



BOLETÍN DEL Observatorio

Para la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá D.C.

11

NOVIEMBRE DE 2012



BOGOTÁ
HUMANANA

Guillermo Alfonso Jaramillo
SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
Secretaría Distrital de Salud

Martha Liliana Cruz Bermúdez
DIRECTORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS
Secretaría Distrital de Salud

Alix Solangel García Ruíz
GRUPO DE INVESTIGACIONES
Secretaría Distrital de Salud



José Guillermo García Isaza
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Universidad Nacional de Colombia

Jorge Armando Rodríguez Alarcón
DIRECTOR CID
Universidad Nacional de Colombia

Mario Hernández Álvarez
DIRECTOR OBSERVATORIO

CID Centro de
Investigaciones
para el Desarrollo

Índices de riesgo y protección. Evolución de la equidad en salud en Bogotá 2007 - 2011

*Félix León Martínez¹
Daniel Garavito Jiménez²
Miembros del Grupo de Protección Social - CID/UNAL*

Introducción

Con el objeto de contar con una visión general de las desigualdades en salud, el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y salud de Bogotá requería un programa sistemático de análisis de las inequidades en calidad de vida y salud, pues los trabajos realizados en el área de producción de indicadores reiteraban que no se contaba con la información suficiente para un análisis más completo de las inequidades. Era necesario producirla". (Restrepo, 2007)¹

¹ Médico, Magíster en Salud Pública, investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia

² Estadístico, Universidad Nacional de Colombia - investigador CID.



En respuesta a estas recomendaciones, la Secretaría Distrital de Salud y el Grupo de Protección Social, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional acordaron desarrollar en la etapa siguiente de actividades del Observatorio el análisis de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida para Bogotá 2007 (ENCV 2007).

Fue posible, entonces, construir tres índices a partir de la encuesta: el índice de salud-enfermedad-deterioro, el índice de riesgo y el índice de protección. Cada uno de los índices integró una serie de variables relacionadas, contenidas en la ENCV 2007, las que posteriormente fueron procesadas por métodos estadísticos. (Martínez 2011)ⁱⁱ

Índice de salud-enfermedad, deterioro o daño

La ENCV 2007, como las encuestas sociales en general, resultó muy limitada en el ámbito de la medición del estado de salud-enfermedad de los individuos. Tan sólo se encontraron siete variables que permitían medir parcialmente el fenómeno enfermedad o discapacidad. Adicionalmente, algunas eran de carácter objetivo, otras subjetivo, algunas indicaban daño en salud o discapacidad acumulado, otras problemas inmediatos o de corto plazo.

Con base en este limitado número de variables se construyó inicialmente en la investigación un Índice de Salud, para ser contrastado con un Índice Compuesto de Calidad de Vida. Si bien estos índices claramente muestran un gradiente relacionado con la posición social, como puede observarse en el gráfico 2, respecto a la variable clásica “estrato” de la vivienda, o unas asociaciones significativas en los análisis multivariados, la limitación señalada de las variables de salud enfermedad de los individuos, disponibles para el respectivo índice, se traduce en que posiblemente este cambio no alcanza la magnitud o pendiente esperada .

En conjunto, estas variables de resultado en salud (daño, enfermedad, discapacidad) mostraron comportamientos dispares, que sugerían a su vez interacciones complejas de analizar, resultado clásico en todos los intentos de relacionar directamente la enfermedad con la pobreza, por lo que la investigación avanzó en busca de un modelo de análisis que permitiera observar una relación más directa entre salud y posición social.

Por otra parte, la evaluación del fenómeno salud-enfermedad, desde el punto de vista de los determinantes sociales, permitió encontrar en la ECV de 2007 para Bogotá, un importante número de variables para su medición por grupos sociales, especialmente teniendo en cuenta el conjunto de los riesgos y las protecciones (respuesta social) diferenciales por posición social.

Al revisar el instrumento de la ENCV 2007 se hallaron 18 variables que incluían riesgos que afectan la salud de los individuos, reconocidos causantes de enfermedades infecciosas, lesiones y enfermedades crónicas. También 25 variables que identificaban el grado de protección o respuesta social para enfrentar la enfermedad de que disponen los individuos y 32 más de protecciones específicas para niños.

A partir de las variables de riesgo se propuso crear un índice de riesgo para ser evaluado por posición social y, a partir de las variables de protección o respuesta social, otro índice de protección para el análisis por posición social. (Martínez 2011)

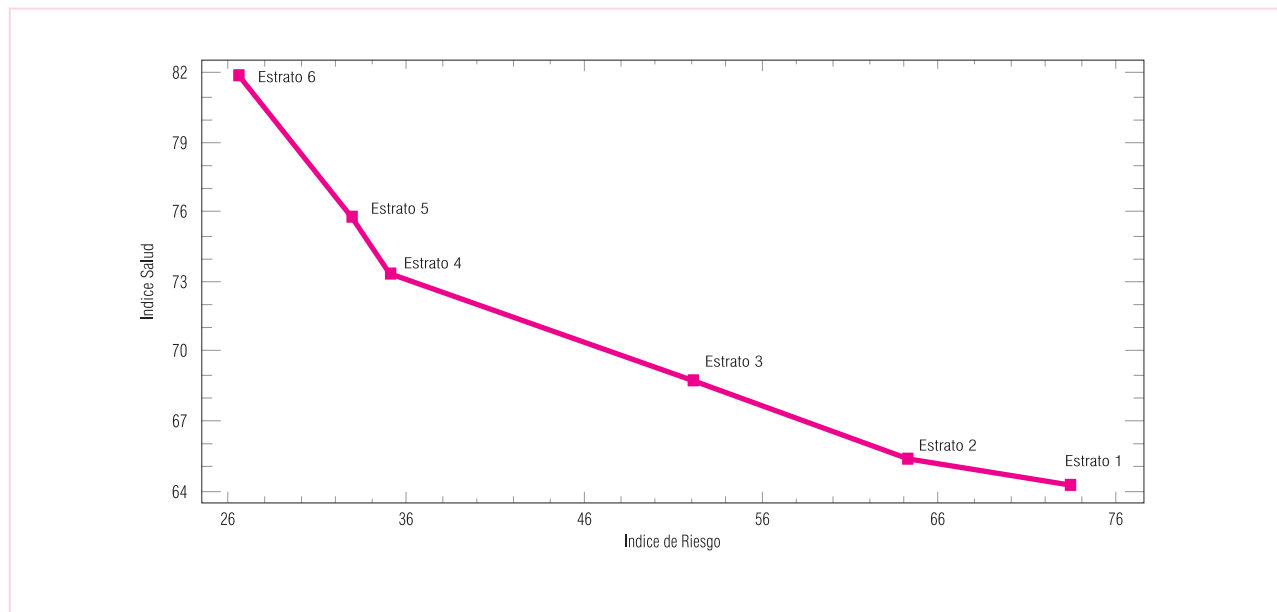
Índice de riesgo

Las variables seleccionadas para este índice son del tipo ampliamente reconocido en la literatura científica como factores de riesgo o factores asociados fuertemente a la presencia de ciertas enfermedades, o factores determinantes de enfermedad (OMS, 2003)ⁱⁱⁱ.

