

Coloquio "Ciudad Saludable: una estrategia para la equidad y la transformación urbana". *The Seventh session of the World Urban Forum*. UN-Habitat. OPS/OMS, Universidad de Antioquia, Alcaldía de Medellín. Parque de la Vida. Auditorio Principal. Medellín, 5 de abril de 2014.

# La experiencia bogotana: contradicciones entre ciudades saludables y aseguramiento en salud para alcanzar equidad

Mario Hernández Álvarez  
Médico, Bioeticista, Doctor en Historia  
Profesor Asociado  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional de Colombia

# Plan de presentación

- La estrategia de las ciudades saludables para la equidad
- Bogotá, 2004-2008: una experiencia frustrante
- Las hipótesis explicativas:
  - Las lógicas de la inequidad espacial (segregación)
  - Las lógicas del poder político urbano
  - Las lógicas del sistema de aseguramiento en salud
  - Las lógicas de la participación social
- ¿Hay Alternativas?

# La estrategia de las ciudades saludables para la equidad

- Surge de la experiencia canadiense y europea.
- Se relaciona con la visión amplia de promoción de la salud (Toronto, Ottawa) en los años 80.
- Se expande en Europa (OMS-Euro) desde el reconocimiento de la existencia de inequidades: “desigualdades injustas y evitables” (Whitehead, 1991).
- Se relaciona con la corriente de los “determinantes sociales de las desigualdades en salud”.
- Se plantea el tema de la gobernanza como democratización del gobierno urbano y se articula con dinámicas latinoamericanas de democratización (Ej: Porto Alegre y el Foro Social Mundial)

# La experiencia Bogotá, 2004-2008

- Primer gobierno de coalición entre fuerzas sociales y políticas de izquierda y centro izquierda (PDA, Luis Eduardo Garzón).
- Reconocimiento de la inequidad como principal problema de la ciudad.
- Apuesta por la realización del Estado Social de Derecho a partir de garantía de derechos humanos interdependientes.

# Ejes del Plan Distrital de Desarrollo *Bogotá sin Indiferencia*, 2004-2008

---

---

**Social**

Gestión  
pública

**Urbano- regional**

**Reconciliación**

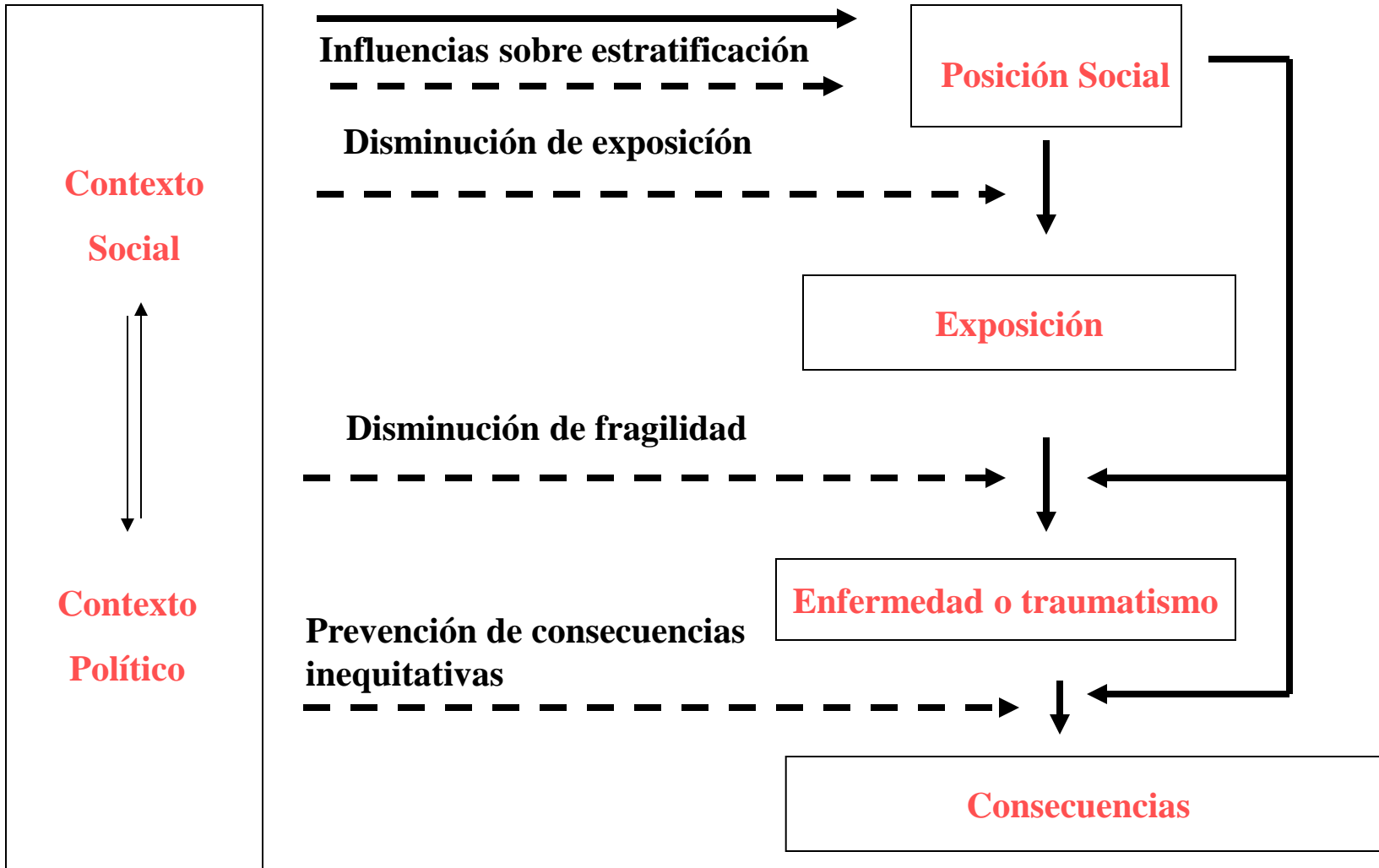
# Propósito de la política de salud: avanzar en la garantía del derecho a la salud

Enfoque promocional de calidad de vida y salud (A. De Negri, 2004).

- Salud como derecho humano, deber del Estado y responsabilidad social
- Concepción positiva de la salud:
  - Realización de proyectos de vida en relaciones sociales y en condiciones favorables (ejercicio de autonomía)
  - Poblaciones que construyen territorios sociales
  - Condiciones que determinan maneras de vivir, enfermar y morir
- Salud como vida buena: calidad de vida
- Equidad como principio orientador de la respuesta estatal y social
- Participación social como eje estructurante

# SOCIEDAD

# INDIVIDUO



# Pensar en calidad de vida implicaba:

Pasar de:

- ✓ Modo de atención basado en la enfermedad
- ✓ Modo de gestión por servicios curativos
- ✓ Demandas filtradas por la oferta
- ✓ Identificación de fragmentos de las necesidades sociales



Hacia:

- ✓ Imperativo ético de responder a necesidades sociales
- ✓ Modo de atención promocional de la calidad de vida y la salud
- ✓ Modo de gestión apropiado



