

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

ENCUESTA DE EQUIDAD CALIDAD DE VIDA Y SALUD PARA BOGOTÁ

Bogotá, Diciembre 2009

Presentación

En el transcurso de los dos últimos años, El Observatorio para la Equidad en la calidad de Vida y la Salud, ha venido avanzado en los trabajos de análisis de cifras que han constatado la incidencia que los cambios sociales tienen en la calidad de vida y en especial en las condiciones de la salud de la población del Distrito Capital. Con base en los resultados de estos estudios, se ha visto la importancia del diseño de indicadores estadísticos que puedan dar cuenta de los efectos que los riesgos sociales tienen y la necesidad de avanzar en métodos de análisis integrales de las diversas desigualdades con el propósito de un monitoreo más comprensivo de las inequidades en salud.

2

El interés por el problema de la inequidad en salud orientó al grupo del Observatorio en el CID a un acercamiento teórico sobre la justicia y a la reflexión sobre los métodos y técnicas para abordar el incremento de las desigualdades económicas y sociales entre países y entre poblaciones de un mismo país, siempre con el interés de elaborar propuestas para superar las desigualdades de la ciudad a través de sus instituciones. La salud entendida como “estado total de bienestar físico, mental y social” brinda un enfoque que no es contradictorio con los de calidad de vida o de capacidades. Es a partir de este clima y como consecuencia de los resultados obtenidos en los estudios elaborados, que se vio la urgencia de formular un monitoreo de las inequidades de salud. El observatorio se propone examinar la equidad en salud a partir de una concepción de justicia que implique el concepto de capacidad, de una parte y el de derechos humanos de otra. Se trata entonces, de constatar de manera sistemática la situación desigual de salud, derivada de las condiciones de vida de las poblaciones por medio de indicadores cuantitativos obtenidos a través de un sistema de encuestas donde se busca articular tres ejes conceptuales: las capacidades, la calidad de vida y la estructura de las clases sociales.

La encuesta debe considerar cómo captar las variaciones de las situaciones, acciones y resultados en materia de salud, entendida ésta como un producto complejo de valoraciones sociales y biológicas. Las desigualdades en salud obedecen a factores biológicos y en gran medida a las disparidades resultantes de la manera como se organiza la sociedad en lo económico, lo social y lo político. Con este enfoque es posible presentar un diagnóstico más articulado con los factores que rigen la distribución de los ingresos, la distribución de los servicios de salud y las diferencias culturales. El marco conceptual de la encuesta asume que las barreras que impiden la igualdad de oportunidades, son de diferente naturaleza y así, además de las desigualdades basadas en el género, edad, etnia o estrato social, la encuesta busca aportar información sobre la discriminación relacionada con el lugar que se ocupa dentro de la jerarquía social. Esta última es entendida como la categoría clase social que procura articular el acceso al ingreso, al consumo de bienes y servicios y al patrimonio por cuanto dichos elementos derivan en una retribución que es específica en una sociedad y que además se traducen en desigualdades del conocimiento, de las habilidades y de la información.

El enfoque planteado conlleva dos implicaciones:

- La necesidad de contar con un formulario que incluya las variables de los dos complejos conceptos: el de salud como “estado total de bienestar físico, mental y social” y el de “posición social” cuyo referente obligado es la estructura de clases. La noción de clase social es inseparable de la idea básica de que hay grupos para los cuales su acción colectiva tiene una fundamentación en los intereses asociados a la pertenencia dentro de un estrato o clase y tiende por lo mismo a trascender los móviles puramente subjetivos.
- Desde el punto de vista de la investigación de las relaciones entre la equidad social y la jerarquización de categorías sociales en la estratificación social, viene abordada desde diversos ángulos y no ha podido solucionarse completamente. Los paradigmas empíricos que han venido aplicándose son los que tratan de combinar las categorías clasificatoria utilizadas en la estratificación social con las categorías estructurales de las clases sociales. Se trata de una aproximación, que asume que su conjugación aporta una mayor claridad a la estructura diferencial de oportunidades o capacidades que tienen los individuos en una sociedad dada.

Las anteriores observaciones dan la sustentación del porque abordar en una misma investigación paradigmas, categorías y variables que suelen considerarse por separado o en forma más parcial por las investigaciones estadísticas aplicadas en el país.