El índice construido con las variables de riesgo se relaciona con el índice de salud, a través de sus promedios, por estrato socioeconómico, para confirmar que

los estratos más bajos están expuestos a mayores riesgos y también muestran una peor condición de salud (gráfico 1).

Gráfico 1. Relación entre los promedios de los índices de Salud y Riesgo según estrato socioeconómico



Fuente: CID – Grupo de Protección Social. Cálculos con base en ECV 2007

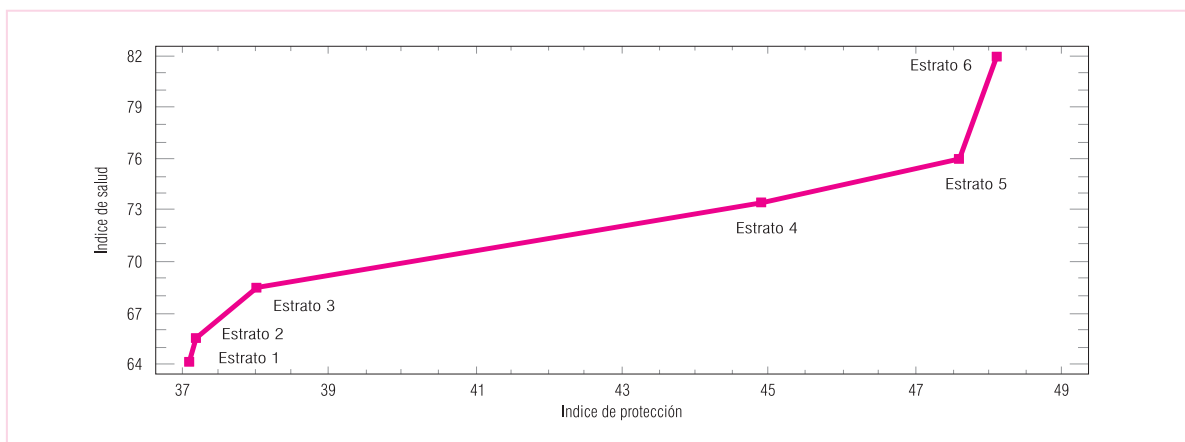
Índice de protección

Siguiendo el mismo proceder, se seleccionaron en la ENCV 2007 para Bogotá las variables que permitían evaluar la respuesta social organizada en caso de enfermedad, lesión o discapacidad, o variables de protección social para los adultos.

Igualmente, se relacionan los índices de salud y de protección por estrato socioeconómico, lo que demuestra como los estratos más altos tienen más protecciones o mejor respuesta social frente a la enfermedad y también una mejor condición de salud. Al contrario, los estratos bajos tienen menores protecciones y peor condición de salud (gráfico 2).



Gráfico 2. Relación entre los promedios de los índices de Salud y Protección según estrato socioeconómico

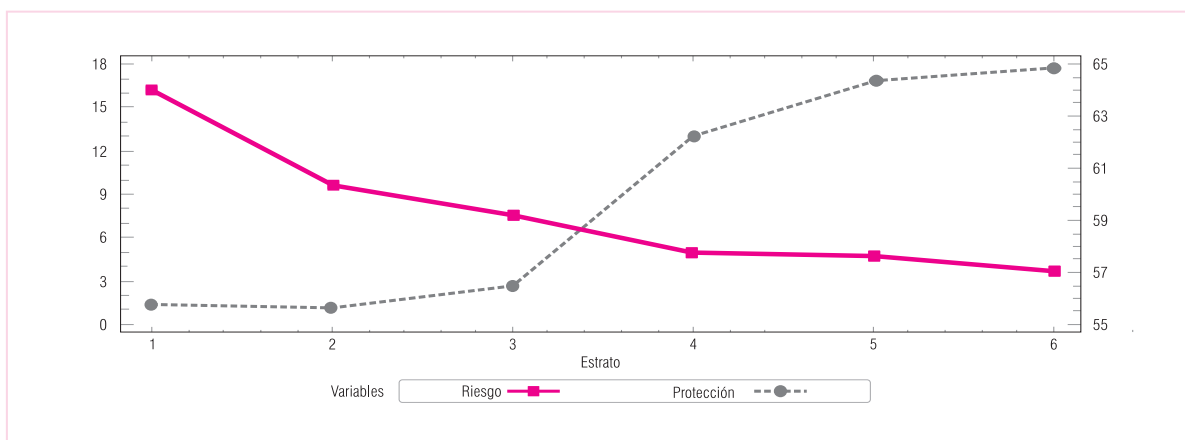


Fuente: CID – Grupo de Protección Social. Cálculos con base en ECV 2007

Como puede observarse en el gráfico 3, tanto el índice de riesgo como el de protección se comportaban diferencialmente por posición social e inversamente, lo

que constituía una franca ratificación de la hipótesis construida en el marco teórico sobre equidad en salud y determinación social de la enfermedad.

Gráfico 3. Índices de riesgo y protección por estrato



Fuente: CID – Grupo de Protección Social. Cálculos con base en ECV 2007

El gráfico 3 configura finalmente la síntesis de la inequidad social en salud desde el marco de análisis propuesto, un retrato doloroso que permite observar como la inequidad social se traduce en inequidad en salud, al mismo tiempo que demuestra que ser pobre implica mucho más que no tener ingresos, pues significa estar sometido a mayores riesgos que afectan la salud y tener menores protecciones para enfrentar la enfermedad y la discapacidad, lo que garantiza a estos grupos una condición de salud peor en conjunto, que a su vez aumenta la probabilidad de crisis económicas en los hogares, de modo que se cierra el círculo vicioso de la reproducción de la pobreza. (Martínez 2011)

Cuarta etapa del observatorio: análisis de las tendencias en la equidad de la calidad de vida y la salud (2007-2011)

El nuevo análisis propuesto para la actual fase del Observatorio, a que se refiere esta propuesta, busca una continuación de ese trabajo en una doble perspectiva. Situando, en primer lugar, su alcance dentro de una perspectiva temporal y, en segunda instancia, profundizando y ampliando sus contenidos con nueva información disponible.