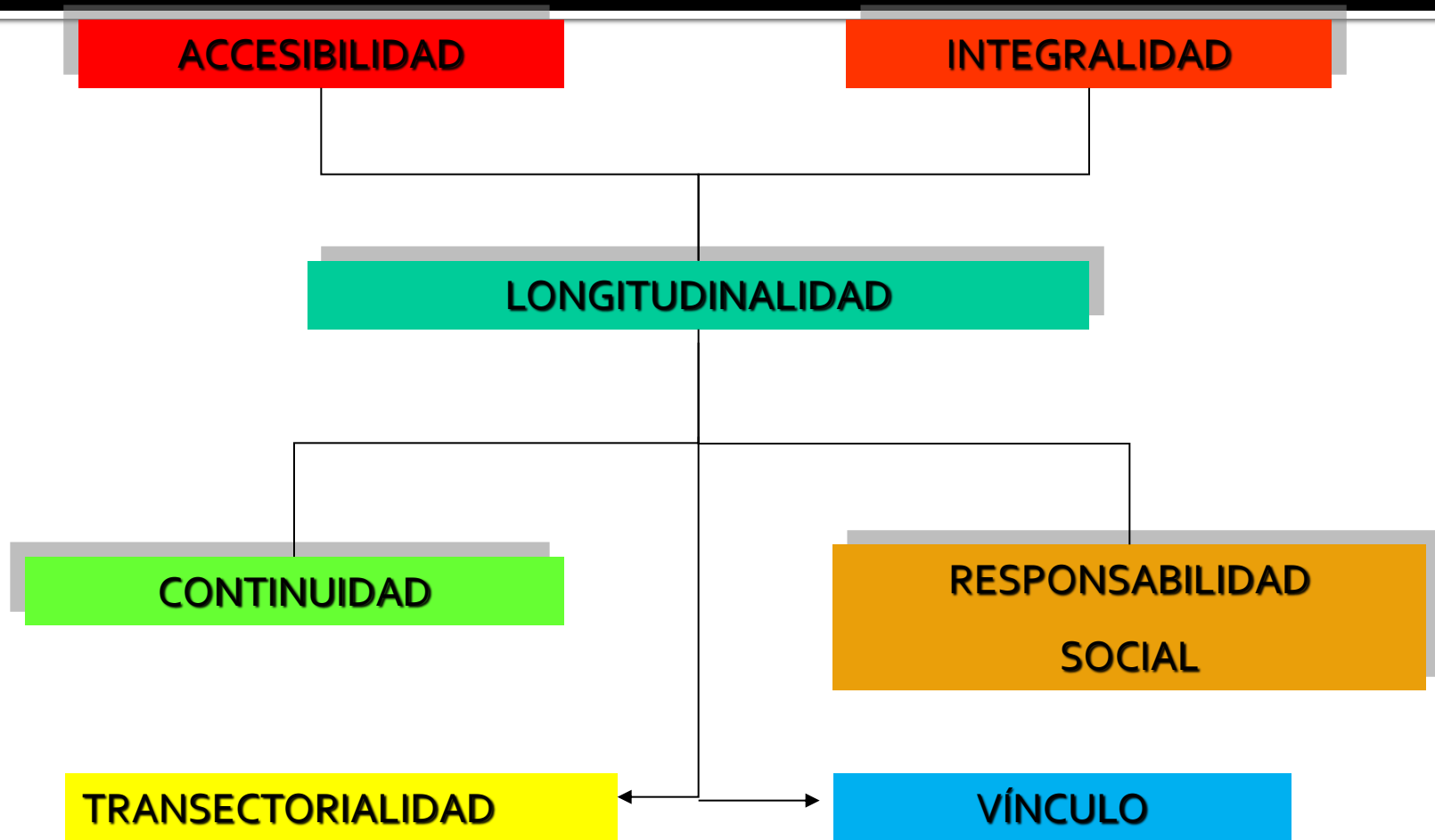
(Comité de DESC –  
Observación N° 14,  
basada en Alma Ata)



# Plan de salud con objetivos estratégicos, estrategias, proyectos

OBJETIVO	ESTRATEGIA	PROYECTOS DE INVERSIÓN RELACIONADOS
Afectar los determinantes de la salud	Abogacía de políticas saludables	Ciudad para la salud y la vida Promoción de la alimentación sana Promoción de ambientes saludables
	Salud en la gestión social de territorios	
	Comunicación en salud	
Fortalecer el ejercicio de ciudadanía	Construcción de ciudadanía y participación	Ciudadanía en salud
Orientar a todos los actores hacia la atención integral en salud desde el ejercicio de la rectoría territorial del SGSSS	Ejercicio de rectoría territorial y desconcentrada del sistema (dirección, admón de recursos, IVC, tutela gubernativa, asistencia técnica)	Universalización de la atención integral Ciudad para la salud y la vida Redes de servicios de salud Desarrollo de la dirección del sistema y fortalecimiento de la red pública hospitalaria Plan maestro de equipamientos en salud Ciudad Salud Dignificación del trabajo en salud Cooperación técnica local, nacional e internacional
	<b>Implantación progresiva de la APS con enfoque familiar y comunitario en el SGSSS en el DC (<i>Salud a su Hogar</i>)</b>	
	Organización de redes de servicios de salud en el SGSSS del DC	
	Desarrollo institucional SDS	
	Información para la decisión	Desarrollo del Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS)

# Orientar los servicios con base en los principios de la APS renovada



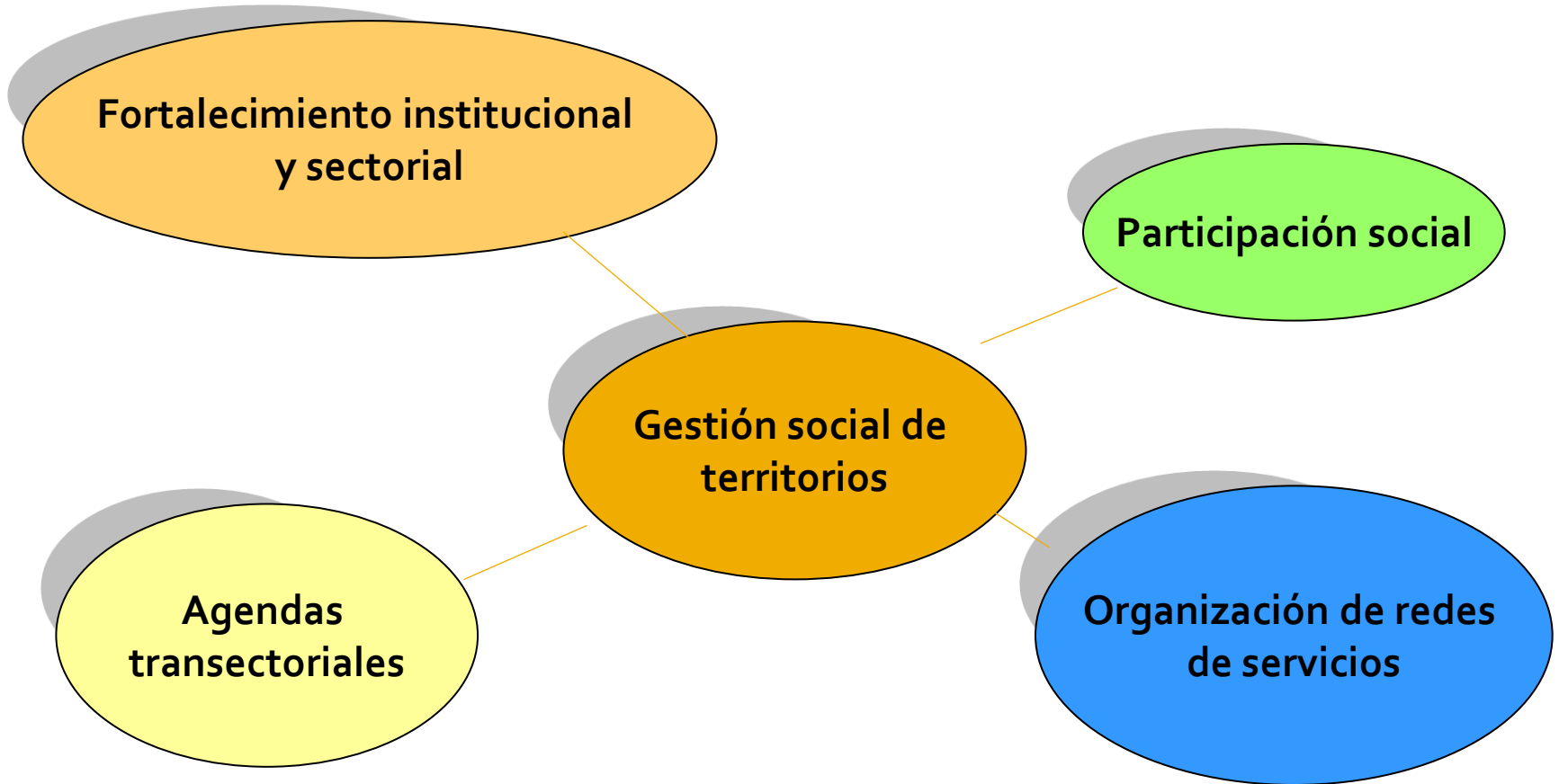
# Características básicas del sistema de seguridad social en salud colombiano de “pluralismo estructurado”.

