

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



1

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD**

**Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá**

**Informe Final del Observatorio**

Bogotá, Diciembre de 2009

## Índices de Riesgo y Protección Medición posible de equidad en salud a través de la ENCV 2007 para Bogotá D.C.

Félix León Martínez Martín

El análisis de equidad en calidad de vida y salud a través de la ENCV 2007 para Bogotá, y el diseño de una nueva encuesta que complemente la mirada de la equidad, tareas del Observatorio para la Equidad de Vida y Salud<sup>1</sup> en las que se enmarca el presente análisis, parten de un marco teórico previamente construido por el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) (Martínez 2007)<sup>i</sup>.

Se relacionan a continuación algunos elementos centrales sobre el enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad / inequidad en salud, que hacen parte de dicho marco teórico:

### Efectos medibles en salud

Las desigualdades sociales producen también efectos medibles en pérdidas de salud de las personas. Dichas pérdidas de salud son reflejo y consecuencia de la estructura social que prevalece.

Las ventajas o desventajas derivadas de la posición que ocupan las personas en esa estructura social (posición social)

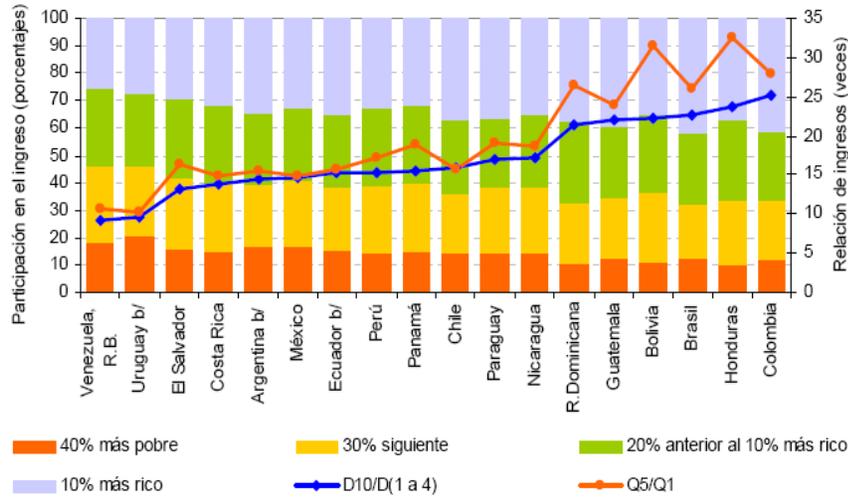
- condicionan el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos desde el nacimiento, condicionan las formas de enfermar y morir (conforme a exposiciones a riesgos diferenciales) y
- condicionan la posibilidad real de recibir de la sociedad y el Estado servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, conforme a los sistemas organizados de protección social.

Si las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud, este fenómeno debe ser especialmente mensurable en uno de los países más inequitativos del mundo. La CEPAL en su Informe Panorama Social de América Latina 2008 (CEPAL 2008)<sup>ii</sup> ubica a Colombia como el país con la peor distribución del ingreso en la región, si se toma en cuenta la diferencia de ingresos entre el 10% más rico de la población y el 40% más pobre, indicador de utilización reciente, o en uno de los primeros lugares si se toma en cuenta la relación clásica entre los quintiles 1 y 5 de ingreso.

---

<sup>1</sup> Este trabajo corresponde a la tercera fase del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud, que desarrolla el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID, de la Universidad Nacional de Colombia, en convenio con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

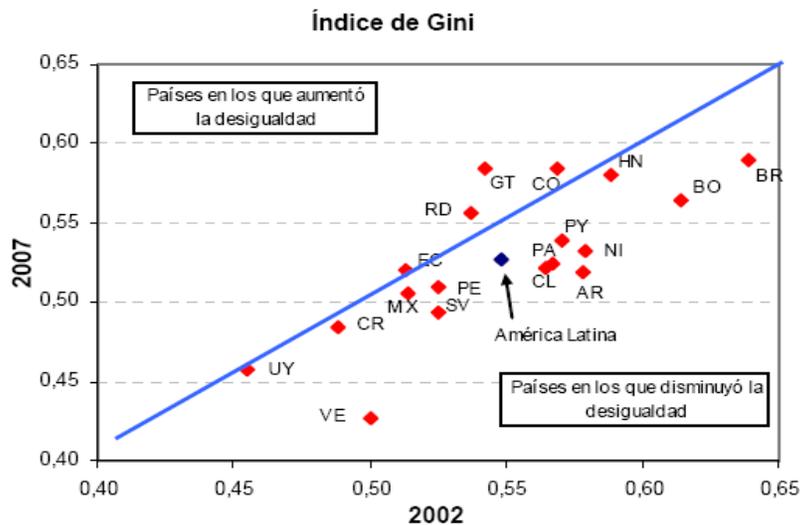
Gráfico I.24  
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): ESTRUCTURA DE LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO POR DECILES, ALREDEDOR DE 2007 a/



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.  
a/ Hogares ordenados según su ingreso per cápita.  
b/ Área urbana.

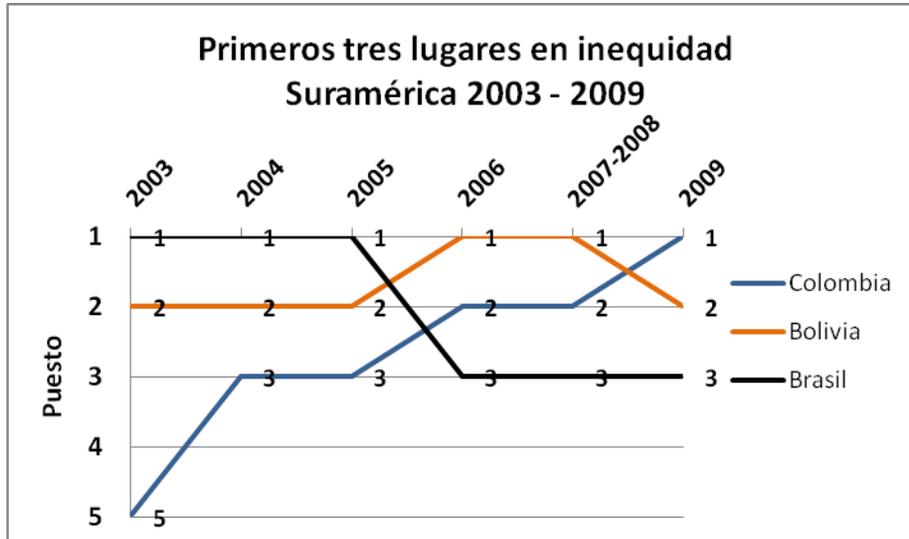
Fuente CEPAL: Panorama Social de América Latina 2008

Cabe señalar adicionalmente que Latinoamérica es reconocida como la región más inequitativa del mundo (Cárdenas 1998)<sup>iii</sup> y que en los últimos años (2002-2007) la situación ha empeorado, a diferencia de lo ocurrido en otros países latinoamericanos, según el citado informe de la CEPAL. El índice de Gini, de 0,59, recién confirmado por la Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP) en nuestro país, coincide con la apreciación de la CEPAL.



Fuente CEPAL: Panorama Social de América Latina 2008

Según las cifras del Índice de Desarrollo Humano, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 1991-2009)<sup>iv</sup>, Colombia pasó a ser el país más inequitativo de Sudamérica, con un Índice de 0,585 para 2009 y superó a Brasil y Bolivia en los últimos tres años.



Fuente: PNUD Informes de Desarrollo Humano 2003 - 2009

Como consecuencia de que nuestro país se haya convertido en uno de los más inequitativos del mundo, con peor distribución del ingreso, y por tanto con mayores diferencias entre los ciudadanos según clase o posición social, nos situamos trágicamente en el "laboratorio ideal" para los análisis de equidad. Aquí y ahora, resultan más relevantes que en cualquier otro lugar y tiempo, las investigaciones para medir del impacto de las diferencias sociales sobre la salud.

Resulta conveniente aclarar que la inequidad no está relacionada directamente con la pobreza, pues tal como señala Amartya Sen (Sen 2004)<sup>v</sup>, se requiere que un país sea rico para ser muy inequitativo, para tener mucha riqueza y mucha pobreza juntas, puesto que los países más pobres suelen ser más equitativos.

## Evidenciar la relación entre condición de salud y posición social

El análisis de equidad/inequidad en salud se centra entonces en evidenciar que una condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social o la exclusión del mismo. Por sus características, el análisis de inequidades se realiza en función de variables que expresan el orden social y que permitan hacer (a posteriori) un juicio de valor sobre el carácter injusto de las diferencias y el origen de las mismas. (Martínez 2007) (Braveman y otros 2003)<sup>vi</sup> (OPS 1998)<sup>vii</sup>.

### Propuesta enfoque Observatorio y premisas (Martínez 2007)

Por lo anterior, la propuesta del grupo investigador consiste en entender las inequidades en salud como las desigualdades sistemáticas en salud que son producto de la estructura desigual injusta de la sociedad.

“La mejor forma de considerar la equidad en el campo de la salud no es como un objetivo social en sí mismo y aislado sino como algo inherente a la búsqueda más amplia de justicia social” (Evans y otros 2002)<sup>viii</sup>

### **Premisa 1**

*Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud.*

Es posible relacionar las desigualdades sociales con las desigualdades en salud

La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. (Wagstaff, 2002)<sup>ix</sup>

### **Premisa 2**

*La Inequidad en salud es fundamentalmente el reflejo y la consecuencia de la Inequidad social*

“En otras palabras, los más ricos, educados, poderosos y sanos de la sociedad tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud en comparación con los más pobres, y este patrón persiste en el tiempo y en todos los lugares” (Evans y otros 2002)

“Los gradientes sociales de salud están presentes en todos los países del mundo y no sólo en las sociedades “ricas”. (Diderichsen y otros 2002)<sup>x</sup>

“La ubicuidad, tanto en el tiempo como en el espacio, del patrón observado de vinculación sistemática de una peor salud y una esperanza de vida más corta se asocia con posiciones sucesivamente más bajas en cualquier sistema de estratificación social”.

### **Premisa 3**

Interesa por tanto en el análisis de equidad la búsqueda de desigualdades en salud asociadas a ventajas o desventajas sociales o atribuibles a diferencias en la condición o posición social.

Concordamos con Paula Braveman (Braveman y otros 2003) en que la equidad en salud puede ser definida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales claves) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales.

Estas relaciones expresan el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones (OPS 1998).

### **Premisa 4**

La valoración ética debe quedar en el campo de la justicia o injusticia de las relaciones sociales o inequidad social (determinantes)

Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas. (OPS 1998).

Si bien llamamos injusticias a los resultados “dolorosos” de la injusticia social, no se corrigen las injusticias luchando contra ellas sino contra la estructura social que las genera. En este sentido, por ejemplo, no se trata de “luchar contra la pobreza”, sino contra la estructura social que la determina.

La inequidad no está en la desnutrición sino en la sociedad que establece una posibilidad desigual o unas barreras (injustas) para el acceso a los alimentos.

