

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Facultad de Ciencias Económicas
Centro de Investigaciones para el Desarrollo



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

**DISEÑO DE UN OBSERVATORIO SOBRE EQUIDAD, CALIDAD DE
VIDA Y SALUD EN BOGOTA**

APENDICE - I

**PROPUESTA DE INDICADORES SOBRE EQUIDAD EN CALIDAD DE
VIDA Y SALUD EN BOGOTA**

Bogotá, D.C. Agosto de 2006

PROPUESTA DE INDICADORES SOBRE EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN BOGOTÁ

1. Presentación

Este documento expone la propuesta elaborada por el CID de la Universidad Nacional sobre los indicadores del Observatorio de equidad en calidad de vida en Salud de Bogotá y el proceso para su selección y producción.

Dentro de cualquiera de las opciones que se adopten sobre los objetivos y características institucionales del Observatorio, la información constituye uno de los medios de actuación básicos del mismo. Es a través suya como se identifican las condiciones de inequidad en salud, se señalan los factores que la determinan y sus consecuencias. Con base en ella se promueve la toma de conciencia pública sobre estos temas, por medio de una estrategia de comunicación. Constituye un elemento de apoyo imprescindible para desarrollar la investigación de profundización, para identificar campos de acción, promover políticas que conduzcan a zanjar las inequidades existentes y hacer el seguimiento y evaluación de las iniciativas adoptadas.

La información es igualmente un terreno propicio para convocar a los distintos agentes sociales interesados en la problemática de la inequidad en salud e ir consolidando una red tendiente a articular los múltiples esfuerzos que, desde distintas perspectivas, se llevan a cabo en torno a su solución¹.

En la primera sección se hacen algunos planteamientos, que se encuentran en la base de la propuesta, con acotaciones sobre la concepción sobre equidad y la forma de medirla. En la segunda parte se expone el marco de análisis para evaluar las inequidades en salud. En el cuadro del Anexo se encuentran descritos los indicadores propuestos para el seguimiento de la equidad en salud sus determinantes y consecuencia en Bogotá. La tercera y última sección contiene consideraciones prácticas sobre la forma de acceder y administrar la información.

El documento ha buscado incorporar las sugerencias y aportes que se hicieron en reuniones de presentación de diferentes versiones de la propuesta con el equipo de trabajo del CID, con profesionales de las distintas dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, con un grupo de trabajo donde participaron especialistas externos al proyecto², las que se expusieron en el Seminario Internacional *Equidad y derecho a la salud, un reto para Bogotá*, celebrado en junio de 2006 y las que fueron planteadas por profesionales de la SDS a una versión inicial del trabajo. Su elaboración ha sido beneficiada igualmente por las críticas recibidas a las versiones previas que sirvieron para modificar algunos de los planteamientos iniciales y

¹ La exposición se centra en las informaciones cuantitativas para la comprensión y análisis de las inequidades en salud. La no consideración de información de tipo cualitativo no significa que sea innecesaria, ni que el Observatorio no debe considerarla.

² Doctores Mario Hernández, Javier Eslava y Leonardo León.

precisar temas que no estaban suficientemente claros. A todos los que participaron en estas sesiones de trabajo agradecemos sus aportes.

Una conclusión general de las actividades de socialización de la propuesta es resaltar que es preciso entenderla como un punto de partida y no como un punto de llegada. Definir los indicadores del Observatorio es un proceso que implica no solo precisión conceptual y adecuación técnica, sino también una comprobación del comportamiento de las variables para captar operativamente las desigualdades y sus determinaciones que, en un momento inicial, son formuladas como hipótesis. La definición de aquellos aspectos en los cuales centrar la atención es un asunto, además, que está atravesado por consideraciones políticas y prácticas que llevan a fijar cuáles, dentro una innumerable gama de situaciones, son los problemas prioritarios a resaltar. Y también requiere tomar en cuenta, en el marco de los objetivos y estrategias del observatorio, cómo se requiere elaborar y difundir la información para distintos propósitos y grupos de actores: para las instituciones públicas, para las comunidades, para los actores políticos, para apoyar la investigación en los medios académicos. La propuesta de indicadores que se presenta en este documento no implica un planteamiento sobre la forma como es preciso privilegiar un reducido número de indicadores para realizar las campañas de movilización social, que debe promover el Observatorio, ni sobre los indicadores que corresponden a otras actividades del mismo como la de investigación.

Como punto de partida la propuesta identifica algunas medidas que, bajo las restricciones que nos impone la información disponible, pueden ser construidas en las temáticas que el marco de análisis de la equidad y sus determinantes nos muestra como necesarias. Validarla requiere del examen concreto y en conjunto de las medidas propuestas bajo las distintas perspectivas señaladas, en un proceso que implica elaborarlas, analizarlas, precisar si expresan lo esperado de acuerdo con las motivaciones y razones que les dieron origen, si en su forma técnica y en su presentación, para los diferentes actores, es la más adecuada. Este tipo de evaluaciones permitirá igualmente precisar en cuáles campos y bajo qué perspectiva se requiere de información adicional a la actualmente disponible.

En la base de la iniciativa del observatorio se encuentra el convencimiento, basado en múltiples evidencias nacionales e internacionales, de que las desigualdades sociales en las condiciones económicas, sociales y políticas tienen un importante valor explicativo en las diferencias en el estado de salud y en los factores que lo determinan. La situación socioeconómica de las personas, medidas en torno a variables como los niveles de ingresos y educación o de la posición socio-ocupacional, genera más desigualdad en el estado de salud que cualquier otro factor de riesgo conocido, o que el impacto de los servicios de salud. La desigualdad social es, por sí misma, un factor que afecta más el estado promedio de salud y sus diferenciales, que variables como el ingreso medio (Ortún, 2000). También parte de la constatación de que lo que sabemos sobre esas inequidades es parcial y poco sistemático, que no existe una dinámica social hacia el tratamiento de las desigualdades, ni un cuerpo articulado de políticas en la búsqueda de dar solución a las inequidades en salud.

El observatorio tiene como uno de sus propósitos centrales producir y difundir un conocimiento para enfrentar prácticamente esas limitaciones. La propuesta de indicadores elaborada en la etapa de diseño del observatorio está orientada a hacer un aporte práctico hacia esos objetivos.

2. Aspectos conceptuales y metodológicos

En esta sección se tratan algunos problemas conceptuales sobre la equidad en salud y cómo medirla. Para ello se parte de hacer algunas acotaciones sobre el concepto de equidad en salud, buscando esclarecer la forma como puede ser operacionalizado y medido. Posteriormente se hacen precisiones sobre las medidas de inequidad en salud.

2.1. La operacionalización del concepto de equidad en salud

La equidad en salud es un concepto que no es directamente medible, en tanto involucra valoraciones sobre las desigualdades que pueden a partir de distintas perspectivas y con diferentes criterios para calificarlas de injustas. No obstante, es indispensable partir de un concepto de equidad para la operacionalización y medición de la equidad en salud (Braveman y Gruskin, 2003).

