

OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LA DESIGUALDAD EN SALUD EN BOGOTÁ,
2007-2011

Decsi Arévalo. PHD en Economía.

Resumen

Una de las preocupaciones centrales en las agendas tanto de la académica como de las políticas públicas es la equidad. En el caso de salud la inequidad parte de la existencia de las diferencias socio-económicas y se agrava cuando las respuestas de la sociedad no se dirigen a disminuir las desigualdades evitables e injustas. Sin duda del primer paso en el camino a superar tales desigualdades es identificarlas y medirlas, de modo que a partir de ello se puedan dilucidar los mecanismos de acción. Como una contribución a este propósito, siguiendo la metodología propuesta en el Observatorio en calidad de vida y salud en Bogotá, en el presente artículo se establecen los componentes de estado de salud, protección y riesgo, como características que ilustran las desigualdades y se propone una forma de medición a partir de las encuestas socio-económicas, utilizando el estudio de variables simples. Para el caso de Bogotá, los resultados muestran que si bien ha habido avances en la extensión de los dispositivos de protección poco se ha mejorado la condición de riesgo de la población vulnerable, lo que finalmente se traduce en la persistencia de las condiciones de inequidad.

Palabras claves: seguridad social, equidad en salud, riesgo alimentario

Introducción:

El presente artículo se inscribe en las investigaciones realizadas por el Observatorio en Calidad de Vida y Salud en Bogotá, que desde hace varios años desarrolla estudios tendientes a analizar la situación de salud en esta ciudad.

En la propuesta metodológica desarrollada por el Observatorio se acoge el enfoque de los determinantes sociales en salud promovido por la Organización Mundial de la Salud, en el que se sostiene que los elementos de la estructura social que condicionan la posición que ocupan las personas en la sociedad tiene un efecto directo en la distribución tanto de los problemas como de los factores protectores de la salud (1). Esta perspectiva conduce a que los estudios en torno a las diferencias en condiciones de salud entre los distintos grupos de población tengan como eje el análisis de las inequidades, concebidas como las diferencias evitables e injustas (2).

Así, un primer paso para identificar las inequidades en salud es la medición de las desigualdades, entendidas como las diferencias en la manifestación de un problema entre diferentes poblaciones (3). Tales desigualdades se agrupan en cinco áreas de medición: oportunidades desiguales en salud, exposición desigual a riesgos, respuesta desigual de la sociedad, resultados desiguales a largo plazo e impacto de la inequidad

en la sociedad y en la economía (4). El acento en la comparación de grupos de población se debe a que el análisis de equidad/inequidad en salud se centra en evidenciar que la condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social.

Una posibilidad de hacer efectivas tales mediciones proviene de la utilización de las encuestas socioeconómicas como las Encuestas de Calidad de Vida y la Encuesta Multipropósito adelantadas para Bogotá. A partir de esta fuente y con el enfoque conceptual propuesto por el observatorio, se desarrolló una metodología de indicadores para contrastar la evolución de algunas de estas áreas, en particular la de riesgos y de protección (3). En la primera se agregan en un índice aquellas condiciones de habitación, trabajo, condiciones sanitarias, espacio público, transporte, entre otras, que inciden en la probabilidad de enfrentar un deterioro en la condición de salud y que expresan la exposición desigual a los riesgos; en la segunda se asocian las variables referidas a la respuesta social como las acciones de salud pública, la afiliación a la seguridad social y al sistema de riesgos profesionales, financiamiento, planes de beneficios, oferta y calidad de los servicios, entre otras, que constituyen los mecanismos de protección de que disponen las personas en la sociedad.

Si bien la configuración de índices permite una mirada de conjunto y agregada de varios elementos que pueden incidir sobre un fenómeno y con ello establecer mecanismos de monitoreo y seguimiento, el análisis de variables simples puede ser utilizado como una

manera de evidenciar las desigualdades y hacer seguimiento en puntos neurálgicos de las desigualdades. Se trata entonces, de seleccionar entre las variables consideradas en los índices las que mejor ilustren las condiciones de riesgo y protección de los grupos poblacionales, para observar su comportamiento en un momento dado y realizar comparaciones entre distintos períodos. En esta perspectiva, el objetivo de este artículo es ilustrar la desigualdad en algunos de los determinantes sociales de salud, a través de la observación del comportamiento variables simples y medir la magnitud de esa desigualdad a través de indicadores sencillos.

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

Resultados

1 SELECCIÓN DE VARIABLES Y EVOLUCIÓN DE LAS VARIABLES INDICADORAS DE ESTADO DE SALUD, PROTECCIÓN Y RIESGO, BOGOTÁ 2007-2011

El marco conceptual a través de cual se eligieron los campos de análisis, así como las preguntas seleccionadas para esta medición provienen de las variantes que el Grupo

de Protección Social introdujo en el modelo de determinantes sociales de la salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud (5, 6).

Según esa orientación conceptual las desigualdades producto de la organización socioeconómica inciden sobre el deterioro en la salud de las personas. Por ello, el análisis de las desigualdades se convierte en una tarea primordial a fin de detectar los factores que inhiben o potencian el daño en salud, en la perspectiva de contribuir al diseño de propuestas de acción que contrarresten los efectos negativos.

