

BOLETÍN DEL Observatorio

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

12

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



Riesgo y protección en salud en Bogotá. Análisis a través de variables simples de las encuestas socioeconómicas 2007 - 2011

Decsi Arévalo Hernández ¹
Miembro del Grupo de Protección Social - CID/UNAL

Introducción

En la propuesta metodológica desarrollada por el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud se considera que un primer paso para identificar las inequidades en salud es la medición de las desigualdades, entendidas como las diferencias en la manifestación de un problema entre diferentes poblaciones (Martínez, 2012).

¹ Economista, Magister en Economía, Magister en Historia, Doctora en Economía. Profesora de la Universidad de Los Andes e integrante del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia



Tales desigualdades se agrupan en cinco áreas de medición: oportunidades desiguales en salud, exposición desigual a riesgos, respuesta desigual de la sociedad, resultados desiguales a largo plazo e impacto de la inequidad en la sociedad y en la economía (Fresneda, 2007). El acento en la comparación de grupos de población se debe a que el análisis de equidad/inequidad en salud se centra en evidenciar que la condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social.

Una posibilidad de hacer efectivas tales mediciones proviene de la utilización de las encuestas socioeconómicas como las Encuestas de Calidad de Vida y la Encuesta Multipropósito adelantadas para Bogotá. A partir de esta fuente y con el enfoque conceptual propuesto por el observatorio, se desarrolló una metodología de indicadores para contrastar la evolución de algunas de estas áreas, en particular la de riesgos y de protección (Martínez, 2012). Si bien la configuración de índices permite una mirada de conjunto y agregada de varios elementos que pueden incidir sobre un fenómeno y con ello establecer mecanismos

de monitoreo y seguimiento, el análisis de variables simples puede ser utilizado como una manera de evidenciar las desigualdades y hacer seguimiento en puntos neurálgicos.

Con base en las proposiciones mencionadas se desarrolló un ejercicio de medición con variables simples tomadas de la Encuesta de Calidad de Vida 2007 y la Encuesta Multipropósito de 2011. Estas variables, agregadas en tres grupos: condición de salud, riesgo y protección, se utilizaron para diferenciar sus resultados en la población segmentada por deciles de ingreso, estrato de servicios públicos y localidades.

A continuación se presentará en primer lugar el conjunto de variables seleccionadas y la evolución de los resultados en condición de salud, riesgo y protección para el total de la población bogotana, en segundo término se ilustrará el comportamiento de la desigualdad en estos mismos temas, en el tercer segmento se mostrarán los resultados en medidas de desigualdad, en la cuarta sección se expondrán esas condiciones por localidades y finalmente se harán las conclusiones.

Selección de variables y evolución en condiciones de salud, riesgo y protección

Como se mencionó, las fuentes de este ejercicio son la encuesta de calidad de vida 2007 y la multipropósito para Bogotá Distrito Capital 2011. Tomadas de manera independiente estas fuentes proveen información sustancial sobre la desigualdad, sin embargo cuando se intenta realizar comparaciones en

el tiempo surgen las dificultades, entre ellas las generadas por las modificaciones en los formularios. Este obstáculo conduce a que se reduzca el número de preguntas disponibles para el análisis, pues sólo se puede recurrir a aquellas que tiene una exacta correspondencia.

Teniendo en cuenta esta limitación, se tomaron las siguientes preguntas de las encuestas señaladas:

Estado de salud

“El estado de salud de en general es:

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo

Protección

“¿... está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud?”

- Si
- No
- No sabe, no informa

“¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado?”

- Contributivo
- Especial o de excepción
- Subsidiado
- No sabe, no informa

“Sin estar enfermo (a) y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año?”

- Al médico general (general o especialista)
- Al odontólogo
- Medicina alternativa
- A Ninguno

Riesgo

“Actualmente las condiciones de vida en su hogar son:

- Muy buenas
- Buenas
- Regulares
- Malas

“En los últimos 12 meses a este hogar le ha ocurrido lo siguiente?”

- Que se termine la comida y no tengan dinero para comprar más
- Frecuentemente
- De vez en cuando
- Nunca

No tener dinero para consumir carne, pollo o pescado

- Frecuentemente
- De vez en cuando
- Nunca

¿Por falta de dinero, algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la semana pasada?