Una definición general sobre equidad en salud que ilustra las dificultades de la medición es la contenida en documentos de la Organización Mundial de la Salud referidos a los conceptos y principios de equidad y salud (Whitehead, 1990). La equidad en salud se define como la situación donde todo individuo tenga oportunidades imparciales (“fair opportunity”) para lograr su plena potencialidad en salud y donde, en forma más pragmática, no esté en condición de desventaja o discriminación para alcanzar ese potencial³.

El punto clave de esta definición es la falta de desventaja o discriminación en las oportunidades para el desarrollo de las potencialidades de salud que cada cual tiene. La equidad se juzga en relación con las potencialidades de los individuos dentro de un contexto social donde no exista desventaja o discriminación para el desarrollo de sus propias capacidades. Y es inequitativo cada situación donde haya restricciones para obtener ese potencial que esté determinado o causado por factores de discriminación social.

Whitehead ha propuesto definir, en un plano más concreto, las inequidades en salud como aquellas desigualdades que son injustas, evitables y se rigen por procedimientos imparciales (“infair”) (Whitehead, 1994, Evans, Whitehead y otros,

³ “As the WHO ‘concepts’ paper (Whitehead, 1990) suggest, equity specifically related to health implies that everyone should have a fair opportunity to achieve their full health potential, and, more pragmatically, that none should be disadvantaged from achieving that potential, if it can be avoided.” (Whitehead, 1992)

2001). Es injusta y, por tanto inequitativa, una situación de desigualdad que no es necesaria, que es evitable y que es causada por discriminaciones o tratamientos preferenciales para lograr un pleno potencial en salud. Y es equitativa la situación en la cual nadie se encuentre en desventaja para lograr ese potencial, dentro de un marco de posibilidades.

Esta definición da lugar a afirmar que las inequidades pueden ser aprehendidas ya sea en relación con valores sociales que postulan condiciones necesarias para todos o, sin una consideración particular a las potencialidades de cada individuo, en referencia a factores generales de discriminación social. Introduciendo consideraciones sobre la causalidad social de las desigualdades, si hay factores de discriminación que afectan en forma preponderante las potencialidades de desarrollo de capacidades de los individuos de determinados sectores sociales, las situaciones de disparidad pueden juzgarse como inequitativas porque, además de ser evitables, son injustas y no se rigen por reglas que garanticen la imparcialidad entre (inter) grupos. Las condiciones de desventaja y discriminación pueden ser aprendidas en relación con las discriminaciones que afectan a los grupos donde están ubicados los individuos.

Paula Braverman y Sofía Gruskin han considerado que la condición de inevitabilidad incluida en la definición de Whitehead es redundante ya que está considerada en las otras condiciones (lo injusto e imparcial, es evitable), y es ambigua, en tanto puede interpretarse en el sentido de juzgar la inequidad en función del grado de dificultad que implique su superación (2003). Y han propuesto una definición que busca operacionalizar el concepto para la medición. En esta perspectiva señalan que la equidad en salud es la ausencia de desigualdades sistemáticas en salud y en sus determinantes entre grupos con diferente nivel de ventajas o desventajas sociales en cuanto a riqueza, poder o prestigio. En otras formulaciones, especificando la forma de medición, la definen como la ausencia de diferencias en salud entre los grupos menos y más desfavorecidos⁴. La comparación entre los grupos extremos evita la consideración directa de la necesidad o evitabilidad de la desigualdad: si los grupos más favorecidos tienen una situación más favorable es posible alcanzarla para todos los otros grupos. Y permite determinar, controlando los factores de desigualdad que no son generados o no pueden ser afectados socialmente (composición por sexo, edad, por ejemplo), en qué medida el desarrollo de las potencialidades se ve afectado por las desventajas sociales.

⁴ For the purposes of measurement and operationalisation, equity in health is the absence of systematic disparities in health (or in the major social determinants of health) between groups with different levels of underlying social advantage/disadvantage—that is, wealth, power, or prestige. According to the definition of equity proposed here, a health disparity is inequitable if it is systematically associated with social disadvantage in a way that puts an already disadvantaged social group at further disadvantage...Health equity is the absence of systematic disparities in health (or its social determinants) between more and less advantaged social groups.” Braverman y Gruskin, 2003a.

En esta definición se hacen explícitos los presupuestos de causalidad social para identificar y medir las inequidades. En tal perspectiva las autoras afirman que “de acuerdo con la definición propuesta de equidad, una disparidad en salud es inequitativa si está sistemáticamente asociada con situaciones de desventaja social.” La asociación estadística permite asumir que, dentro de la compleja cadena de causas de los fenómenos de salud, haya un nexo significativo entre las situaciones de desigualdad y las de desventaja social.⁵

En esta definición el juicio sobre inequidad es un proceso abierto a la constatación y a la interpretación. En primer lugar porque implica verificar, bajo las reglas de la metodología científica, la causalidad de los fenómenos. La asociación no es un criterio definitivo de causación, con las medidas que podemos construir en el estado de nuestro conocimiento sobre las desigualdades en salud y con las limitaciones impuestas por la información disponible. En esta situación puede haber una parte importante de las desigualdades en salud que tengan baja correlación o no se expliquen directamente por las variables o categorías de desventaja social que sean escogidas para establecer la asociación. En segundo lugar, porque supone precisar aquellas situaciones que son relevantes para identificar y medir las inequidades en salud a través de la comparación entre grupos. Y, en tercer lugar, porque la adopción del grupo más aventajado como patrón de referencia para identificar las inequidades, no presupone que sea el modelo para todas las circunstancias relacionadas con la salud y sus determinantes. Si, por su estilo de vida particular, tienen preferencias en relación con sus viviendas y con el consumo alimentario, que puedan caer dentro de lo que algunos economistas han calificado como “gustos caros”, o están más propensos a ciertas enfermedades, esto no significa que toda la sociedad deba evaluar sus logros en relación con ellos. En este punto se requiere de una argumentación razonada que justifique la elección del patrón de referencia en casos particulares.

La definición propuesta operacionaliza, como es señalado por las autoras, el contenido del derecho a la salud contenido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, cómo derecho a lograr, por parte de los individuos, el “mayor nivel de salud alcanzable”. Para ello toma como punto de referencia la situación de los grupos más aventajados, que representa ese nivel. Y es consonante, además, con

⁵ According to the definition of equity proposed here, a health disparity is inequitable if it is systematically associated with social disadvantage in a way that puts an already disadvantaged social group at further disadvantage. In addition, it must be reasonable based on current scientific knowledge to believe that social determinants could play an important part in that disparity at one or more points along the causal pathways leading to it; that is, that at least one factor associated with social disadvantage is causally connected with at least one factor associated (directly or indirectly) with the specified health condition or determinant. This does not, however, require definitive understanding of the most proximate—that is, immediate cause(s), the causes most amenable to intervention, or the entire causal pathway(s) explaining a health disparity between social groups. The causes of health disparities between more and less advantaged groups are likely to be complex and multifactorial, and may not be clearly or immediately linked to underlying differences in social advantage... Assessing health equity requires comparing health and its social determinants among more and less advantaged social groups” Braverman y Gruskin, 2003a ”

la obligación de no discriminación contenida en la declaración universal de los derechos humanos, en tanto considera como inequitativa toda situación que esté asociada con condiciones de desventaja de unos grupos respecto a otros para el logro de condiciones como el desarrollo de las potencialidades de salud.