En concordancia con esta perspectiva aquí se destacan tres componentes: condición de salud, protección y riesgo. El primero tiene que ver con un objetivo social históricamente enunciado y hoy consagrado jurídicamente como derecho, pero cuya praxis dista mucho de constituir el camino que permita cumplir ese objetivo¹; de ahí que puede ser considerado un elemento de contraste tanto para la protección como para el riesgo. El segundo está referido a las acciones de respuesta social de que dispone la persona para proteger su salud, evitar el deterioro o restablecerse frente al daño causado; en este sentido el componente está integrado, entre otros, por el aseguramiento, el financiamiento y la prestación de servicios. El tercero está

¹ La idea de condición de salud pasa por la discusión de qué se entiende por salud, sin embargo en este ámbito la discusión es enorme y se sitúa entre dos polos, uno que asocia salud a enfermedad y otro que la define como el completo estado de bienestar físico, psicológico y social (7). En la propuesta del observatorio se sigue la definición de Canguilhem (8) en la que la salud se entiende como el desarrollo de las capacidades y las potencialidades del cuerpo humano.

conformado por el conjunto de riesgos derivados de la vida en sociedad: trabajo, hábitat, interacción social que inciden en sus condiciones de vida: alimentación, nivel de estrés, accidentalidad, entre otros.

Al observar el comportamiento de estos componentes a través de los diferentes grupos de la sociedad es posible no sólo evidenciar la desigualdad sino estimar su magnitud. Toda vez que el enfoque parte de establecer la relación entre la condición de salud y la estructura socio-económica, interesa destacar los agrupamientos sociales que reflejan dicha estructura y a través de los cuáles se podrían hacer conclusiones sobre la justicia/injusticia de esa desigualdad, lo que nos llevaría a determinar la inequidad.

1.1 SELECCIÓN DE VARIABLES

Como se mencionó en la introducción, las fuentes de este ejercicio de medición corresponden a la encuesta de calidad de vida 2007 (9) y la encuesta multipropósito para Bogotá Distrito Capital 2011 (10)². Tomadas de manera aislada estas fuentes proveen información sustancial sobre la desigualdad, sin embargo cuando se intenta

² En 2003 la Secretaría Distrital de Planeación realizó un convenio con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE para adelantar la Encuesta de Calidad de Vida representativa por localidad; este esfuerzo se continuó en 2004 a través del Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID- de la Universidad Nacional que desarrolló la Encuesta de Capacidad de Pago ECP (representativa por localidad y por estrato socioeconómico), en 2007, nuevamente con el DANE se aplicó la Encuesta de Calidad de Vida de Bogotá y en 2011 también con el DANE se hizo la encuesta multipropósito para Bogotá Distrito Capital (11). El propósito de la Secretaría es aplicar esta última encuesta cada dos años.

realizar comparaciones en el tiempo surgen las dificultades, entre ellas las generadas por las modificaciones en los formularios, pues no siempre se hacen las mismas preguntas y en algunas ocasiones aunque se refieren al mismo tema las opciones de respuesta cambian de modo que no son del todo comparables. Este obstáculo conduce a que se reduzca el número de preguntas disponibles para el análisis, pues sólo se puede recurrir a aquellas que tiene una exacta correspondencia.

Una dificultad adicional para la comparación se produce porque algunas de las preguntas en una encuesta fueron formuladas para individuos y en otras para hogares. Este el caso de la última pregunta de la lista anterior: “En los últimos 12 meses a este hogar le ha ocurrido lo siguiente?” Sin embargo, dada la importancia de la pregunta para observar elementos claves del riesgo que enfrentan los grupos poblacionales se decidió considerarla para el análisis, pues el volumen y la calidad de la alimentación son fundamentales en la determinación de la condición de salud. Aun cuando en el procesamiento estadístico se hizo la homologación de las respuestas de individuos a hogares de modo que para 2007 y 2011 la respuesta corresponde a la unidad hogar (la agregación se verificó considerando que al menos una persona del hogar tuviera la condición), es importante resaltar que en toda oportunidad que se haga referencia a este tema existirá la salvedad en la comparación.

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

Estado de salud

“El estado de salud de en general es:

- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo

Protección

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

- Si
- No
- No sabe, no informa

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

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

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

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

Riesgo

“Actualmente las condiciones de vida en su hogar son:

- Muy buenas
- Buenas
- Regulares
- Malas

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

Que se termine la comida y no tengan dinero para comprar más

- Frecuentemente
- De vez en cuando
- Nunca

No tener dinero para consumir carne, pollo o pescado

- Frecuentemente
- De vez en cuando
- Nunca

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

- Si

No

Si bien la pregunta por el estado de salud corresponde a la percepción que tiene la persona sobre su propia condición y no necesariamente refleja el resultado que se derivaría de un completo análisis médico, constituye una aproximación a la que se puede recurrir. En una perspectiva general –habría seguramente varios casos en que no- el individuo está en la capacidad de juzgar su condición, pues tampoco es adecuado considerar que las personas no tienen ningún indicador sobre su salud. De otro lado, en las encuestas esta es una de las preguntas con mayor continuidad y contrastada con otras reporta consistencia estadística. Seguramente en un futuro cuando contemos con estadísticas médicas completas podremos utilizar una medida mucho más cercana a la condición de salud de las personas.

En el tema de protección, dada las características de la encuesta, se toman las preguntas sobre la afiliación y la asistencia a programas de promoción y prevención. En este caso el aseguramiento es un indicador intermedio de protección, pues este sólo requisito no es total garantía de acceso a los servicios, pero la participación en promoción y prevención es más cercana porque está referido a la prestación.

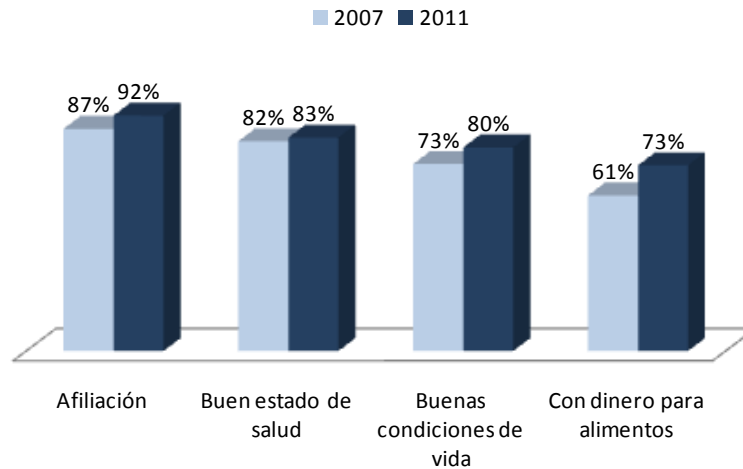
Para el tema de riesgos se selecciona una pregunta de percepción: ¿cómo son las condiciones de vida en el hogar? y tres preguntas de situación alimentaria. Este último punto es relevante, pues dentro de la literatura médica se ha destacado la alta relación

entre estas dos variables y cómo las deficiencias en cantidad y calidad de los alimentos generan deterioro en la condición de salud (12, 13, 14, 15).