- Aseguramiento con dos regímenes (RC y RS), “vinculados” transitorios (+ regímenes especiales y “medicina prepagada”).
- Financiamiento por recursos públicos (fiscales-SGP y parafiscales-Fosyga).
- Articulación por medio de “empresas promotoras de salud” (EPS) en “competencia regulada” por transferencias de UPC para garantizar POS.
- Prestadores (IPS) en competencia por contratos con EPS.
- “Salud Pública” a cargo de ET a través de PAB, hoy PIC.

# La propuesta en el marco del SGSSS

- Conciencia de **la posición dominante de las EPS** a partir de su cálculo de rentabilidad (UPC vs. costos POS) = barreras de acceso
- En el sector de servicios, la APS con enfoque familiar y comunitario implicaba **aproximar a los prestadores con las comunidades para presionar a los aseguradores** hacia la atención integral.
- La APS permitiría **integrar las estrategias en los territorios** con intersectorialidad, visión de SP y afectar inequidades.
- Se inició con la **red hospitalaria adscrita (ESE)** como experiencia demostrativa.
- La SDS ejercería la **rectoría sobre los aseguradores** (RS y RC) para garantizar atención integral
  - Acercamiento a EPS
  - Contratos ARS
  - Contratos ESE (vinculados)

# En territorios: un nuevo modo de gestión en salud



# Estrategias y proyectos articulados en territorios

Perspectiva de la gestión social de territorios para la calidad de vida (Distrito-región-cuenca-localidad-UPZ-ZCVS-microterritorio APS-ámbitos de vida cotidiana):

- **Reconocimiento** de actores, individuales y colectivos, que luchan por la apropiación y uso del territorio.
- **Identificación** de necesidades, capacidades, aspiraciones diferenciadas en poblaciones y territorios: **inequidades y brechas**.
- **Construcción** de agendas sociales: prioridades, escenarios, reglas, procesos, resultados de transformación (ESD – sociedad, *Bogotá sin indiferencia*)

Identificación de necesidades y aspiraciones  
sociales en territorios 79 ZCVS  
-APS- Caracterización - Ámbitos

