y trabajo, inequidad de género, movilidad y desplazamiento, violencia intrafamiliar, abuso sexual, estigma y discriminación y presencia de VIH-ITS.

Los factores de riesgo individual identificados, presentes en todos los grupos, fueron: inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples compañeros y compañeras sexuales, baja frecuencia del uso del condón y de métodos anticonceptivos, antecedentes de ITS, uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, deficiencias en la calidad de la información sobre prevención, desconocimiento de los DSR y altos niveles de estigma y discriminación asociados a VIH-Sida.

En relación con los servicios de salud se encontró que no existe focalización de la atención; poblaciones como los gays, los travestís, las personas en situación de prostitución, son invisibles para el sistema de salud; hay fragmentación en los servicios, barreras de acceso de tipo administrativo y falta de capacitación del personal de salud en temas relacionados con SSR.

En los contextos de socialización, el riesgo de transmisión de la infección es alto, las prácticas de riesgo son promovidas y aceptadas, el carácter reservado de las mismas dificultan el control y la prevención.

Desde la relación equidad y discapacidad, se avanzó en determinar el universo real de discapacitados en Bogotá, actualizar las cifras sobre cobertura de registro de esta población. De acuerdo con los datos preliminares del Censo General del 2005, la tasa de prevalencia de discapacidad para el total de la población (6.3%) es mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%). El análisis en función de inequidad debe considerar por tanto aquellas discapacidades o limitaciones, con mayor frecuencia de aparición en los estratos bajos que en los altos, 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). Hay mayor inequidad en salud si hay mayor frecuencia de aparición de discapacidades en los grupos de niños y niñas que en población adulta. A su vez, las inequidades se establecen si dicha aparición es más temprana en un estrato más bajo que en otro, en función de riesgos distintos asumidos en función de la posición social.

Otros resultados son los diversos indicadores estadísticos sobre oportunidades desiguales de salud, para el desarrollo humano, el desarrollo de capacidades y salud, la exposición

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

desigual a riesgos, la exposición diferencial al riesgo enfermedad y discapacidad, relacionadas con condiciones de vida y trabajo asociadas a desventaja social; los resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o por patologías, asociadas a desventaja social. La discapacidad en función de la edad y el estrato como base de datos resultante de información del Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá correspondiente al año 2006.

La perspectiva de equidad en la APIS, señala que a pesar de que el periodo de tiempo transcurrido entre la implementación y la evaluación de la APIS es relativamente corto, y a pesar de las dificultades para analizar la información a nivel de los territorios de intervención, hay algunos logros inmediatos coherentes con las expectativas sobre la política social de Bogotá: disminución de las tasas de mortalidad infantil, postneonatal, por neumonía y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en menores de 5 años de Bogotá (a partir de la implementación de la estrategia, entre 2004 y 2006). Los resultados indican que las localidades con más altas coberturas presentan menores tasas de mortalidad para la mayoría de los indicadores (mortalidad infantil, postneonatal y por neumonía en menores de 5 años) con excepción de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Se señala la necesidad de aumentar la cobertura de servicios como “Salud a su hogar” y los “Círculos saludables”.

Hay percepciones críticas frente a una política pública en salud con criterio de equidad. Entre los resultados que ofrecen las investigaciones frente a la equidad en el SGSSS, se argumenta que las promesas de mejoramiento de la salud de la población fracasaron en el contexto de las reformas neoliberales de la década de los noventa. Por el contrario, hay una profunda inequidad en el sistema de salud, exclusión social, y un mayor deterioro de la calidad de vida de la población. Aunque los recursos en el sector salud han aumentado, no se han visto redistribuidos hacia la atención en salud de las personas, por lo cual se señala que es necesario reconfigurar un nuevo modelo de atención en salud.

Las investigaciones corroboran y precisan algunas realidades ya diagnosticadas sobre las relaciones entre desigualdades sociales e inequidades en salud. El contexto macroeconómico es determinante para la ejecución de políticas públicas, sin empleo no hay acceso al sistema de salud, la precariedad del empleo, la financiación del sistema, la disponibilidad de los recursos del mismo, son algunos ámbitos de investigación de equidad en el SGSSS. En este contexto, las características de afiliación, acceso y utilización se utilizan para evidenciar inequidades en salud entre grupos poblacionales, según ingresos.