La definición no incorpora, sin embargo, una dimensión de las inequidades en salud arraigada igualmente en la tradición de los derechos humanos, que postula ciertas condiciones necesarias para todos. Según las valoraciones sociales hay situaciones que son injustas por sí mismas, el hambre por ejemplo, y su identificación no requiere de ninguna comparación entre grupos. Los desarrollos de los derechos sociales han determinado jurídicamente cómo se concretan esas exigencias basadas en una concepción sobre la dignidad humana. En las condiciones de ciertos contextos sociales los contenidos de esos derechos a mínimos sociales, pueden tener un papel poco significativo frente a las demandas por mayor igualdad social. En entornos de pobreza generalizada de países como Colombia, los reclamos por mínimos necesarios siguen jugando un papel importante, aunque deben ser completados en forma simultánea con visiones más amplias de equidad. También en Colombia los niveles de desigualdad son grandes y el logro de mínimos, de satisfacción de necesidades básicas, sólo es un componente de las transformaciones sociales que son necesarias.

Bajo estas consideraciones a la definición de las inequidades en salud, como la ausencia de desigualdades sistemáticas en salud y en sus determinantes entre grupos con diferente nivel de ventajas o desventajas sociales en cuanto a riqueza, poder o prestigio, añadimos que también son inequitativas, en un sentido complementario, las situaciones que se consideren indignas o no permitan el desarrollo de las potencialidades de salud. Para la medida de estas últimas inequidades hay una tradición acumulada de conocimientos y experiencias que permite su operacionalización y medición.

La identificación y medición de las inequidades en salud a partir de precisar las asociaciones entre desigualdades en situaciones de desventaja social y las condiciones y determinantes de la salud, así con el señalamiento de las brechas entre los grupos menos y más favorecidos sirven de guía para la mayor parte de los propósitos de medición de las inequidades en el Observatorio. Requiere sin embargo de una constatación y una interpretación que lleve a precisar las causalidades y a evaluar el sentido de las desigualdades, como se ha planteado.

2.2. Las medidas de inequidad en salud

Dentro de la amplia gama de medidas de desigualdad en salud⁶, la definición operativa de inequidades en salud que se adopta lleva a privilegiar aquellas que permiten medir el grado de asociación entre las condiciones de salud, y las que expresan situaciones desiguales de ventaja y desventaja social. En la perspectiva de señalar las diferencias o brechas entre los grupos menos favorecidos y más favorecidos son apropiadas las medidas que muestran la magnitud de las diferencias entre los indicadores de cada uno de ellos.

En la mayor parte de las circunstancias la información se obtiene con variables categóricas de posición social que pueden ser ordenadas de acuerdo a un criterio de mejor o peor situación, a las cuales se asigna una medida de salud representativa del grupo⁷. Este procedimiento permite apreciar las diferencias entre grupos en las condiciones de salud, de un lado, y sus determinantes sociales intermedios o en el acceso y calidad de los servicios de salud, de otro. Aporta igualmente una idea sobre el grado de asociación entre posición social y condiciones de salud que permita identificar las situaciones de inequidad. Los tipos de medida reseñados en la literatura especializada para estos propósitos son la razón de tasa, la diferencia de tasa, la tasa baja elevada, el déficit, la pendiente del índice de desigualdad, el índice de concentración y el índice de desemejanza (Anand et al., 2001).

En los indicadores propuestos se privilegia la razón de tasa entre las condiciones de los grupos superior e inferior. Esta elección se justifica bajo el enfoque operativo de medición de la equidad que ha sido expuesto, en el cual se busca destacar las diferencias extremas por categorías que expresen diferentes “posiciones sociales”. Al adoptar este énfasis no se desconoce que hay otras medidas que miden en mejor forma el grado de desigualdad, no sólo considerando los grupos en las posiciones extremas, sino el conjunto de la distribución de las condiciones de salud o en sus determinantes. La razón de tasa es completamente insensible a los cambios de condiciones en los grupos intermedios y a la magnitud o participación de los grupos analizados. Tampoco toma en consideración la desigualdad al interior de los grupos. Por estas razones no da cuenta de la magnitud del conjunto de desigualdades sociales y es preciso recurrir a medidas complementarias para expresar adecuadamente las inequidades entre grupos y su evolución.

Igualmente son apropiadas bajo el enfoque adoptado medidas como las que surgen de modelos que permiten calcular la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno de las condiciones de salud y variables de diferenciación social. Contando con archivos de encuestas estadísticamente representativas, con información por individuos u hogares, se puede estimar la probabilidad diferencial de ocurrencia de un fenómeno relacionado con la salud en función de variables de posición social (modelos logit o logísticos).

⁶ Véase Wagstaff, 1991; Kunst y Mackenbach, 1994; Mackenbach y Kunst, 1997; Anand et al., 2001; Schneider et al, 2002; Bambas, Braverman et al., 2005; Yukiko, 2005.

⁷ “To document the existence or magnitude of health inequities, data are required on:

- a measure of health; and
- a measure of social position or advantage (an ‘equity stratifier’) that defines strata in a social hierarchy.” (Bambas, Braverman et al, 2005)

En la medición del no cumplimiento de mínimos se destacan las medidas de proporción de población u hogares bajo el límite establecido. Las medidas de pobreza son una guía para este tipo de medidas, cuando se trata de variables cardinales: “incidencia”, brecha estandarizada, índice de pobreza, índice de Sen.

En la fase inicial del observatorio la identificación de situaciones de desigualdad, asociadas con factores de desventaja social requiere de un análisis a partir de la información disponible, para precisar las posibles causalidades. La constatación de la validez de las medidas y la comprobación de que las desigualdades sean “injustas” requiere de un análisis, siguiendo metodologías adecuadas.

3. Marco de análisis para evaluar la situación de las inequidades en salud

En esta sección se presenta un marco general de análisis sobre las inequidades en salud que sirva de referencia para identificar los temas a que deben referirse los indicadores y permita fijar las relaciones entre ellos. Y postula las interdependencias entre los temas.

El observatorio se propone no sólo presentar una información que describa las situaciones de inequidad, sino aportar un conjunto articulado de indicadores que ayude a comprender los factores que determinan esas situaciones y sus consecuencias, sirva de base para su seguimiento y para identificar líneas de acción hacia el tratamiento de esas situaciones. Con este enfoque se aportan elementos necesarios para entender cómo se reproducen y evolucionan las inequidades, y cómo actuar sobre ellas.