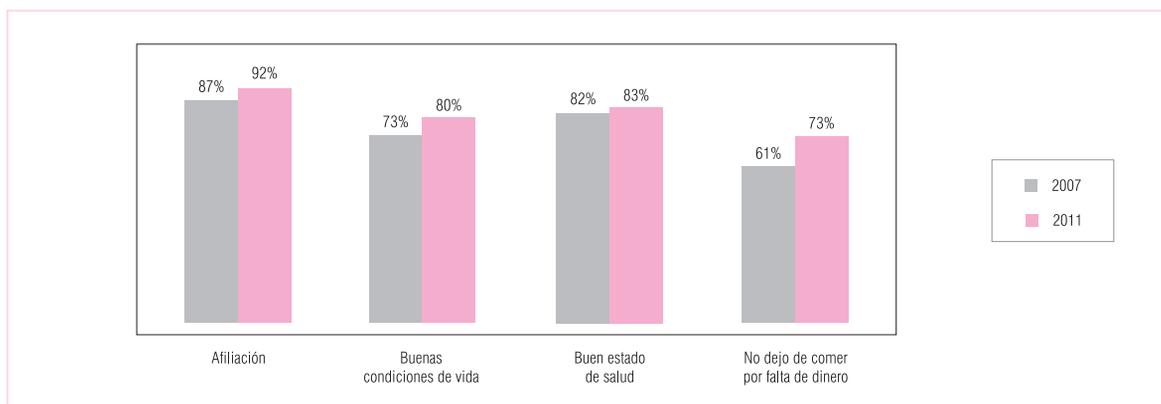
- Si
- No

Este es el caso de la última pregunta de la lista anterior: “En los últimos 12 meses a este hogar le ha ocurrido lo siguiente?” es preciso aclarar que si bien en la encuesta de calidad de vida 2007 la pregunta se le formuló a individuos, a través de un proceso estadístico se agregó en hogares, de modo que es posible comparar con la multipropósito de 2011 en la que hay sólo una respuesta por hogar, no obstante, la comparabilidad no es perfecta.

Cuando se observa la evolución de las variables en el agregado de la ciudad se puede apreciar una tendencia al mejoramiento en todas ellas (gráfico 1). La cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) se ha incrementado, existe una leve mejoría en porcentaje de personas que manifiestan estar en buen estado de salud.



Gráfico 1. Evolución de las variables indicadoras de estado de salud, protección y riesgo, Bogotá 2007-2011



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007 y Encuesta multipropósito 2011

Si la perspectiva del análisis fuera la protección la conclusión sería que ha disminuido la desigualdad entre los grupos, o lo que es evidente, cuando la población se inserta en los grupos protegidos los grados de desigualdad descienden por el hecho de la inserción. Por ello, el problema fundamental radica en

quienes no quedan insertados, es decir quienes no tienen un buen plan de aseguramiento social, que no acceden a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, quienes tienen deficientes condiciones de vida y quienes no pueden acceder a un buen plan alimenticio.

Evolución de las desigualdades en variables de estado de salud, protección y riesgo, bogotá 2007-2011

Como se ha señalado en documentos anteriores², entender que la desigualdad en salud se genera a partir de las diferentes condiciones sociales de los grupos poblacionales es el camino para desarrollar acciones orientadas a combatir la inequidad. En esta perspectiva, establecer las diferencias en condiciones so-

ciales es crucial para determinar el grado y tipo de desigualdad que se enfrenta en la sociedad. En el ejercicio que aquí se presenta se tomarán dos categorías que hacen posible contemplar diferencias entre grupos sociales: deciles de ingreso y estrato de servicios públicos.

² Ver por ejemplo Martínez (2007) y Fresneda (2007).

El estado de salud es un indicador de resultado, es decir se trata de una variable que muestra la conjunción entre el riesgo y la protección y se refiere a la “morbilidad, la mortalidad, la incapacidad y las diferencias en la percepción de estado de salud, según la pertenencia del grupo o individuo a una posición socioeconómica” (Fresneda, 2007: 122). En el caso del análisis que aquí se presenta la variable simple considerada es la percepción de salud manifestado por los encuestados (gráfico 2).

A nivel general, como se señaló, la percepción sobre el buen estado de salud mejora, en correspondencia disminuye el porcentaje de personas que expresan tener regular y mal estado de salud. Esa tendencia general no se verifica en cada uno de los deciles de ingreso ni en los estratos, curiosamente en los grupos de altos ingresos aumenta la percepción de mal y regular.