1.2 EVOLUCIÓN DE LAS VARIABLES, 2007-2011

Cuando se observa la evolución de las variables en el agregado de la ciudad se puede apreciar una tendencia al mejoramiento en todas ellas (gráfico 1). Existe una leve mejoría en porcentaje de personas que manifiestan estar en buen estado de salud. La cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) se ha incrementado, de modo que la ciudad está a 8 puntos porcentuales de lograr la cobertura universal.

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



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

También se observa que aumenta el porcentaje de hogares que se perciben en muy buenas y buenas condiciones de vida, así como el porcentaje de los hogares que afirman que sus miembros nunca han dejado de comprar alimentos por falta de dinero. Si la perspectiva del análisis fuera la protección la conclusión sería que ha disminuido la desigualdad entre los grupos, o lo que es evidente, que cuando la población se inserta en los grupos protegidos los grados de desigualdad descienden por el hecho de la inserción. Por ello, el problema fundamental radica en quienes no quedan insertados, es decir, en aquellos que no tienen un buen plan de aseguramiento social, que no acceden a los programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad,

que tienen deficientes condiciones de vida o no pueden acceder a un buen plan alimenticio.

2 EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN VARIABLES DE CONDICIÓN DE SALUD, PROTECCIÓN Y RIESGO, BOGOTÁ 2007-2011

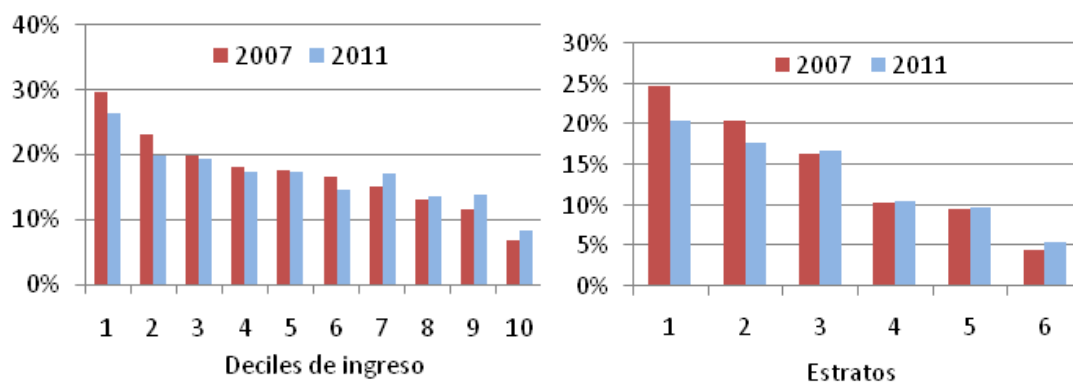
Si bien resulta esperanzador que en el agregado de la ciudad se mejoren los niveles de las variables antes señaladas es preciso insistir en la importancia de disminuir las brechas, particularmente en aquellos grupos poblacionales que se encuentran en peor situación.

Como se ha señalado en documentos anteriores (16, 4) entender que la desigualdad en salud se genera a partir de las diferentes condiciones sociales de los grupos poblacionales es el camino para desarrollar acciones orientadas a combatir la inequidad. En esta perspectiva, establecer las diferencias en condiciones sociales es crucial para determinar el grado y tipo de desigualdad que se enfrenta en la sociedad. En el ejercicio que aquí se presenta se tomarán dos categorías que hacen posible contemplar diferencias entre grupos sociales: deciles de ingreso y estrato de servicios públicos. A continuación, se observará la evolución de las desigualdades entre los dos años estudiados; se consideran inicialmente las variables atinentes al estado de salud, luego las referidas a la protección y finalmente las de riesgo.

2.1 COMPORTAMIENTO DE LA CONDICIÓN DE SALUD

La condición de salud es un indicador de resultado, es decir, se trata de una variable que muestra la conjunción entre el riesgo y la protección y se refiere a la “morbilidad, a la mortalidad, a la incapacidad y a las diferencias en la percepción de estado de salud, según la pertenencia del grupo o individuo a una posición socioeconómica” (4). En el caso del análisis que aquí se presenta la variable simple considerada es la percepción del estado de salud manifestada por las personas encuestadas (gráfico 2).

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



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

A nivel general, como se señaló, la percepción sobre el buen estado de salud mejora, sin embargo, esa tendencia general no se verifica en cada uno de los tramos de ingreso ni en los estratos; curiosamente. La desigualdad entre los grupos se aminora por un efecto favorable en los deciles bajos en los que la percepción de mala salud disminuye y por un efecto negativo en los altos.