El modelo propuesto se inspira en el “Marco para dilucidar las vías existentes entre el contexto social y los resultados de salud y para introducir las intervenciones políticas” elaborado por Diderichsen y Hallqvist (1998)⁸, al cual se introducen algunas modificaciones que son explicadas en la exposición siguiente. Se recogen igualmente algunas orientaciones del GEGA para el monitoreo de las inequidades en salud (GEGA, 2003).

La propuesta considera que los indicadores se refieren al contexto sobre el estado de inequidad económica y social y sobre las condiciones políticas e institucionales, en los aspectos pertinentes para la calidad de vida en salud, y que traten como dimensiones particulares la equidad en el estado de salud, en los determinantes sociales intermedios que la afectan, en la financiación y prestación de los servicios y en las consecuencias sociales que conlleva (cfr. GEGA, 2003). Los factores considerados son:

⁸ Ver documento elaborado por Martínez Felix, *Efecto e Impacto de las desigualdades sociales sobre la salud de los bogotanos*. Allí se presentan otros modelos de análisis sobre las inequidades en salud como el propuesto por la OMS.

1. Determinantes sociales intermedios:
 - a. Oportunidades básicas.
 - b. Exposiciones sociales
 - c. Vulnerabilidad
2. Respuestas:
 - a. Servicios de salud
 - b. Financiación y asignación de recursos para la salud
3. Estado de salud
4. Consecuencias sociales y económicas de la inequidad en salud.

Las interrelaciones generales que se postulan en el modelo de análisis, que sirve de guía para el seguimiento de las inequidades en salud, están representadas en la Figura 1 y, con mayor detalle, en la Figura 2. En el cuadro del Anexo se enumeran y describen los indicadores propuestos para el seguimiento de la equidad en Salud en Bogotá, con la información disponible de las fuentes existentes.

El núcleo central del modelo son las inequidades en el estado de la salud que expresan el efecto de múltiples determinaciones sociales. Este elemento ocupa en el modelo el papel de lo que se busca explicar. El resto de elementos juegan un papel instrumental y se introducen en tanto inciden, en forma diferenciada en los resultados sobre las inequidades en salud.

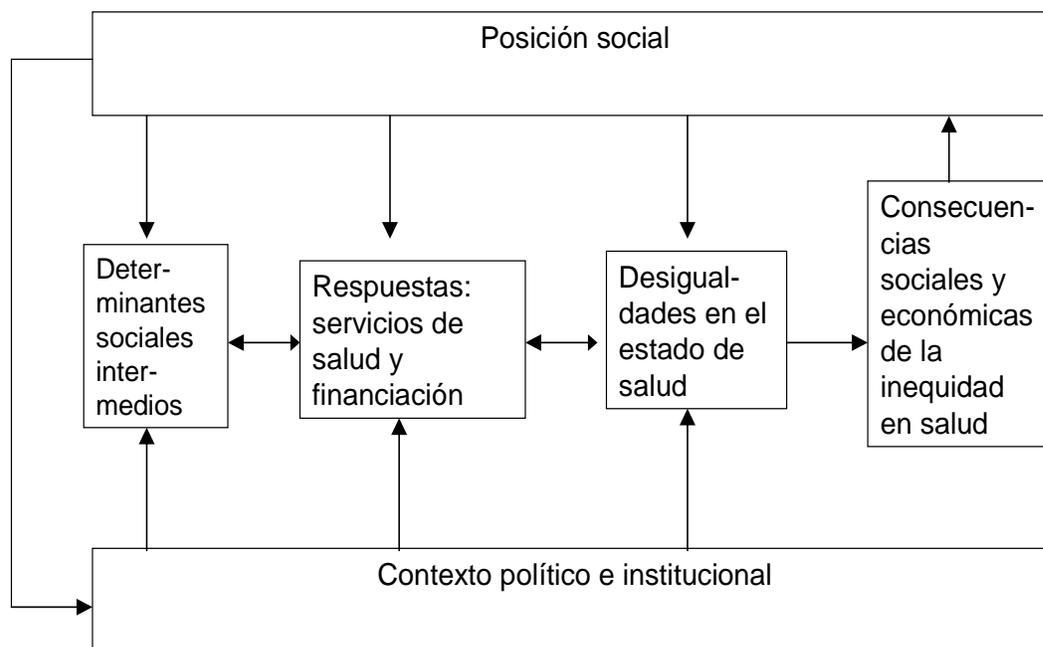
Aunque éste es el énfasis que se destaca en el modelo, la inclusión de las desigualdades en los medios para obtener un estado de salud particular permite también la consideración de la equidad en salud en tanto “oportunidades imparciales” (Whitehead, 1990) o capacidades (Sen 1995 y 2001, Foster y Sen, 1997) para obtener un resultado.

3.1. La posición social

Dentro de los factores que tienen un explicativo en el modelo se distinguen niveles de causación diferentes e interdependientes. La inequidad en salud es, en última instancia, un resultado de las condiciones estructurales de desigualdad social, en lo económico, político y social, que están representadas en las casillas superior e inferior. Pero el factor que representa el contexto social y particularmente la forma como las personas se distribuyen determinadas posiciones sociales juega un papel principal en tanto afectan directamente las diferencias en la salud y los otros elementos que las determinan: contexto político e institucional, determinantes sociales intermedios, financiación y prestación de servicios de salud (respuestas).

La posición social describe “el ‘lugar’ o estrato de una persona dentro de la sociedad en la que vive...Las posiciones sociales derivan de un contexto social concreto o están generadas por él, lo que significa que las clasificaciones de la posición social varían entre sociedades con distintas estructuras industriales o económicas...El concepto de ‘nivel socioeconómico’ suele usarse como sinónimo de ‘posición social’ pero tiende a no guardar una relación explícita con las teorías de las fuerzas económicas y políticas que generan la falta de equidad.” (Evans, Whitehead et al., 2001, Introducción).