Gráfico 2. Evolución de la percepción de mal y regular estado de salud, Según 2007-2011



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007 y Encuesta multipropósito 2011

Aun cuando el aumento de la cobertura en la afiliación es un síntoma de mejora en la protección, ello no implica una disminución en la desigualdad. Es importante señalar que la información que se provee en 2011 aún no tiene contemplada la igualdad en POS, lo que constituye una enorme desigualdad dentro de la protección. Con esta perspectiva, la variable afiliación que se utiliza en esta medición es el porcentaje de la población afiliada a los regímenes contributivo y exceptuado, los que presentarían la mejor

condición de afiliación que existiría en el país en tanto sistema general.

Para todos los tramos de ingreso (gráfico 3) se ha presentado un aumento en el porcentaje de personas afiliadas a los regímenes contributivos, lo que significa que efectivamente ha mejorado la protección y se ha generado un ligero descenso de la desigualdad toda vez que en los deciles bajos hay un mayor aumento que en los altos.



Gráfico 3. Evolución de la afiliación en regímenes contributivo y exceptuado, 2007-2011



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007 y Encuesta multipropósito 2011

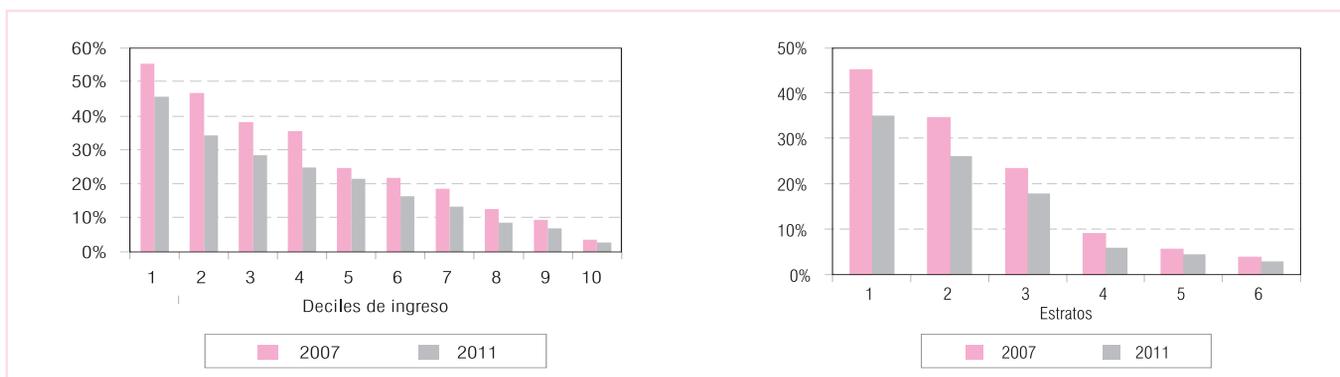
Resulta destacable el incremento que se observa en el estrato 1 y la progresiva disminución del incremento en los siguientes estratos y la nula variación en el estrato 6. Sin embargo, al comparar las desigualdades por ingreso con las desigualdades por estrato se aprecia una mayor incidencia en el caso de los ingresos, pues la diferencia entre la afiliación en el decil 10 y la afiliación en el decil 1 es de 66 puntos porcentuales, mientras que en los estratos la diferencia entre el 1 y el 6 es de 52 puntos porcentuales.

Otro indicador de protección que puede ilustrar el comportamiento de las desigualdades es el de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (P y P). En este campo es indudable la mejoría que se ha observado en todos los deciles de ingreso y en los estratos, para todos ellos ha habido un incremento

sobresaliente en la asistencia a citas de prevención (médico general, especialista), que van del 25 al 50% en los dos años considerados; además es el que menos desigualdad manifiesta.

En el tema de riesgo, una primera variable de observación es la percepción de malas y regulares condiciones de vida (gráfico 4). Para todos los niveles de ingresos y para todos los estratos entre 2007 y 2011 disminuye la proporción de hogares en los que existe mala y regular condición de vida. Sin embargo, esta mejoría no se produce en igual magnitud en los distintos grupos y en todos los estratos, sobresale que la variación es significativamente inferior en el decil 1 (-17%) y 5 (-13%), frente a los demás deciles en los que las variaciones oscilan entre el -26 y el -31%.