La política de salud y seguridad social del Distrito de los últimos dos períodos de gobierno ha propuesto avanzar en la garantía de los derechos humanos interdependientes como estrategia fundamental para la superación de las exclusiones y desigualdades injustas de grandes sectores de la población.

Si bien los resultados en equidad son fenómenos de largo plazo y difícilmente atribuibles a decisiones adoptadas en uno o dos períodos de gobierno, la aplicación del enfoque de equidad y la metodología desarrollada por el Observatorio permitirá dar cuenta de puntos de referencia para construir una tendencia de los avances

o retrocesos en la equidad de la calidad de vida y salud en Bogotá durante los últimos años.

Marco teórico

El marco teórico del Observatorio precisaba: Analizar las desigualdades entre grupos sociales supera la generalidad de la formulación de los derechos ideales o la aceptación ideológica y política de los derechos mínimos, al tiempo que aparta el análisis de la subjetividad ética para ubicarlo en mediciones objetivas sobre muchos aspectos de calidad de vida y salud que no siempre han sido contemplados por las normas y los derechos.

Posición social

Una premisa de la propuesta inicial de investigación del Observatorio fue que las variables que permiten aproximarse a la ubicación de los individuos en la escala social (Índice de Calidad de Vida, estrato, nivel del SISBEN), junto con el ingreso, el nivel educativo y la posición ocupacional, se convertían en clasificadores de las diferencias sociales o ventajas y desventajas sociales, que permitían conformar (y separar por tanto) los diferentes grupos objetivo para poder observar entre ellos las desigualdades en la situación de salud enfermedad. Constituían entonces estas variables de ventaja o desventaja social, definidas como marcadoras en el país, siempre el denominador del análisis, mientras que las variables que caracterizan el fenómeno salud/enfermedad conforman los numeradores, para la búsqueda, por ejemplo, de tasas diferenciales.

Inequidad en salud

Los siguientes son los elementos centrales sobre el enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad / inequidad en salud, que hicieron parte del marco teórico desarrollado por el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud (Martínez, 2007):



Análisis de desigualdades

“Medir las desigualdades, es decir, obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es el primer paso para identificar las inequidades en salud” (OPS, 1998^v).

El término desigualdad hace referencia a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema y sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si su ocurrencia entre distintos grupos es justa o injusta.

De hecho, el análisis general de la desigualdad tiene que llevarse adelante en muchos casos en términos de grupos –más que en términos de individuos específicos- y debería tender a concentrar la atención a variaciones entre grupos (Sen, 2004)^v. El énfasis en grupos también refleja el contexto histórico de la lucha política por la igualdad, la cual ha estado siempre enraizada en las demandas de los grupos y, a través de esa lucha, ha influido en el contenido de nuestra cultura democrática (Daniels, 2002)^{vi}.

Áreas de medición de la inequidad en salud

El Observatorio, con base en el desarrollo previo sobre el concepto de equidad en salud, propuso las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social.

Oportunidades desiguales de salud: desigualdades que afectan el crecimiento y desarrollo de los niños para lograr un adulto sano y pleno de capacidades.

Exposición desigual a riesgos: diferentes exposiciones al riesgo relacionadas con el trabajo o incluso con la vivienda, el barrio, las condiciones sanitarias, el espacio público o el transporte, sino también aquellos relacionados con los comportamientos, la violencia y la cultura.

Respuesta desigual de la sociedad: acceso diferencial a los servicios de salud, la información diferencial sobre salud y sus riesgos, las acciones diferenciales en salud pública, las desigualdades en protección social como cobertura de aseguramiento o riesgos ocupacionales, financiamiento desigual, planes de beneficios desiguales, oferta de servicios desigual, calidad desigual.

Resultados desiguales a largo plazo: diferencias en indicadores de salud de largo plazo, en términos de menor expectativa de vida, mortalidad temprana, o discapacidad crónica, que sólo muestran el resultado final y el efecto acumulado de las desigualdades anteriores.

Impacto en la sociedad y en la economía de esta inequidad: una dimensión adicional de análisis que implica el efecto de vuelta de la mala salud sobre la calidad de vida, el desarrollo humano y el desarrollo económico (Bloom et al., 2004)^{vii}.

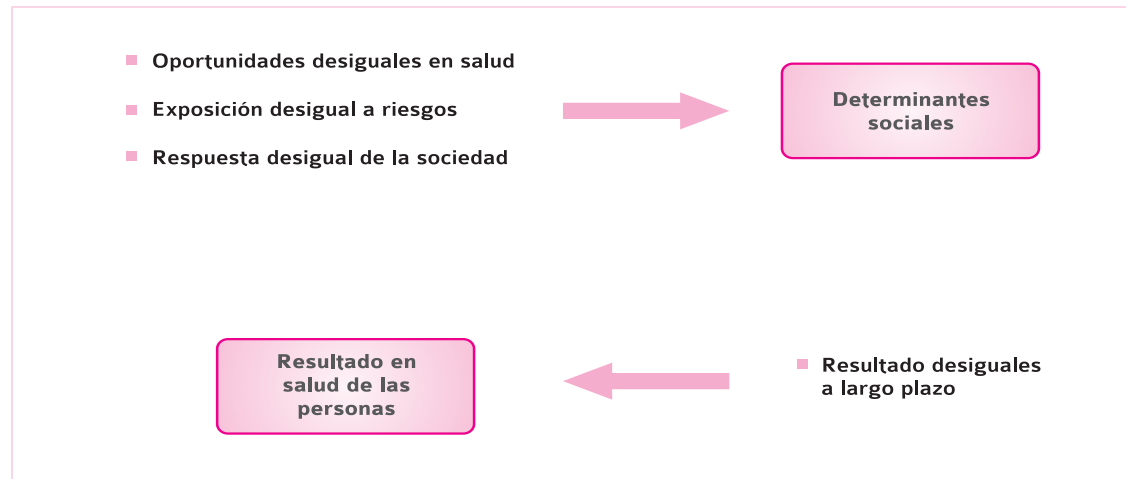
Objetos de medición y fuentes

Si consideramos los objetos de medición y las fuentes de información posibles para las áreas de medición propuestas en el Observatorio, resulta sencillo concluir que las tres primeras deben buscarse en los datos y cifras sociales, bien como determinantes sociales de la enfermedad o discapacidad o como condiciones del entorno de los individuos en diferentes posiciones sociales. En estos datos y cifras relacionados con los determinantes sociales son ricas las grandes encuestas sociales como la ENCV 2007 y la Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá utilizadas en este ejercicio.