Figura 1. Interrelaciones entre los elementos del modelo de análisis sobre las inequidades en salud



Dentro de las categorías operativas que expresan posición social partimos de algunas que expresan condiciones de diferenciación con incidencia en las diferencias en la salud y sus determinantes como el sexo, la edad, la posición socio-ocupacional y la etnia, que pueden ubicarse dentro de lo que se entiende por “posición social” (ver cuadro del Anexo, Indicadores propuestos para el seguimiento de la equidad en Salud en Bogotá). Recurrimos a otras categorías que se refieren a diferencias en los ingresos, en el estándar de vida o al nivel socioeconómico (quintiles de ingreso, niveles educativos, estrato socioeconómico, niveles del índice Sisben, índice de riqueza). En la misma perspectiva se considera la variable sobre condición de pobreza y el desempleo que aunque tienen una variación coyuntural, pueden estar asociadas a las condiciones de salud y que tienen una incidencia en la relación entre grupo socioeconómicos y salud (Diderichsen , Whitehead et al., 2001). Se incluyen también como variables de clasificación las referentes al lugar de residencia que están asociadas a condiciones

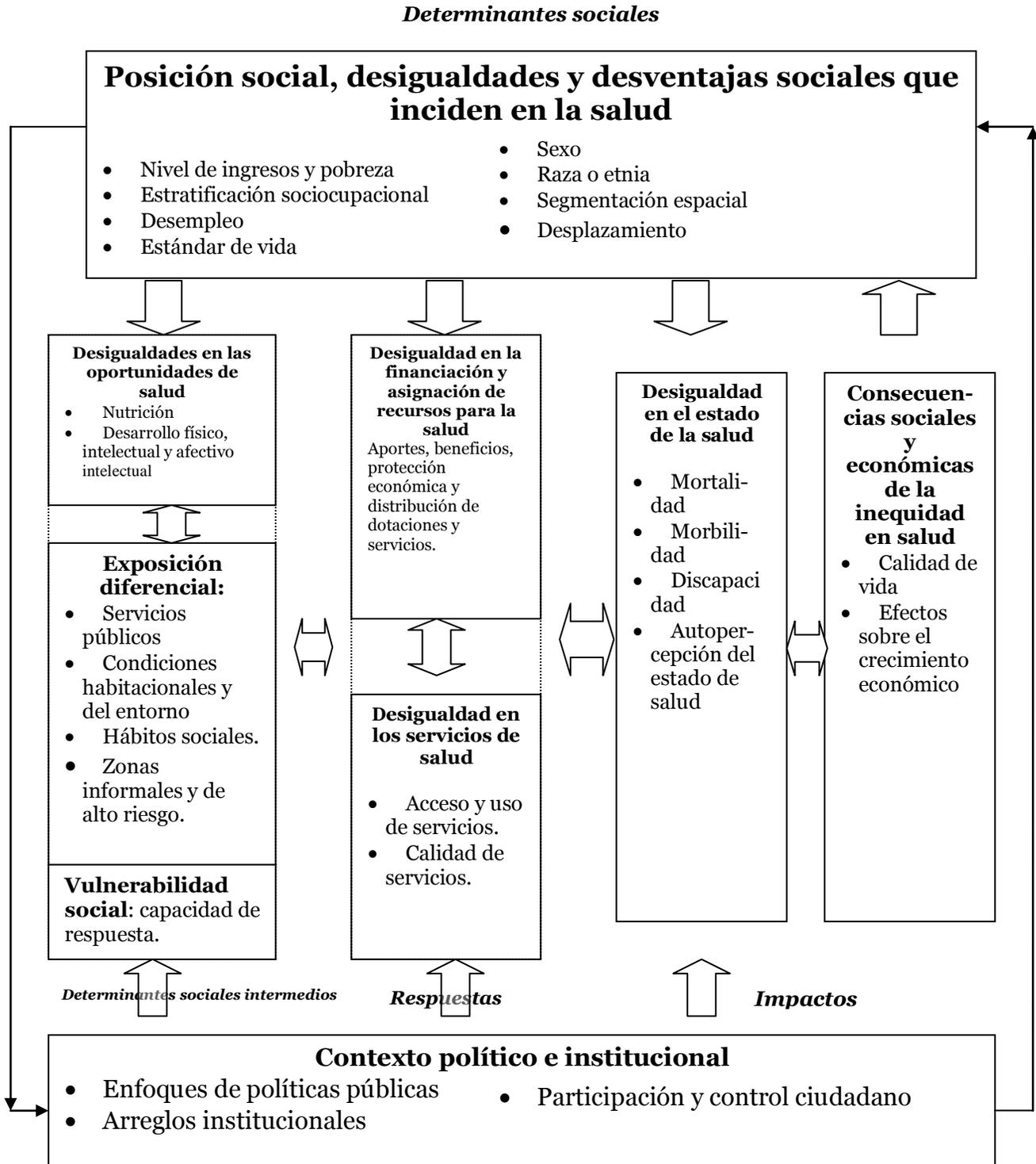
socioeconómicas de las personas y los hogares⁹. A este respecto se requiere de la elaboración de categorías operativas que expresen las ventajas o desventajas sociales por medio de investigaciones particulares. Partimos de categorías provisionales que deben ser comprobadas y mejoradas a medida que el observatorio vaya produciendo y analizando la información.

El contexto social está presente en todos los elementos del modelo a través de categorías de análisis que expresan las “posiciones sociales” o de categorías provisionales que están asociadas con las desigualdades de salud y sus determinantes. Son elementos de enlace que articulan los análisis y que, en lo posible, deben estar incluidos en las medidas o indicadores seleccionados (ver cuadro del Anexo 1).

Los indicadores propuestos sobre las desigualdades en la posición social (contexto social) se encuentran en el numeral 1 del cuadro del Anexo.

⁹ Martínez Felix, *Efecto e Impacto de las desigualdades sociales sobre la salud de los bogotanos*.

Figura 2. Modelo para el análisis y seguimiento de las inequidades en salud



3.3. Contexto político e institucional

Este elemento del contexto señala la influencia del marco político e institucional sobre el estado de salud y sus otros determinantes. Toma en cuenta, además, las condiciones de la participación social para adoptar las decisiones en torno a la salud.

De este espacio surgen otras categorías de clasificación que muestran la inequidad, en torno al marco institucional. En el caso colombiano, importa destacar, por ejemplo, cómo el sistema de salud, que separa entre dos regímenes de afiliación (subsidiado y contributivo) y entre “vinculados” puede dar lugar a inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios. Son situaciones que tienen origen en el contexto institucional del sistema de seguridad social en salud colombiano, asociadas con factores de posición social, pero que pueden modificarse o cambiarse, sin que se altere la estructura social. El estudio comparativo sobre las condiciones de equidad en salud entre Gran Bretaña y Suecia realizado por Diderichsen, Whitehead *et al.* (2001) destaca la influencia de los factores políticos en estas condiciones.

De otra parte, esta casilla del modelo señala la necesidad de incluir en el análisis la forma como son tomadas las decisiones. Señala un campo de equidad que resalta el derecho de la gente a participar en las decisiones que afectan su salud tanto en las intervenciones individuales, en la forma como se organizan los servicios o en la determinación de la organización del sistema de salud. Este tema considera aspectos como la provisión de canales de comunicación y mecanismos de participación que permitan a las personas influenciar las decisiones. Estos aspectos son considerados bajo ciertos enfoques de análisis bajo el término de “empoderamiento” (Whitehead, 1992). En una concepción de derechos humanos interdependientes no basta con lograr la equidad en los resultados, se requiere igualmente que en la forma de obtenerlos haya un procedimiento acorde con la democracia que dé lugar al fortalecimiento de la ciudadanía.