Gráfico 4. Evolución de la percepción de malas y regulares condiciones de vida

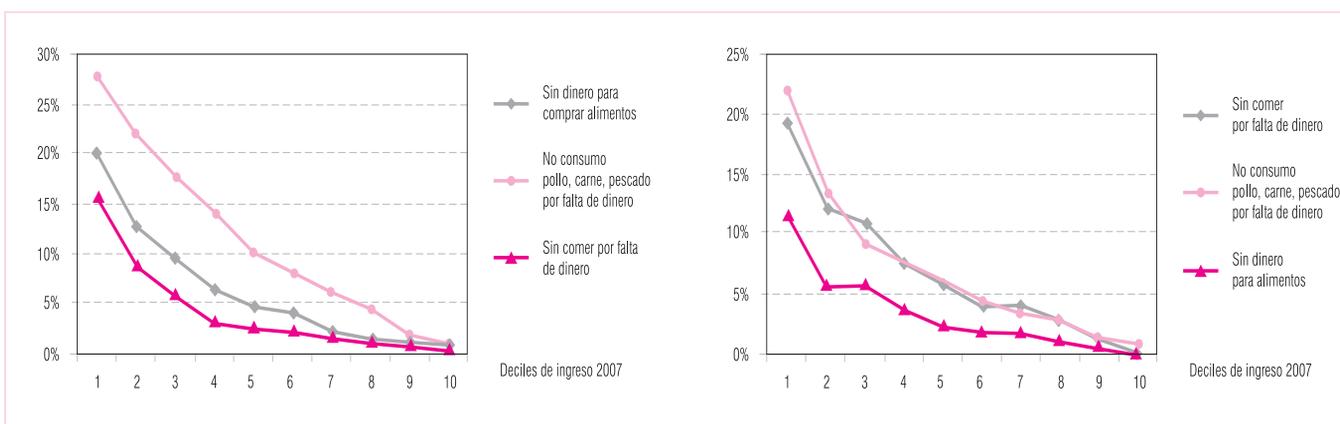


Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007 y Encuesta multipropósito 2011

Un indicador mucho más fuerte de los riesgos es el de las condiciones alimentarias. Aquí se han considerado tres situaciones: no tener dinero para comprar alimentos cuando estos se acaban, no tener dinero para consumir pollo, carnes o pescado y no hacer las

comidas por falta de dinero. Aunque las tres situaciones son de gran seriedad, ésta última es la que expresa mayor gravedad en el riesgo que enfrentan los hogares, pues es la ruta a la completa inanición (gráfico 5).

Gráfico 5. Evolución de los riesgos alimentarios, Bogotá 2007-2011



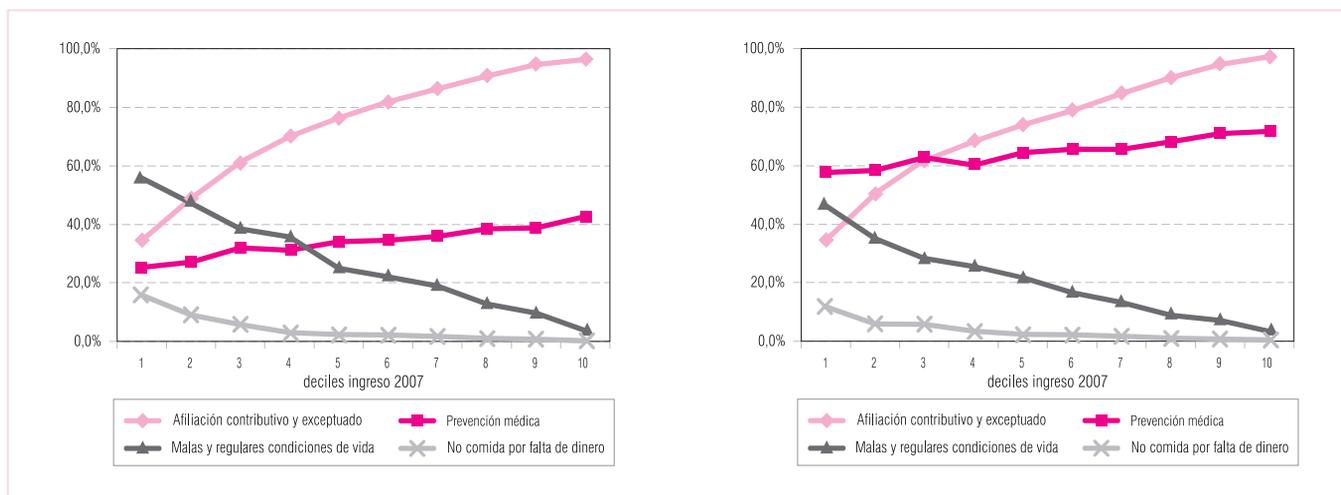
Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007 y Encuesta multipropósito 2011