### **Áreas de medición**

Igualmente, con base en el desarrollo previo sobre el concepto de equidad en salud, el Observatorio 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 y otros 2004)<sup>xi</sup>

Las tres primeras deben buscarse en los datos sociales, como determinantes sociales de la enfermedad o discapacidad, como condiciones del entorno de los individuos en diferentes posiciones sociales. En estos datos relacionados con los determinantes sociales pueden ser ricas las encuestas sociales como la ENCV 2007 para Bogotá. La cuarta área de medición 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. La quinta puede encontrar información parcial en las encuestas sociales, pero requiere fuentes secundarias y análisis más complejos. (ver gráfico)

## Objeto de medición

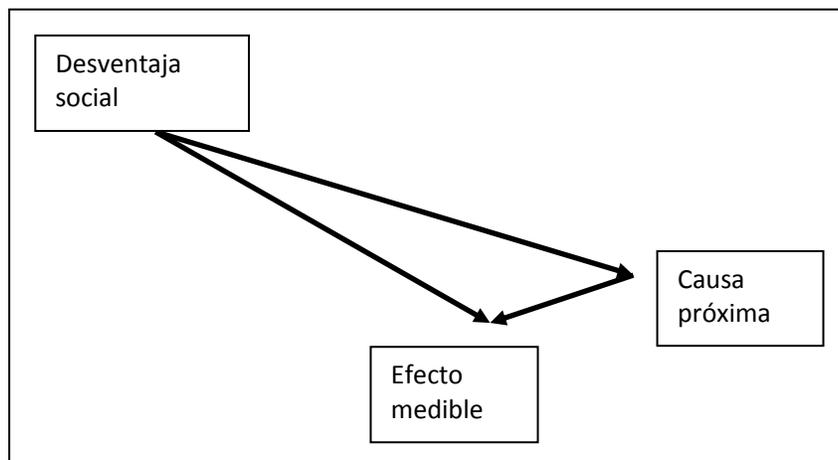
7



Finalmente, se señalaba 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 propone trabajar la relación de la desventaja social con las díadas causa – efecto, reconocidas y aceptadas por la literatura científica. (OMS 2003)<sup>xii</sup>

Gráfico Análisis de relaciones de la desventaja social con díadas conocidas (causa próxima – efecto en salud), que permite y facilita el calificar una desigualdad en salud como inequidad.



*“Si la sociedad pudiera representarse como un edificio de seis pisos, deberíamos establecer en los análisis de equidad cómo se comportan las condiciones de saneamiento y la enfermedad diarreica en cada piso, la educación de las madres y la mortalidad infantil en cada piso, la disponibilidad y calidad de alimentos y el desarrollo físico e intelectual de los niños en cada piso, o la posición ocupacional y los riesgos ocupacionales en cada piso, o el tipo de transporte utilizado y las lesiones por accidentes en cada piso.*

*También debería establecerse en los estudios de equidad el tipo de vinculación laboral y la cobertura de seguros en cada piso; igualmente el tipo de aseguramiento y las barreras de acceso a distintos servicios en cada piso, o la cobertura de riesgos profesionales y el acceso a protección financiera en la enfermedad o discapacidad en cada piso” (Martínez 2007).*

Por otra parte, se señalaba en el marco teórico, que es prácticamente imposible abordar el tema de igualdad en el derecho a la salud, en los términos de la inasible definición de la Organización Mundial de la Salud, de la salud como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, como resulta por otra parte estrecho el concepto de ausencia de enfermedad para este propósito, es decir hablar de salud en términos negativos.

Se proponía entonces acudir a la siguiente definición.

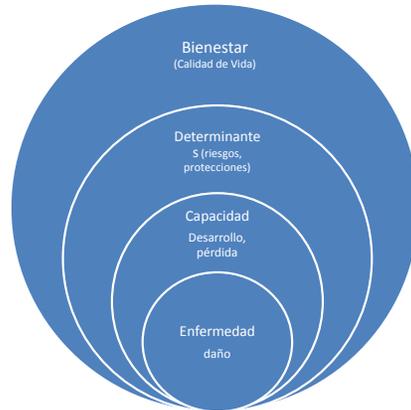
### Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades

Una definición normativa de salud en la línea del pensamiento de Canguilhem (Canguilhem 1976)<sup>xiii</sup> permite entender la salud como **el desarrollo de las capacidades y las potencialidades** del cuerpo humano, (la capacidad respiratoria, la capacidad cardiovascular, la capacidad neuromuscular, la capacidad inmunológica, la capacidad visual, la capacidad digestiva, la capacidad afectiva, la capacidad intelectual, la capacidad sexual, etc.) desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. Así mismo **la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto**, gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico. (Martínez 1998)<sup>xiv</sup>

El ámbito de medición del fenómeno salud enfermedad desde la mirada de los determinantes sociales es un ámbito mucho más amplio que el de la enfermedad entendida médicamente, como diagnóstico de daño o disfunción orgánica y también más amplio que el de la conceptualización de

la salud como máximo desarrollo de capacidades y potencialidades del cuerpo humano, pero más estrecho que el de completo bienestar físico, psicológico y social, que utiliza la Organización Mundial de la Salud, por cuanto este último coincide con el de calidad de vida.

## Ambito de la mirada sobre el fenómeno salud enfermedad



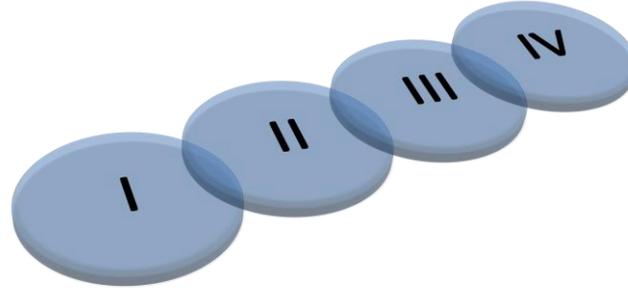
9

Este ámbito intermedio de determinantes sociales, donde se incluyen 1) las posibilidades diferenciales de construir salud en el desarrollo de los niños, 2) la exposición a riesgos diferenciales y 3) la respuesta social o protecciones frente a la enfermedad, está condicionado por la posición social a que pertenecen los individuos (ventajas/desventajas sociales).

El análisis de inequidad se centra fundamentalmente en aquellas variables que permiten medir la exclusión social en un país. En Colombia, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional y el estrato, nivel o condición del hogar son las más utilizadas. Sin embargo las investigaciones del Observatorio avanzan en otras propuestas para caracterizar la posición social.

De cualquier manera, se plantea en el marco teórico que los determinantes sociales de salud / enfermedad / discapacidad (riesgos y protecciones fundamentalmente) tienen un comportamiento diferencial según la posición social. Adicionalmente que las cuatro ámbitos de observación del fenómeno salud enfermedad muestran variación significativa según la posición social.

## Posición social



La ENCV 2007, como se señalaba de las encuestas sociales en general, es muy limitada en el ámbito de la medición del estado de salud o enfermedad de los individuos. Tan sólo se encuentran siete variables que permiten medir parcialmente el fenómeno enfermedad o discapacidad.

Adicionalmente algunas son objetivas, otras subjetivas, algunas indican daño en salud o discapacidad acumulado, otras problemas inmediatos o en el corto plazo.

### Variables de la ENCV 2007

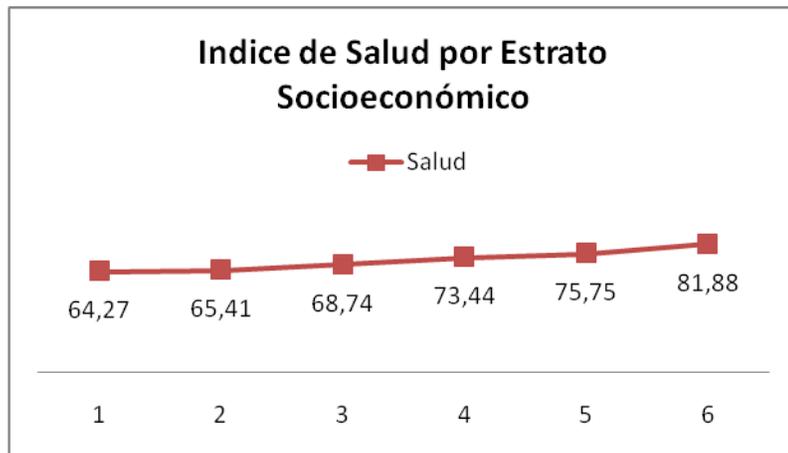
#### Variables de Deterioro o daño/no deterioro daño en salud

##### (salud/enfermedad/discapacidad) para Índice de salud

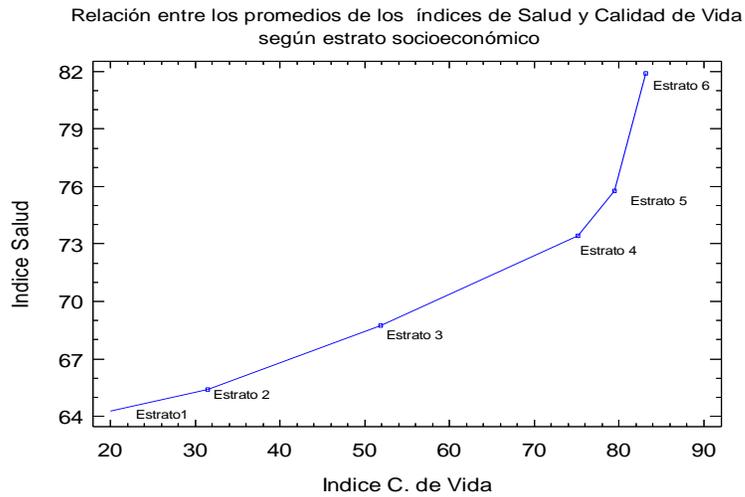
1. El estado de salud de ... en general es:  
Muy bueno. Bueno. Regular. Malo
2. ¿Tiene usted una limitación permanente que afecte su desempeño diario?  
Sí. No
3. ¿Cuál es la que más afecta su desempeño diario?  
Moverse o caminar. Usar sus brazos o manos. Ver, a pesar de usar lentes o gafas? Oír, aún con aparatos especiales? Hablar? Entender o aprender? Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales? Bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo? Otra limitación permanente
4. En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo la SEMANA PASADA?  
Trabajando. Buscando trabajo. Estudiando. Oficios del hogar. Otra actividad . **Incapacitado permanente para trabajar.**
5. ¿... tiene alguna enfermedad crónica? (Enfermedad de larga duración y prolongados tratamientos)  
Sí. No.