La cuarta área de medición, por el contrario, se relaciona con el estado de salud enfermedad/discapacidad y se enfoca sobre los individuos. Su posibilidad de medición en las encuestas sociales es muy limitada y la información suele proceder de las estadísticas de mortalidad o demanda atendida en los servicios de salud. La quinta puede encontrar información parcial en las encuestas sociales, pero requiere fuentes secundarias

y análisis más complejos, que no son tratados en este capítulo (Figura 1).

Figura 1. Objeto de medición



Finalmente, se precisaba en el marco teórico que la relación entre posición social y un determinado efecto en salud no es una relación directa, sino que está mediada por causas próximas o riesgos específicos. Sin embargo, es posible evidenciar que tanto el efecto en salud como la causa próxima o riesgo específicos tienen relación con la posición social. Por ello es necesario siempre buscar la relación de la desventaja social con la causa próxima y no sólo con el efecto en salud, recomendación clave para los análisis de equidad en el Observatorio.

Se ha señalado que no se trata de realizar investigación causal en el Observatorio, sino de poner en evidencia el efecto e impacto de las desventajas sociales en salud. De modo que se trabaja la relación de la desventaja social con las díadas causa – efecto, reconocidas y aceptadas por la literatura científica (OMS, 2003) o los riesgos para la salud ampliamente conocidos (OMS, 2009)^{viii}.

El esquema que representa el modelo de análisis es una balanza, que a un lado señala el mayor o menor peso de los riesgos, al otro, el efecto de mayores o menores niveles de protección (respuesta social) y en el centro la oscilación del fenómeno salud-enfermedad, dependiendo de los pesos específicos de las dos anteriores, cuyo brazo o palanca les da precisamente la condición y fuerza de determinantes.

Metodología

El Objetivo general de la investigación consistió en analizar las tendencias de evolución de la equidad en calidad de vida y salud de Bogotá durante el periodo 2007-2011 y obtener recomendaciones sobre las políticas tendientes a favorecer una mayor equidad en esos campos.



Los análisis a ser realizados se basaron en la información provista por las encuestas de Calidad de Vida de 2003 (DANE), 2007 (DANE, SDP) y 2008 (DANE), así como por la Encuesta Multipropósito de Bogotá (EMB) de 2011 (DANE, SPD) Dada la importancia de la información más reciente y que la construcción de los indicadores de basó en la ENCV 2007 para Bogotá, se decidió concentrar el seguimiento de los índices entre 2007 y 2011.

Dado que cada hogar tiene asociada varias variables que dan indicios de las condiciones de riesgo en salud, protección/desprotección y daño de las personas que lo componen, para resumir eficientemente la información y permitir un análisis en conjunto de todas las variables, se requiere el uso de una técnica estadística de análisis, en nuestro caso, el multivariado de datos.

Resultados

Índice de riesgo en salud

Las siguientes son las variables de la Encuesta 2011

incluidas en la construcción del índice y su peso específico dentro del mismo.

Tabl 1. Pesos indice de riesgo

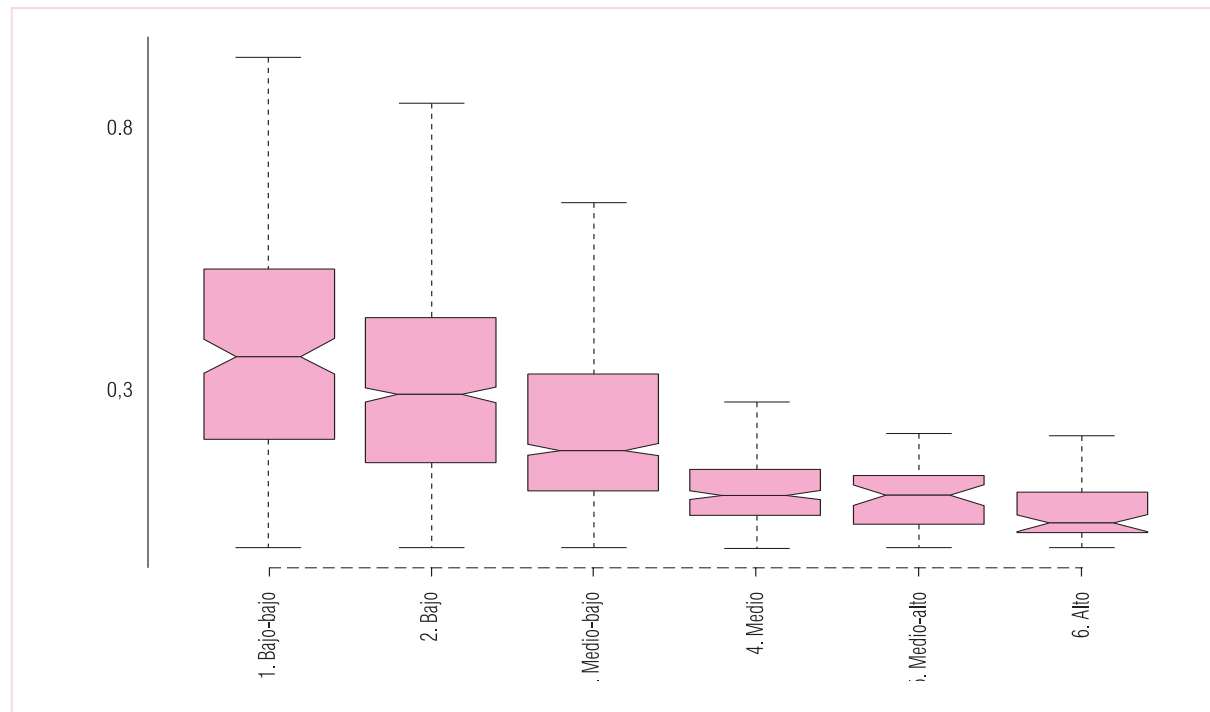
	variable	peso
alcant_si	alcantarillado	0.00
alcant_no	alcantarillado	3.26
cond_mb	condiciones de vida	0.00
cond_b	condiciones de vida	3.95
cond_r	condiciones de vida	11.92
cond_m	condiciones de vida	19.45
f_afec_si	focos de afectacion	2.43
f_afec_no	focos de afectacion	0.00
ingre_alcan_n	Ingresos	11.96
ingre_alcan_s	Ingresos	4.83
ingre_alcan_m	Ingresos	0.00
ppobre_si	percepción de pobreza	7.87
ppobre_no	percepción de pobreza	0.00
seguro_si	percepción de seguridad	0.00
seguro_no	percepción de seguridad	4.58
proble_si	problemas	2.90
proble_no	problemas	0.00
sanitar_si	sanitario	0.00

	variable	peso
sanitar_no	sanitario	7.74
sanitar_comp_no	sanitario compartido	0.00
sanitar_comp_si	sanitario compartido	5.65
ser_si	Servicios publicos	0.00
ser_no	Servicios publicos	4.97
tcarne_f	sin dinero carnes	14.60
tcarne_a	sin dinero carnes	7.04
tcarne_n	sin dinero carnes	0.00
tcomia_f	sin dinero comer	15.84
tcomia_a	sin dinero comer	8.27
tcomia_n	sin dinero comer	0.00
min_trab_bajo	tiempo al trabajo	0.22
min_trab_medio	tiempo al trabajo	0.00
min_trab_alto	tiempo al trabajo	1.89
min_trab_muy_alto	tiempo al trabajo	2.44
victi_si	victimizacion	1.97
victi_no	victimizacion	0.00