Al recoger las variables de riesgo y contrastarlas con las de protección se obtienen comportamientos sobresale la desigualdad, pues en el caso de los bajos

ingresos hay más población en condición de riesgo que población protegida a través del régimen contributivo.

Gráfico 6. Comparación de indicadores de protección y riesgo, Bogotá 2007-2011



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007 y Encuesta multipropósito 2011

Mediciones de desigualdad

Una manera de comparar esos efectos diferenciales sobre los grupos es calcular la brecha que existe entre la protección y el riesgo. Se espera que la brecha entendida como la resta de los dos indicadores sea cercana a 1, ya que en ese punto se tendría la máxima protección y el mínimo riesgo. En este caso, habría un mayor porcentaje de la población afiliada al régimen contributivo y una menor proporción de población con el riesgo de malas y regulares condiciones de vida. En el gráfico 7 se expone la magnitud de la brecha para distintos deciles de ingreso y resulta evi-

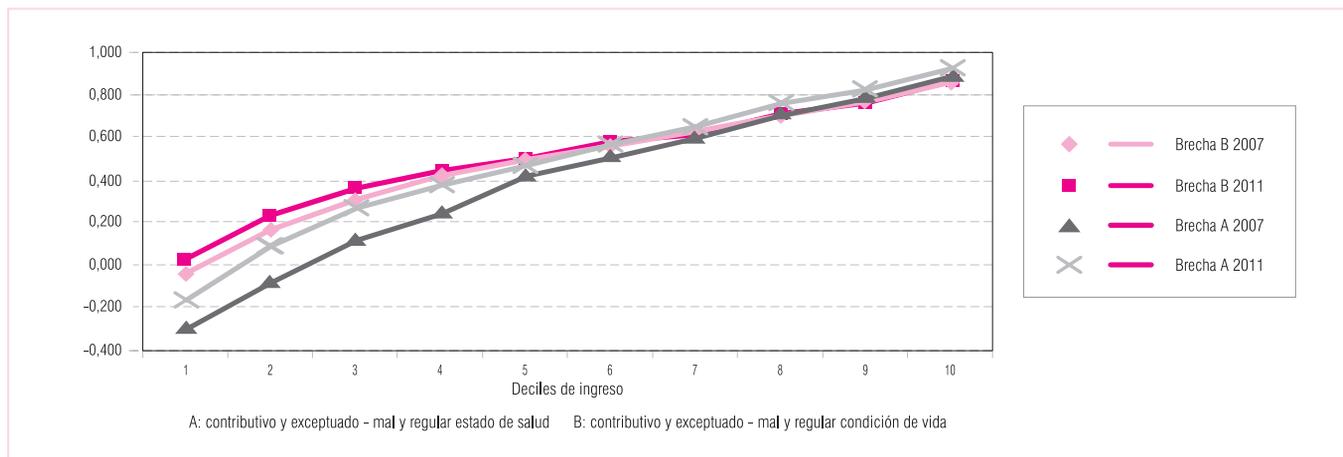
dente la desigualdad entre los grupos sociales, mientras que en los niveles altos la brecha supera el 0,8 en los bajos está alrededor de cero.

La desigualdad más notable en esas brechas es la de afiliación – estado de salud en 2007 y se puede reconocer porque su pendiente es superior a las demás; esta relación sin embargo tuvo una leve mejoría en 2011 año que se aprecia en la ampliación de la brecha en los grupos de bajos ingresos. Por su parte, en la brecha protección y riesgo visto a través de las

malas y regulares condiciones de vida hay comparativamente una menor desigualdad que en la diada

anterior, aun cuando su mejoría ha sido menor de un año a otro.