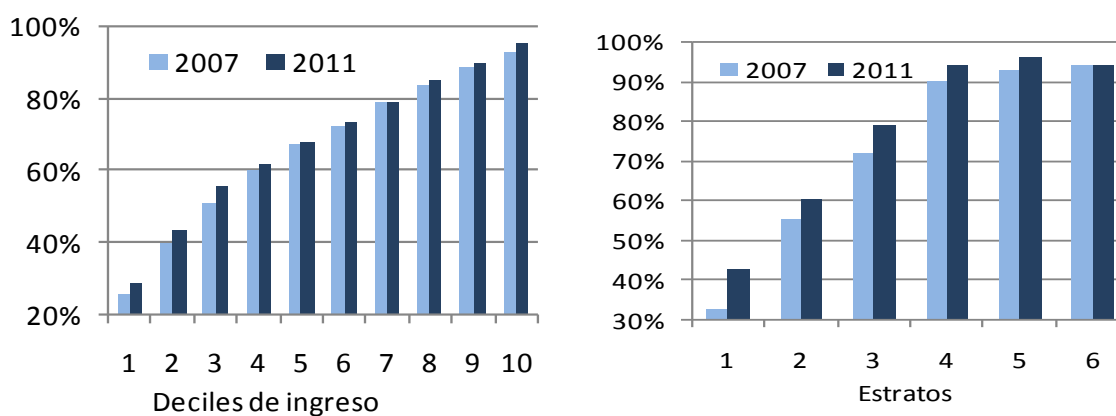
2.2 COMPORTAMIENTO DE LA PROTECCIÓN

Aun cuando el aumento de la cobertura en la afiliación es un síntoma de mejora en la protección, ello no implica por sí mismo una disminución en la desigualdad, pues hasta el 2011 no se había implantado la unificación del POS y por lo tanto la población es protegida en grados distintos. Por esta consideración, la variable afiliación que se utiliza en esta medición de desigualdad es el porcentaje de la población afiliada a los regímenes contributivos y exceptuados, los que presentarían la mejor condición de afiliación que existiría en el país en tanto sistema general.

Como se aprecia en el gráfico 3, para todos los tramos de ingreso se ha presentado un aumento en el porcentaje de personas afiliadas a los regímenes contributivos, lo que significa que efectivamente ha mejorado la protección, dándose un ligero descenso de la desigualdad toda vez que en los deciles bajos hay un mayor aumento que en los altos, circunstancia que no sorprende toda vez que en estos últimos el margen de

mejora es muy estrecho, ya que un elevadísimo porcentaje de la afiliación corresponde al régimen contributivo, y por ello no se van a registrar variaciones significativas. Buena parte de este incremento se explica en parte por la introducción de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes –PILA- la que actúa como un instrumento de coerción y de continuidad en la afiliación.

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



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

Cuando la misma variable se observa por estrato, las diferencias entre los años en cada grupo cobran importancia. Se destacan el incremento que se observa en el estrato 1 y la progresiva disminución del incremento en los siguientes estratos, así como la nula variación en el estrato 6. Sin embargo, al comparar las desigualdades por ingreso con

las desigualdades por estrato se aprecia una mayor incidencia en el caso de los ingresos, pues la diferencia entre la afiliación en el decil 10 y la afiliación en el decil 1 es de 66 puntos porcentuales, mientras que en los estratos la diferencia entre el 1 y el 6 es de 52 puntos porcentuales.

Esto conduce a pensar que el estrato resulta más relevante para observar las variaciones anuales y que la categoría ingreso es determinante para fijar la diferencia entre grupos. La distinción es pertinente, pues en el estrato pueden quedar subsumidas las diferencias de ingreso, ya que en un estrato de servicios públicos se conjugan grupos de ingresos distintos (aunque acotados, es decir, no están todos los grupos de ingreso) con tamaños distintos de población en esos grupos.

Al contrastar el estado de salud y la afiliación se aprecia que mientras la cobertura de afiliación al régimen contributivo aumenta con el decil de ingresos, la percepción de mal y regular estado de salud tiene una relación inversa con el ingreso. Así, mientras los niveles bajos de ingreso tienen una baja cobertura y una alta percepción de mala salud, los grupos de altos ingresos muestran una gran brecha (0,87% en 2011) entre la cobertura de afiliación y la percepción de mala salud.

No obstante, la condición de los niveles más bajos ha mejorado ligeramente; mientras que en 2007 la brecha era -4,1 puntos porcentuales (decil 1), en 2011 la afiliación supera en 2 puntos porcentuales la percepción de mala salud.

Otro indicador de protección que puede ilustrar el comportamiento de las desigualdades es el de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (P y P). En este caso es indudable la mejoría que se ha observado en todos los deciles de ingreso y en los estratos; para todos ellos ha habido un incremento sobresaliente en la asistencia a citas de prevención (médico general, especialista), que van del 25 al 50% en los dos años considerados.

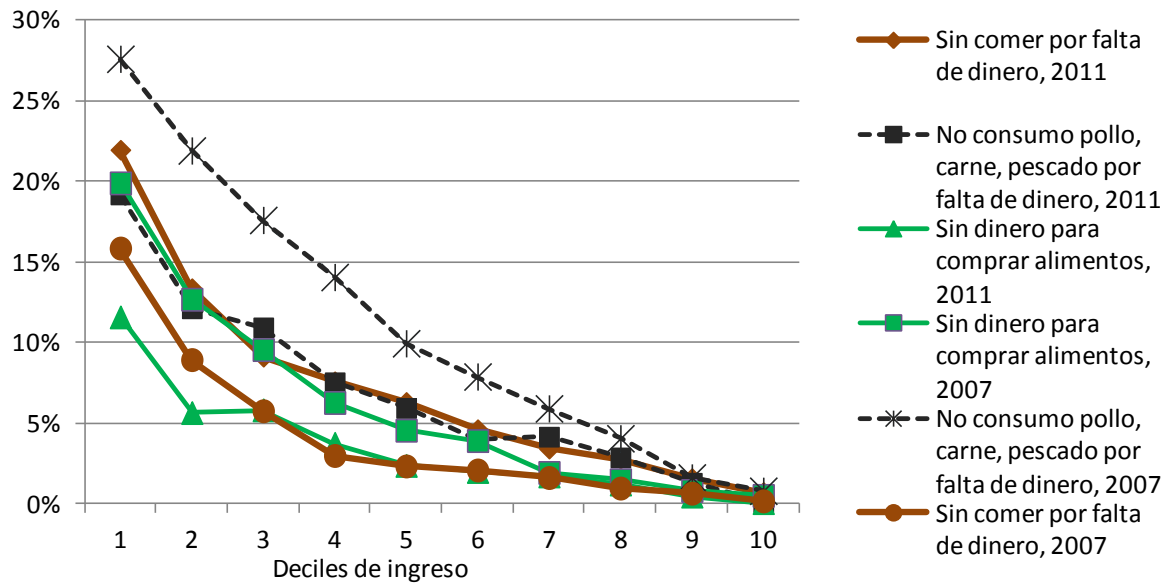
Además de este estimulante resultado, el campo de la prevención es el que menos desigualdad presenta, aunque ello era una preocupación muy importante en 2007, dado que era una igualación por lo bajo, ya que apenas dos terceras partes de la población asistía a citas por prevención. Para ese mismo año la diferencia entre el grupo con mayor participación en prevención y el grupo con menor participación fue de 17 puntos porcentuales, mientras que en 2011 fue de 14%. En conclusión P y P (citas médicas) arroja resultados positivos tanto en su incremento, como en la disminución de la desigualdad.