Los indicadores propuestos sobre el contexto político e institucional se encuentran en el numeral 6 del cuadro del Anexo (Oportunidades de participación y ejercicio de control ciudadano).

3.4. Determinantes sociales intermedios

El modelo incorpora como una de sus perspectivas de análisis el esclarecimiento de la forma como actúan las diferencias sociales en las condiciones de salud, aportando elementos que permitan analizar las asociaciones entre las posiciones sociales, los factores políticos e institucionales y las consecuencias sobre el estado de salud.

Los determinantes se clasifican en dos grupos:

- Determinantes sociales intermedios.

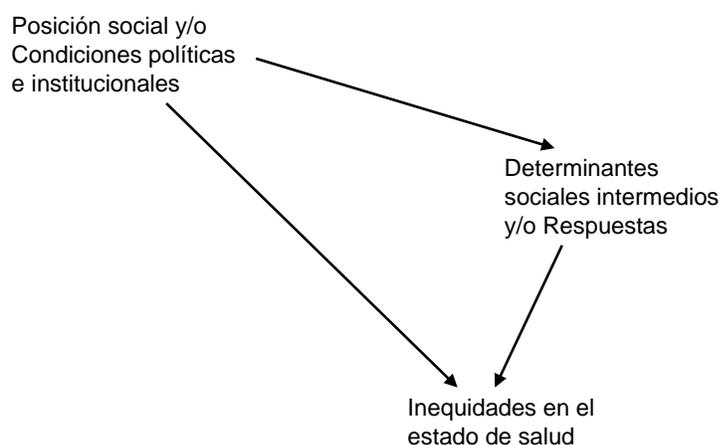
- Respuestas: servicios de salud, incluyendo la distribución de aportes y beneficios.

Una de las formas de análisis sobre las relaciones entre la posición social, las condiciones políticas e institucionales, y las inequidades en los determinantes y el estado de salud se ilustra en la Figura 3¹⁰. La posición social y las condiciones políticas influyen a la vez a los determinantes intermedios, a las y respuestas y a los resultados en las condiciones de salud.

El modelo incluye, a su vez, dentro de los determinantes sociales intermedios tres tipos de situaciones de desigualdad: en las “oportunidades” básicas para la salud, en la exposición diferencial y en la vulnerabilidad.

Las condiciones de “oportunidad” señalan factores que son causados por la posición social, especialmente durante la infancia y la juventud y que crean desventajas permanentes y difícilmente contrarrestables. La desnutrición en la etapa de lactancia materna o en los primeros años de vida marca una predisposición que se expresa en la salud de la persona a lo largo de toda la vida. Cosa similar ocurre con las condiciones de desarrollo intelectual¹¹. Estas condiciones apuntan a destacar factores que se consideran fundamentales para la vida de la gente en sus capacidades básicas. Inciden en los resultados de salud en las posibilidades de acceso a los servicios y tiene un papel de retroalimentación que

Figura 3. Relaciones entre la posición social, las condiciones políticas e institucionales y las inequidades en los determinantes y el estado de salud



refuerza las condiciones sociales donde tuvieron origen.

¹⁰ Cfr. Martínez Félix, *Efecto e Impacto de las desigualdades sociales sobre la salud de los bogotanos*.

¹¹ Martínez Félix, *Efecto e Impacto de las desigualdades sociales sobre la salud de los bogotanos*.

El segundo determinante social intermedio es la exposición diferencial. Señala la forma como puede influir la posición social sobre el estado de salud, “de modo que las personas con posiciones sociales más desfavorecidas podrían verse más expuestas a los peligros y factores de riesgo para la salud, por lo que tendrían más probabilidades de enfermedad que las personas de los grupos cuya exposición es baja o nula...En los distintos sectores sociales, las exposiciones pueden variar según su tipo, cantidad y duración. A igualdad de estos factores, estas exposiciones diferenciales podrían explicar el exceso de riesgo de mala salud asociado a las posiciones sociales más bajas a través de una gama de enfermedades concretas.” (Evans, Whitehead et al., 2001, Introducción).

El tercer mecanismo, la vulnerabilidad diferencial, se refiere a condiciones sociales que dificultan la respuesta ante la enfermedad o riesgos contra la salud. A igual posición social e iguales niveles de exposición las posibilidades de respuesta afectan las condiciones de salud en función de cuestiones como la posesión de activos, la composición familiar, los lazos de solidaridad con la comunidad próxima. Aquí incluimos factores de desventaja que afectan las potencialidades de la salud, aunque no sean un rasgo característico de las posiciones sociales. No obstante, en determinadas posiciones sociales hay mayor probabilidad de vulnerabilidad. La inclusión de los factores de vulnerabilidad ofrece igualmente la posibilidad de dar un tratamiento especial a determinados grupos que están en situación de desventaja ante la salud, dentro de los distintos grupos sociales y, en especial, dentro de los más desfavorecidos económica y socialmente.

La distinción entre estos tres tipos de causas asignables al contexto social apunta a develar circunstancias que pueden ser afectadas a través de acciones de naturaleza diferente. Las interdependencias entre estos tres tipos de causas intermedias son objeto de análisis en cada tema y pueden actuar en forma diferente según las circunstancias particulares.

Los indicadores propuestos sobre las inequidades en los determinantes sociales intermedios se encuentran en los numerales 2 y 3 del cuadro del Anexo.

En la perspectiva del sistema de indicadores propuesto para el Observatorio el análisis de determinantes de la inequidad en salud, bajo el enfoque de determinantes intermedios, puede completarse con otras formas de análisis de asociación entre la evolución de las condiciones sociales (nivel de ingreso y su distribución, incidencia de la pobreza, por ejemplo) y el de las condiciones particulares de la salud y su propia desigualdad. Esta forma de análisis puede dar luces adicionales sobre determinantes contextuales de nivel “macro”, en aquellas situaciones donde no exista información sobre determinantes sociales intermedios o se desconozca la forma como operan.

3.5. Desigualdades en las respuestas

Dentro del campo de las *respuestas*, que forman parte de los determinantes de la equidad en salud se consideran los temas siguientes:

1. Inequidad en la financiación y asignación de recursos para la salud.
 - a. Equidad en los aportes para salud (Movilización de recursos económicos)
 - b. Equidad en la distribución del gasto público en salud (los beneficios)
 - c. Equidad en la protección económica
 - d. Equidad en la asignación de otros recursos de salud

2. Inequidades en la utilización, oportunidad y calidad en los servicios de salud
 - a. Desigualdades en el acceso potencial a los servicios de salud (afiliación a la seguridad social en salud)
 - b. Desigualdades en el uso de los servicios de salud
 - c. Barreras de acceso a los servicios
 - d. Desigualdad en la percepción de la calidad de los servicios de salud
 - e. Desigualdades en los programas de prevención, promoción y salud pública

Las respuestas se han descompuesto en la financiación y asignación de recursos para la salud y en el acceso a los servicios de la salud. La oferta de servicios de salud está determinada, cuando se rige por el mercado, por la capacidad de pago de los consumidores (el ingreso) así que tienden a ofrecerse mayores servicios para los que pueden pagarlos y una parte importante del financiamiento para acceder a la salud proviene de los recursos de cada persona y no de un sistema que cubra los riesgos. El financiamiento y la oferta diferencial están fuertemente conectados con la posición ocupacional o el hecho de estar o no empleado en el sector formal o informal, lo cual determina el ingreso de las personas y la afiliación o no afiliación al sistema de aseguramiento que cubre los riesgos. El financiamiento se convierte en oferta y, a su vez, del manejo de la oferta se obtienen recursos que financian el sistema de salud (cfr. Hsiao y Liu, 2001).