- Alcaldesas
- ESE
- Entidades
- Comunidades

Proyecto  
Integral de  
Salud

Definición de Plan Local de Salud

PAB

POS

UEL

Acciones de  
otros sectores

ATENCION PRIMARIA EN SALUD

REDES DE SERVICIOS Y REDES SOCIALES

**GESTION SOCIAL DEL TERRITORIO**



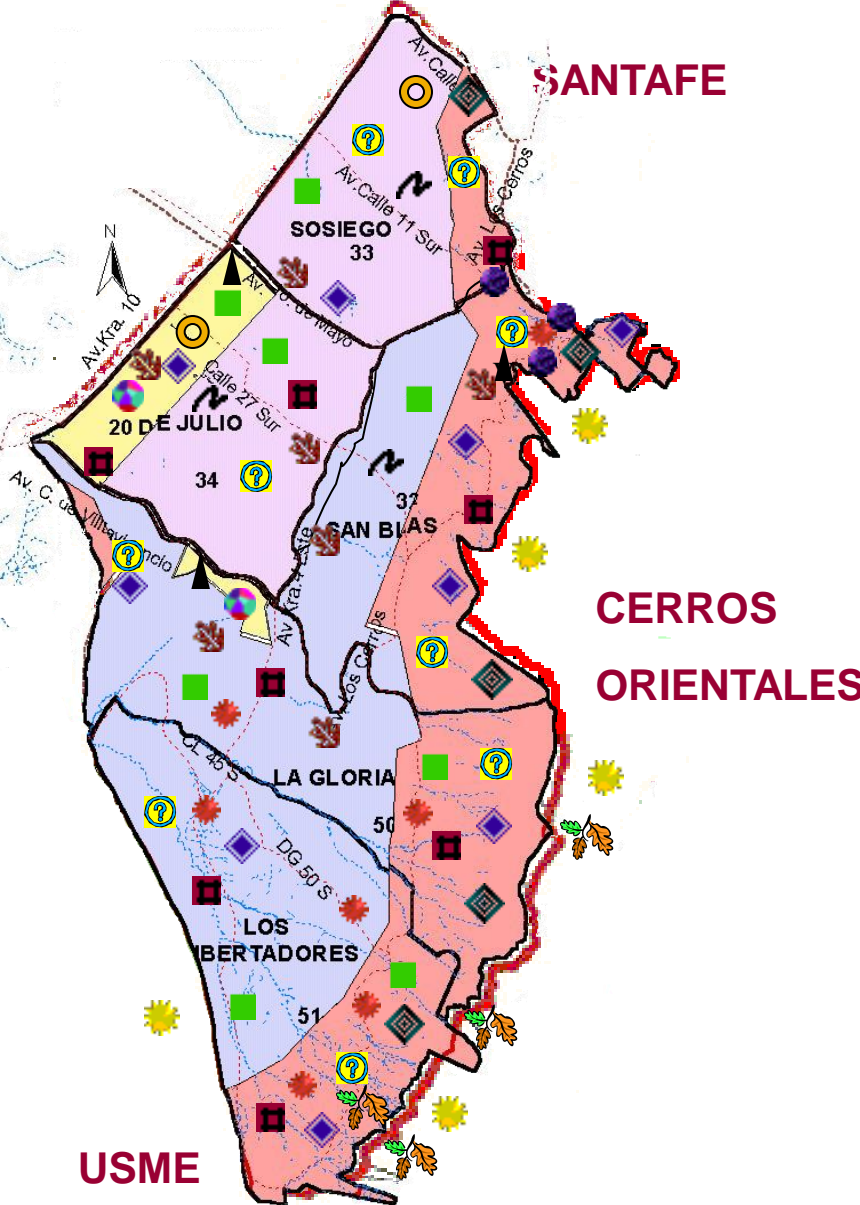
# LOCALIDAD CUARTA SAN CRISTOBAL

ANTONIO NARIÑO

SANTAFE

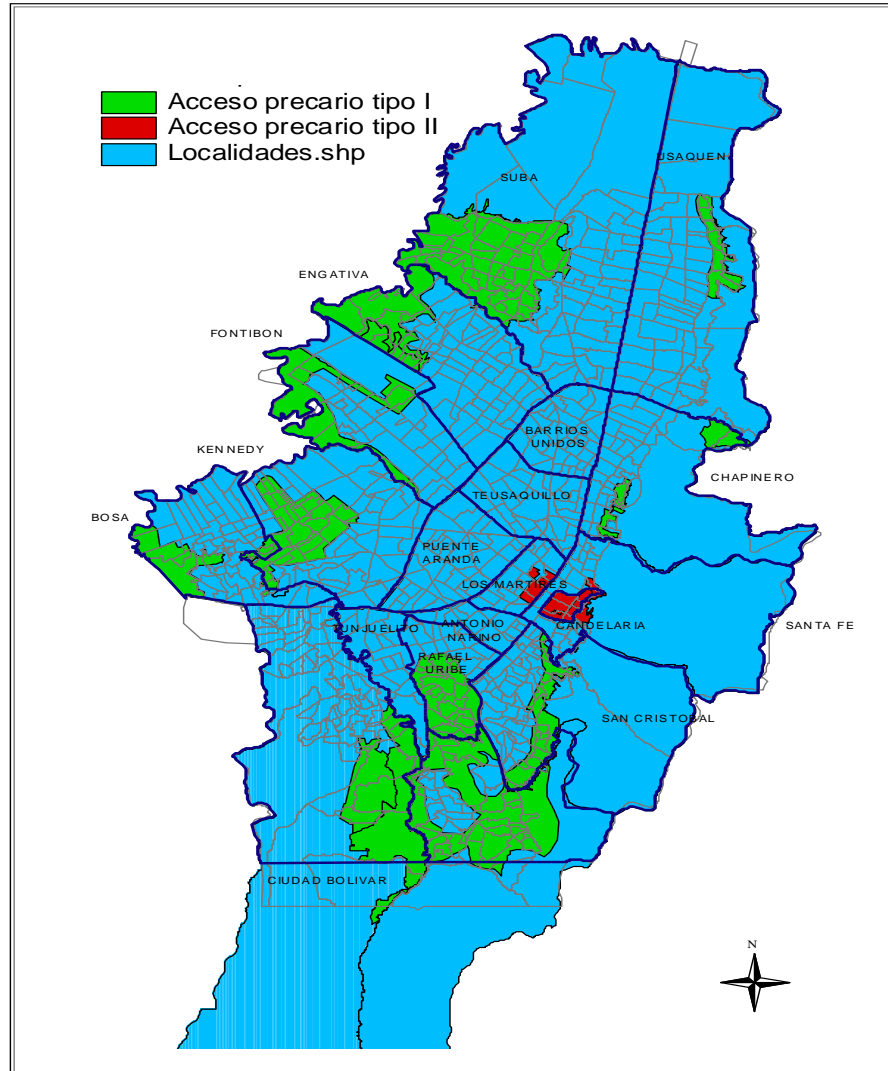
RAFAEL  
URIBE

Ejemplo  
de Dx  
local

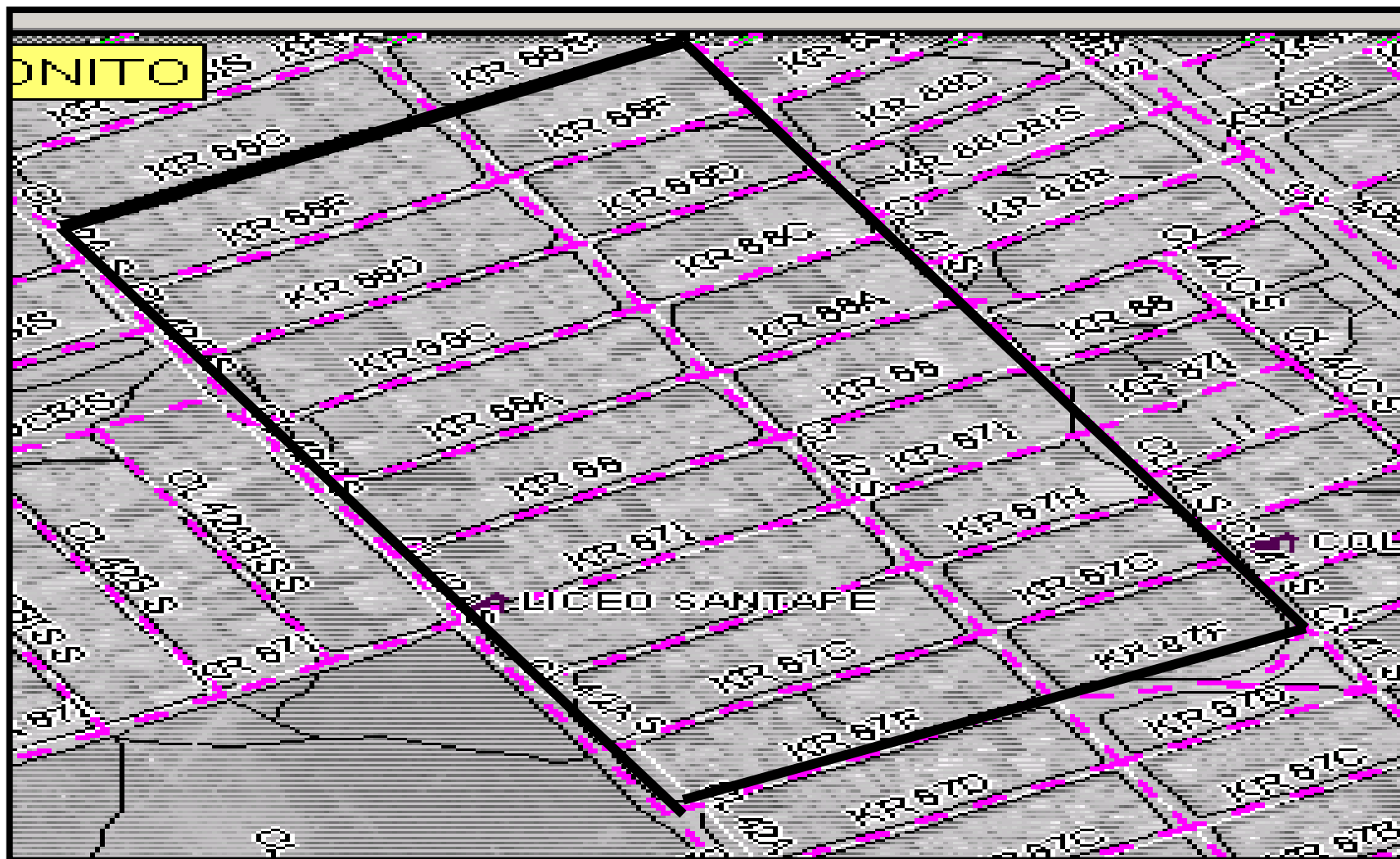


- PANDILLISMO
- DESNUTRICION
- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