2.3 COMPORTAMIENTO DEL RIESGO

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

Un indicador mucho más fuerte acerca de los riesgos que enfrentan los grupos poblacionales es el de las condiciones alimentarias. Aquí se han considerado tres situaciones: no tener dinero para comprar alimentos cuando éstos se acaban, no tener dinero para consumir pollo, carnes o pescado y no hacer las comidas por falta de dinero. Aunque las tres situaciones son de gran seriedad, ésta última es la que expresa mayor gravedad en el riesgo que enfrentan los hogares, pues es la completa inanición. Como se observa en el gráfico 4, las dos últimas situaciones registran importantes diferencias entre los deciles de ingreso y es mucho menor en el caso de los hogares en los que se acaban los alimentos y no hay dinero para comprarlos.

Gráfico 4. Evolución de los riesgos alimentarios. Bogotá, 2007-2011

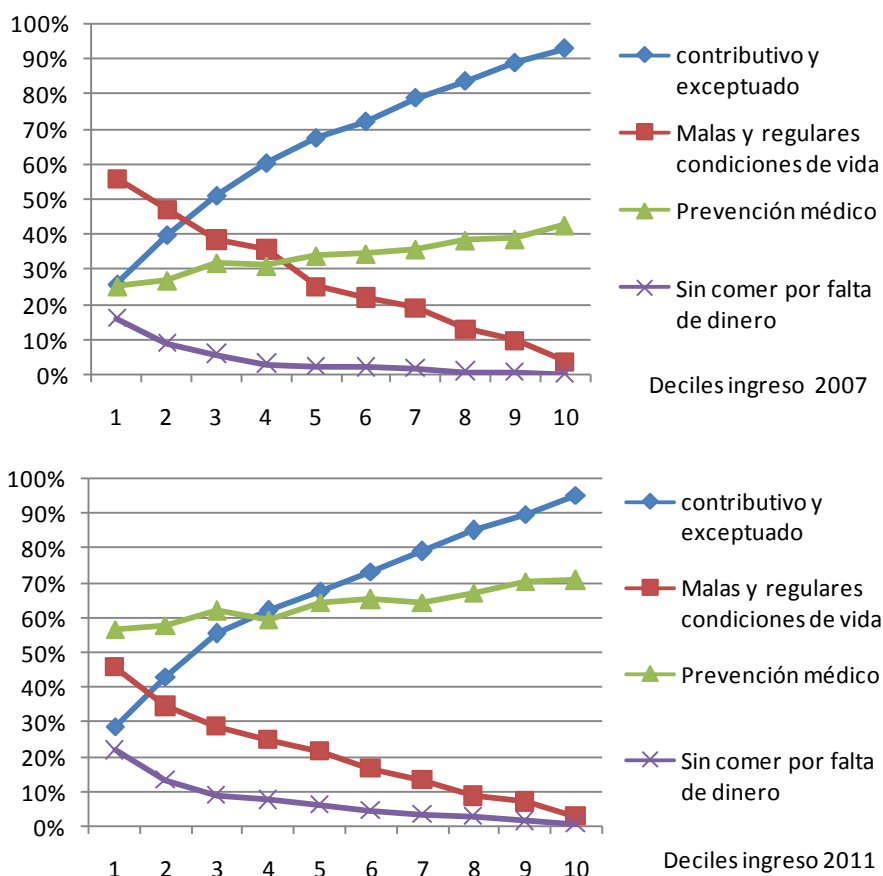


Fuente: Cálculos CID, Grupo de Protección social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2007 y en la Encuesta multipropósito 2011

2.4 COMPARACIÓN ENTRE PROTECCIÓN Y RIESGO

Al recoger las variables de riesgo y compararlas con las de protección se obtienen comportamientos como los ilustrados en el gráfico 5. Tal como se mencionó arriba uno de los más impresionantes resultados es el cambio en el nivel que obtiene la asistencia a citas de prevención aun cuando sigue conservando niveles similares de desigualdad entre los deciles de ingreso.