Por ejemplo, sobre la “Necesidad sentida en salud”, el 9.2 % de la población de la ciudad, dijo haber tenido algún problema de salud, en los últimos 30 días; de éstos, el 73 %, acudió a los servicios de salud institucionales, y el restante 27 %, acudió a otros servicios, utilizó remedios, se auto recetó o no hizo nada. Del total de las 20 localidades, las de Kennedy y Suba presentan la mayor proporción de necesidad sentida en salud en los estratos 1,2 y 3 de la población. En la medida que aumenta el nivel de ingreso la percepción en el estado de salud mejora: el 61 % de las personas que dijeron percibir como muy bueno su estado de salud, se encontraban en los estratos 4 y 5, mientras que el 48% de los que dijeron percibir

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

su salud como mala, se encontraban en los estratos de ingreso 1 y 2. En los estratos bajos se observa la mayor proporción de población que no accede a los servicios de salud.

De estas investigaciones se puede concluir que la equidad se ha convertido en un enfoque obligado en el análisis de los sistemas de salud. Es un indicador para evaluar los procesos del sistema de salud, independientemente de la metodología que se utilice para clasificarlos y agruparlos. Sirve como una herramienta clave de análisis, tanto en las tipologías que examinan los sistemas desde el punto de vista de su estructura, organización y recursos, como desde el punto de vista de la oferta y la demanda, o desde el punto de vista del desempeño de los sistemas de salud. La equidad en el acceso al sistema de salud se refiere no sólo a la disponibilidad de recursos sino también a la utilización efectiva de los servicios, de acuerdo con los parámetros de necesidad.

La principal barrera de acceso para la no utilización de los servicios de salud es la falta de dinero, aún en la población afiliada al SGSSS. El 18,4 % de la población en régimen contributivo y el 26,8 % del régimen subsidiado no acceden a los servicios de salud. Por niveles de ingreso, las personas pertenecientes a los estratos uno y dos emplearon los recursos propios como fuente de financiación de los servicios. Las localidades que presentan mayor inequidad en el acceso a los servicios de salud son San Cristóbal, Kennedy Rafael Uribe. A partir de los escenarios construidos se configuraron dos perfiles, el de mayor inequidad, el cual está determinado por pertenecer al estrato 1 y 2, ser hombre, estar entre los 0 y 18 años, estar en el régimen subsidiado o no estar afiliado al SGSSS. Y el segundo perfil que ofrece mejores condiciones de equidad, el cual está relacionado con ser mujer, mayor de 19 años, pertenecer a los estratos 4 o 5 y estar afiliado al régimen contributivo.

La metodología que prevalece en este tipo de investigaciones de equidad en el SGSSS favorece la conformación de valiosas bases de datos de muy diversa naturaleza.

La diferencia en los niveles de salud de los diferentes grupos de población afiliados en los regímenes contributivo y subsidiado en Bogotá es muy alta, particularmente en la accesibilidad a los servicios de salud en condiciones de calidad y eficiencia. La diferencia entre los servicios que cada uno de ellos indica una inequidad, sobre la cual la Corte Constitucional ha ordenado al Estado la unificación del POS.

7. Aportes para el diseño de proyectos de investigación en equidad y salud

Al comparar las investigaciones para la elaboración del estado del arte en equidad y salud, Bogotá, 2006-2010, se evidencia el predominio de metodologías cercanas a la economía y los métodos estadísticos para investigar las inequidades en salud, lo cual focaliza su atención en la viabilidad y sostenibilidad del SGSSS, particularmente, financiera. Además del enfoque estructuralista y funcionalista de la salud en tanto sistema, sin conexión con los contextos sociales, políticos, históricos y culturales, en los que se desenvuelven los procesos de salud-enfermedad.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Frente a esto, se debe propender por el desarrollo de investigaciones con metodologías cualitativas, con perspectivas de equidad para el análisis de la salud, que visibilicen las demandas de equidad según los grupos poblacionales, que involucre dimensiones como la calidad de vida, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, elementos fundamentales para una política integral y un enfoque equitativo en salud. En este orden de ideas, las investigaciones indican que las demandas de equidad en salud son diferenciadas: género, por edades de vida (niñez, juventud, adultez, tercera edad), por pertenencias étnicas, por capacidades, entre otras. Además de visibilizar estrategias de intervención focalizadas para los grupos poblacionales vulnerables por situaciones de pobreza, desplazamiento, vulnerabilidad, en una comprensión amplia de la salud: alimentación, educación, socialización, uso del tiempo libre, integración, esparcimiento, cultura.