Una vez construido el índice, se producen los resultados de su aplicación en la Encuesta multipropósito 2011, según variables de posición social y por locali-

dad. En primer lugar según estrato socioeconómico. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Índice de riesgo según estrato



Fuente: cálculos propios con base en Encuesta multipropósito Bogotá 2011

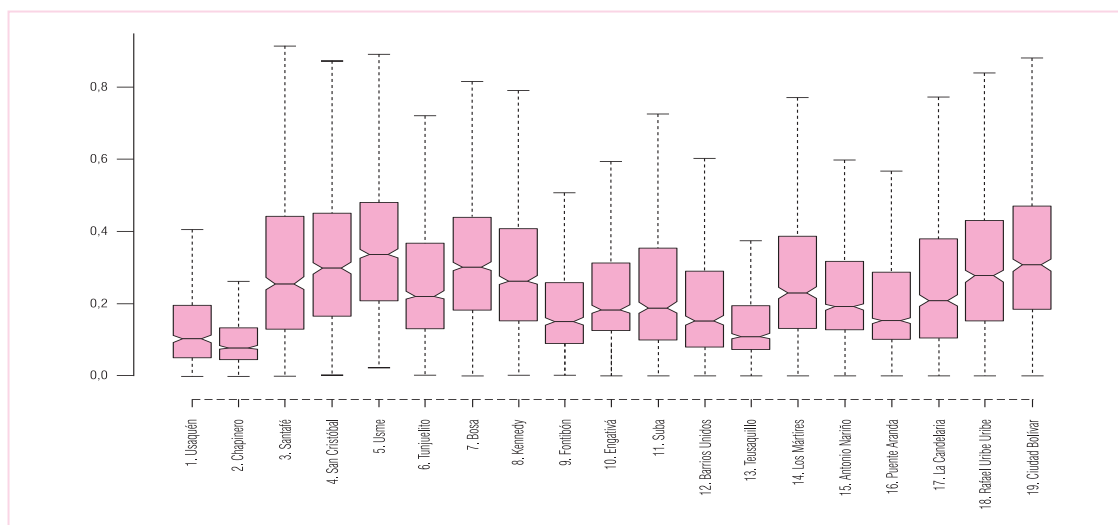
La medición de riesgo resultante por estrato, de acuerdo al Índice (gráfico 4), muestra un gradiente mucho más notorio que el índice de deterioro para el año 2011, al igual que en la investigación previa (2007), dada la fortaleza del mismo por el número de variables contenido en las encuestas. El resultado también muestra un valor mucho mayor de riesgo para los estratos bajos y menor para los estratos altos, así como un crecimiento

de pendiente muy importante, casi exponencial, hacia los estratos más bajos.

También el gradiente por localidades resulta mucho más notorio (gráfico 5), con la mayor concentración de los riesgos para la población de Usme y Ciudad Bolívar y el riesgo más bajo, al otro extremo, para la población de Chapinero y Usaquén.

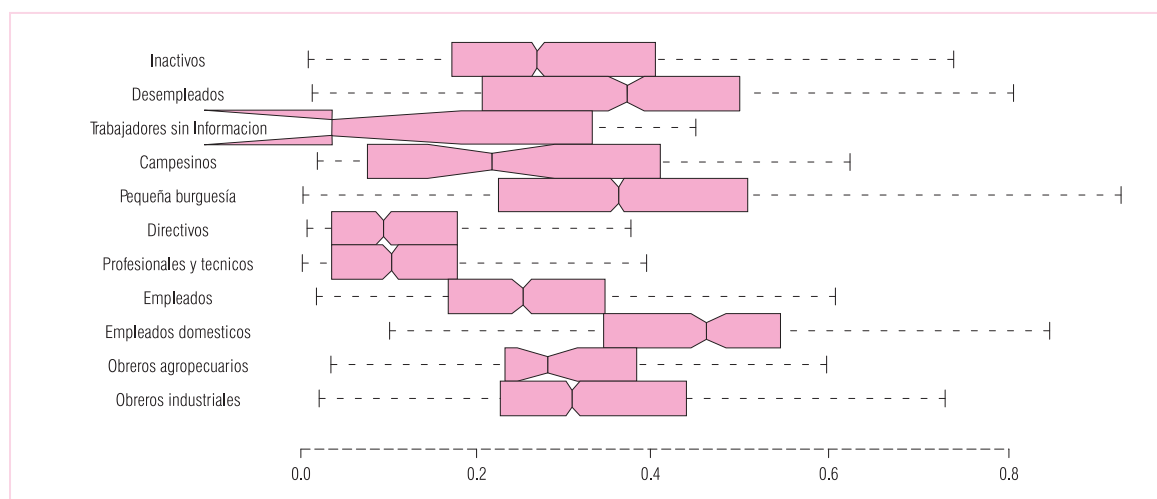


Gráfico 5. Índice de riesgo según localidad



Fuente: cálculos propios con base en Encuesta multipropósito Bogotá 2011

Gráfico 6. Índice de riesgo según posición socio-ocupacional



Fuente: cálculos propios con base en Encuesta multipropósito Bogotá 2011

Igualmente, observado el Índice de riesgo de acuerdo con la posición socio-ocupacional (Gráfica 6), surge un gradiente mucho más claro, aunque las clases sociales que muestran las mayores concentraciones de riesgo para su población (empleados domésticos, pequeña burguesía y desempleados) y aquellas con menores riesgos (directivos y profesionales) coinciden con las de deterioro en salud.

Índice de protección

Las siguientes son las variables de la Encuesta 2011 incluidas en la construcción del índice y su peso específico dentro del mismo.