Gráfico 5. Comparación de indicadores de protección y riesgo. Bogotá, 2007-2011



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

No obstante, la conclusión que se deriva de contrastar variables es la sobresaliente desigualdad entre los grupos poblacionales. En 2007, en el caso de los bajos ingresos hay más población en condición de riesgo (malas y regulares condiciones de vida) que población protegida en el régimen contributivo. Para 2011 la situación persiste aunque disminuye el porcentaje de población que enfrenta ese desamparo. Con esta característica se podría decir que es un grupo social desprotegido si no fuera por la existencia del régimen subsidiado que brinda protección, pero no en los términos

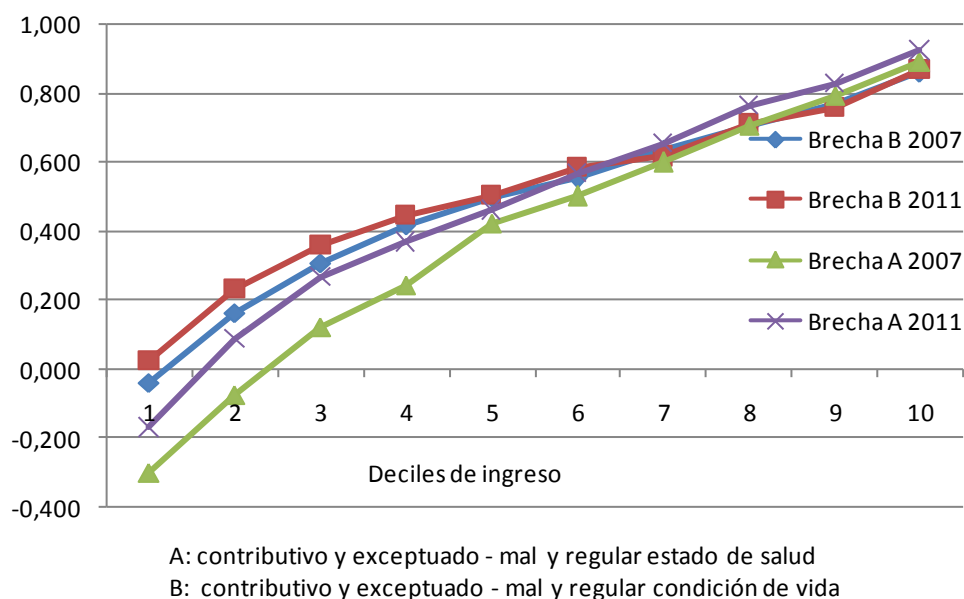
completos del contributivo. Por su parte, la relación entre el riesgo alimentario (ninguna comida por falta de dinero) y la protección a través de la afiliación la situación desmejora pues el porcentaje de hogares en riesgo aumenta más de lo que crece el aseguramiento.

3 MEDICIONES DE DESIGUALDAD

3.1 BRECHA DE DESIGUALDAD

Una manera de comparar esos efectos diferenciales sobre los grupos es calcular la brecha que existe entre la protección y el riesgo. Se espera que la brecha, entendida como la resta de los dos indicadores, sea cercana a 1, ya que en ese punto se tendrían la máxima protección y el mínimo riesgo. En el gráfico 6 se expone la magnitud de la brecha para distintos deciles de ingreso, y resulta evidente la desigualdad entre los grupos sociales, mientras que en los niveles altos la brecha supera el 0,8 en los bajos está alrededor de cero. La desigualdad más notable en esas brechas es la de afiliación – estado de salud en 2007 y se puede reconocer porque su pendiente es superior a las demás; esta relación, sin embargo, tuvo una leve mejoría en 2011, año en que se aprecia la ampliación de la brecha en los grupos de bajos ingresos.

Gráfico 6. Evolución de las brechas entre estado de salud - protección - condiciones de vida. Bogotá, 2007-2011



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

De otro lado, en la brecha protección y riesgo visto a través de las malas y regulares condiciones de vida hay, comparativamente, una menor desigualdad que en la diada anterior, aun cuando su mejoría ha sido menor de un año a otro.

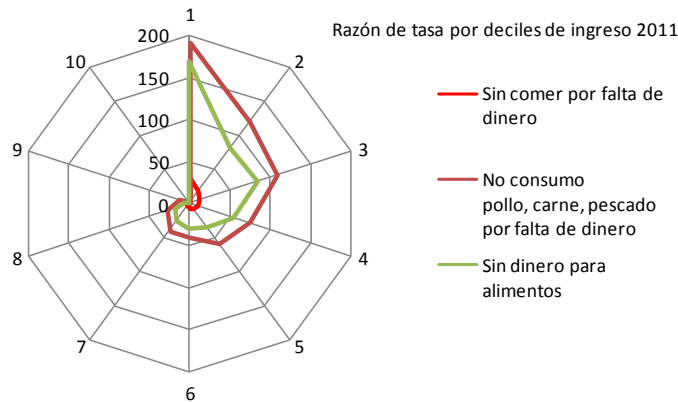
3.2 DESIGUALDAD A TRAVÉS DE LA RAZÓN DE TASA

Otra medida de desigualdad que expresa su magnitud es la razón de tasa, que mide la distancia en número de veces entre el porcentaje de población que tiene la característica estudiada y el porcentaje de población base de la comparación.

En el caso de la afiliación la relación entre quienes están en peor condición respecto de los de mejor situación es de 1 a 3,6. En promoción y prevención como ya se ha dicho la brecha es menor, allí la relación es de 1 a 1,7. Por el contrario en los indicadores de riesgo las diferencias son mucho más grandes, en el caso de las malas y regulares condiciones de vida la tasa es de 15. Delicada es la situación para los hogares que a causa de la falta de dinero no pudieron comprar alimentos cuando estos se terminaron, Treinta veces es la distancia que separa al grupo en mejor condición del grupo en peor condición, es como decir que mientras el 1% de los hogares del decil 10 sufriera esa condición en ella estaría el 30% del decil 1.

Tomando un detalle sobre el comportamiento del riesgo alimentario (gráfico 7) se aprecia que los grados de desigualdad en los otros componentes del riesgo alimentario son superiores, al punto que dejan prácticamente irrelevante la característica de no haber podido comprar alimentos cuando estos se acabaron. En 2011 la mayor diferenciación está en la imposibilidad de consumir carne, pollo o pescado por falta de dinero; allí la distancia entre la mejor posición y la peor es de 190 veces, lo que equivaldría a una relación entre el 0,52% del decil 10 y el 100% del decil 1. Con una razón de tasa un poco menor está la condición de no haber tenido dinero para consumir alimentos al menos un día a la semana, cuyo máximo valor está en 168.