6. En los últimos 30 días ¿... tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud ?  
Si. No.
7. Por ese problema de salud, ¿Durante cuántos días en total dejó ... de realizar sus actividades normales?  
Número de días \_\_\_\_\_

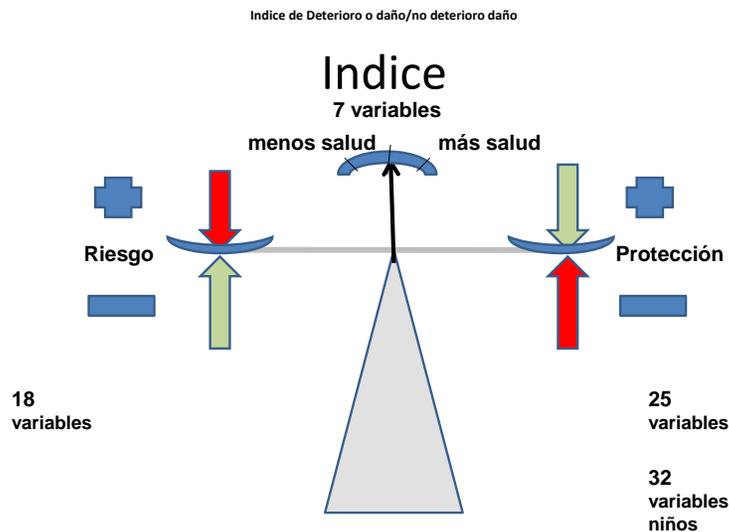
Con base en este limitado número de variables, se construyó en la investigación un Índice de Salud (ver capítulo del método estadístico), para ser contrastado con un Índice de Condiciones de Vida. Si bien estos índices claramente muestran un cambio relacionado con la posición social, como puede observarse en el siguiente gráfico, respecto a la variable clásica “estrato”, 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 este cambio no alcanza la magnitud esperada.



En la siguiente gráfica se aprecia la relación de este Índice de salud con el Índice Compuesto de Calidad de Vida construido igualmente en la investigación, a partir de la ECV 2007 para Bogotá y que integra muchas dimensiones, como educación, trabajo, vivienda, etc., pero no la salud, precisamente para ser contrastada con este.



Por otra parte, la evaluación del fenómeno salud / enfermedad, desde el punto de vista de los determinantes sociales, nos permite encontrar en la ECV de 2007 para Bogotá, un importante número de variables para su medición por grupos sociales, especialmente teniendo en cuenta los riesgos y las protecciones (respuesta social) diferenciales por posición social. El esquema siguiente representa el modelo de análisis, una balanza, que a un lado señala el peso de un mayor o menor riesgo, 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 anteriores.



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

## VARIABLES DE RIESGO DE LA ENCV 2007

### Índice de Riesgo/no riesgo

1. **¿Por falta de dinero ... no consumió NINGUNA de las tres comidas básicas o principales (desayuno, almuerzo, comida) uno o más días de la semana pasada?**  
Si. No. ¿Cuántos días dejó de consumir las tres comidas? \_\_\_\_\_
2. **Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda:**  
Energía eléctrica. Gas natural conectado a red pública. Acueducto. Alcantarillado. Recolección de basuras. Ninguno de estos servicios .
3. **Por cuáles de los siguientes eventos ha sido afectada la vivienda en los últimos dos años:** Inundaciones. Avalanchas, derrumbes o deslizamientos. Desbordamiento, crecientes, arroyos . Hundimiento del terreno. Ninguno de los anteriores. No sabe
4. **La vivienda se encuentra ubicada cerca de:**  
Fábricas o industrias. Basureros. Plazas de mercado o mataderos. Aeropuertos. Terminales de buses. Canales de aguas negras. Plantas de tratamiento de aguas residuales. Líneas de transporte de hidrocarburos (gasoductos, poliductos). Líneas de energía de alta tensión o centrales eléctricas. Antenas de comunicación o de radio transmisión (radio, beeper, celular, radioaficionados, etc.). Ninguno de los anteriores.
5. **¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta el hogar?**  
Inodoro conectado al alcantarillado . Inodoro conectado a pozo séptico. Inodoro sin conexión . Letrina. Bajamar. No tiene servicio sanitario
6. **El servicio sanitario del hogar es:**  
De uso exclusivo de las personas del hogar. Compartido con personas de otros hogares
7. **¿Pagan en este hogar por servicio de alcantarillado?**  
Sí. Sí, con el arriendo. No pagan. No tienen el servicio .
8. **¿Qué accidentes tuvo... en los últimos 12 meses y dónde ocurrieron?**

ACCIDENTES	Marque X	¿En qué lugar ocurrió el accidente?				
		1. En el hogar	2. En el jardín, guardería o sitio donde permanece fuera del hogar	3. En la calle, no causado por vehículo automotor	4. En sitios públicos como parques, estadios, piscinas, etc.	5. En otro sitio, ¿Cuál? _____
1. Golpe con objeto contundente?	1. <input type="checkbox"/>					
1. Cortada o machucón?	1. <input type="checkbox"/>					
1. Caída practicando actividad deportiva o jugando?	1. <input type="checkbox"/>					
1. Caída desde una altura	1. <input type="checkbox"/>					

1. Con un arma de fuego	1. <input type="checkbox"/>					
1. Con arma blanca	1. <input type="checkbox"/>					
1. Quemaduras	1. <input type="checkbox"/>					
1. Intoxicación con alguna sustancia tóxica o medicamento	1. <input type="checkbox"/>					
1. Intoxicación con alimentos	1. <input type="checkbox"/>					
1. Mordedura y otros accidentes ocasionados por animales	1. <input type="checkbox"/>					
1. Accidente de tránsito o causado por vehículo	1. <input type="checkbox"/>					
1. Otro, ¿Cuál? _____	1. <input type="checkbox"/>					
2. Ninguno	2. <input type="checkbox"/>					

**9. Fundamentalmente ¿dónde realiza ... su trabajo principal?**

En local de la empresa o del patrono contratante. En local propio o arrendado. En la vivienda que habita. En vivienda distinta a la que habita. En la calle, ambulante. En la calle, estacionario. En kiosko o caseta. Puerta a puerta. En un vehículo motorizado (taxi, carro, bus, moto, lancha, barco). En zorra, carreta o zorrillo. En una mina o cantera. En una obra en construcción. En campo o área rural, mar o río .

**10. El medio de transporte que ... utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:**

Bus intermunicipal. Bus urbano. A pie. Metro, Transmilenio, Mio. Taxi. Transporte de la empresa. Automóvil de uso particular. Lancha, planchón, canoa. Caballo. Moto o bicicleta. Otro. No utiliza medio de transporte.

**11. ¿Cuánto tiempo se demora ... en su viaje de ida al trabajo? (Incluya tiempo de espera del medio de transporte)**

Minutos \_\_\_\_\_

**12. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente \_\_\_\_\_ en ese trabajo?**

Horas \_\_\_\_\_

**13. ¿Cómo se siente en el barrio, pueblo o vereda donde vive?**

Seguro. Inseguro .

**14. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿de cuáles de los siguientes hechos ha sido víctima usted o algún miembro del hogar?**

Atracos o robos. Homicidios o asesinatos. Lesiones personales o violaciones. Secuestros o desapariciones. Extorsión o chantaje. Desalojo. Otro, ¿cuál?. Ninguno.

**15. Actualmente las condiciones de vida en su hogar son:**

Muy buenas. Buenas. Regulares. Malas.

**16. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES ¿cuáles de los siguientes problemas se han presentado en su hogar:**

Enfermedad grave. Muerte de alguno de los miembros. Abandono del hogar por parte de un menor de 18 años. Tuvieron que abandonar su ciudad, barrio, municipio o vereda de residencia habitual. Separación de los cónyuges. Ninguno de los anteriores.

**17. Los ingresos de su hogar:**

No alcanzan para cubrir los gastos mínimos. Sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos. Cubren más que los gastos mínimos .

**18. ¿Usted se considera pobre?**

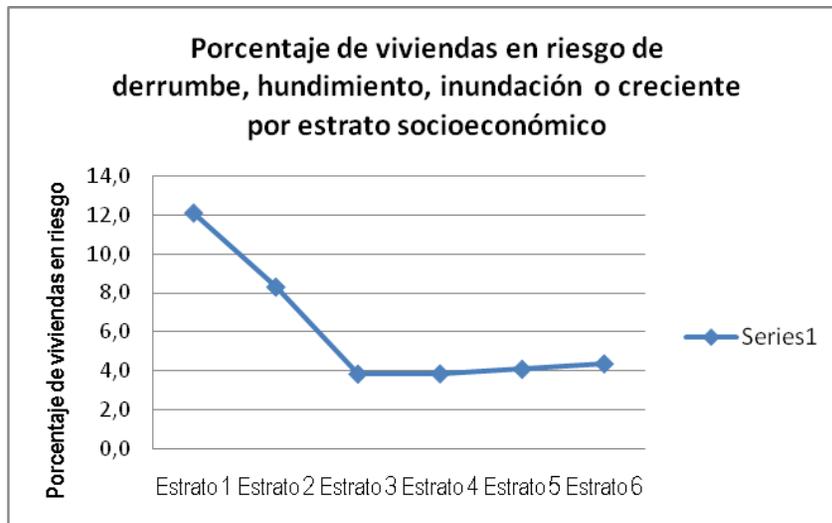
Sí. No.

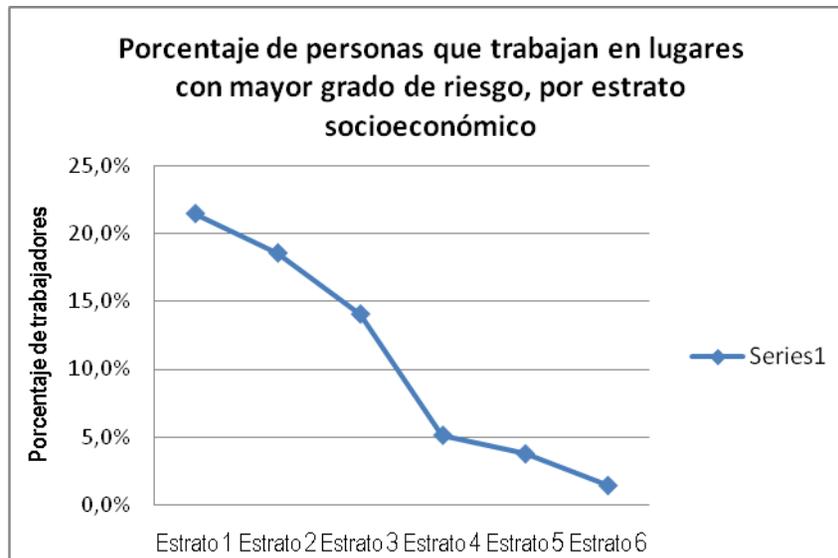
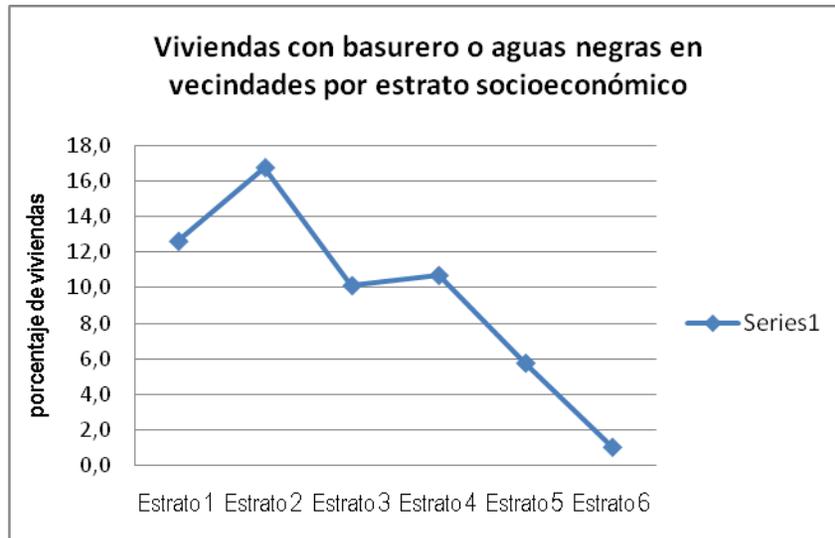
**19. ¿ En los últimos 12 meses a este hogar le ha ocurrido lo siguiente?**