Tabla 2. Pesos índice de protección

	variable	peso
afili_si	Afiliación	15.51
afili_no	Afiliación	0.00
leer_si	Analfabetismo	8.60
leer_no	Analfabetismo	0.00
niv_educa_ning	Nivel educativo	0.00
niv_educa_basi	Nivel educativo	5.25
niv_educa_med	Nivel educativo	6.57
niv_educa_tec	Nivel educativo	12.44
niv_educa_uni	Nivel educativo	15.26
asist_si	Para controlar enfermedad cada cuanto asiste al medico	5.93
asist_no	Para controlar enfermedad cada cuanto asiste al medico	0.00
planes_si	Planes de Salud	0.42
planes_no	Planes de Salud	0.00
preven_si	Por prevención ha consultado esp	23.55
preven_no	Por prevención ha consultado esp	0.00
trata_medico	Qué hizo para tratar enfermedad	4.45

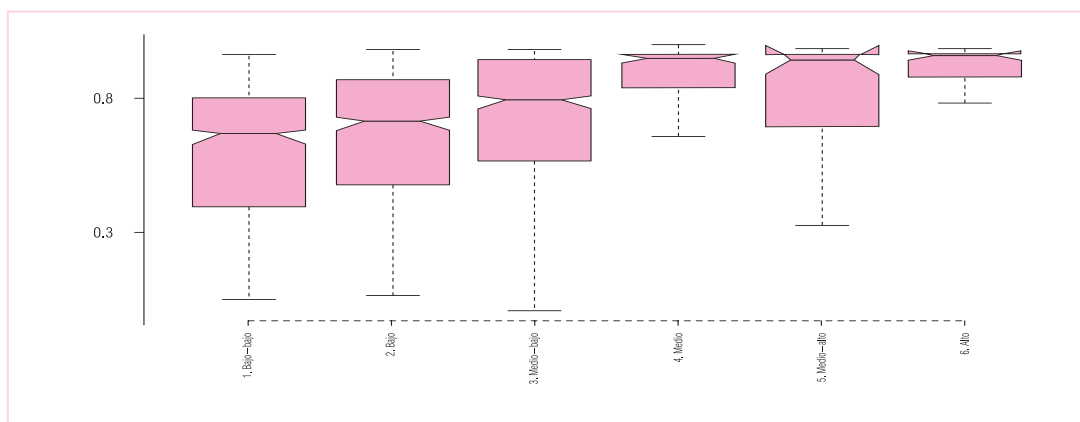
	variable	peso
trata_drogue	Qué hizo para tratar enfermedad	0.00
trata_empirico	Qué hizo para tratar enfermedad	2.16
trata_altern	Qué hizo para tratar enfermedad	5.98
trata_nada	Qué hizo para tratar enfermedad	1.16
cuida_pers	Quién se ocupa del cuidado	0.26
cuida_no_requie	Quién se ocupa del cuidado	0.31
cuida_no_tiene	Quién se ocupa del cuidado	0.00
noafili_dinero_empleo	Razon de no afiliación	0.72
noafili_tramit_inter_cono	Razon de no afiliación	0.47
noafili_cercan_otra	Razon de no afiliación	0.00
no_utili_eps_noafili	Razón no utilizo EPS	0.00
no_utili_eps_dinero	Razón no utilizo EPS	0.57
no_utili_eps_malservicio	Razón no utilizo EPS	0.40
regi_contr	Regimen de seguridad	12.95
regi_sub	Regimen de seguridad	0.00

Una vez construido el índice, se producen los resultados de su aplicación en la Encuesta multipropósito 2011, según variables de posición social y por localidad. En primer lugar según estrato socioeconómico (Gráfico 7).

Al contrario del índice de riesgo, este índice señala que las poblaciones con más protecciones son las de los estratos altos y aquellas con menores protecciones las de los estratos bajos (gráfico 7).



Gráfico 7. Índice de protección según estrato

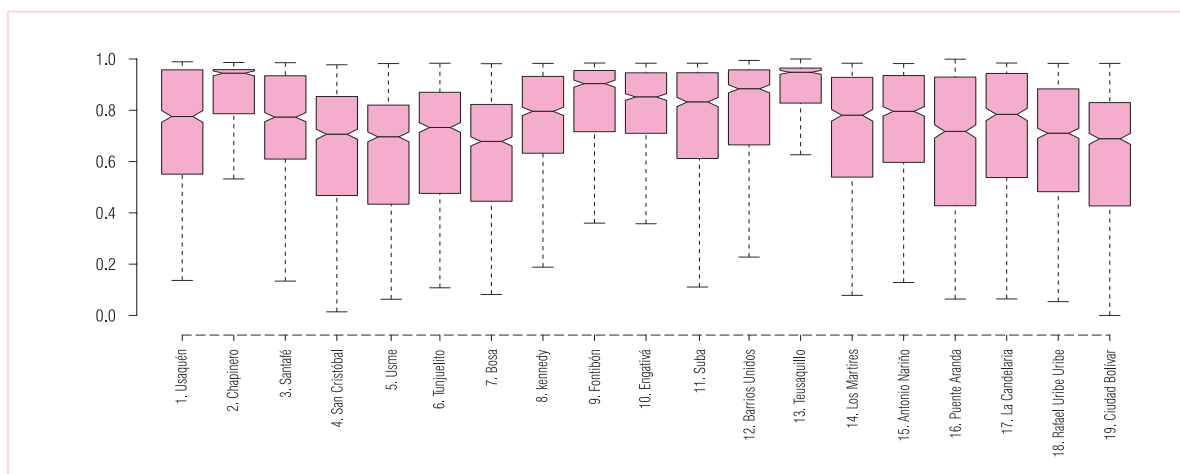


Fuente: cálculos propios con base en Encuesta multipropósito Bogotá 2011

Al igual que en la investigación sobre la ECV 2007, en la encuesta multipropósito 2011 se evidencia que a medida que se desciende en la posición social se incrementan los riesgos para la salud y se tienen menos protec-

ciones para enfrentar la enfermedad. Por el contrario, las posiciones más altas presentaban un menor riesgo y muchas más protecciones.