Gráfico 7. Comparación de las razones de tasa en riesgo alimentario. Bogotá, 2011



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

4 SITUACIÓN POR LOCALIDADES DEL DISTRITO CAPITAL

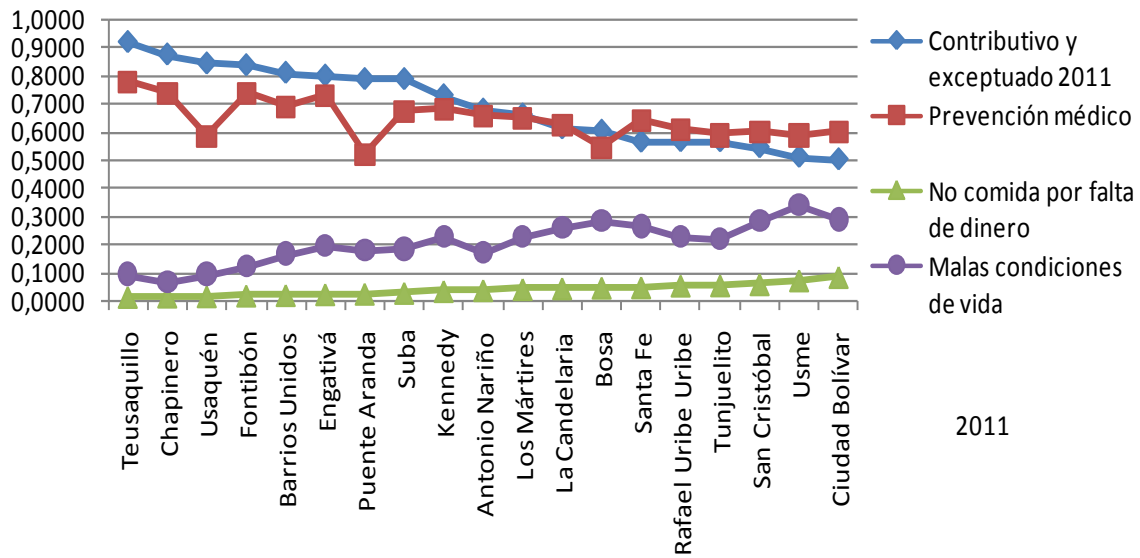
Al aplicar el análisis de brechas a la situación de las localidades se puede establecer su ordenamiento de acuerdo con la distancia entre los grados de protección y estado de salud que en ellas se presenta. Comparando los datos de 2007 con los de 2011 se evidencia una mejoría en los niveles de desigualdad; en ese período la brecha se amplía ligeramente para las localidades que están en el peldaño más bajo de la escala; esta característica dinámica obedece, en lo fundamental, al aumento de la afiliación al régimen contributivo, pues el descenso en el porcentaje de personas en malas y regulares condiciones de vida no es particularmente destacado.

Con este ordenamiento se aprecia que las localidades de Teusaquillo, Chapinero y Usaquén son las que registran una mejor posición en la geografía de la ciudad,

mientras que las de San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar ocupan los últimos lugares. Tal circunstancia es sobresaliente considerando que Usaquén es la localidad que registra el primer lugar en la disponibilidad de servicios de salud y que, a su vez, concentra el mayor porcentaje de población de estratos altos de la ciudad, mientras que Chapinero y Teusaquillo muestran cinco veces más servicios habilitados que localidades entre cinco y diez veces más pobladas como Suba, Kennedy y Engativá (18). Por lo tanto, el aumento de la protección en afiliación puede perder buena parte de sus benéficos efectos cuando la población enfrenta barreras geográficas de acceso.

Respecto a la relación entre protección y riesgo los resultados son menos alentadores (gráfico 8), pues en las localidades de San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar hay un estrecho margen de diferencia entre la protección y el riesgo de malas condiciones de vida (0,3), frente a un elevado margen en Teusaquillo, Usaquén y Chapinero (0.8). En el riesgo alimentario la situación no es sustancialmente distinta, ya que en esas localidades, en mejor condición, la brecha se sitúa alrededor de 0,91 y en las de desfavorable posición la brecha es de 0,46; en este último grupo de localidades se suma la de Santafé. El estímulo en dirección a superar esas agudas diferencias proviene de los buenos resultados en promoción y prevención, campos en los que para todas las localidades hubo un avance entre 2007 y 2011. Además, la distancia entre los grupos de localidades señalados es de 20 puntos porcentuales; en este caso, las localidades que registran la más baja participación en asistencia a consultas de prevención son Puente Aranda y Bosa.

Gráfico 8. Comparación protección - riesgo, según localidad. Bogotá, 2011



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

Discusión

Una de las dificultades para abordar el tema de la inequidad es la falta de estadísticas suficientes para determinar las desigualdades entre distintos grupos poblacionales. Si se considera el estado de salud, las protecciones y los riesgos sería deseable contar con información abundante, consistente y fiable, que dé cuenta de la posición de los individuos y su condición de salud, pero infortunadamente aun no está disponible. Por ello es necesario buscar fuentes que permitan aproximarse al diagnóstico del problema; en la medida en que las encuestas socio-económicas se vuelvan homogéneas en el tiempo y que además profundicen sobre aspectos que permitan ilustrar las

desigualdades en condición de salud, protección y riesgo, será posible sistematizar su utilización para determinar la evolución de la inequidad en salud.