	Frecuen- temente	De vez en cuando	Nunca
	1	2	3
a) Que se termine la comida y no tengan dinero para comprar más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) No tener dinero para consumir carne, pollo o pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De conformidad con el marco teórico, las variables de riesgo deberían mostrar cambios en su comportamiento de acuerdo con la posición social, por lo cual se exploró preliminarmente el comportamiento de algunas de ellas por la variable clásica “estrato”, como se puede observar en las gráficas siguientes:

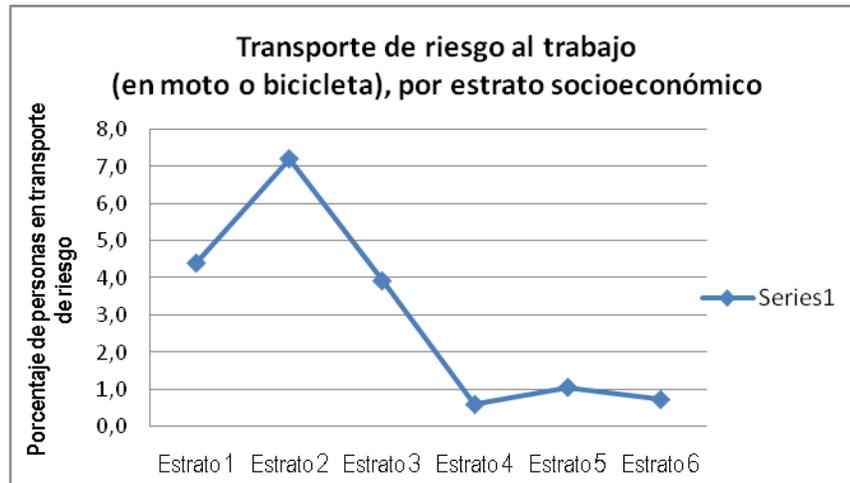
Las primeras relacionadas con riesgos en la vivienda y propios del lugar de trabajo.



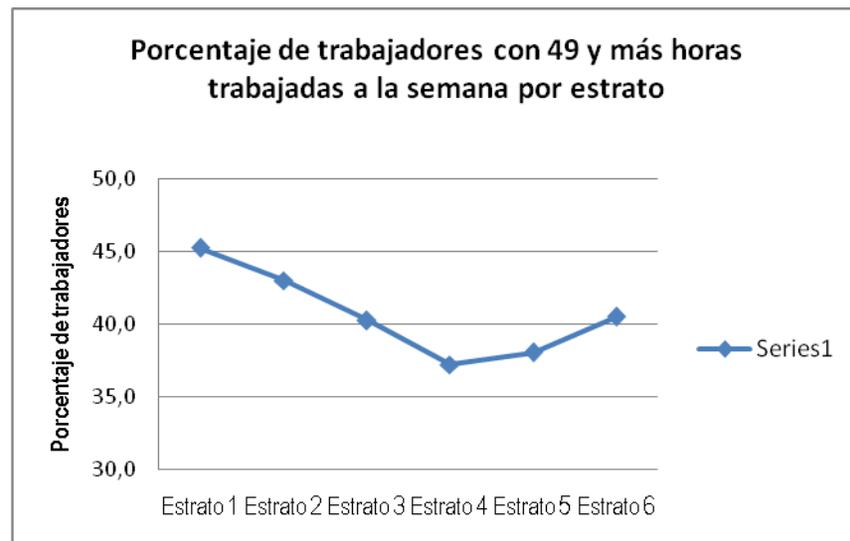


Para esta medición se tomaron como lugares con mayor grado de riesgo todos los ubicados o desarrollados en la vía pública, además de las minas y la construcción, con índices de riesgo ocupacional conocidamente elevados.

Igualmente se tomaron dos tipos de transporte con conocidas estadísticas de riesgo, mucho más elevadas que otros tipos de transporte, en relación con lesiones externas y muertes. (Forensis 2007)<sup>xv</sup>

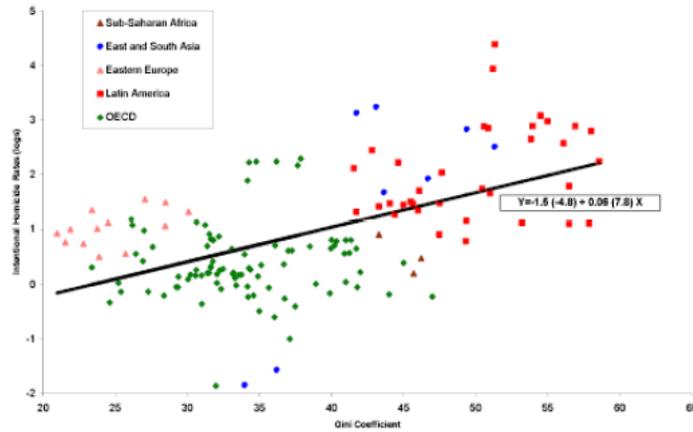


La variable siguiente se relaciona al exceso de horas de trabajo, generador conocido de accidentes laborales y de tránsito.



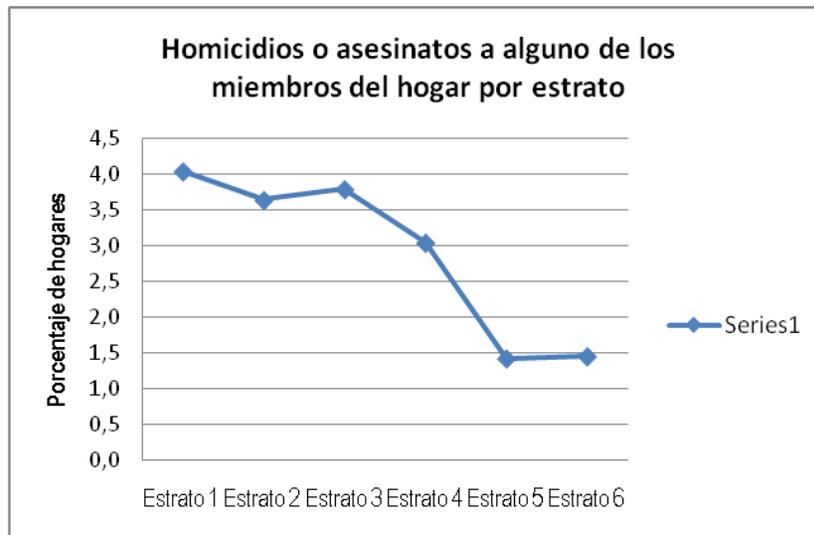
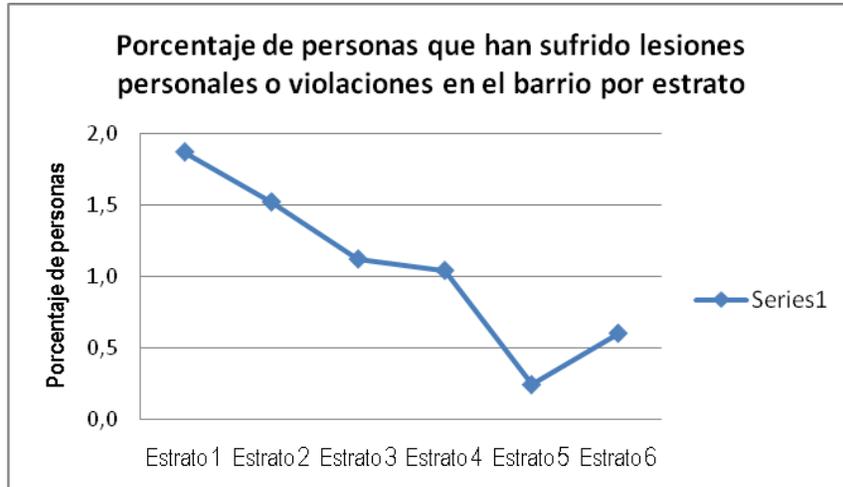
A continuación una serie de variables relacionadas con riesgos asociados a la violencia, pan de cada día en nuestras ciudades. Cabe señalar previamente la asociación entre inequidad y violencia, tal como lo demuestra la siguiente gráfica del Reporte Mundial 2006 sobre Desarrollo y Equidad, del Banco Mundial (The World Bank 2006)<sup>xvi</sup>

Figure 2.19 Intentional homicide rates and income inequality, 1965-1994



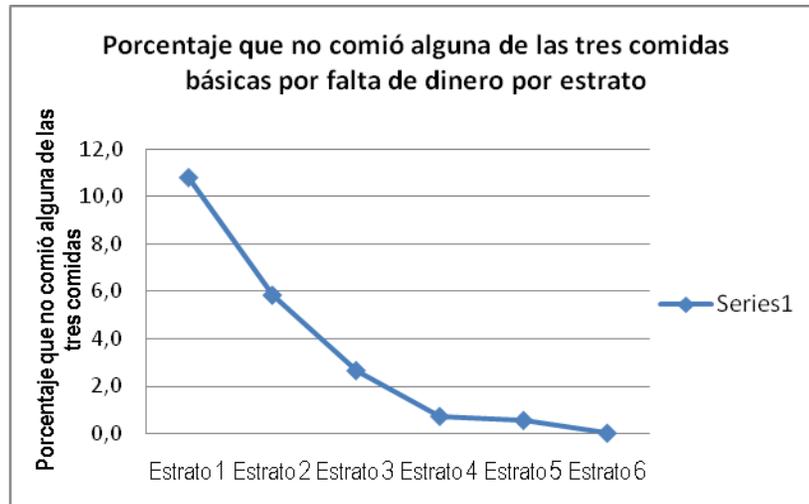
Source: Fajnzylber, Lederman, and Loayza (2000).  
Note: Points are five-year averages.