La oferta de servicios de salud, el financiamiento y recursos de la salud deberían estar distribuidos, de acuerdo con una norma de equidad, según las necesidades de las personas y grupos y no según su posición socioeconómica o su capacidad de pago, así que la población con mayor exposición y con peores oportunidades deberían ser las que más obtengan apoyo. Y en la perspectiva de la equidad quienes tengan mayores recursos deberían aportar una mayor proporción de sus ingresos que quienes tienen ingresos más bajos.

El tema de la equidad en la calidad de vida en salud no se agota en la consideración de los factores estructurales y determinantes próximos de las desigualdades del estado de salud entre distintas posiciones sociales. Considera igualmente las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y en la distribución entre cargas (aportes) y beneficios. Este es un tema destacado para la definición de contextos institucionales “justos”, que permitan avanzar en las condiciones de equidad.

Los indicadores propuestos sobre las respuestas se encuentran en los numerales 4 y 5 del cuadro del Anexo.

3.6. Estado de salud

Sobre este factor que ocupa el papel de elemento explicado, el modelo de análisis y las propuestas de indicadores (numeral 7 del cuadro del Anexo) consideran los siguientes temas:

1. Desigualdades en la morbilidad y discapacidad
2. Desigualdades en la mortalidad
3. Desigualdades en la autopercepción sobre el estado de salud.

Los indicadores de resultados en el estado de salud se refieren a la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad y las diferencias en la percepción en del estado de salud, según la pertenencia del grupo o individuo a una posición socioeconómica. Incluyen los resultados agregados de las desiguales en salud, como expectativa de vida, mortalidad temprana o mayor por ciertas patologías, asociadas a desventaja social¹²

También en la perspectiva del sistema de indicadores del Observatorio la consideración interrelacionada de los indicadores de respuesta (insumos y procesos) y del estado de salud (resultados) da lugar al análisis de la eficiencia en los logros sociales diferenciales en la salud de la población. Bajo la perspectiva de la equidad el tema de la eficiencia tiene también un papel activo en la medida en que la adecuada utilización de los recursos escasos favorece el mejoramiento de las condiciones de salud de los más desfavorecidos.

3.7. Consecuencias sociales y económicas de la inequidad en salud

1. Consecuencias económicas en los hogares
2. Consecuencias en la esperanza de vida al nacer

Es el tema que relaciona los resultados en la situación de salud y el contexto social donde tuvo origen. La mayor o menor inequidad en salud tiene un rol de retroalimentación sobre el bienestar social, las potencialidades económicas y las oportunidades de participación democrática. La equidad en salud además de ser un fin, que tiene un valor por sí mismo, juega un papel instrumental para el crecimiento económico (Ortún, 2000) y las condiciones institucionales y políticas.

Los indicadores propuestos sobre el tema se encuentran en el numeral 8 del cuadro del Anexo.

¹² Martínez Félix, *Efecto e Impacto de las desigualdades sociales sobre la salud de los bogotanos*.

4. Información para la construcción de los indicadores del Observatorio

La propuesta de indicadores para el Observatorio no constituye un simple listado de posibles estadísticas para evaluar y hacer el seguimiento de las condiciones de inequidad en calidad de vida en salud. Con base en un marco de análisis sobre determinantes y causalidades, que sustenta la selección, contiene un conjunto de medidas destacadas que pueden ser construidas a partir de las fuentes estadísticas disponibles, las cuales fueron examinadas en su contenido, calidad y periodicidad de producción.

La puesta en marcha del Observatorio implica, con base en la identificación inicial, la adopción de una estrategia para probar los indicadores a través de su cálculo y el análisis de sus interrelaciones con otros indicadores, así como la definición de mecanismos para la obtención periódica de información y para su ampliación hacia temas que permitan una mejor cuantificación de las condiciones de equidad.

4.1. Obtención y administración de la información

La generación de los indicadores propuesto requiere la adopción de diferentes tipos de mecanismos administrativos y técnicos para obtener la información que demandan.

En el caso de las Encuestas continuas del DANE es necesario establecer la forma de adquisición periódica de las bases originales ya sea a través de su compra o por medio de un convenio. El CID tiene algunas de estas bases y lleva a cabo en el momento gestiones para obtener periódicamente los archivos de estas encuestas. Dentro del convenio interadministrativo con la SDS podrían ser utilizadas como parte de los aportes de la Universidad al Observatorio. En el caso de las encuestas de Calidad de Vida tanto la administración distrital (DAPD) como el CID cuentan con las bases de las realizadas en 1997 y 2003 y se encuentran en curso conversaciones entre la administración distrital y el DANE para llevar a cabo una nueva aplicación de la encuesta en Bogotá. De culminar satisfactoriamente estas gestiones, que tienden a establecer una regularidad en la realización de la encuesta, se podría garantizar el acceso a sus futuras aplicaciones. Por su parte, los archivos de las encuestas de Demografía y Salud son de libre acceso en sus módulos básicos y en los referentes a temas como el de nutrición sería necesario acordar la forma de acceder a su información con el ICBF o PROFAMILIA.

El cálculo de los indicadores requiere adicionalmente de un trabajo tendiente a la adecuación de las encuestas en el ajuste de la información sobre ingresos y la generación de algunas de las variables de clasificación como la incidencia de pobreza, los deciles de ingreso, los niveles del índice Sisben, la clasificación socio-ocupacional y el “índice de riqueza”. Con este propósito es necesario definir procedimientos estandarizados y llevar a cabo las operaciones de procesamiento requeridas. A este respecto el CID cuenta con una amplia experiencia y puede realizar estas actividades en acuerdo con la SDS.

Para dar regularidad y continuidad a las actividades del Observatorio las bases de datos, con las adecuaciones necesarias para la producción y análisis de los indicadores, deben quedar documentadas en las distintas etapas de su tratamiento de forma que el acceso a ellas sea posible por parte de los diferentes usuarios y para los diferentes objetivos del Observatorio.

En lo que respecta a los certificados de nacimientos y defunciones la SDS cuenta con un convenio con el DANE que garantiza el acceso a la información requerida en las distintas etapas de esta aplicación. Los indicadores propuestos podrían ser elaborados por la Dirección de Salud Pública de la Secretaría.