Gráfico 7. Evolución de las brechas entre estado de salud – protección – condiciones de vida



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007 y Encuesta multipropósito 2011

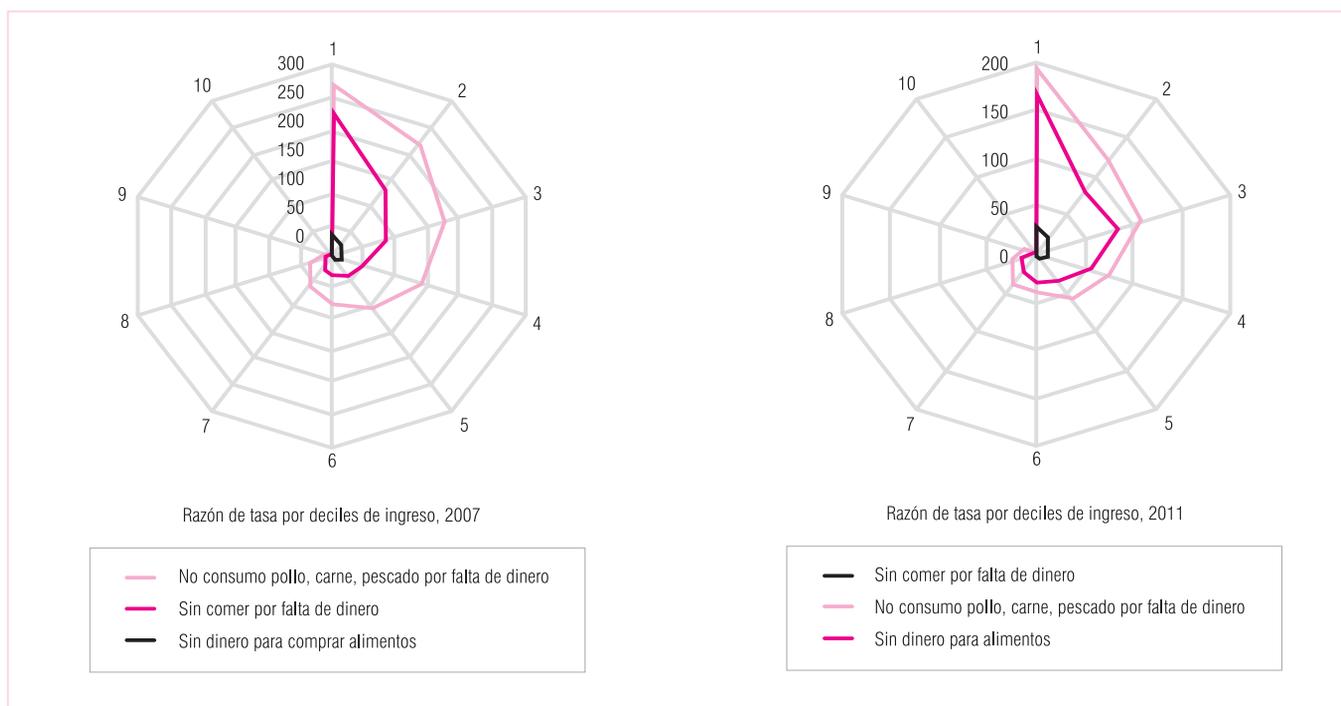
Otra medida de desigualdad que expresa su magnitud es la razón de tasa. En el caso de protección dicha tasa resulta de dividir la posición de cada grupo por la posición del grupo en peor condición, es decir el grupo que presenta el porcentaje inferior en afiliación y en prevención, lo cual determina el número de veces en que los grupos están mejor con respecto al de nivel inferior. En riesgo el denominador es el grupo en la mejor condición, por lo cual el resultado es el número de veces en que el grupo está en peor condición que aquel que tiene un porcentaje menor de hogares en situación de riesgo.

Al aplicar esta medición se evidencia la gravedad que reviste la desigualdad en el caso de los hogares en los que alguno de sus miembros no realiza ninguna de las tres comidas al día por falta de dinero. Treinta

veces es la distancia que separa al grupo en mejor condición que el grupo en peor, es como decir que mientras el 1% de los hogares del decil 10 sufriera esa condición en ella estaría el 30% del decil 1.

El detalle sobre el comportamiento del riesgo alimentario muestra que los grados de desigualdad en los otros componentes del riesgo alimentario son superiores (gráfico 8). En 2011 la mayor diferenciación está en la imposibilidad de consumir carne, pollo o pescado por falta de dinero, allí la distancia entre la mejor posición y la peor es de 190 veces, lo que equivaldría a decir una relación entre el 0,52% del decil 10 y el 100% del decil 1. Con una razón de tasa un poco menor está la condición de no haber tenido dinero para comprar alimentos cuando estos se acaban, cuyo máximo valor está en 168.