- DESPLAZAMIENTO
- INCENDIOS FORESTALES
- CANTERAS
- VECTORES
- CONTAMINACION
- INUNDACIONES
- ZONAS DE AMENAZA POR REMOSIÓN
- HABITANTE DE LA CALLE
- CULTIVOS
- VENTAS AMBULANTES
- TRABAJO INFANTIL

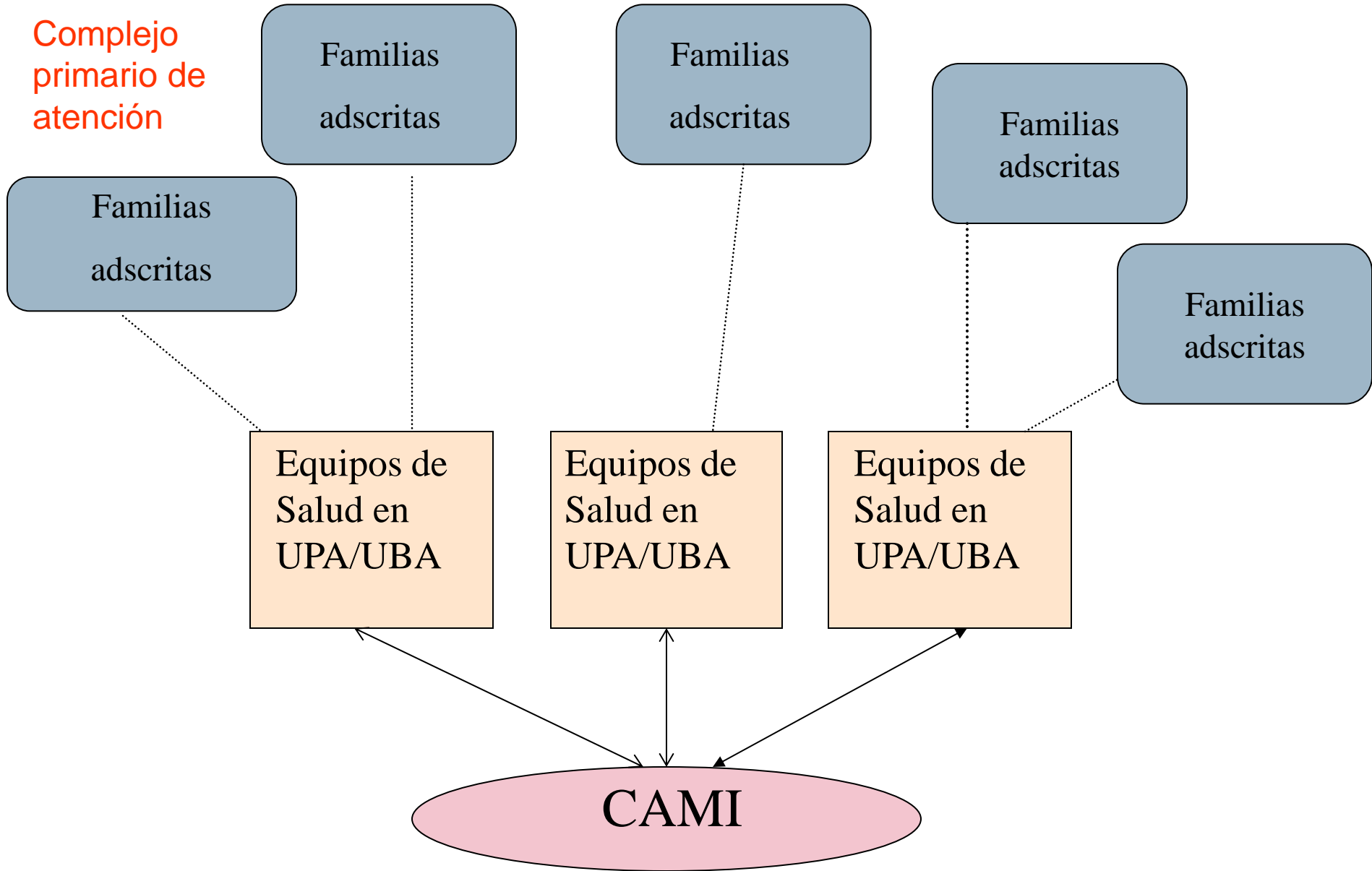
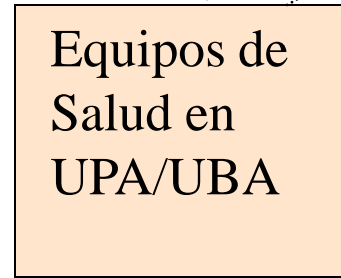
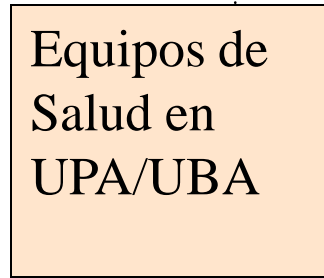
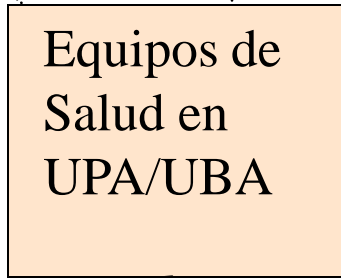
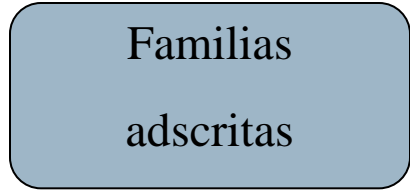
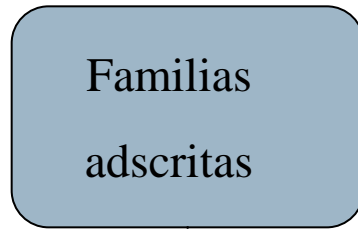
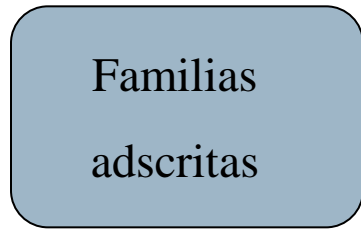
# Selección de zonas prioritarias para *Salud a su Hogar*



## Ejemplo de microterritorio en Patio Bonito (Kennedy)



Complejo  
primario de  
atención

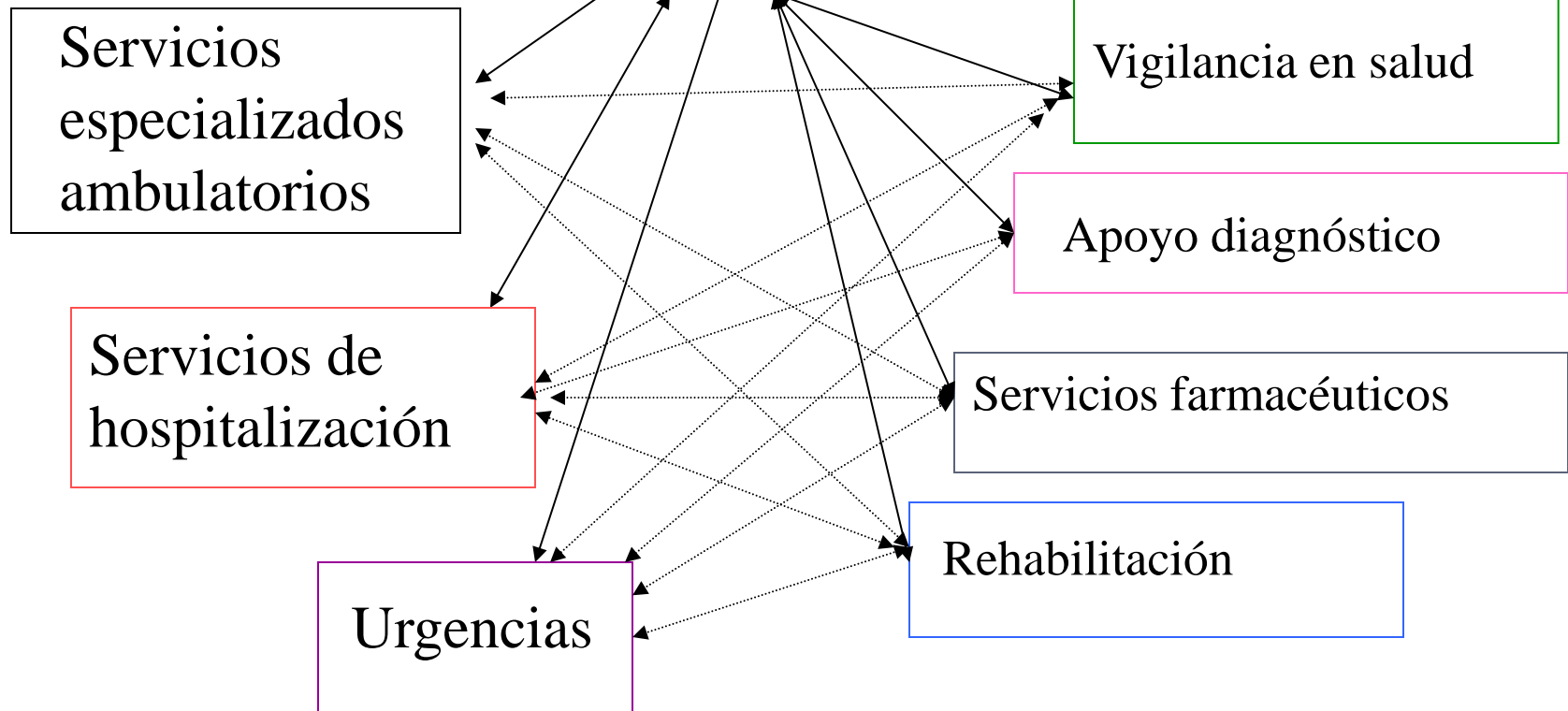


# Complejos primarios como puerta de entrada al sistema

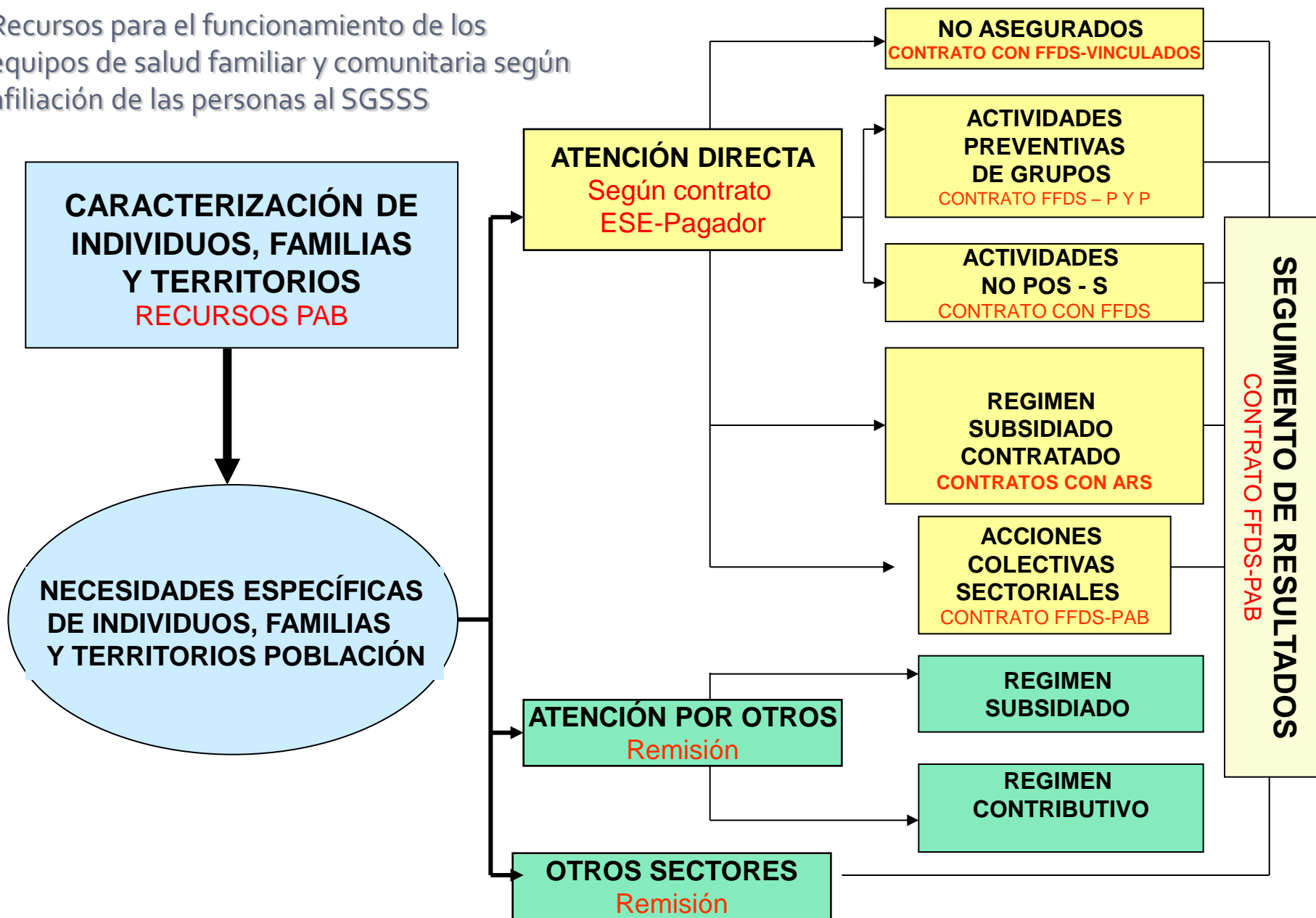
Redes de servicios

Complejos primarios

Redes de apoyo



Recursos para el funcionamiento de los equipos de salud familiar y comunitaria según afiliación de las personas al SGSSS



# El balance: avances y tensiones

- Con desarrollos desiguales entre localidades, disminución de brechas e inequidades en salud e impactos incipientes en salud y calidad de vida
- Formulación de otras políticas sociales con enfoque promocional de calidad de vida y salud (Ej: infancia y adolescencia, vivienda, ambiente)
- Mayor interacción entre salud y otros sectores hacia integralidad en los territorios
- Mayor presión y rectoría sobre actores del sistema: prestadores privados, aseguradoras y administradoras del régimen subsidiado

# El balance: problemas y tensiones

Se confundió *Salud a su Hogar* con la política distrital de salud

Presión política por diferentes vías (partidos de oposición en Concejo, Personería, Contraloría, EPS y ARS, Academia defensora del "pluralismo estructurado", entre otros).

Imagen equivocada en los medios de un sistema paralelo para pobres estilo *Barrio Adentro* (deslegitimación política en la ciudad)

Resistencias de los actores del sector: ARS, ESEs, intra SDS, EPS

Poca articulación con mov. social

Dificultades técnicas de operación en el SGSSS (Ej: Información)

Escaso respaldo político y cambios frecuentes de Secretario de Salud

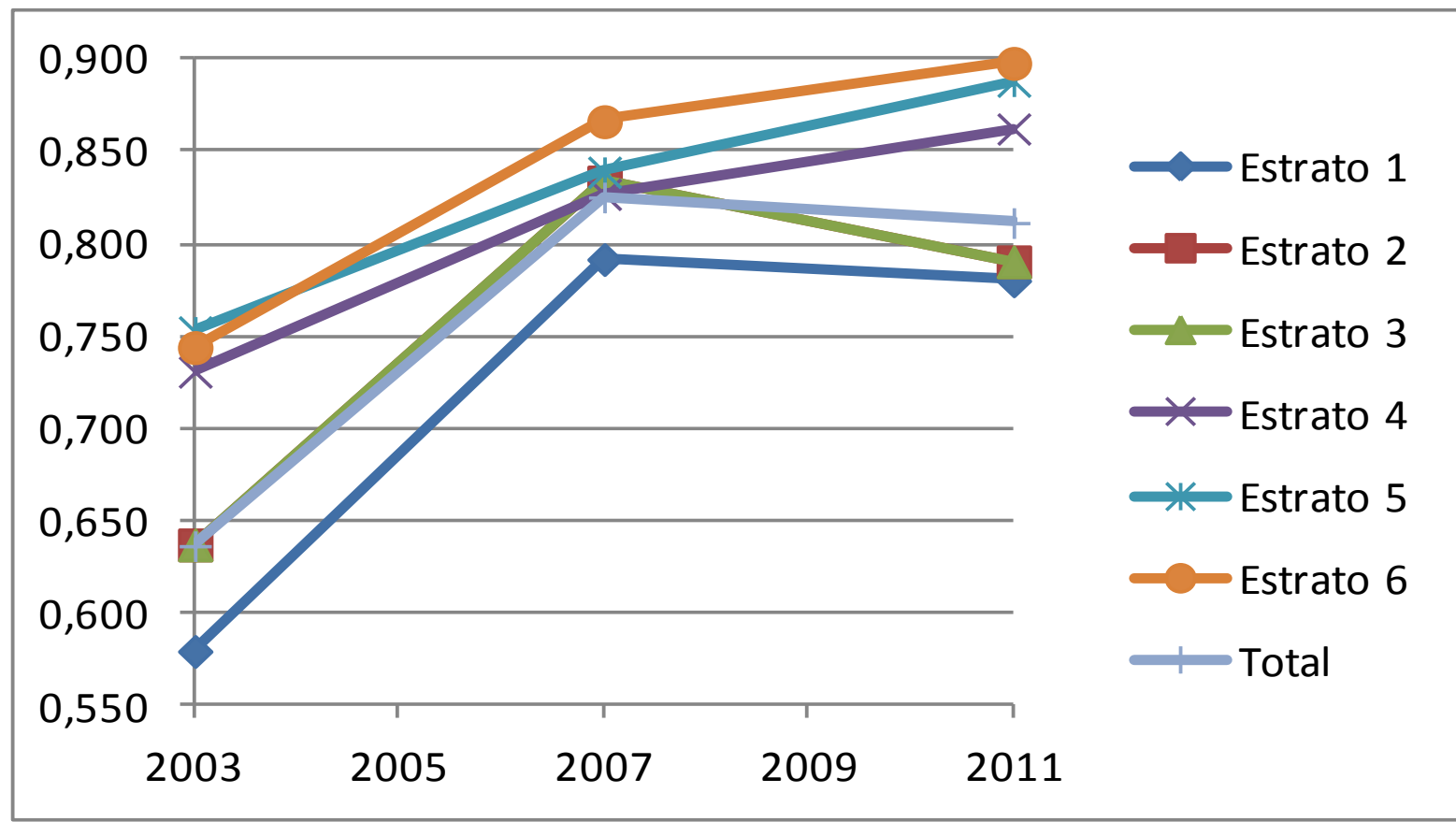
Cultura individualista (tutela) vs. participación