Gráfico 8. Índice de protección según localidad

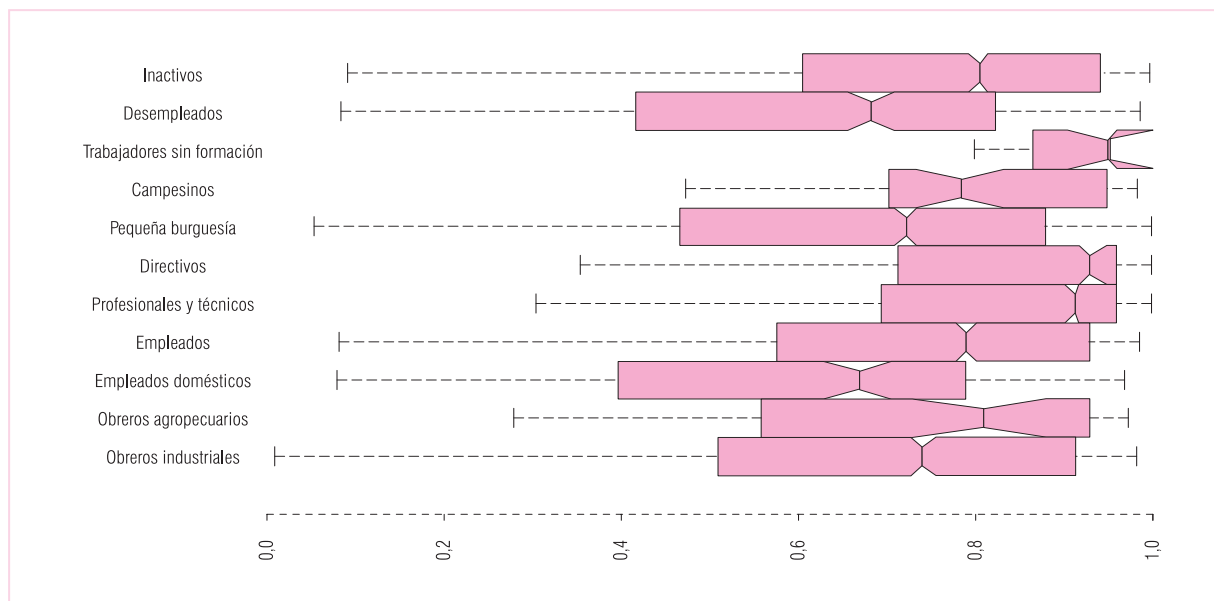


Fuente: cálculos propios con base en Encuesta multipropósito Bogotá 2011

En términos de protecciones, la Encuesta multipropósito para 2011 muestra un mayor índice para su población en las localidades de Chapinero y Teusaquillo, seguidas de Fontibón, Engativá y Usaquén. Al

otro extremo con menores protecciones se encuentran las poblaciones de Bosa, Usme, San Cristóbal, Puente Aranda y Ciudad Bolívar. (gráfico 8)

Gráfico 9. Índice de protección según posición socio-ocupacional



Fuente: cálculos propios con base en Encuesta multipropósito Bogotá 2011

El Índice de Protección resulta también inverso al de riesgo según posición socio-ocupacional en 2011, pues son los empleados domésticos, los desempleados y la pequeña burguesía las clases que cuentan con menores protecciones, mientras los directivos y profesionales cuentan con las mayores protecciones.

Se evidencia, al igual que en 2007, una relación más fuerte aún entre posición social y riesgos para la salud y entre posición social y protecciones (respuesta social), que entre la posición social y el índice de dete-

rioro, la limitación señalada de las variables de salud enfermedad de los individuos, disponibles para el respectivo índice.

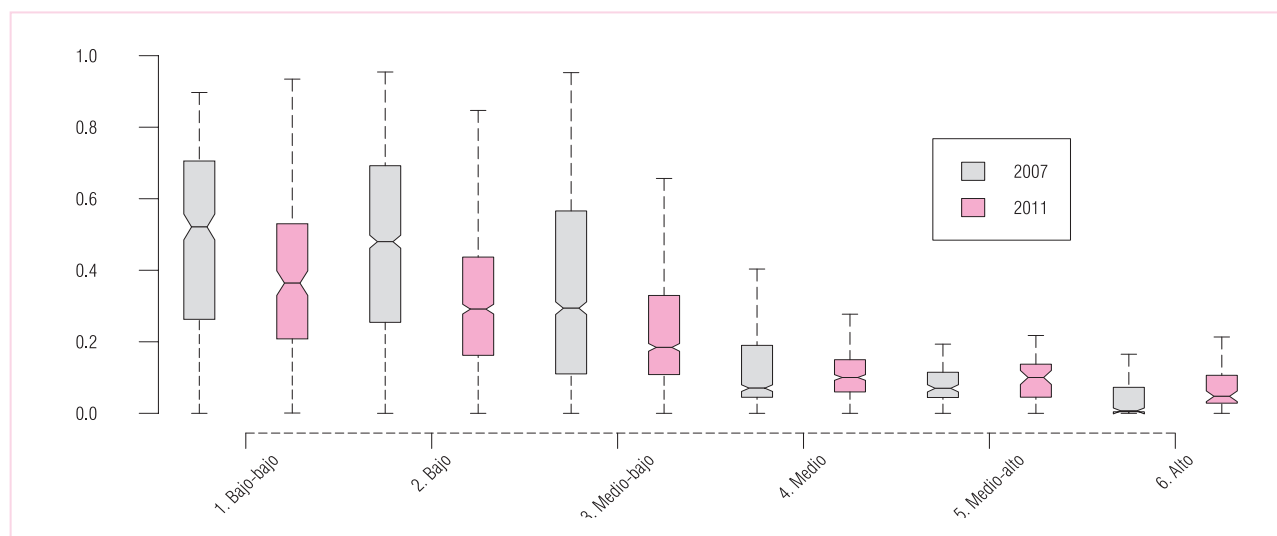
Igualmente queda demostrando también en 2011 que, a medida que se desciende en la posición social, se incrementan los riesgos para la salud y se tienen menos protecciones para enfrentar la enfermedad. Por el contrario, las posiciones más altas presentaban un menor riesgo y muchas más protecciones.

Comparación de los índices 2007 y 2011

El ejercicio final de esta investigación es la comparación de los índices obtenidos con base 2011 entre la Encuesta de calidad de vida 2007 para el Distrito y la Encuesta multipropósito también realizada para Bogotá.

Se trata de interpretar los cambios en los indicadores obtenidos a la luz de los factores que inciden en la equidad en calidad de vida y salud en los cuatro años transcurridos entre 2007 y 2011, para poder establecer si se ha producido una mejoría o un deterioro en calidad de vida y salud y si las desigualdades por posición social han aumentado o disminuido para los habitantes de Bogotá en dicho transcurso.