Gráfico 8. Comparación de las razones de tasa en riesgo alimentario



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007 y Encuesta multipropósito 2011

Situación por localidades del distrito capital

Al aplicar el análisis de brechas a la situación de las localidades se aprecia que Teusaquillo, Chapinero y Usaquén son las que registran una mejor posición en la geografía de la ciudad, mientras que las de San Cristobal, Usme y Ciudad Bolívar ocupan los últimos lugares. Tal circunstancia es sobresaliente considerando que Usaquén ocupa el primer lugar en la disponibilidad de servicios de salud y a su vez concentra el mayor porcentaje de población de estratos altos de la ciudad, mientras que Chapinero y Teusaquillo

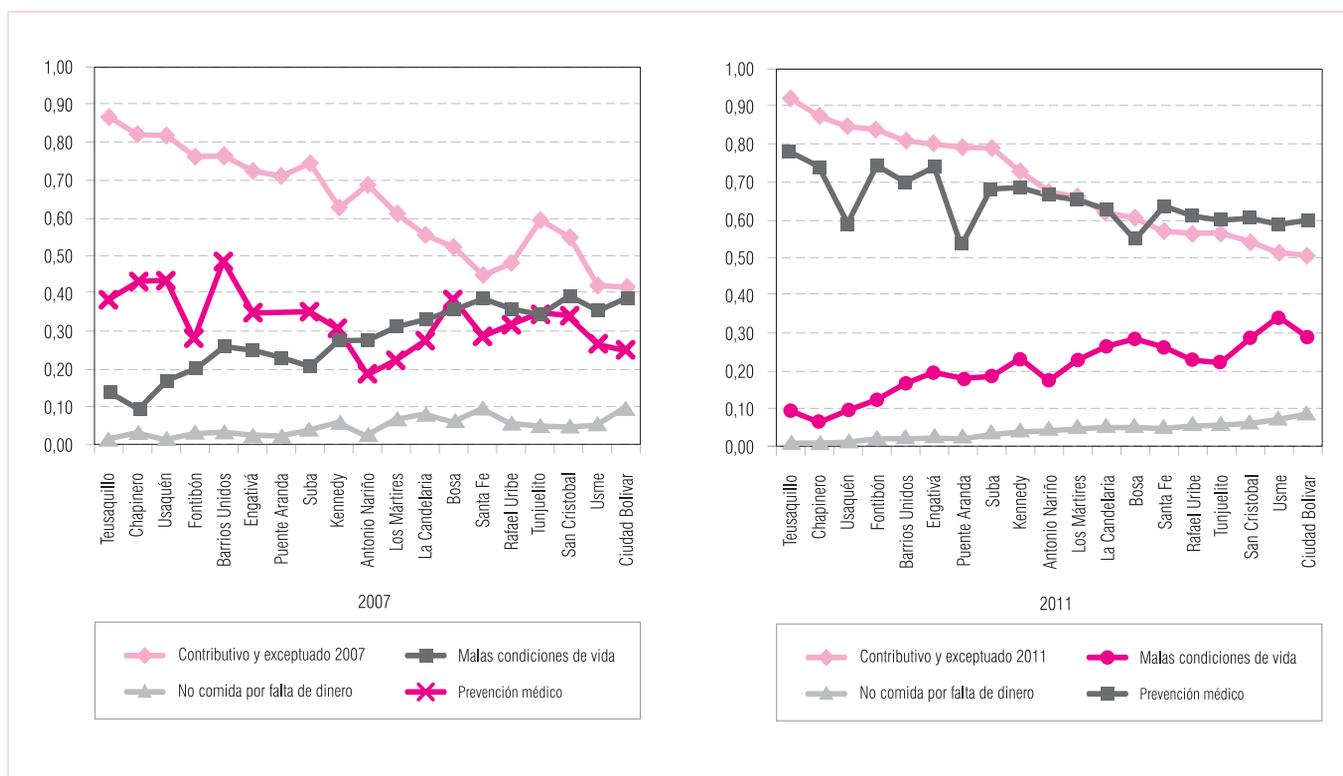
muestran cinco veces más servicios habilitados que localidades entre cinco y diez veces más pobladas como Suba, Kennedy y Engativá (Martínez, 2012A). “Sumados los tres niveles de complejidad, baja, alta y media, la diferencia en disponibilidad de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica se torna abrumadora en contra de las localidades más pobladas y más pobres y a favor de las menos pobladas y más ricas” (Martínez, 2012A). Así las cosas, el aumento de la protección en afiliación puede perder

buena parte de sus benéficos efectos cuando la población enfrenta barreras geográficas de acceso.