La política pública en salud implementada desde el año 1993, con el SGSSS, ha propiciado un contexto adverso para la equidad en salud, particularmente, que ayuden a mejorar la respuesta a las necesidades de la población y, en particular, de aquella en peores condiciones socioeconómicas.

Por otra parte, se observa que la salud pública se encarga al Estado, mientras que las EPS y las IPS no asumen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por el diseño mismo de un sistema que genera rentabilidad económica a la “facturación” de la intervención sobre la enfermedad. Por lo tanto, hay debilidad en la orientación familiar y comunitaria de la salud, aunado a que la participación comunitaria sea formal en las instituciones; también, que no haya acción intersectorial en la política pública en salud.

El análisis de equidad en salud conforma varios tipos, según la problemática específica que trabajan y los métodos utilizados: los estudios que examinan las desigualdades sociales y/o las inequidades que resultan de la falta de justicia social. Las investigaciones que abordan la relación entre distribución del ingreso y el avance del sistema de salud, en términos de afiliación, gasto y subsidio en salud. Otra perspectiva, las inequidades en relación con el ingreso, la cobertura, el acceso, la utilización y la calidad de los servicios.

Finalmente, que estos problemas de equidad en salud, si bien están en conexión con factores socio demográficos y estructurales de la sociedad, han sido generados o se han consolidado por la influencia de factores inherentes al nuevo modelo de sistema de salud expresado en el SGSSS.

Tal como se constata en las investigaciones analizadas, se evidencia inequidad en el acceso a los servicios de salud, lo cual está afectando de manera importante a la población más pobre de la ciudad, y a la población no afiliada al SGSSS, principalmente. Por otra parte, resulta paradójico que tanto la población afiliada como la no afiliada incurren en gastos de bolsillo para financiar las atenciones en salud, lo cual coloca en entredicho el papel que desempeña el propio sistema de aseguramiento como modelo de atención en salud.

Bibliografía

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

1. Guarnizo Herreño, Carol C; Agudelo Calderón, Carlos. “Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia”. *Revista de Salud Pública*, diciembre de 2008, vol.10, pp. 44-57.
2. Ariza Montoya, John; Hernández Álvarez, Mario. “Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007”. *Revista de Salud Pública*, diciembre de 2008, vol.10, pp. 58-71.
3. Forero González, Gloria; Peña, Ana Dolores; “Barreras de acceso en el servicio a salud en el adulto mayor”. Bogotá: Hospital Pablo VI de Bosa, 2006.
4. Proyecto Movilización social para el sexo seguro en Bogotá. *Los matices de la vulnerabilidad. Factores asociados a la salud sexual y reproductiva en grupos priorizados de localidades en emergencia social de Bogotá, D.C.* Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Fundación Henry Ardila; Liga Colombiana de Lucha contra el Sida; Assur por Tiempos mejores; Fundación Procrear, 2007.
5. Martínez Martín, Félix León. “La Discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá”. En: *Inequidad social en salud. El caso de Bogotá*. Editado por Darío Restrepo Botero. Colección: La Seguridad Social en la encrucijada. Tomo 5. Bogotá: SDS, CID-UN, 2010, pp. 121-170.
6. Vega Romero, Román; Restrepo Vélez, María Ofelia. *La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud*. Memorias Foro Nacional por la Salud. Bogotá, SDS, 2008.
7. Martínez Barragán, Martha Patricia. *Equidad en salud: estudio de caso en el Distrito Capital de Bogotá*. Tesis para optar al Título de Magíster en Salud Pública. Dirección: Carlos Agudelo Calderón. Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá, Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública, enero de 2006.
8. Rubio Mendoza, Martha L. “Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá”. *Revista de Salud Pública*, diciembre de 2008, vol.10, pp.29-43.
9. Martínez Bejarano, Rubby Marcela. *Un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento en Bogotá, 2001*. Publicaciones de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Colección Tesis de Grado, No. 39. Bogotá: Universidad Externado, 2006.
10. Álvarez Castaño, Luz Stella. “La situación de salud de la población colombiana: Análisis desde la perspectiva de la equidad” En: Seminario Pensamiento en Salud Pública (2000: Medellín). *Pensamiento en salud pública: El derecho a la Salud*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, 2001, pp. 104-136.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA