https://doi.org/10.56085/isss.515

# Caracterización de las investigaciones sobre equidad en salud en Bogotá, D. C. (2006-2010)

## Characterization of Research on Health Equity in Bogotá, D. C. (2006-2010)

## Caracterização da investigação sobre a equidade em saúde de Bogotá, D. C. (2006-2010)

Germán Granada Osorio[1]

## Resumen

***Introducción:*** Se presenta el análisis de doce investigaciones sobre equidad en salud, realizadas entre 2006-2010, para caracterizarlas y presentar sus resultados. ***Objetivo:*** Caracterizar las investigaciones que sobre el tema de equidad en salud se han llevado a cabo en Bogotá entre 2006-2010, así como describir sus metodologías y analizar sus resultados. ***Métodos:*** Sistematización de los informes finales de las investigaciones que indagaban por las causas y los determinantes de las inequidades en salud —no de las causas de los problemas de salud—. Se elaboró una matriz analítica comparativa, con los siguientes aspectos, para su contrastación: Objeto de estudio.

- Problema.
- Enfoque teórico.
- Metodología.
- Análisis de la información.
- Resultados.
- Aportes.

***Diseño:*** Estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo. ***Resultados:*** Se presentan dos tipos generales de abordaje de la equidad en salud, deducidos de las investigaciones analizadas: 1) las investigaciones que abordan el problema de la equidad en salud desde las demandas de equidad de los diferentes grupos poblacionales, y 2) 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 específicamente, desde la estructura, la organización, la financiación, la cobertura, el

1 Profesional en Filosofía. Magíster en Estudios Sociales. Profesional especializado, Grupo de Investigaciones y Cooperación Internacional, Dirección de Planeación Sectorial, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Secretaría Distrital de Salud (SDS). Bogotá, Colombia.

aseguramiento, el acceso y la calidad. ***Conclusiones:*** En Bogotá persisten las inequidades en salud según grupos poblacionales y según el tipo de afiliación al SGSSS. Se recomienda integrar a las investigaciones sobre equidad en salud el concepto de *calidad de vida*, por cuanto ella condiciona en varios sentidos el estado de salud de la población, al hacerla más o menos vulnerable a los daños en la salud y potenciar o limitar su capacidad de respuesta a esos daños. Así, el análisis no se centraría exclusivamente en los resultados del sistema de salud, sino que abordaría los determinantes sociales de la salud.

**Palabras clave:** equidad en salud, grupos de población, inequidad social, Bogotá, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

# Abstract

***Introduction:*** This article presents the analysis of twelve different investigations about health equity carried out in Bogotá during 2006-2010, to be characterized and to portray their results. ***Objective:*** Characterize the investigations about health equity that have been carried out in Bogotá during 2006-2010, to describe the methodologies and analyze their results. ***Methods:*** Systematization of the final reports of the investigations that studied the causes and determinants of inequalities in health. Those that studied other health problems were not included. A comparative analytic matrix was constructed, with the following aspects to be contrasted:

- Problem.
- Theoretical approach.
- Methodology.
- Information analysis.
- Results.
- Contributions.

***Design:*** Retrospective, descriptive, observational study. ***Results:*** Two different approaches of health equity are presented, parting from the analyzed investigations. The first group includes studies that approach the topic from the demands for health equity for each population group. On the second hand, there are those studies that approach the topic from the analysis of the *Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*. Most specifically, from the structure, organization, financing, coverage, access, and quality points of view. ***Conclusions:*** Inequities in health, in Bogota, still happen across population groups and across types of affiliation to the health system (SGSSS). It is recommended to include the concept of life quality to the investigations regarding health equity. This concept conditions the health status of the population under different scopes. It makes it more or less vulnerable to health hazards, and strengthens or limits its response capabilities towards these hazards. This way, the analysis wouldn't be exclusively centered towards the results of the health system, as it would take into account the social determinants of health.

**Key words:** health equity, population groups, social inequity, Bogotá, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

# Resumo

***Introdução:*** Apresenta-se uma análise de doze investigações sobre equidade em saúde que foi realizada em Bogotá, entre 2006-2010, para caracterizar e apresentar os seus resultados. ***Objetivo:*** Caracterizar as investigações sobre o tema da equidade em saúde realizadas em Bogotá, entre 2006-2010, descrever as metodologias e analisar seus resultados. ***Métodos:*** Sistematização dos relatórios finais das investigações que inquiriram para as causas e determinantes de desigualdades em saúde -não as causas de problemas de saúde- Foi elaborada uma matriz analítica comparativa, com os seguintes aspectos para constatação: Objeto de estudo.

- Problema.
- Abordagem teórica.
- Metodologia.
- Análise de informação.
- Resultados.
- Contribuições.

***Desenho:*** Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. ***Resultados:*** Presenta-se dois tipos gerais de abordagem da equidade em saúde, deduzidos das investigações analisadas: Em primeiro, aquelas investigações que abordam o problema de equidade em saúde a partir de demandas de equidade de diferentes grupos populacionais. Em segundo, as investigações que abordam o problema da equidade em saúde a partir da análise do funcionamento do *Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS)*, mais especificamente a partir da estrutura, organização, financiamento, cobertura, seguro, acesso e qualidade. Conclusões: Em Bogotá persistem as inequidades em saúde por grupos populacionais e por tipo de filiação ao Sistema Geral de Segurança Social em Saúde. Recomenda-se integrar as investigações sobre equidade em saúde, o conceito de qualidade de vida, já que está condicionada ao estado de saúde da população em vários aspectos, tornando-o mais ou menos vulnerável aos danos para a saúde e potencializando ou limitando sua capacidade de resposta esses danos. Assim, a análise não se concentraria apenas sobre os resultados do sistema de saúde, como também abordaria os determinantes sociais da saúde.


**Palavras-chave:** equidade em saúde, grupos populacionais, inequidade social, Bogotá, Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS).

# Introducción

El propósito del presente artículo es caracterizar las investigaciones sobre equidad en salud que se han llevado a cabo recientemente en Bogotá, D. C., los problemas de investigación planteados, sus métodos y los resultados obtenidos. Se busca analizar los aportes de dichas investigaciones a la comprensión de la equidad sanitaria, dentro del marco de los determinantes sociales de la salud, en el contexto de una ciudad como Bogotá, D. C.

El campo de la equidad en salud (1) ha experimentado avances en el mejoramiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad de los países en su conjunto (2), pero, aún se presentan enormes desigualdades entre regiones y países, así como en el interior de estos y entre ciudades, regiones, zonas urbanas y rurales, así como entre los diversos grupos sociales (3).

Como han señalado distintos estudios (4-7), las desigualdades en la calidad de vida y salud son producidas por las condiciones económicas, geográficas o ambientales de los grupos humanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la mayor parte de los problemas de salud son el resultado de las condiciones socioeconómicas en las cuales viven las personas, por lo que es necesario diseñar estrategias que incidan sobre los determinantes de la salud para dar una respuesta integral (8,9).

La importancia que tiene la equidad en salud en el debate político público contemporáneo (10) se expresa en declaraciones como las de *Agenda 21* (11), de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y políticas como *Salud para todos en el siglo XXI* (12), promulgada por la OMS, y la cual pretende mejorar la equidad en salud entre diversos grupos de población, así como fortalecer la salud a lo largo de la vida.

Por su parte, informes nacionales sobre equidad (13) y sobre la situación de salud de la población (14)

señalan que es necesario invertir en salud a edades tempranas y reducir las enfermedades a partir de una estrategia integral que involucre la promoción, la prevención y el tratamiento, en un entorno físico sano y seguro, lo cual, a su vez, implica mejorar las condiciones sociales, económicas y ambientales promoviendo escenarios físicos y sociales favorables a la salud de toda la población (15); es decir, entender la salud como el desarrollo de las capacidades y las potencialidades en términos positivos, pero medibles, lo que implica acciones de mayor alcance que la simple asistencia sanitaria (16).

Respecto a la situación de la equidad en salud en Bogotá (17), a lo largo de las últimas décadas la ciudad ha experimentado importantes procesos de modernización y adecuación de su infraestructura, pero, en el plano social, persisten desigualdades entre las localidades (18). Por otra parte, el SGSSS en Bogotá ha presentado problemas de fragmentación, barreras de acceso y desigual atención para la población (19), además de la precariedad en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, y la ausencia de la participación social en la política de salud (20).

Por otra parte, la pobreza en la ciudad (21), el desempleo, la informalidad laboral y el desplazamiento forzado de grandes masas de poblaciones a la ciudad a lo largo de los últimos años (22), entre otros factores, inciden negativamente en el acceso a centros, bienes y servicios de salud. El crecimiento urbano de la ciudad ha impactado negativamente la situación de salud, (cambios epidemiológicos (23) a partir de las condiciones ambientales, hacinamiento, problemas de convivencia y movilidad), así como una mayor carga para el Sistema Distrital de Salud ante la presencia de nuevas enfermedades (24).

Por otra parte, desde 2004, la política distrital de salud (25) se ha orientado hacia un enfoque promocional de calidad de vida y salud, con el fin de garantizar el derecho a la salud, mediante una serie de estrategias ordenadas por la Atención Primaria en Salud (APS) (26), para generar procesos de transformación del sector hacia la integralidad, la accesibilidad a los servicios y la superación de inequidades en salud y el mejoramiento de la calidad de vida (27).

En este orden de ideas, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), a través del Grupo Funcional de Investigaciones y Cooperación Internacional (28), ha promovido la investigación de las inequidades en salud para la formulación de políticas públicas orientadas por la equidad y la calidad de vida de la ciudad.

Así, entre 1997 y 2009, la SDS financió 126 investigaciones, relacionadas con salud pública, aseguramiento, modelo financiero y desarrollo de servicios. Del total de investigaciones promovidas por la SDS durante dicho periodo, 16 investigaciones, correspondientes al 12 % del total, abordan los factores globales que afectan la equidad en salud. Por su parte, a lo largo del período 2006-2010, el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá desarrolló 4 investigaciones relacionadas con mortalidad materna e infantil, discapacidad, calidad de vida y salud por clase social, disponibilidad de servicios y acceso a servicios de salud.

En dicho contexto, la SDS, en alianza con el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, impulsó la creación del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá (29), como un instrumento para medir, analizar, divulgar y propiciar el debate público y promover la formulación de políticas públicas para superar las inequidades en salud y para el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones ambientales, como garantía del derecho a la salud en Bogotá, D. C.

Entre los objetivos del observatorio se encuentra investigar las inequidades en calidad de vida y salud en Bogotá[2], razón por la cual se consideró pertinente llevar a cabo un estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo, sobre investigaciones en equidad en salud en Bogotá publicadas durante el periodo 2006-2010, como insumo para elaborar nuevas investigaciones para el observatorio (30,31) y avanzar en la selección de los indicadores de equidad para el monitoreo de las desigualdades entre los grupos de población, derivadas, a su vez, de la posición socioeconómica, el género, la etnia, los ciclos de vida y las capacidades, expresados todos ellos en los siguientes ámbitos: oportunidades para el desarrollo humano; exposición y vulnerabilidad diferencial al riesgo; acceso desigual a las respuestas institucionales; resultados desiguales en calidad de vida, ambiente y salud; impactos desiguales en la posición social[3].

2 Las investigaciones realizadas por el Observatorio durante el periodo 2006-2010 son: mortalidad evitable materna y de menores de 5 años (1998-2003); discapacidad como huella de la inequidad social; condiciones de trabajo, informalidad y equidad; análisis de equidad en el acceso a servicios de salud en el programa de Salud a su hogar.

3 El análisis de las investigaciones sobre equidad en salud en Bogotá

# Métodos

Se optó por un diseño de estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo. Se procedió a revisar los catálogos bibliográficos de la SDS[4] y de programas de posgrados en Bogotá, en salud pública, seguridad social en salud y administración en salud, buscando investigaciones que abordaran las causas y los determinantes de las inequidades en salud en Bogotá, D. C. Se dejaron de lado las investigaciones que trataban de "las causas de los problemas de salud" en el Distrito Capital. Posteriormente, se priorizó como criterio de selección que las investigaciones adoptaran un enfoque conceptual y metodológico basado en los determinantes sociales y estructurales de la salud.

Se consultaron los informes finales de las investigaciones seleccionadas. También se examinaron artículos científicos publicados en revistas indexadas que daban cuenta de investigaciones realizadas.

Se elaboraron doce reseñas reconstructivas, con el siguiente esquema para la sistematización y el análisis de las investigaciones: Identificación del objeto de estudio; Identificación del problema; Identificación del enfoque teórico, Identificación del procedimiento metodológico usado por el autor; Identificación del procedimiento para el análisis de la información; Resultados; Aportes para el desarrollo de nuevas investigaciones en equidad en salud.

Para efectos del análisis, se elaboró una matriz analítica comparativa, con los aspectos señalados en la reseña. Se estableció una tipología de las investigaciones analizadas: las que daban cuenta de las necesidades en equidad en salud según grupos poblacionales, y otras que abordaban las inequidades en el acceso al sistema de salud. Se contrastaron las metodologías utilizadas y se analizaron sus resultados.

(2006-2010) permitió conocer distintas perspectivas de abordaje de las inequidades en salud (conceptualización, procesos, diseños, líneas de investigación, fuentes de información, metodologías, indicadores, informes, impacto), entre otros aspectos que pueden resultarle útiles al observatorio para futuras investigaciones.

4 Repositorio Digital de la SDS; Biblioteca de la SDS; las tablas documentales y los archivos magnéticos del Grupo Funcional de Investigaciones y Cooperación Internacional de la Dirección de Planeación y Sistemas.

# Discusión

## Investigaciones de equidad en salud según grupos poblacionales y sus necesidades

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 salud* (32) 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 papeles y el poder. De esta manera, el género se convierte en uno de los ejes primarios en torno a 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, y el financiamiento de la atención, según la 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 con la perspectiva de la equidad en salud; lo mismo ocurre para el caso de Bogotá. Esto hace difícil contrastar los resultados de la presente investigación con esfuerzos previos. El estudio (33)[5] 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 halladas en el presente 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 respecto a la población general a escala

5 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 sus comunidades.

distrital y nacional. Las inequidades que más padecen los grupos étnicos respecto a la población en general son: menor ingreso, menor acceso a servicios y 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 sobre el adulto mayor (34)[6] en estratos 1 y 2, y en la cual se establecen y se caracterizan las barreras de acceso en el servicio a salud de los adultos mayores que viven en la vereda de San José y en los barrios Carbonell y El Palmar.

En cuanto a *la sexualidad*, se encuentra la investigación sobre salud sexual y reproductiva (SSR) (35)[7], 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 las 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 2004. Se focalizó el estudio sobre: jóvenes, mujeres, personas privadas de la libertad, hombres que tienen sexo con hombres, y personas en situación de prostitución. La investigación indagó por variables sociodemográficas y variables de comportamiento sexual de los diferentes grupos, así como por 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 los administradores sobre la SSR. Esta investigación levantó la línea de base de acuerdo con 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 discapacidad* (36)[8], estas se examinaron con la perspectiva de entender la salud como desarrollo de capacidades y potencialidades del cuerpo humano (las capacidades 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 sociedad y al desarrollo científico y tecnológico. Con tal 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 Bogotá* (37), entre 2004 y 2007, considera dicha estrategia efectiva para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud, al enfrentar los determinantes sociales esas inequidades. Se trata de establecer si la APIS ha contribuido o no a la reducción de las inequidades en salud mediante la disminución de los problemas de accesibilidad y uso de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas en los ámbitos sectorial e intersectorial y el empoderamiento, la movilización y la participación social y comunitaria.

En seguida, y para terminar de describir todas las investigaciones que forman parte del presente estudio, se expondrán las investigaciones sobre *equidad en salud según el funcionamiento del SGSSS*.

## Investigaciones de equidad en salud según el funcionamiento del SGSSS

La investigación de la equidad en salud a partir del análisis del funcionamiento del SGSSS se puede ob-

6 La investigación se desarrolla en la Localidad Séptima (Bosa); indaga por las inequidades que en el acceso a los servicios de salud padecen los adultos mayores, de 60-85 años, dependiendo de su tipo de afiliación al sistema de seguridad social.

7 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 la prevención del VIH-sida. La investigación aborda las necesidades y las 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.

8 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 estas en la medida en que avanza la edad adulta. Plantea que la equidad en salud va más allá del acceso a la asistencia sanitaria.

servar que en las tres investigaciones que lo abordan, unas examinan el sistema desde el punto de vista de su estructura, su 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 la 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 cual implica que los usuarios deben 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 analizada (38)[9] 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 como resolvieron una urgencia de salud o una situación de enfermedad durante los últimos 30 días anteriores a la realización de la encuesta.

Bogotá tiene 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 en que aumenta la edad, la percepción del estado de salud se deteriora; lo contrario ocurre con el quintil de ingresos: en la medida en que aumenta el ingreso, la percepción del 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, la investigación en equidad en el acceso y el uso de los servicios en salud (39)[10] establece como parámetros los niveles de afiliación y cobertura, y adelanta estudios exploratorios y transversales, mediante encuestas, con variables demográficas y sociales, para detectar las diferencias que podrían existir entre afiliados y no afiliados, en términos de acceso y de utilización de los servicios de salud.

Finalmente, la investigación sobre la equidad en el régimen de aseguramiento (40)[11] muestra las diferencias existentes en los niveles y la estructura de la mortalidad por régimen de aseguramiento, por grupo de edad y sexo, en 2001 en Bogotá. Se pretendía establecer si en 2001 hubo en Bogotá diferencias por régimen de aseguramiento en cuanto a la tasa bruta de mortalidad por grupo de edad y sexo.

# Resultados

En las doce investigaciones analizadas se presentan dos tipos generales de abordaje de la equidad en salud: 1) las investigaciones que abordan el problema de la equidad en salud desde las demandas de equidad de los diferentes grupos poblacionales, y 2) las investigaciones que abordan el problema de la equidad en salud desde el análisis del funcionamiento del SGSSS; más específicamente, desde la estructura, la organización, la financiación, la cobertura, el aseguramiento, el acceso y la calidad.

Con la perspectiva de género y equidad, se encuentra que la necesidad sentida en salud fue mayor en las mujeres; también fueron las mujeres quienes 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 el 8,3% (una diferencia estadísticamente significativa).

En cuanto al acceso a los servicios de salud, para el total de Bogotá, hay un mayor acceso en las mujeres, con el 74,7% (diferencia estadísticamente significativa) que en los hombres, con el 71,1%. Sin embargo, las mujeres 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

9 La investigación hace 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 SGSSS, con la perspectiva de equidad en el acceso, utilización y la calidad de los servicios, con énfasis en el caso particular de Bogotá, D. C.

10 La investigación hizo 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 desarrolló a partir de las necesidades de atención en salud, la percepción del estado de salud y la presencia de enfermedades crónicas. Se contrastó el acceso a los servicios de salud en condiciones de enfermedad (en los últimos 30 días) analizando el aseguramiento al SGSSS, tanto como el uso de los servicios de salud y las barreras de acceso manifiestas; también, la financiación de la última atención en salud.

11 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 durante 2001.

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.

Con la perspectiva de etnia, salud y equidad, persisten prácticas discriminatorias y de exclusión social para grupos étnicos como los indígenas, los afrodescendientes, los raizales isleños y los gitanos. Se documentaron diferencias en los planos socioeconómico, educativo, laboral, de acceso al aseguramiento, de utilización de servicios y de 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 han podido resolver. En el caso de la población afrodescendiente, se revela que hay entre sus miembros una mayor proporción de enfermedades cardiovasculares, diabetes y miomatosis uterina, entre otras.

Por otra parte, la mayor prevalencia de diabetes y de hipertensión en la población indígena y afrodescendiente respecto a la 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, por cuanto existen barreras de tipo 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 son determinados por la ausencia de ingresos propios o de familiares para estar vinculados al SGSSS. En la mayoría de los casos, no hay para ellos disponibilidad de medicamentos adecuados, porque la presencia de enfermedades en esta población es multicausada e interdependiente, razón por la cual se les niega 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; también ha dispuesto más centros de salud en los territorios locales, así como programas de servicios como *Salud a su hogar* y *La ruta de la salud*, además de ambulancias, para transportar gratuitamente a las personas mayores. A pesar de lo anterior, los resultados (34) indican la necesidad de ampliación de los recursos destinados para mejorar la cobertura del sistema subsidiado de salud para los adultos mayores, al igual que fortalecer los servicios especializados para estas personas; también, aumentar la cobertura de los subsidios de alimentación y vivienda para los adultos mayores.

El análisis de equidad en DSR y SSR señala que la pobreza y la exclusión social incrementan la vulnerabilidad frente al VIH-sida, y este, a su vez, incrementa la pobreza, por sus efectos devastadores sobre la productividad de las personas y la calidad de vida; por todo ello, la pobreza y la exclusión social están entre los principales círculos de mantenimiento y fortalecimiento de la infección. La investigación confirmó la presencia de problemas relacionados con la SSR: ITS-VIH-sida (ITS: infecciones de transmisión sexual), embarazos no planificados, abortos, violencias basadas en el género, violencia intrafamiliar y vulneración de los DSR en los grupos estudiados.

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

En relación con los servicios de salud, se encontró que no existe focalización de la atención; poblaciones como los *gays*, los travestis y las personas en situación de prostitución son, por decirlo de alguna forma, "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 las ITS es alto; las prácticas de riesgo son promovidas y aceptadas, y el carácter reservado de estas dificulta el control y la prevención.

Desde la relación equidad y discapacidad, se avanzó en determinar el universo real de personas discapacitadas en Bogotá y en actualizar las cifras sobre cobertura de registro de esta población. De acuerdo con los datos preliminares del Censo General de 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 la 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 una mayor inequidad en salud si hay mayor frecuencia de aparición de discapacidades en los grupos de niños que en la 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. La discapacidad, en función de la edad y el estrato, indica la existencia de inequidades, por los resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o por patologías, asociadas a desventaja social, y como se evidencia en el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá, correspondiente a 2006.

Otros resultados son los diversos indicadores estadísticos sobre oportunidades desiguales de salud, para el desarrollo humano, el desarrollo de capacidades y salud, la exposición desigual a riesgos, la exposición diferencial al riesgo de enfermedad y de 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, son también evidencias de las inequidades en salud.

La perspectiva de equidad en la APIS señala que, si bien el periodo transcurrido entre la implementación y la evaluación de la APIS es relativamente corto, y pese a las dificultades para analizar la información a escala 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, posneonatal, 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, posneonatal 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 1990. 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 y la disponibilidad de los recursos de este son algunos ámbitos de investigación de equidad en el SGSSS. En dicho contexto, las características de afiliación, acceso y utilización sirven para evidenciar inequidades en salud entre grupos poblacionales, según sus 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 a lo largo de los últimos 30 días; de estos, el 73% acudió a los servicios de salud institucionales, y el restante 27% recurrió a otros servicios, utilizó remedios, se automedicó o no hizo nada.

De las 20 localidades de Bogotá, 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 en que aumenta el nivel de ingreso, la percepción sobre el propio estado de salud mejora: el 61% de las personas que dijeron percibir como muy bueno su estado de salud resultaron pertenecer a los estratos 4 y 5, mientras que el 48% de quienes dijeron percibir 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 solo 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 el uso de los servicios de salud es la falta de dinero, aún en la población afiliada al SGSSS. Ni el 18,4% de la población en régimen contributivo ni el 26,8% del régimen subsidiado acceden a los servicios de salud. Por niveles de ingreso, las personas pertenecientes a los estratos 1 y 2 emplearon 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 y Rafael Uribe. A partir de los escenarios construidos, se configuraron dos perfiles: 1) el de mayor inequidad, el cual está determinado por pertenecer a los estratos 1 y 2, ser hombre, estar entre los 0 y los 18 años, pertenecer al régimen subsidiado o no tener afiliación al SGSSS. Y 2) el segundo perfil, que ofrece mejores condiciones de equidad, y el cual está relacionado con ser mujer y mayor de 19 años, pertenecer a los estratos 4 o 5 y tener afiliación 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; sobre todo, 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, para reducirla, la Corte Constitucional ha ordenado al Estado la unificación del POS.

# Conclusiones

## 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, y debido a que existe discriminación laboral hacia ellas y menores salarios, entre otras. Tales situaciones se hallan 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 o de gitanos presentes en Bogotá, la cual, durante 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, las dificultades económicas y el bajo nivel de servicios públicos en sus lugares de origen.

Se presenta inequidad en salud en los adultos mayores de los estratos 1, 2 y 3, por el grado de vulnerabilidad que enfrenta dicha población, caracterizado por la falta de recursos económicos, la imposibilidad de

trabajar y las situaciones de soledad, que se hallan en la base de las barreras de acceso a la atención en salud de los adultos mayores (afiliados al régimen contributivo, al régimen subsidiado y vinculados).

Las inequidades en SSR en las poblaciones vulnerables se expresaban en la declaratoria de emergencia social en 13 de las 20 localidades del Distrito en 2004. En 9 de ellas se concentraba el 84% de los casos de VIH notificados en Bogotá; y en 2003, el VIH-sida fue la segunda causa de mortalidad.

La promoción de un enfoque de equidad en SSR requiere identificar la vulnerabilidad, los factores y las interrelaciones desde biológicos hasta institucionales: vulnerabilidad estructural, colectiva o comunitaria e 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 y el 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 y los requerimientos de atención integral que orientan la salud pública. Se evidencia que estrategias como la 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 de forma grave la equidad en la accesibilidad y la 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 consiste en 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 en cada grupo de población sirve para hacer una aproximación más real a las necesidades específicas en salud de las personas, digna de tenerse en cuenta en el diseño y la ejecución de los planes de beneficio; particularmente, en 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.

## Inequidades en el funcionamiento del SGSSS

Las investigaciones reseñadas permiten identificar las inequidades en el acceso y la financiación de la atención en salud en Bogotá, así como el análisis y la revisión de las metodologías utilizadas para producir indicadores de equidad en salud, desde el punto de vista de su estructura, su organización y sus recursos, así 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, D. C., 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 dichos regímenes de aseguramiento, no se conocen indicadores de salud diferenciales entre ellos, aun cuando el acceso a los servicios de salud y la calidad en la prestación de estos es un determinante de inequidad en salud.

En Colombia, hay grandes inequidades en salud entre las regiones y los departamentos (41). 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 entre ellas para orientar la política pública en salud hacia la solución de necesidades particulares de las diferentes poblaciones.

## 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, D. C., 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 la sostenibilidad del SGSSS; particularmente, las de tipo financiero. Ello, 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.

Frente a lo anterior, 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, y que involucren 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 por género, por edades de vida (niñez, juventud, adultez, tercera edad), por pertenencias étnicas y por capacidades, entre otras. Además, visibilizan 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 1993, con el SGSSS, ha propiciado un contexto adverso para la equidad en salud.

Por otra parte, se observa que la salud pública se encarga al Estado, mientras que ni las entidades promotoras de salud (EPS) ni las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS) asumen la promoción de la salud ni la prevención de la enfermedad, por el diseño mismo de un sistema que genera rentabilidad económica a la "facturación" de la intervención por sobre la enfermedad. Por lo tanto, hay debilidad en la orientación familiar y comunitaria de la salud, aunado ello a que la participación comunitaria sea formal en las instituciones; también, a 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 o las inequidades que resultan de la falta de justicia social. Las investigaciones que abordan la relación entre distribución del ingreso y avance del sistema de salud, en términos de afiliación, gasto y subsidio en salud. Otra perspectiva tiene que ver con las inequidades en relación con el ingreso, la cobertura, el acceso, el uso y la calidad de los servicios.

Finalmente, los mencionados problemas de equidad en salud, si bien guardan relación con factores sociodemográficos 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 incurran en gastos de bolsillo para financiar las atenciones en salud, lo cual pone en entredicho el papel que desempeña el propio sistema de aseguramiento como modelo de atención en salud.

# Referencias


1. Salaverry García O. La inequidad en salud; su desarrollo histórico. Rev Peruana Med Exp y Salud Púb. 2013;30:709-813.

2. Urriola R. Alcances para el análisis de la equidad en los sistemas de salud. Cuad Med Soc. 2007;47:112-25.

3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano, 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. New York: PNUD; 2003.

4. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F. (Eds.). Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Washington: Fundación Rockefeller, Organización Panamericana de la Salud; 2002.

5. Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (GEGA). El Monitoreo de la Equidad: Conceptos, Principios y Pautas. Durban: GEGA; 2003.

6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas, 2012. Volumen regional. Capítulo II. Determinantes e inequidades en salud [internet]. 2012 [citado 2013 feb. 14]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&Itemid=

7. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Púb. 2002;11:302-9.

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro: Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la salud, 19-21 de octubre de 2011.

9. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2009.

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final. Ginebra: OMS; 2008.

11. Conferencia de Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (UNCED). Agenda 21. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Río de Janeiro. Brasil, 3-14 de junio de 1992.

12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Política de salud para todos para el Siglo XXI. Ginebra: OMS; 1997.

13. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Población y equidad en Colombia. Bogotá: UNFPA; 2006.

14. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Universidad de Antioquia. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.

15. Rodríguez García J, Acosta N, Peñaloza R. Carga de Enfermedad Colombia 2005. Resultados alcanzados. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX); 2008.

16. Castaño R, Arbeláez J, Giedion Ú, Morales L. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Santiago: ONU-CEPAL; 2001.

17. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad. Bogotá: Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson; 2012.

18. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Análisis de Situación de Salud de Bogotá, 2009. Bogotá: SDS; 2009.

19. Hernández Álvarez M. El derecho a la salud en Colombia: Obstáculos estructurales para su realización. En: De Currea Lugo V, Hernández M, Paredes N, PROVEA. La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos, Democracia y Desarrollo; 2000. pp. 133-164.

20. Carmona Moreno LD. La atención primaria en salud en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud: la experiencia de Bogotá. Bogotá: SDS; 2008.

21. Programa Nacional de Desarrollo Humano, Proyecto Bogotá Cómo Vamos. Pobreza y distribución del ingreso en Bogotá. Bogotá: PNDH; 2005.

22. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Gobierno Distrital, Pontificia Universidad Javeriana. Por la equidad, el reconocimiento, la inclusión social y el goce pleno del derecho a la salud. Política pública de salud para la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá D.C. 2008-2016. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.

23. Gallardo Lozano HM, Rodríguez García J. La carga de enfermedad en Santa Fe de Bogotá. Indicadores de vida ajustados por discapacidad (Avisa) y mortalidad, 1985-1996. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 1999.

24. Rodríguez García J. La carga global y la carga atribuible de enfermedad en Colombia 1993-2010. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Latinoamericano de Epidemiología. Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 14 de marzo de 2014. Disponible en: http://tucanos.udea.edu.co/cms/congresoepi/doc/ponencia4.pdf

25. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá: SDS; 2004.

26. Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez PA, et al. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. Rev Med Social. 2008;3:148-69.

27. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Avances y retos de Bogotá en la gestión social de políticas públicas. Bogotá: Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson; 2012.

28. Asociación colombiana de la salud (ASSALUD). La investigación en la Secretaría Distrital de Salud. Bogotá: SDS; 2008.

29. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Equidad y Salud: Debates para la acción. Bogotá: SDS; 2007.

30. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Inequidad Social en Salud: El caso de Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.

31. Fresneda Ó. Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá. Bogotá: SDS-UNAL; 2006.

32. Guarnizo Herreño CC, Agudelo Calderón C. Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. Rev Salud Públ. 2008;10:44-57.

33. Ariza Montoya J, Hernández Álvarez M. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. Rev Salud Públ. 2008;10:58-71.

34. Forero González G, Peña AD. Barreras de acceso en el servicio a salud en el adulto mayor. Bogotá: Hospital Pablo VI de Bosa; 2006.

35. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 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.

36. Martínez Martín FL. La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá. En: Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. Restrepo Botero D. (Ed.). Bogotá: SDS, CID-UN; 2010. pp. 121-70.

37. Vega Romero R, Restrepo Vélez MO. 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.

38. Martínez Barragán MP. Equidad en salud: estudio de caso en el Distrito Capital de Bogotá. Tesis para optar al Título de Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública, enero de 2006.

39. Rubio Mendoza ML. Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. Rev Salud Públ. 2008;10:29-43.

40. Martínez Bejarano RM. Un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento en Bogotá, 2001. Bogotá: Universidad Externado; 2006.

41. Álvarez Castaño LS. La situación de salud de la población colombiana: Análisis desde la perspectiva de la equidad. En: Pensamiento en salud pública: El derecho a la Salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez; 2001. pp. 104-36.

*Recibido para evaluación: 15 de agosto de 2013*
*Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014*

***Correspondencia***
*Germán Granada*
*german.granada@gmail.com*