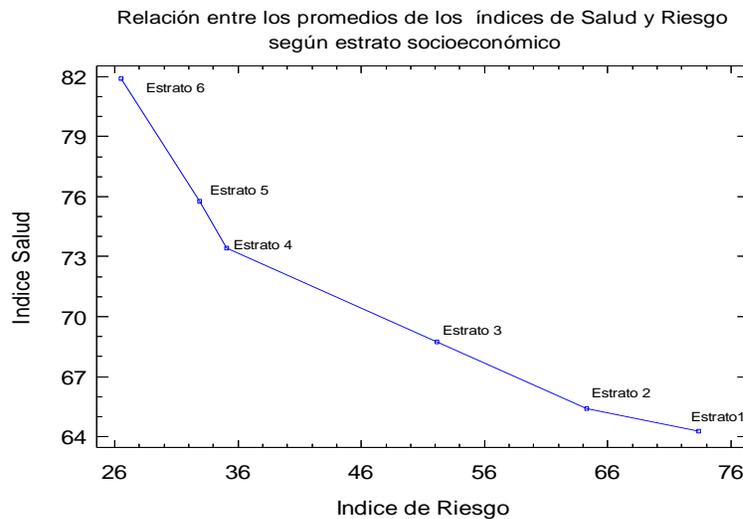


Finalmente un grupo de variables de la ENCV 2007 para Bogotá, relacionadas con los ingresos y la posibilidad de comprar alimentos.





El Índice compuesto 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.



## Variables de Protección o respuesta social

## Índice de protección/desprotección

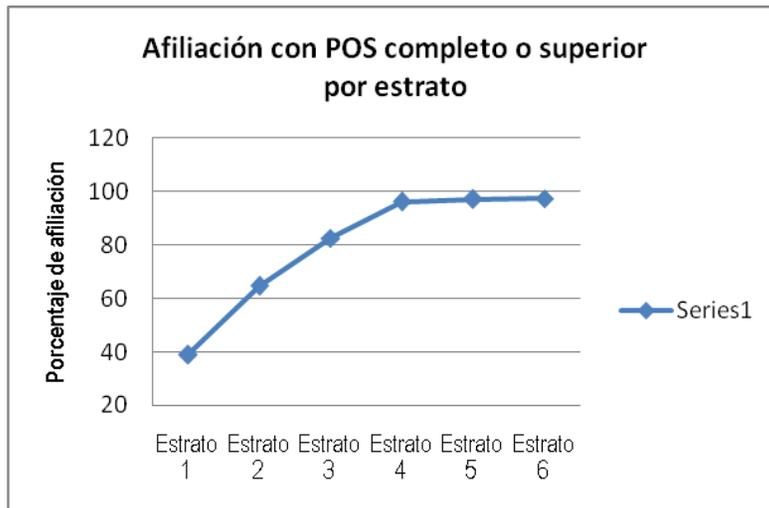
1. **¿... está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud?**  
(Instituto de Seguros Sociales –ISS-, Empresa Promotora de Salud –EPS- o Administradora de Regimen Subsidiado -ARS-)  
Sí. No.No Sabe
2. **¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado:** (Si tiene carné y lo muestra, transcriba el régimen; si no lo muestra o no tiene, pregunte)  
Contributivo? (EPS). Especial? (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Universidades Públicas, Magisterio) . Subsidiado? (ARS) . No sabe, no informa .
3. **¿Cuál es la principal razón para que... no esté cubierto por una entidad de seguridad social en salud ?**  
Falta de dinero. Muchos tramites. No le interesa o descuido. No sabe que debe afiliarse . No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad . Está en espera del carné de la ARS o de la EPS. No hay una entidad cercana. Otra razón, ¿cuál? \_\_\_\_\_ .
4. **¿Cuáles de los siguientes planes o seguros de salud tiene ... ?**  
Póliza de hospitalización o cirugía. Contrato de medicina prepagada . Contrato de plan complementario de salud con una EPS . Otro (seguro estudiantil, ambulancia, etc.). Ninguno.
5. **¿Tiene carné? (Solicitar el carné)**  
Si y lo mostró. Sí, pero no lo mostró. No tiene.
6. **¿La empresa donde trabaja lo tiene afiliado a una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), o usted como independiente está afiliado?**  
Sí. No. No sabe.
7. **¿Para controlar esta enfermedad cada cuanto recibe asistencia o va a la institución de salud?**  
Varias veces al mes . Una vez al mes. Cada 2 o 3 meses. Cada 4, 5 o 6 meses . Entre 7 y 11 meses. Cada año. Esporádicamente. Nunca .

### Crónicos adultos mayores y discapacitados

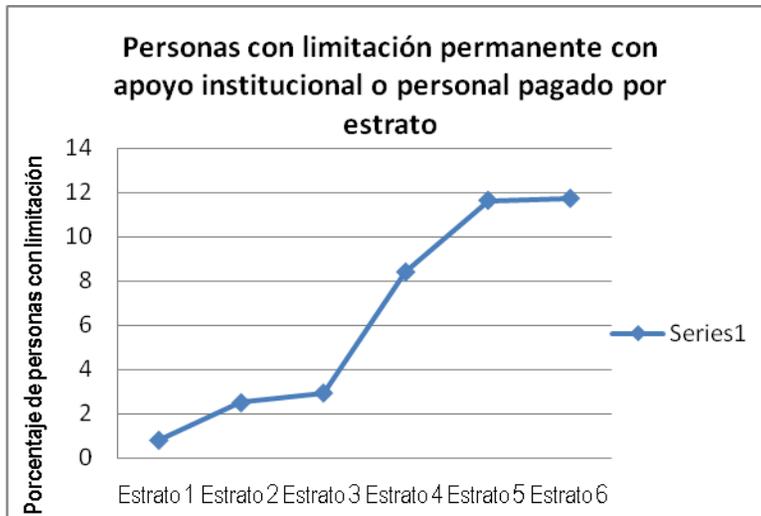
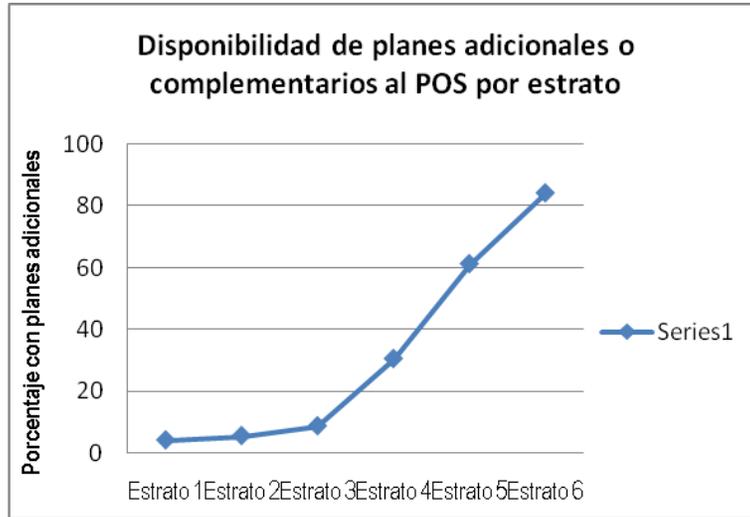
8. **Quién se ocupa principalmente del cuidado de ... ?**  
Una persona de este hogar (remunerada o nó) . Una persona de otro hogar, no remunerada. Una persona remunerada, de otro hogar. Una institución contratada para ello. No requiere atención permanente . No tiene quien lo cuide.
9. **Sin estar enfermo y por prevención, cuáles de los siguientes profesionales de la salud consulta .... por lo menos una vez al año?**  
Al médico (general, especialista, oftalmólogo, etc.). Al odontólogo.A la enfermera. Al Nutricionista. Al Optómetra. A ninguno.
10. **Para tratar ese problema de salud, ¿Qué hizo principalmente ...?**  
Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS ó ARS. médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera). Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina Prepagada o Plan complementario de salud (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera). Utilizó servicios médicos particulares (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera). Acudió a una ESE – Empresa Social del Estado – (Hospital o Centro de salud). Acudió a un boticario, farmaceuta o droguista . Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona. Asistió a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.). Usó remedios caseros. Se autorrecetó. Nada.
11. **¿Cuál fue la principal razón por la cual no utilizó los servicios de una EPS o ARS?**  
No está afiliado a una EPS o ARS. El centro de atención queda lejos . Falta de dinero para desplazarse. Falta de dinero para el pago de la cuota moderadora. Mal servicio . Cita distanciada en el tiempo. No lo atendieron. Muchos trámites para la cita. Prefiere asistir a medicina prepagada o a médico particular.
12. **¿Cuáles de los siguientes servicios de salud utilizó ... durante los últimos 30 días?**  
Medicina general o especializada. Odontología . Laboratorio clínico, Rx u otros exámenes. Cirugía ambulatoria. Rehabilitación o terapias. Ninguno.

13. **¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontólogo?**  
No. de días \_\_\_\_\_
14. **¿ ... fue remitido al especialista?**  
Sí. No.
15. **¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el especialista? (Si no pidió la cita escriba código 998)**  
No. de días \_\_\_\_\_
16. **Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a ... por cuenta de la institución a la cual está afiliado?**  
Sí, todos . Sí, algunos. No.
17. **Por que razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?**  
No están incluidos en el POS . No había los medicamentos recetados. No había la cantidad requerida. Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica. No hizo las gestiones para reclamarlos. Otra ¿cuál?  
\_\_\_\_\_
18. **En general, como considera la calidad de el (los) servicio(s) médicos utilizados durante los últimos treinta días?**  
Buena. Regular. Mala.
19. **¿Cuál fue la razón principal por la que ... no solicitó o no recibió atención médica?**  
El caso era leve. No tuvo tiempo. El centro de atención queda lejos . Falta de dinero. Mal servicio o cita distanciada en el tiempo. No lo atendieron. No confía en los médicos . Consultó antes y no le resolvieron el problema . Muchos trámites para la cita .
20. **¿A .... Le han aplicado la encuesta del SISBEN, después del 1 de Febrero del 2003?**  
Sí. No.
21. **¿Tiene carné o certificado del Sisbén? (Solicitar el carné o certificado)**  
Sí y lo mostró. Sí, pero no lo mostró. No tiene.
22. **Su nivel obtenido a través de la encuesta SISBEN, ¿le ha permitido:**  
Afiliación al régimen subsidiado? Acceder a programas o subsidios de educación: cupos en colegios o jardines, no pago de matrículas, subsidio educativo, transporte escolar gratuito o subsidiado, morrales, útiles escolares, etc.? Acceder a otros programas sociales: programas para adultos mayores, programas de madres gestantes, programas de alimentación y nutrición, etc.? Ninguno.
23. **¿ \_\_\_\_\_ Sabe leer y escribir?**  
Sí. No.
24. **Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por \_\_\_\_\_ y el último grado aprobado en ese nivel?**  
Ninguno. Preescolar. Básica Primaria (1 a 5). Básica secundaria y media (6 a 13). Técnico. Tecnológico. Universitaria sin título. Universitaria con título. Postgrado sin título. Postgrado con título. Nivel \_\_\_\_\_ Último grado aprobado \_\_\_\_\_
25. **¿Conoce usted la existencia de los Comedores Comunitarios?**  
Sí. No.
26. **Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES ¿alguna persona de 18 años y más del hogar, ha acudido a un Comedor Comunitario o ha recibido una canasta de alimentos o un bono para comprarlos?**  
Sí. No.