Respecto a la relación entre protección y riesgo los resultados son menos alentadores (gráfico 9), pues en las localidades de San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar hay un estrecho margen de diferencia entre la protección y el riesgo de malas condiciones de vida (0,3), frente a elevado margen en Teusaquillo, Usaquén y Chapinero (0,8). En el riesgo alimentario, para las localidades en mejor condición la brecha se sitúa

alrededor de 0,91 y en las de desfavorable posición la brecha es de 0,46. El estímulo en dirección a superar esas agudas diferencias proviene de los buenos resultados en promoción y prevención, campo en el que para todas las localidades hubo un avance entre 2007 y 2011. Además, la distancia entre los grupos de localidades señalados es de 20 puntos porcentuales; en este caso las localidades que registran la más baja participación de persona en asistencia a consultas de prevención son Puente Aranda y Bosa.

Gráfico 9. Evolución de las brechas protección – riesgo, Bogotá 2007-2011



Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2007 y Encuesta multipropósito 2011



Conclusiones

Una de las conclusiones que se obtienen al realizar el análisis de desigualdad es la urgencia de poner en marcha medidas que permitan reducir la brecha que hay entre la exposición a riesgos y la protección. Dentro de esas medidas vale la pena destacar aquellas que tienden a reducir el riesgo alimentario, como quedó expuesto es uno de los factores en los que se evidencia la mayor desigualdad, que afecta con importante severidad a los deciles bajos de ingreso y que es un determinante de primera línea en las condiciones de salud de la población. En esta perspectiva podría lograrse una mayor articulación entre los programas de crecimiento y desarrollo con los alimentarios, no sólo para obtener ventajas en la asignación de recursos sino para propiciar acciones coordinadas para las poblaciones en grave riesgo.

Otro elemento sobresaliente, pero que desborda las políticas locales, es la desigualdad en la afiliación al

régimen contributivo. En esta perspectiva, la posibilidad de incidencia devendría de estimular un alza considerable en la asistencia a programas de promoción y prevención para los afiliados al régimen subsidiado y lograr una mayor adherencia de la población a programas locales como madres gestantes, adulto mayor, a través de los cuales se pueda brindar atención complementaria.

Finalmente, hacer evidente la notoria diferencia entre las localidades es un buen inicio para fortalecer las acciones dirigidas a la población de las localidades situadas en la peor condición de desigualdad. Santafé, La Candelaria y San Cristóbal pueden ser localidades piloto para profundizar el análisis a través de microterritorios y ver en ellos la respuesta social a las desigualdades. También pueden ser los espacios propicios para generar nuevos lineamientos en la coordinación entre los diversos programas de la alcaldía.

Referencias

Arévalo, Decsi. 2012. "Desigualdad en la respuesta social en salud en Bogotá". En Oscar Fresneda (editor), Equidad en calidad de vida salud en Bogotá, Avances y reflexiones. CID- Universidad Nacional de Colombia – Alcaldía Mayor de Bogotá.

Fresneda, Oscar. 2007. "Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá". En Darío I. Restrepo (editor), Equidad y salud, debates para la acción. CID- Universidad Nacional de Colombia – Alcaldía Mayor de Bogotá.

Martínez, Félix. 2012A. "Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital". CID-GPS informe final observatorio fase 4.

Martínez, Félix. 2012. "Índices de riesgo y protección. Medición posible de la equidad en salud a través de grandes encuestas". En Oscar Fresneda (editor), Equidad en calidad de vida salud en Bogotá, Avances y reflexiones. CID- Universidad Nacional de Colombia – Alcaldía Mayor de Bogotá.

Martínez, Félix. 2007. "Enfoque ara el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. Revisión conceptual". En Darío I. Restrepo (editor), Equidad y salud, debates para la acción. CID- Universidad Nacional de Colombia – Alcaldía Mayor de Bogotá.