# Las hipótesis explicativas: Las lógicas de la inequidad espacial (segregación)

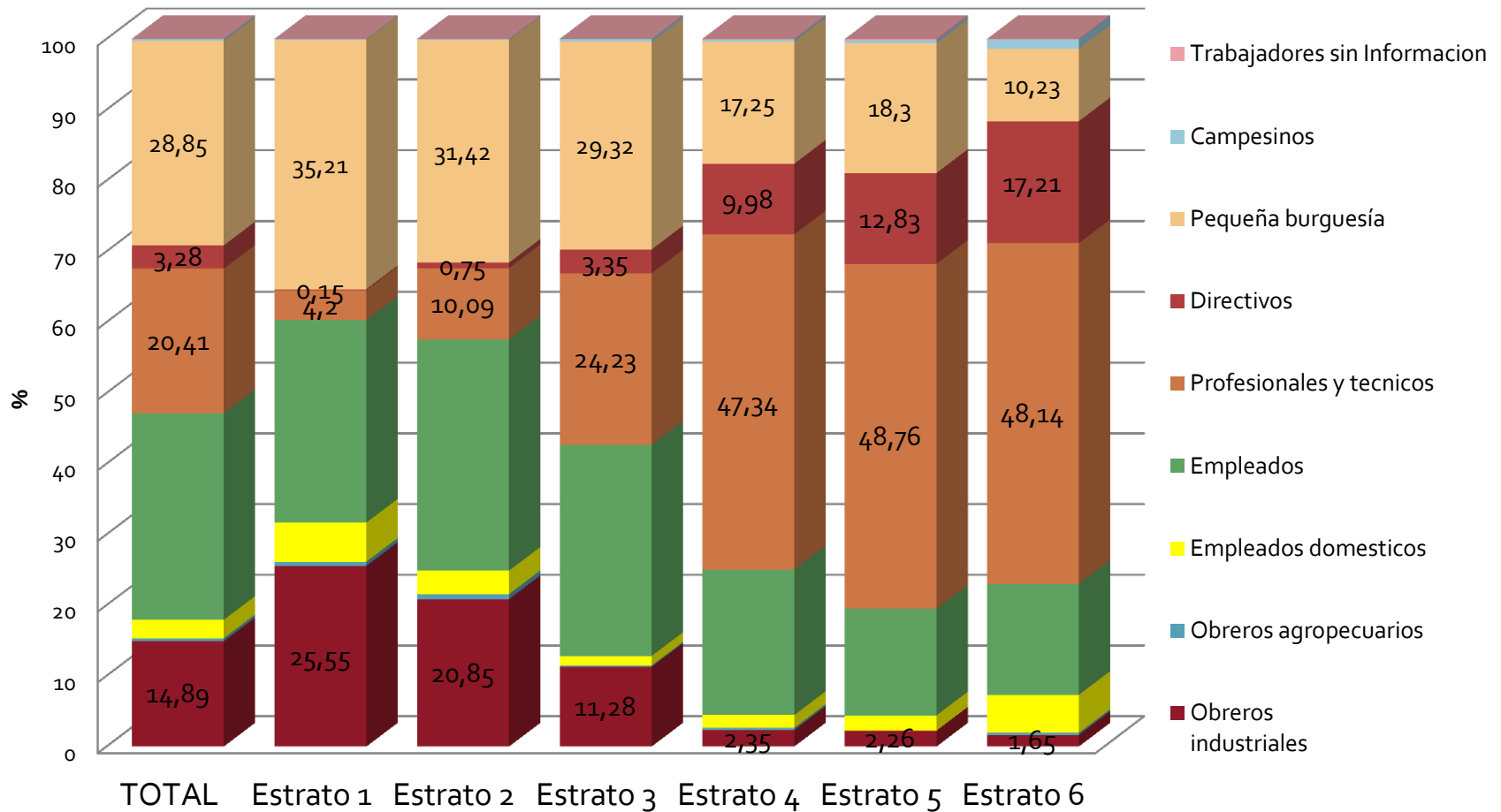
- La propiedad de la tierra históricamente construida determina la segregación espacial.
- La aplicación de los “estratos” (1-6) ha reproducido y profundizado la segregación.
- El desplazamiento forzado ha generado más y más marginalidad.
- La planificación urbana ha sido mínima.
- Las reglas y decisiones políticas han reproducido la segregación espacial: grandes negocios inmobiliarios, transporte, basuras, servicios públicos, salud, educación (para pobres, medios y ricos).

# Tendencia del Índice de Calidad de Vida Urbano Simplificado (ICVUS), Bogotá, 2003 – 2011 por estrato socioeconómico y total



Fuente: Fresneda O, Martínez J (2012) Desigualdades en calidad de vida y salud en Bogotá 2003-2011. En: Restrepo D, Hernández M (eds.) *Inequidad en salud en Bogotá. Convocatoria para la acción colectiva*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, CID-Facultad de Ciencias Económicas-Universidad Nacional de Colombia: 41-143.

# Estructura de clases sociales por estratos en Bogotá



# Las hipótesis explicativas:

## Las lógicas del poder político urbano

- El concejo de Bogotá expresa los predomios políticos por localidades y partidos en medio de enorme abstención.
- Las instituciones públicas (salud, educación, asistencia social, etc.) y los grandes contratos están atados a la lógica de distribución del poder político en los sectores.
- Existen correas de transmisión sólidas entre el nivel local (JAC-JAL), distrital (Concejo) y nacional (Congreso-Poder ejecutivo) en el interior de los partidos que obstaculizan cualquier gestión “disfuncional” a la lógica del gran negocio.

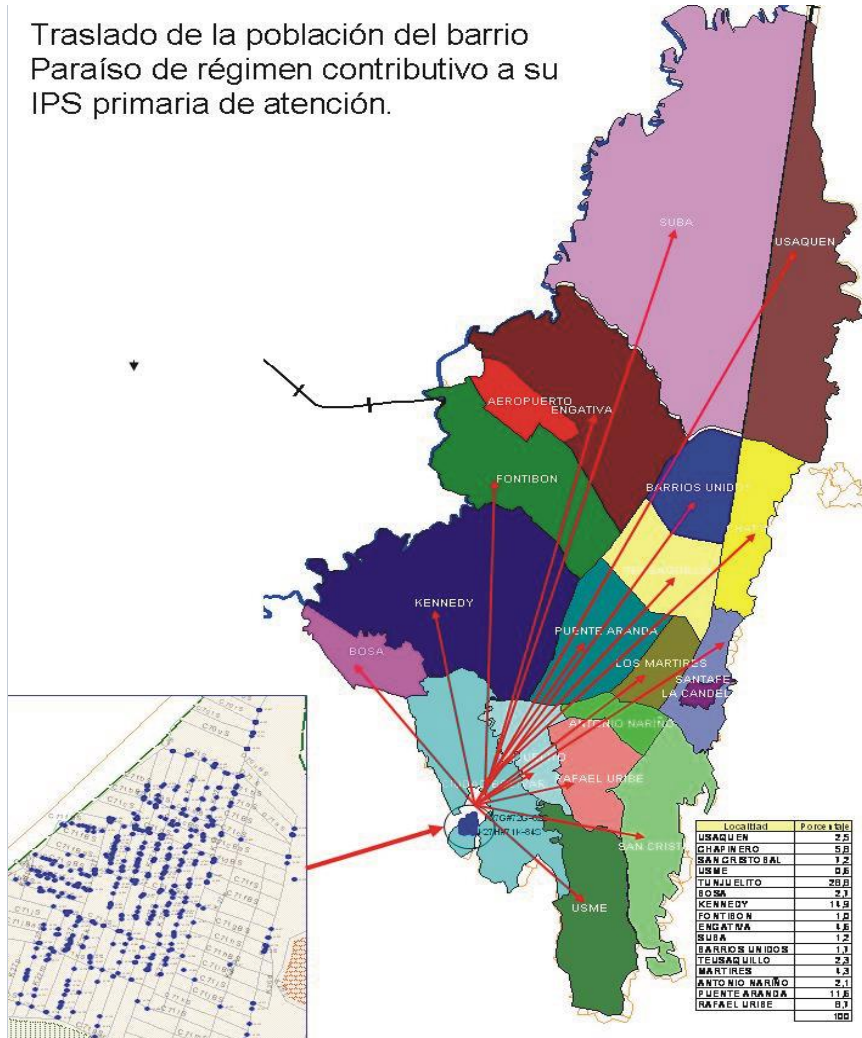
## Las hipótesis explicativas:

### Las lógicas del sistema de aseguramiento en salud

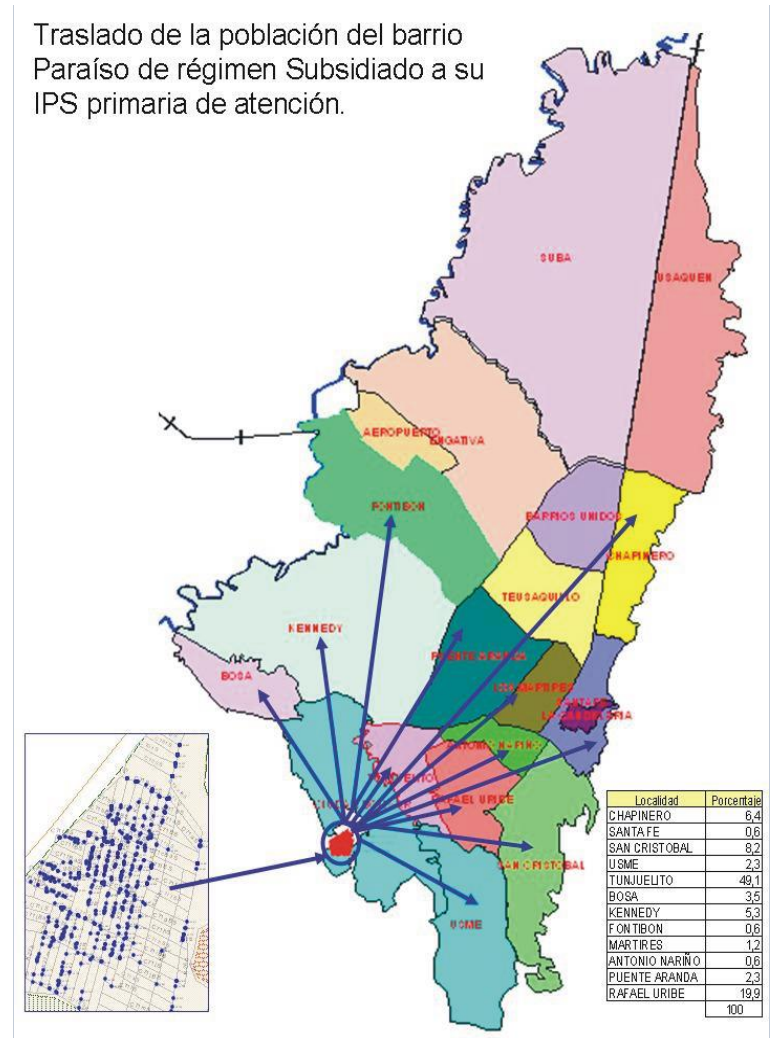
- La separación estructural entre regímenes ata el derecho a la propiedad de las personas y reproduce inequidades en la oportunidad y calidad en el acceso y en los resultados.
- La separación entre aseguramiento a cargo de EPS y “salud pública” a cargo de ET va en contra de la integración poblacional y territorial de las políticas públicas.
- El poder de las EPS es absoluto en el aseguramiento y no permite la más mínima gobernabilidad por parte del ET (¿coordinación?)
- Predomina la rentabilidad de los agentes (EPS y grandes IPS) por encima del derecho a la atención de las personas.
- La participación social ha sido destruida y se pasó a una lucha individual como consumidor para obtener bienes y servicios (tutela).

# Barreras geográficas de acceso en Bogotá

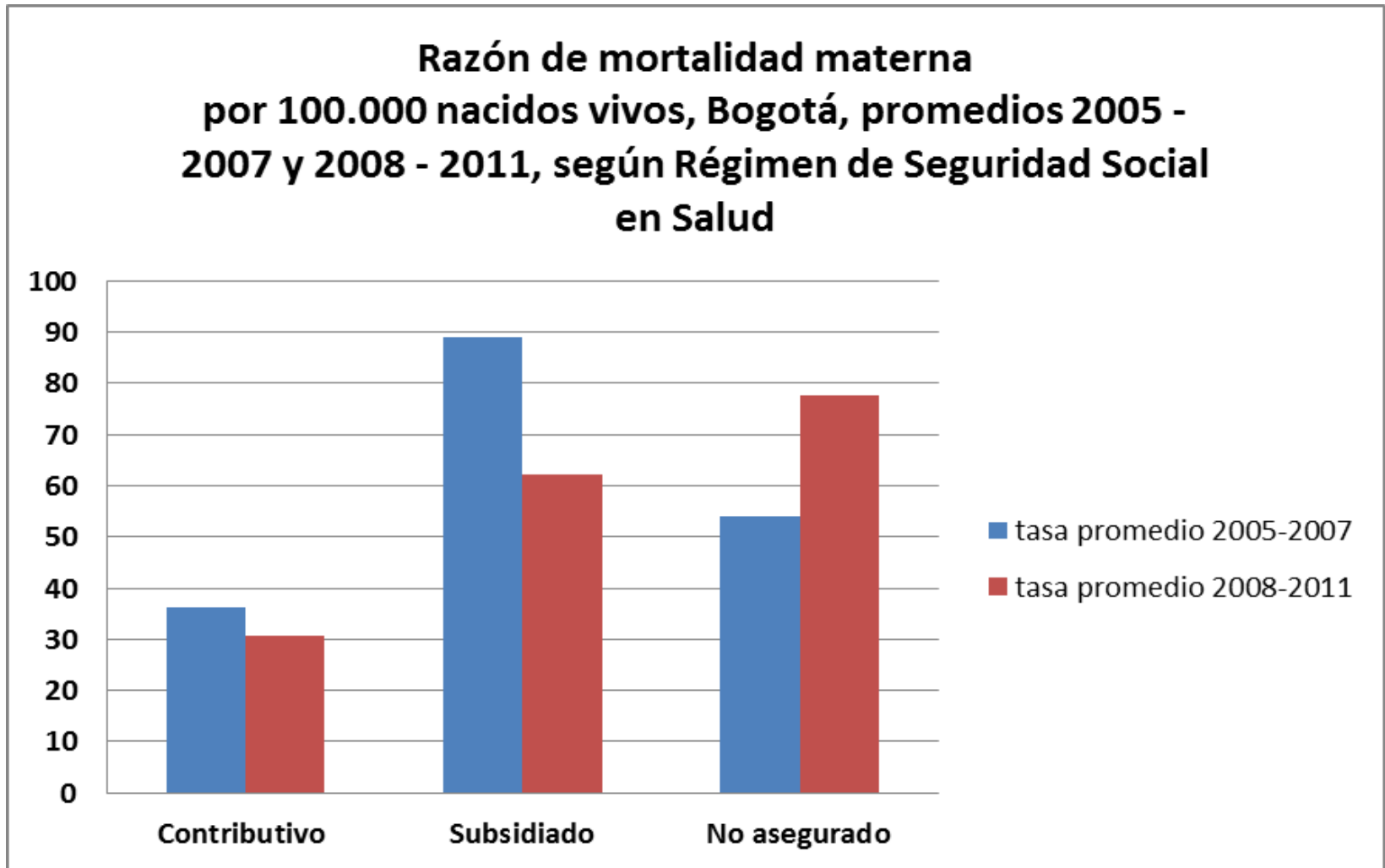
Traslado de la población del barrio Paraíso de régimen contributivo a su IPS primaria de atención.



Traslado de la población del barrio Paraíso de régimen Subsidiado a su IPS primaria de atención.



## Ejemplo de inequidad en los resultados en salud



Fuente: Martínez F, Hernández M (2012) Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades 2005-2011. En: Restrepo D, Hernández M (Eds.) *Inequidad en salud en Bogotá. Convocatoria para la acción colectiva*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Universidad Nacional de Colombia: 287-328.

# Las hipótesis explicativas:

## Las lógicas de la participación social

- Participación social reducida a instancias marginales (Copacos, juntas directivas, asociaciones de usuarios) en los hospitales públicos (empresas sociales del Estado).
- Predomina la búsqueda individual de garantías (quejas, derechos de petición, tutelas, desacatos, etc.).
- Predomina una perspectiva individualista e insolidaria de los derechos de propiedad y del subsidio (no propiedad).
- Escasa acción colectiva.
- Nula conciencia de derechos de ciudadanía social.



# ¿Hay Alternativas?

- La estrategia de ciudades saludables no es una receta. Es un proceso de democratización política de las ciudades.
- Implica:
  - Comprensión de dinámicas de poder y de lucha desigual por la apropiación y uso de los territorios.
  - Profundización en la comprensión de procesos de producción y reproducción de inequidades.
  - Procesos de democratización profunda y transformación colectiva de las relaciones de poder y de la distribución-redistribución de los medios al alcance de las clases y los grupos sociales en conflicto.
  - Debate público amplio para la transformación de una institucionalidad nacional que favorece, reproduce y profundiza las inequidades y las brechas.

---

# Gracias

[mariohernandez62@gmail.com](mailto:mariohernandez62@gmail.com)