Gráfico 10. Índices riesgo 2007-2011 según estrato



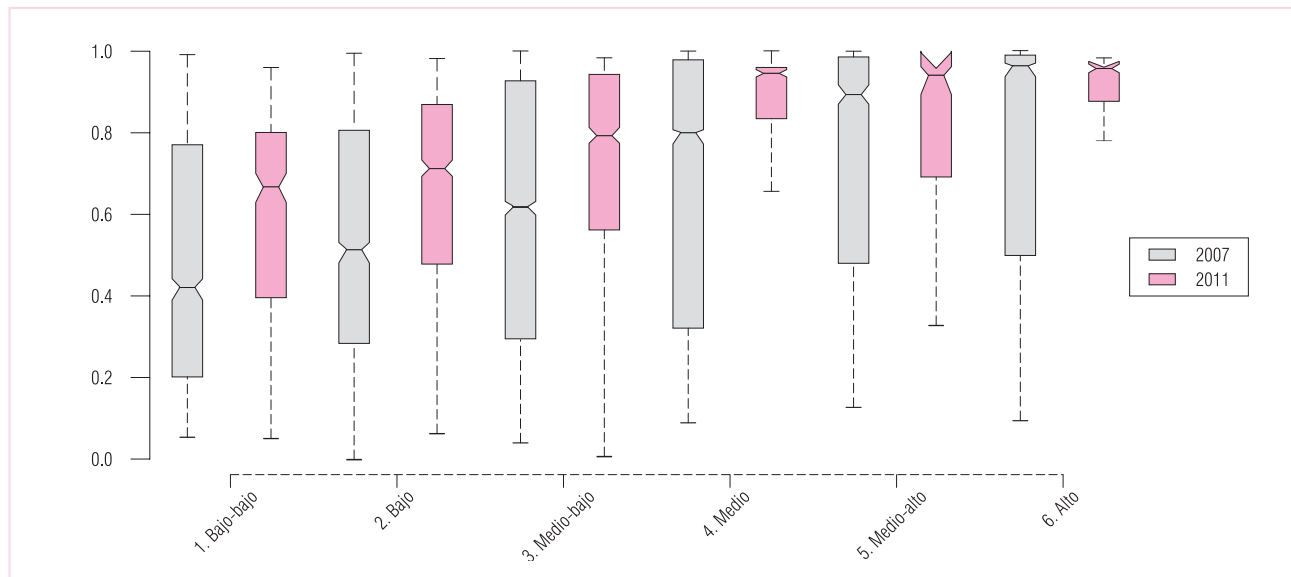
Fuente: cálculos propios con base en ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

El índice de riesgo muestra un comportamiento distinto, con importante reducción del riesgo en los estratos bajos y medios y un leve incremento para los estratos medio alto y alto entre 2007 y 2011, lo que muestra una reducción de la desigualdad en la exposición a riesgos. (gráfico 10)

La comparación del índice de protección entre 2007 y 2011, por estrato (gráfica 11), permite observar una mejor protección para la población de todos los estratos, pero especialmente en los grupos mas rezagados

de cada estrato, por lo que se reducen las desigualdades al interior de los estratos en términos de protección, más que las desigualdades entre las poblaciones de los distintos estratos. Pareciera que hubiera habido en el transcurso estudiado un proceso de homogeneización de las poblaciones en los barrios, o como se señalaba en la investigación previa, los resultados de la investigación igualmente muestran una ciudad profundamente fraccionada por clases sociales, que se ubican correspondiendo a esas diferencias de clase y de derechos en el espacio geográfico del Distrito.

Gráfico 11. Comparación índices de protección 2007-2011, según estrato



Fuente: cálculos propios con base en ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

Conclusiones

La investigación ratifica en primer lugar que los índices de protección y riesgo, por la disponibilidad de un conjunto de variables más rico, permite evaluar la inequidad en salud mucho mejor en el ámbito de los determinantes de salud que en el ámbito de salud (variables de enfermedad o discapacidad, es decir daño o deterioro) en las grandes encuestas nacionales, pues se dispone de variables muy limitadas para medir este último ámbito.

La investigación valida nuevamente con firmeza la relación entre posición social y salud, entre calidad de vida y salud, entre posición social y calidad de vida, comprobando un patrón de vinculación sistemática de peor salud, en función de los determinantes (riesgos

y protecciones) con posiciones sociales sucesivamente más bajas en una sociedad fuertemente desigual y estratificada, demostrando que a medida que se desciende en la posición social se incrementan los riesgos para la salud y se tienen menos protecciones para enfrentar la enfermedad. Por el contrario, las posiciones más altas presentaban un menor riesgo y muchas más protecciones.

Sin embargo, se encuentra al mismo tiempo una mejoría importante en los índices de riesgo y protección entre las ENCV de 2007 y 2011. La comparación del índice de Riesgo para 2007 y 2011 por deciles de ingreso, o por deciles de calidad de vida, o por estrato, muestra una reducción consistente de la exposición a



riesgos en todas las poblaciones, pero la reducción es más significativa en los deciles más bajos o de menores ingresos, lo que igualmente significa una reducción de las desigualdades en la exposición a riesgos.

De otro lado, la comparación de los índices de protección entre 2007 y 2011, por deciles de ingresos, o por deciles de calidad de vida, permite observar una mejoría general en la protección de la población, especialmente por parte de los grupos que tenían menor protección en cada decil, pero no se evidencia una disminución del nivel de desigualdad entre deciles, es decir que persisten inequidades importantes en protección asociadas a la posición social.

La investigación permite concluir, al igual que la anterior sobre la ENCV 2007, una relación más fuerte entre posición social y riesgos para la salud que entre posición social y protecciones (respuesta social), hallazgo importante para la orientación de la política pública, en el sentido de que aunque el énfasis del SGSSS se ha dado sobre la protección social por medio del aseguramiento, es indispensable trabajar más intensamente sobre los riesgos a que está expuesta la población, riesgos que afectan con mucha mayor intensidad la salud de los grupos de las posiciones más bajas de la escala social, derivados de la vivienda, el saneamiento ambiental, la nutrición, riesgos igualmente derivados de las condiciones de trabajo y del tipo de transporte, así como de la violencia en el barrio, etc.

Bibliografía

ⁱ Restrepo D. 2007. Introducción. En Restrepo D. (Ed. y Dir.). Equidad y salud. Debates para la acción. Col. La seguridad social en la encrucijada, Tomo IV. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia, Secretaría Distrital de Salud, 2007: 15-19.

ⁱⁱ Martínez Félix 2011 Índices de riesgo y protección. Medición posible de la equidad en salud a través de grandes encuestas, en Fresneda Oscar (E) Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá, Avances y reflexiones. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) 2012. Secretaría Distrital de Salud. Hospital de Fontibon, Colección La Seguridad Social en la Encrucijada. Tomo VI

ⁱⁱⁱ OMS. 2003. The solid facts. Social determinants of health. Segunda Edición. Ginebra: OMS

^{iv} OPS. 1998. La situación de salud en la región de las Américas. Informe anual del Director. Washington: OPS.

^v Sen, A. 2004. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial.

^{vi} Daniels, N. 2002. Rawls's complex egalitarianism. En S. Freeman (Ed.). The Cambridge companion to Rawls. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

^{vii} Bloom, David et al. "Health, Welth and Welfare". Finance and Development, Marzo de 2004. Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf>

^{viii} OMS. 2009. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: WHO 2009