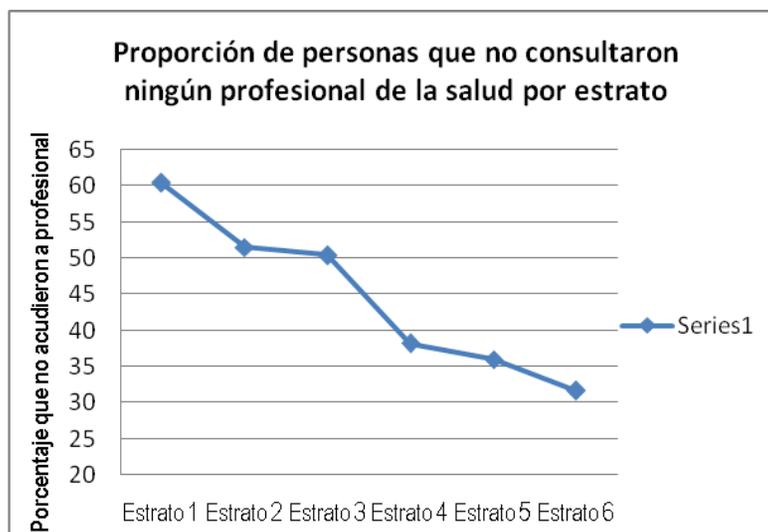
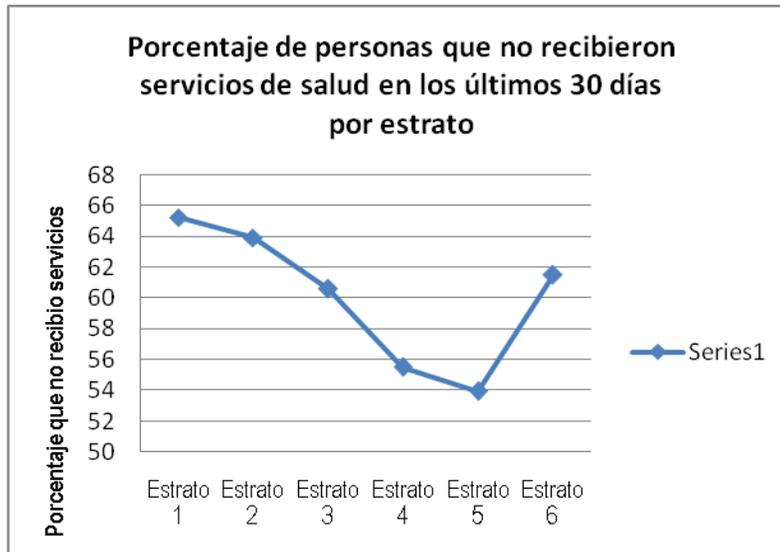
Igualmente, de conformidad con el marco teórico, las variables de protección o respuesta social deberían mostrar cambios en su comportamiento de acuerdo con la posición social, por lo cual se exploró preliminarmente el comportamiento de algunas por la variable clásica “estrato”, como se puede observar en las gráficas siguientes:



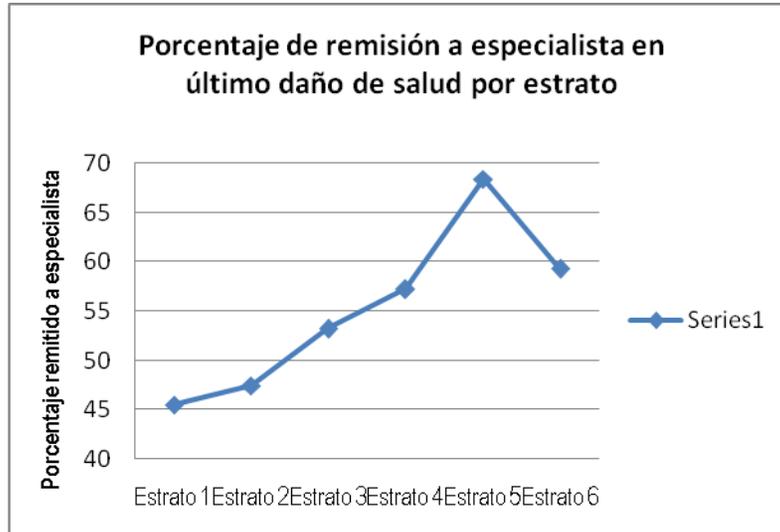
En esta medición se agrupa régimen contributivo y regímenes especiales o de excepción.



Incluye esta medición los dos apoyos pagados y no incluye los de hogar o vecinos no pagados

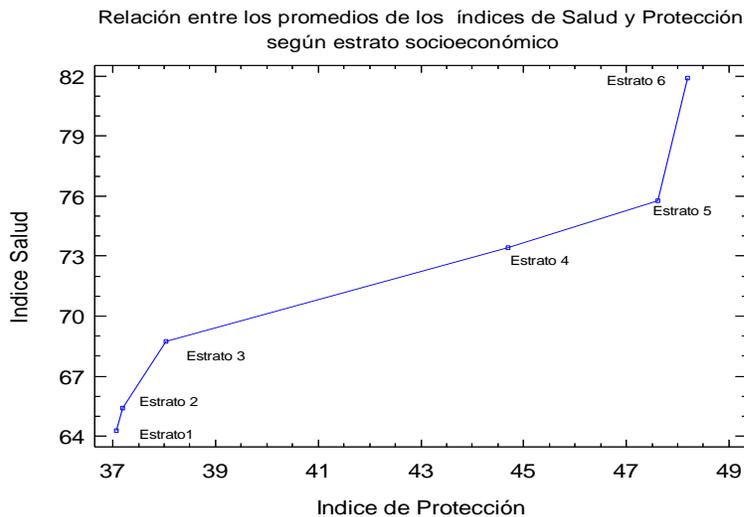


Incluye las personas que no consultaron ningún profesional de la salud en el último año.



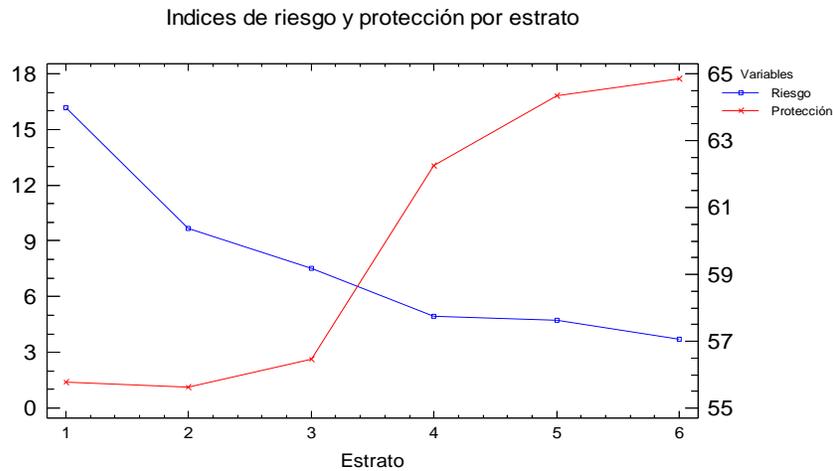
El estrato 6 parece afectar el gradiente “a mayor estrato mayor acceso”, pero ello puede obedecer a dos fenómenos por aclarar, la baja representación en la muestra que induce un mayor margen de error y posibles comportamientos diferenciales, como es este último caso el acceso directo a especialista sin necesidad de solicitar remisión que se da en los planes adicionales o complementarios.

Por último se relacionan los índices de salud y protección por estrato socioeconómico, 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, menores protecciones y peor condición de salud.



## Conclusiones a partir de la construcción de los índices y observación de su comportamiento por posición social

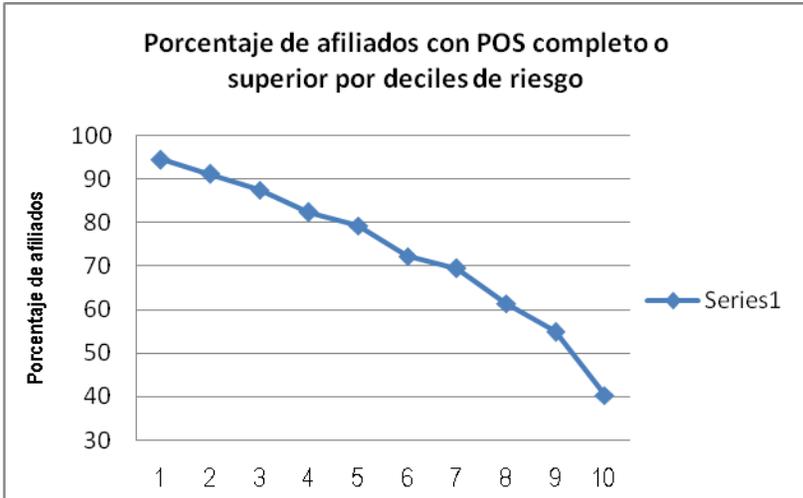
Como puede observarse en la gráfica siguiente, que es una franca ratificación de la hipótesis construída en el marco teórico, tanto el índice de riesgo como el de protección se comportan diferencialmente por posición social e inversamente.

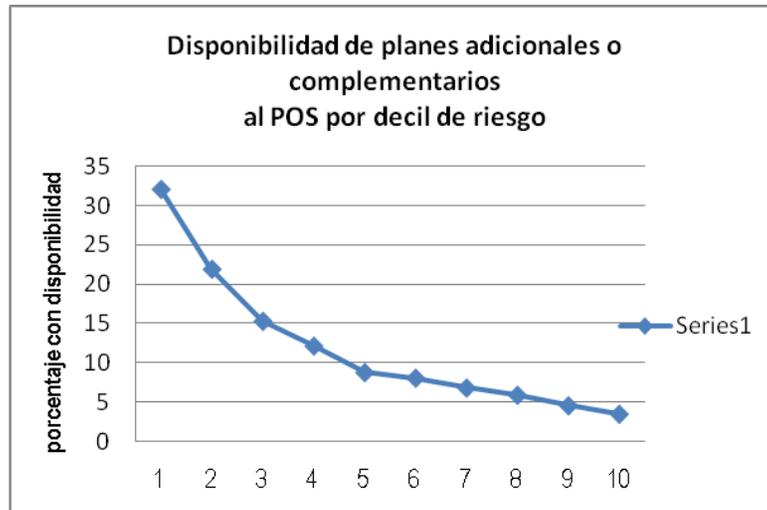


Adicionalmente puede observarse en la gráfica que el índice del riesgo no varía uniformemente por estrato, ya que la pendiente de se incrementa progresivamente, primero moderadamente entre el estrato seis y el cinco, después se incrementa la pendiente o la diferencia de valores entre el estrato cuatro y el dos, y la pendiente aumenta mucho más para el estrato 1, lo que señalaría que a menor estrato el riesgo aumenta en una tendencia exponencial.