Igual procedimiento puede establecerse para la obtención de los indicadores de otras fuentes estadísticas que son utilizadas en distintas dependencias de la Secretaría: SISVAN, Encuestas Sisben, bases sobre afiliación al régimen subsidiado, Plan Maestro de Equipamientos del sector Salud, censo de discapacitados.

Otros indicadores se obtienen de información secundaria producida por dependencias distritales (Secretaría de Hacienda, por ejemplo) y su obtención requiere de gestiones con ellas.

Una vez se cuente con los indicadores calculados es necesario proceder a su análisis y ajuste. En esta fase se busca comprobar su capacidad de discriminación, su coherencia y grado de precisión. También es preciso definir y aplicar los modelos estadísticos para obtener algunos indicadores que así lo requieran.

Con los indicadores calculados se conforman los archivos de resultados y se procede a definir e implementar la forma para su consulta y publicación.

4.2. Aspectos administrativos y organizacionales

La obtención y adecuación de la información, el cálculo y validación de los indicadores en la fase siguiente del Observatorio requiere de un equipo técnico que diseñe y ponga en operación su sistema de información. El propósito de esta fase es consolidar los fundamentos para el funcionamiento permanente del Observatorio en lo que respecta a su componente de información.

En el equipo es necesario un ingeniero de sistemas que haga ese diseño, lleve a cabo las tareas de programación y de precisión de requerimientos tecnológicos (software y hardware), y un estadístico con experiencia en información sobre salud. El análisis y validación de los indicadores se puede realizar con el apoyo de los investigadores temáticos del Observatorio. El responsable del equipo lidera las acciones para obtener la información de base en forma regular.

4.3. Gestión para el mejoramiento y ampliación de la información

La propuesta de indicadores presentada se basa en fuentes de datos existentes y en su estado actual. Es el punto de partida del Observatorio. Se requiere, sin embargo, una actividad sistemática y continua tendiente a mejorar y ampliar la información disponible en la perspectiva de describir y explicar las situaciones de inequidad en salud.

A este respecto existen varios frentes a ser cubiertos. El primer de ellos es el de gestionar el acceso a nuevas fuentes como el censo de población de 2005 o la próxima encuesta Nacional de Salud (COLCIENCIAS y Ministerio de Protección Social) que pueden dar lugar a indicadores complementarios y más actuales.

Otro frente aborda la búsqueda de mejor información de las fuentes existentes. Es el caso de los certificados de nacimientos y defunciones donde es posible disminuir la proporción de omisiones en variables como el nivel educativo y la afiliación a la seguridad social y donde es deseable que la información pueda discriminarse por UPZ. Es también el caso de los RIPS o de las encuestas que se aplican en el programa “Salud a su Hogar”.

Un tercer frente se ubica en la perspectiva de obtener nueva información útil para el diagnóstico y monitoreo de las condiciones de equidad en salud. En este plano se encuentra, por ejemplo, la elaboración de propuesta sobre nuevos temas a ser incluidos en la próxima encuesta de Calidad de Vida en Bogotá. Sobre la base de un balance sobre la información disponible y las posibilidades de las fuentes existentes el Observatorio puede abordar en fases posteriores un cuarto frente, hacia la producción de su propia información, para dar cuenta de las desigualdades en salud.

Referencias Bibliográficas

- Anand Sudhir, Diderichsen Finn, Evans Timothy, Shklnikov Vladimir y Wirth Meg, 2001. "Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores", en Evans, Whitehead y otros, 2001, 53-73.
- Anton E. y Mackenbach Johan P, 2000. Measuring Socioeconomic Inequalities in Health World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Bambas Nolen Lexi, Braveman Paula, Dachs J. Norberto, . Delgado Iris, Gakidou Emmanuela, Mose Kath r, Rolfe Liz, Vega Jeanette, Zarowsky Christina, 2005. "Strengthening health information systems to address health equity challenges", en *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83:597-603.
- Braverman Paula, 2000. "Combining forces against inequity and poverty rather than splitting hairs, en *Bulletin of the World Health Organization*, Ginebra, No. 78.
- Braveman Paula, Gruskin Sofia. 2003a "Defining equity in health". *Journal of Epidemiology and Community Health*;57:254-8.
- Braveman Paula y Gruski Sofia, 2003b. "Poverty, equity, human rights and health". En: *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81:539-545.
- Diderichsen F. y Hallqvist J., 1998. *Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context*. Citado en Evans T., Whitehead M. Diderichsen F. Wirth M. (editores), 2001.
- Diderichsen F., Whitehead M. Burström B. Aberg M. y Östlin P., 2001. Gran Bretaña y SueciaÑ la influencia del contexto político en la falta de equidad en salud, en Evans, Whitehead y otros, 2001, 261-281.
- Evans T., Whitehead M. Diderichsen F. Wirth M. (editores), 2001. *Desafío a la falta de equidad en salud, de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, OPS.
- Foster, J. y Sen, A., 1997 "La desigualdad económica después de un cuarto de siglo", Anexo a la edición ampliada del libro de A. Sen, *La desigualdad económica*.
- GEGA (Global Equity Gauge Alliance-Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad), 2003. *El monitoreo de la Equidad, conceptos, principios y pautas*.
- Mackenbach, J.P. and A. E. Kunst, 1997. Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc. Sci. Med.*, Vol. 44, pp. 757-771.
- Hsiao, W.C., Liu, Y, 2001. Financiación de la asistencia sanitaria: valoración de sus relaciones con la equidad en salud, en Evans T., Whitehead M. Diderichsen F. Wirth M. (editores), 2001: 283-299.
- Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. WHO Regional Office for Europe, 1994 (document EUR/ICP/RPD 416).
- Ortún Rubio Vicente, 2000. Desigualdad y salud, en *Política y Sociedad*, 35 (2000), Madrid (pp. 65-71).

- Schneider Maria Cristina, Castillo-Salgado Carlos, Bacallao Jorge, Loyola Enrique, Mujica Oscar J., Vidaurre Manuel y Roca Anne, 2002. en, Revista Panamericana de Salud Publica 12(6), 2002.
- Sen Amartya., 1995. Nuevo examen de la desigualdad, Alianza editorial, Madrid.
- , 2001. “Equidad en salud: perspectivas, mesurabilidad y criterios” , en Evans T., Whitehead M. Diderichsen F. Wirth M. (editores), 2001: 75-81.
- Yukiko Asada, 2005. *A framework for measuring health inequity* en J Epidemiol Community Health 2005;59:700–705.
- Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. 1991. *On the measurement of inequalities in health*. Soc Sci Med;33:545–557.
- Whitehead Margared, 1990. *Concepts and principles of equity in health*. OMS, Copenhagen, Regional Office for Europe.
- Whitehead Margared, 1994. *Equity and Ethics in Health*, Organización Mundial de la Salud,