Para comparaciones futuras será necesario contemplar los cambios que se presentan en los mecanismos de protección, v.g. los avances en la igualación en el Plan Obligatorio de Salud –POS que implicaría incluir en el porcentaje de protegidos por afiliación a la población del régimen subsidiado. Igualmente se podría hacer compatible el análisis a través de encuestas socioeconómicas con otros datos, particularmente los de oferta de servicios, con miras a ampliar el panorama de las protecciones. En esta dirección se podrían analizar las encuestas segmentadas por unidades territoriales más pequeñas que la localidad.

Conclusiones

Una de las conclusiones que se obtienen al realizar el análisis de la desigualdad es la urgencia de poner en marcha medidas que permitan reducir la brecha que hay entre la exposición a riesgos y la protección. Dentro de esas medidas vale la pena destacar aquellas que tienden a reducir el riesgo alimentario que, como quedó expuesto, es uno de los factores en los que se evidencia la mayor desigualdad, que afecta con importante severidad a los deciles bajos de ingreso y que es un determinante de primera línea en las condiciones de salud de la población. En esta perspectiva, podría lograrse una mayor articulación entre los programas de crecimiento y desarrollo con los alimentarios,

no sólo para obtener ventajas en la asignación de recursos, sino para propiciar acciones coordinadas para las poblaciones en grave riesgo.

Otro elemento sobresaliente, pero que desborda las políticas locales, es la desigualdad en la afiliación al régimen contributivo. En esta perspectiva, la posibilidad de incidencia devendría de estimular un alza considerable en la asistencia a programas de promoción y prevención para los afiliados al régimen subsidiado y lograr una mayor adherencia de la población a programas locales como el de madres gestantes y el de adultos mayores, a través de los cuales se pueda brindar atención complementaria. También podría el gobierno local mejorar el grado de incidencia sobre la organización de la oferta de establecimientos sanitarios, de modo que la población no sólo esté cubierta en afiliación sino también en disponibilidad de entidades para la prestación de servicios.

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

En esta perspectiva los análisis aquí presentados podría mejorarse introduciendo metodologías de geo-referenciación que permitan modificar la escala de análisis ya no desde la localidad sino en unidades más pequeñas en las que se puedan clasificar las

zonas de acuerdo con los niveles de desigualdad que enfrentas. Ello permitiría compaginar este tipo de espacialidad con la definida a través de planeación en salud y con ello precisar los focos de acción así como las modalidades para esa intervención.

Agradecimientos

Esta investigación se benefició del convenio realizado entre el Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID de la Universidad Nacional de Colombia y la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá, con el fin de desarrollar la fase 4 del proyecto de Observatorio de equidad en calidad de vida y salud en Bogotá.

5 REFERENCIAS

1. Commission on Social Determinants of Health. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneve: World Health Organization; 2007.
2. Whitehead M. The Concepts and principles of equity and health. *Health Promot Int*. 1991; 6(3): 217-28.
3. Martínez F. Índices de riesgo y protección. Medición posible de la equidad en salud a través de grandes encuestas. En: Fresneda O, ed. *Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá, avances y reflexiones*. Bogotá: CID - Universidad Nacional de Colombia – Alcaldía Mayor de Bogotá; 2012.
4. Fresneda O. Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá. En: Restrepo DI, ed. *Equidad y salud, debates para la acción*. Bogotá: CID - Universidad Nacional de Colombia – Alcaldía Mayor de Bogotá; 2007.

5. Martínez F. Índices de riesgo y protección. Evolución de la inequidad en salud en Bogotá, 2007-2011. Anexo 1C. En: Hernández M, ed. *Análisis de tendencias de equidad en calidad de vida y salud para Bogotá*. Bogotá: CID -Universidad Nacional de Colombia y Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud; 2012.
6. Commission on Social Determinants of Health (CDSS), World Health Organization (WHO) *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper 2*. Geneva. WHO; 2010.
7. Martínez F. Aportes a la Discusión sobre el concepto de Salud y Enfermedad. *Revista Facultad de Salud Pública* 1988 Jun 11 (1).
8. Canguilhem G. *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Anagrama; 1976.
9. DANE, Alcaldía Mayor de Bogotá, DNP. Encuesta calidad de vida 2007 para Bogotá ECVB 2007. Bogotá.
10. DANE, Alcaldía Mayor de Bogotá. Encuesta multipropósito para Bogotá distrito capital 2011. Bogotá.
11. Alcaldía mayor de Bogotá- Secretaria de Planeación. *Bogotá ciudad de estadísticas, Boletín 32. Principales resultados de la primera encuesta multipropósito para Bogotá, 2011*. Disponible en: URL:
<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Informaci%F3nTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2011/Cartilla%20No.%2032%20EMB%202011.pdf>

12. Restrepo S, Morales R, Ramírez MC, López MV , Varela LE. Los Hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev Chil Nutr* Vol. 33, N°3, Diciembre 2006
13. World Health Organization. 2003. Diet nutrition and the prevention of chronic disease. En *Technical report series* 916. Geneva. p 39-42.
14. García EJ. Participación del estado nutricional en la fragilización del individuo. *Rev Nutr Clín* 2003; 6(1):58-62
15. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *La respuesta de Salud pública a las enfermedades crónicas*. Washington: 130ª Sesión del comité ejecutivo; 2002
16. Martínez F. Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. Revisión conceptual. En: Restrepo DI, ed. *Equidad y salud, debates para la acción*. Bogotá: CID - Universidad Nacional de Colombia – Alcaldía Mayor de Bogotá; 2007.
17. Arévalo D. Desigualdad en la respuesta social en salud en Bogotá. En: Fresneda O, ed. *Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá, avances y reflexiones*. Bogotá: CID - Universidad Nacional de Colombia – Alcaldía Mayor de Bogotá; 2012.
18. Martínez F. Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital. En: Hernández M, ed. *Análisis de tendencias de equidad en calidad de vida y salud para Bogotá*. Bogotá: CID -Universidad Nacional de Colombia y Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud; 2012. CID-GPS informe final Observatorio, fase 4. 2012.