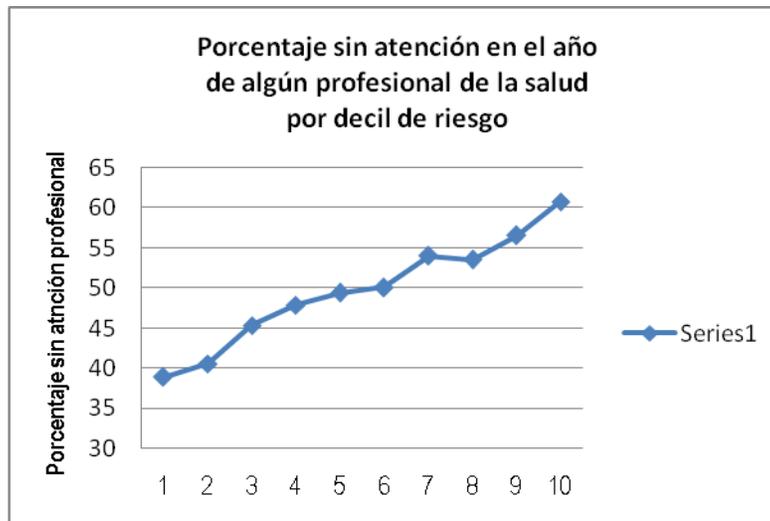
El índice de protección o respuesta social igualmente no varía uniformemente por estrato y muestra la mayor pendiente entre los estratos tres y cuatro y menores pendientes a los dos extremos, entre el estrato 1 y 3 y un poco mayor entre el estrato 4 y 6, lo que señalaría una gran brecha de protección o garantía de respuesta social entre los tres estratos más bajos y los tres estratos más altos.

Una vez construidos y validados los índices, se clasifica la población por deciles y se prueban contra variables unitarias pertenecientes a otro índice, por ejemplo el comportamiento de la afiliación según decil del índice de riesgo, que confirman que las protecciones son menores en los grupos o deciles de mayor riesgo.



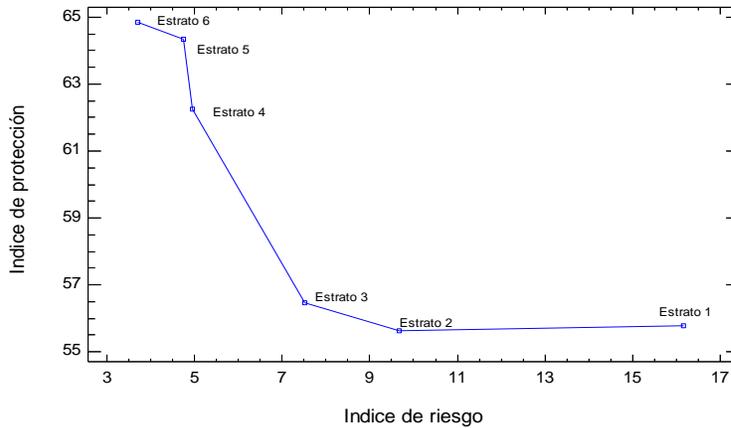


Igualmente puede observarse en las siguientes gráficas que los grupos en los mayores deciles de riesgo tienen menor protección o respuesta social en acceso a servicios.



La siguiente gráfica relaciona ambos índices, el de protección y el de riesgo, confirmando la gran diferencia entre los tres estratos bajos y los tres estratos más altos, lo que señala que los determinantes del proceso salud enfermedad son sensiblemente diferentes para los tres estratos minoritarios (4,5 y 6) que para los tres mayoritarios (1,2 y 3). De igual forma se puede señalar que del estrato tres hacia abajo la probabilidad de una condición de salud – enfermedad - discapacidad peor es mucho más probable como consecuencia de enfrentar mayores riesgos y contar menores protecciones.

Relación entre los índices de protección y riesgo

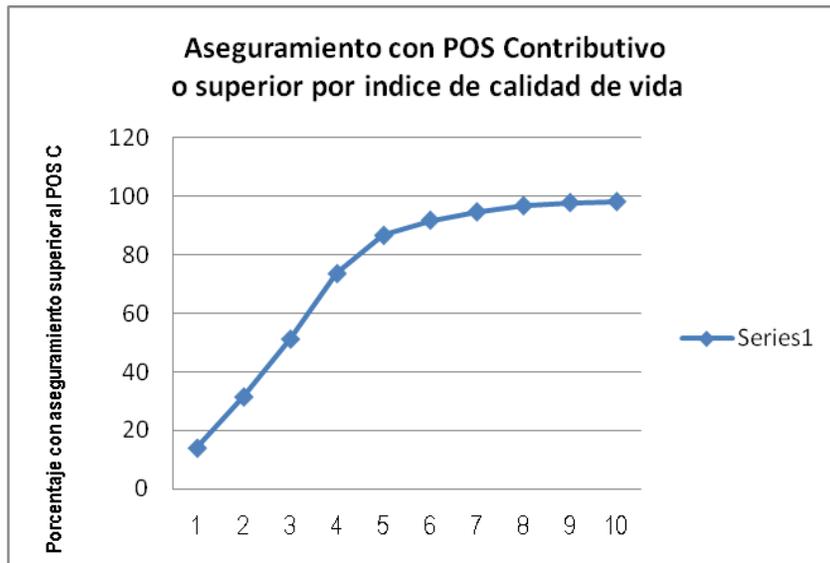


### Índice compuesto de calidad de vida, contrastación con variables de protección o respuesta social

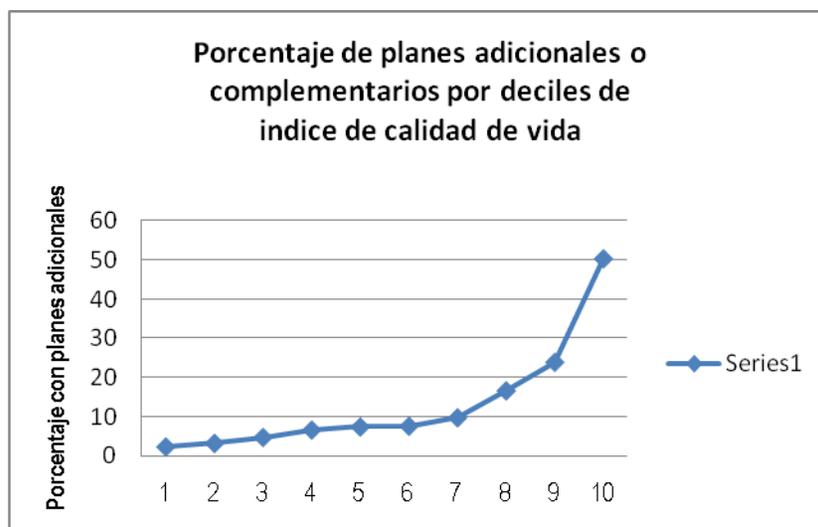
Finalmente se revisa en índice compuesto de calidad de vida contra algunas variables de protección, que aunque están contenidas en el mismo, debido a la cantidad de variables incluídas en este índice puede estudiarse independientemente su relación.



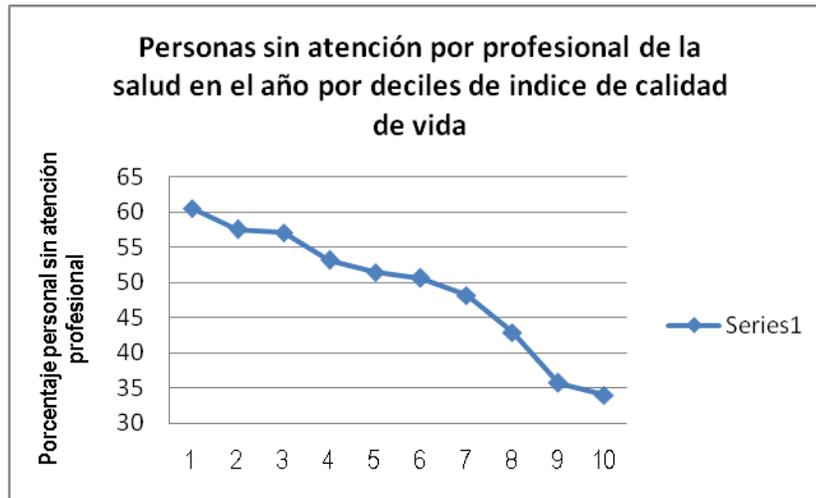
Se observa que el porcentaje de afiliación muestra un gradiente de comportamiento bastante lineal por el índice de calidad de vida, desde el 75 al 98%.



Por otra parte que el acceso a un POS completo o superior aumenta con una gran pendiente entre los deciles con menor calidad de vida, desde un 15% en el primer decil de calidad de vida hasta un 85% en el quinto y que se horizontaliza en los quintiles superiores en cifras entre el 92 y el 99%.



Los planes adicionales o complementarios son casi exclusivos de los deciles más altos, pues cubren al 50% del decil 10 y al 22% del decil 9 y siempre disminuyendo del 10% desde el decil 7, es decir casi no existen en los deciles bajos.



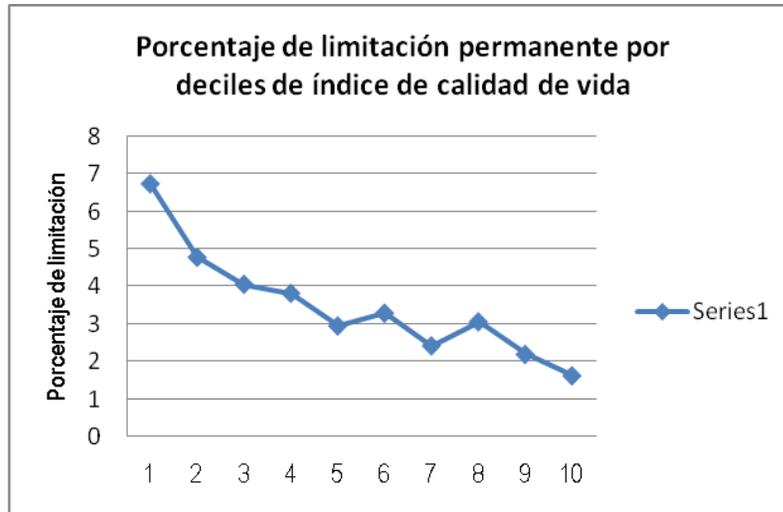
La no atención por profesional de la salud en el año aumenta en un gradiente bastante lineal desde el 33% en el decil 10 hasta el 60 % en el decil 1.



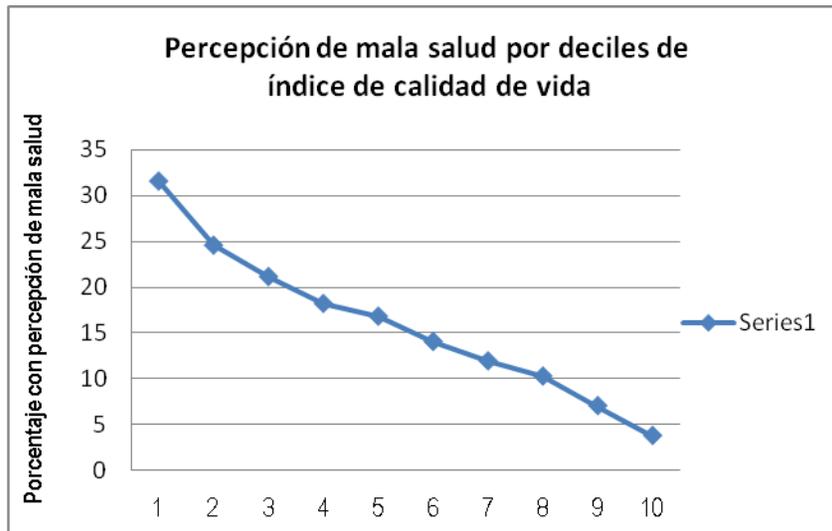
Finalmente, algunas variables como la remisión a especialista muestran comportamientos por deciles de calidad de vida que si bien muestran un gradiente general requieren mayor análisis y explicación.

### Índice de calidad de vida, contrastación con variables de resultado en salud

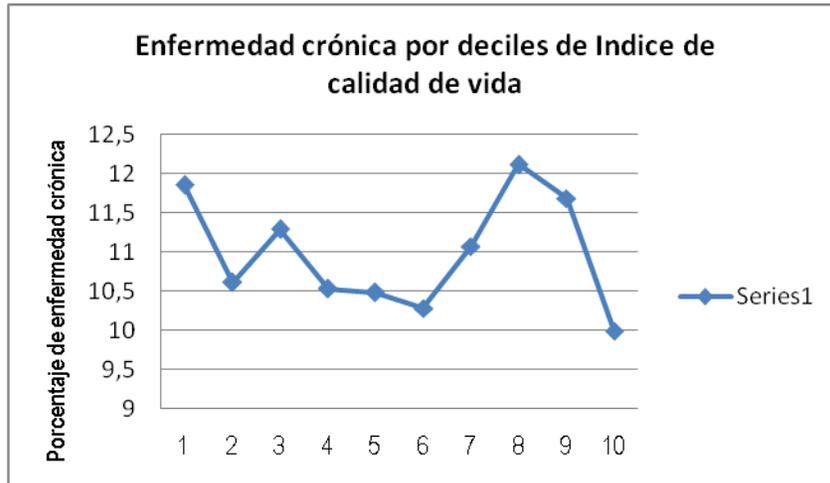
Por último, se contrastan las variables incluidas en el índice de salud con el índice de calidad de vida que las excluyó intencionalmente.



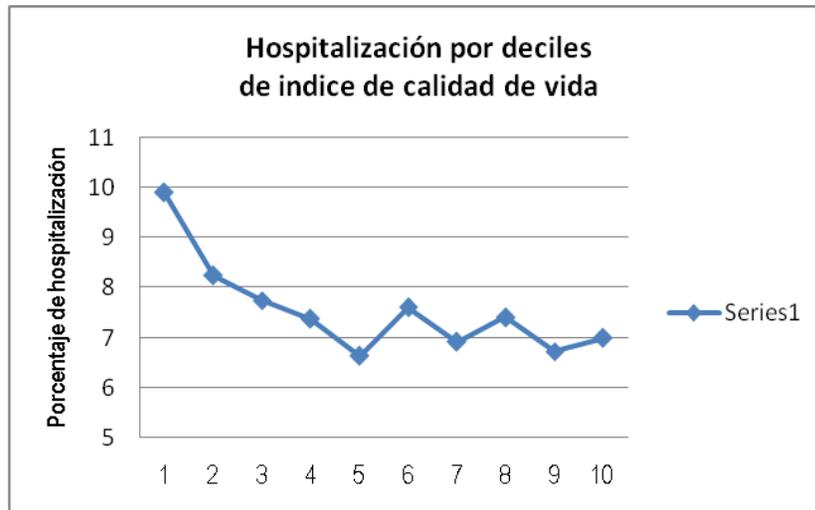
El gradiente resulta evidente en la limitación permanente, con pequeños altibajos en algunos deciles, y un repunte particular de cerca del 40% en el decil inferior de calidad de vida.



Un gradiente más regular muestra la percepción de mala salud, también con un repunte importante en el decil más bajo de calidad de vida.

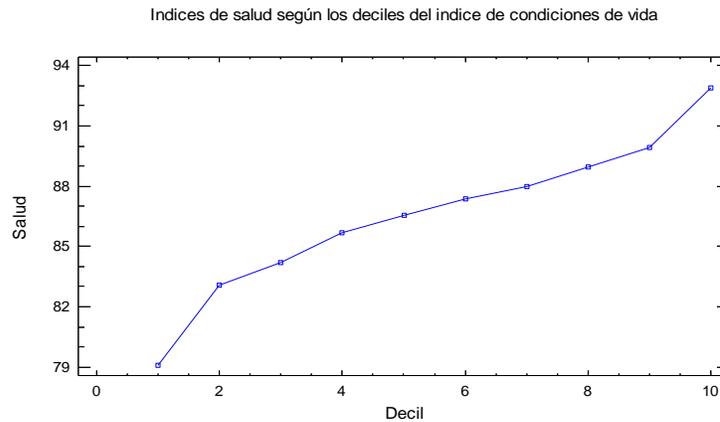


La enfermedad crónica sin embargo no muestra un gradiente por deciles que señale mayor aparición de enfermedad crónica por decil de calidad de vida, lo que obliga a mayores análisis, posiblemente relacionados con la edad, la sub-representación de esta variable en los deciles altos y la menor probabilidad de diagnosticar problemas crónicos leves de la vejez como enfermedades en los estratos más bajos.

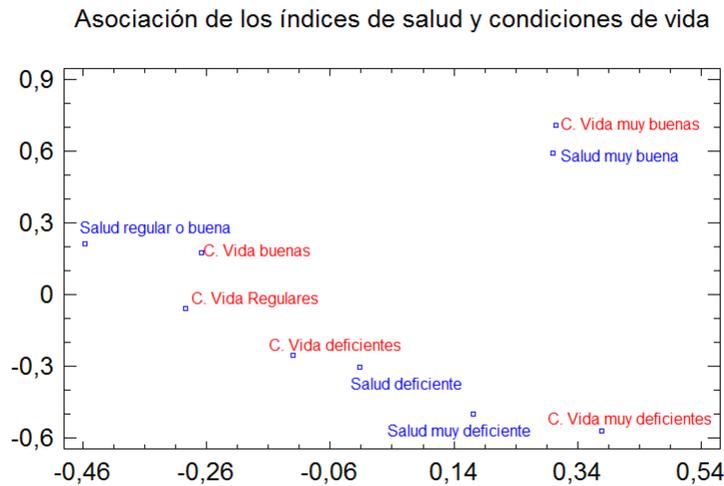


La hospitalización en los últimos doce meses muestra un comportamiento similar entre los deciles cuatro a seis y un incremento sensible del porcentaje en los deciles inferiores, especialmente en el decil 1, donde alcanza el 10% anual. El porcentaje alrededor del 7% de los deciles altos corresponde con la tasa de hospitalización del régimen contributivo, estimada en los estudios sobre el POS adelantados por el Ministerio de la Protección Social.

Por último se relacionan los índices de salud y condiciones de vida por deciles.



Los análisis multivariados o de correspondencia refuerzan las asociaciones descritas entre condiciones de vida buenas y salud buena y entre condiciones de vida deficientes y salud deficiente.



## Conclusiones

La disponibilidad de un conjunto de variables más amplio para la construcción de los índices de riesgo y protección, 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 la ENCV, pues se dispone de variables muy limitadas para medir este último ámbito.

La investigación valida firmemente 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 una peor salud con posiciones sociales sucesivamente más bajas en una sociedad fuertemente desigual y estratificada.

La investigación muestra una relación más fuerte aún entre posición social y riesgos para la salud y entre posición social y protecciones (respuesta social), demostrando que a medida que se descende 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 presentan un menor riesgo y muchas más protecciones.

En otros resultados del trabajo del Observatorio podrán observarse el comportamiento de los índices de salud, riesgo y protección construidos sobre la ENCV del 2007 para el Distrito Capital por otras variables de posición social construidas por el profesor Fresneda para caracterizar las clases sociales, relacionadas con la división del trabajo y la estructura socio-ocupacional.

El análisis, a pesar de su riqueza, permite observar los vacíos de la ENCV del 2007 para un estudio completo de inequidades en salud, en especial por la limitación de las variables de resultados en salud de los individuos y orienta la construcción de una encuesta dirigida específicamente a este

campo, dado que las encuestas sociales registran muy poca información sobre salud y las encuestas de salud muy poca información sobre variables sociales, por lo que siempre resultan limitadas las posibilidades de análisis sobre equidad/inequidad en salud.

---

<sup>i</sup> Martínez Félix. 2007. *Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud. Revisión conceptual*. En Restrepo Dario (E), *Equidad y Salud. Debates para la acción. Colección La seguridad Social en la encrucijada*. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Secretaría Distrital de Salud. Unibiblos. Gente Nueva Editorial. Bogotá.

<sup>ii</sup> CEPAL 2008. “*Panorama Social de América Latina 2008*”

<sup>iii</sup> Cardenas Mauricio. Capítulo 3 “*El Desempeño de la Economía y la Desigualdad*” En “*La Distribución del Ingreso en Colombia*” Fabio Sánchez Torres (Compilador). Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico TM Editores en coedición con el DNP 1998.

<sup>iv</sup> PNUD Informes de Desarrollo Humano 2003 – 2009

<sup>v</sup> Sen, Amartya Kumar (2004). *Nuevo examen de la desigualdad*. Alianza Editorial, S.A.

<sup>vi</sup> Braverman, Paula y Gruskin, Sofía. *Defining equity in Health, Theory and Methods, J Epidemiol Community Health, No 57.2003* Página 25-258.

<sup>vii</sup> OPS 1998. *La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director. Washington. 1998*.

<sup>viii</sup> Evans, Whitehead, Diderishen, Bhuiya y Wirth. *Introducción* En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).

<sup>ix</sup> Wagstaff Adam. 2002. *Poverty and health sector inequalities. Bulletin of the World Health Organization 2002;80:97-105*.

<sup>x</sup> Diderichsen Finn, Evans Timothy y Witehead Margaret. *Bases sociales de las disparidades en salud*. En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).

<sup>xi</sup> David E. Bloom, David Canning and Dean T. Jamison. “*Health, Welth and Welfare*”. Finance and Development, Marzo de 2004.

<sup>xii</sup> OMS. “*The Solid Facts. Social Determinats of Health*”. Segunda Edicion. Ginebra. 2003

<sup>xiii</sup> Canguilhem Georges. (1971) *El Conocimiento de la Vida*. Editorial Anagrama. Barcelona. 1976

<sup>xiv</sup> Martínez Félix “*Aportes a la Discusión sobre el concepto de Salud y Enfermedad*”. Revista Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Volumen 11, No. 1 Junio 1988.

<sup>xv</sup> *Forensis 2007*. Lesiones en accidentes de Tránsito. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

<sup>xvi</sup> The World Bank 2006 . *World Development Report 2006 Equity and Development*.