La segunda implicación¹ hace referencia a las necesidades derivadas del campo de la epistemología. La causa de las causas de las desigualdades, se encuentran ubicadas en la división del trabajo dentro de una sociedad y entre las sociedades que se hacen más evidentes a través de la estructura de clases y su interrelación con las características demográficas, la trayectoria de la vida, los estilos de vida en los individuos, las concepciones del mundo y los resultados de la interacción entre estos últimos elementos. Los trabajos en el terreno de las incidencias de los determinantes sociales sobre las inequidades en salud, ha identificado los siguientes:

- Pobreza
- Hambre
- La exposición a los peligros en las ocupaciones.
- La experiencia de las relaciones en el trabajo dentro del ejercicio de una ocupación.
- Los efectos económicos y sociales del envejecimiento
- La experiencia en las relaciones de género
- La experiencia de las relaciones de etnia incluyendo la experiencia directa de racismo
- Circunstancias o eventos familiares
- El grado y la posibilidad de ser autosuficiente, especialmente el disponer de ingresos
- La ingesta dietética
- Comportamientos habituales relativos a la alimentación, el alcohol, el tabaco y el ejercicio
- El déficit acumulado asociados con trayectorias particulares de la vida
- Educación
- Estado civil
- El estatus socioeconómico.

¹ Las observaciones que se desarrollan a continuación, han sido tomadas del documento Constructing the evidence base on social determinants of Elath: A guide elaborado por The Institute for Health and Clinical Excellence.

Estos son los medios de comunicación a través de los cuales el mundo social incide directamente sobre las experiencias de la vida y produce efectos directos sobre el cuerpo humano. Determinantes que a su vez, están asociados a variables macroeconómicas como el sistema de clases, las viviendas, el sistema educativo, el funcionamiento de los mercados de bienes y servicios y el mercado laboral y otros. Se ha constatado que los cambios patológicos en el cuerpo humano se producen realmente, pero que esto ocurre en gran medida según unos patrones que suelen ser particulares dentro una población o sub-grupos de población.

Las causas sociales y las causas biológicas trabajan en forma conjunta. Las causas sociales tienden a explicar más el patrón, mientras que las causas biológicas explican la patología. Adicionalmente se tiene la hipótesis de que al trabajar en forma conjunta se produce una interacción entre las dos. Y es en este punto, donde hay menos claridad y en consecuencia una necesidad de desbrozar y examinar con más cuidado la interacción que ocurre entre esos niveles de factores. Es importante que en una evaluación de las desigualdades en salud se entre a precisar lo que es la determinación social de la salud y las correspondientes desigualdades en salud. Como resultado de los estímulos contextuales diferentes y de sus respectivos encadenamientos interactivos, el cuerpo humano presenta comportamientos distintos según sea la posición social que alguien ocupa, el país en que viven, la situación política global de su entorno, sus experiencias de clase, género y relaciones de etnia.

Para este propósito es conveniente poder hacer una descripción precisa (social, económica y geográfica) de la estructura social de la ciudad y de las poblaciones que involucra. Se han reconocido como ejes básicos de las diferencias sociales la ocupación, los ingresos, el monto de los activos, el género, la etnia, la religión, la educación, la edad. Estos factores se entrecruzan, interactúan, se superponen e inciden en forma conjunta. En el examen de las inequidades en salud debe enfatizar la necesidad de contar como herramientas los tipos de descripciones de los grupos y de las estructuras que facilite una mejor comprensión de las interacciones de los determinantes y de su relación con una estructura de clases que pueda dar más claridad sobre el por qué segmentos de una misma población responden en forma distinta en salud pública.

Las implicaciones del marco teórico definen el contenido de la encuesta. Conviene advertir que otras encuestas sobre salud o que examinan variables de salud como parte de las condiciones de vida difícilmente se acoplan al tratamiento integral de las inequidades en salud. Adicionalmente debe tenerse en cuenta como muchos estudios sociales elaborados en las anteriores décadas estuvieron impregnados por el espíritu de una búsqueda de la eficiencia mal interpretada que sobrevaloró el aspecto del gasto y en consecuencia atendían más a los propósitos de una disminución en el gasto social dejando el interés por la naturaleza y dimensiones de los problemas

La encuesta tiene como propósito el iniciar un sistema integral de seguimiento de la equidad en salud en Bogotá. Los contenidos establecen el parámetro de temas que se consideran de importancia pero que no cubren toda la problemática. En este sentido, la encuesta será el eje de un conjunto más amplio de información.

El contenido definitivo dependerá de los resultados del diseño operativo donde se conjugan los recursos humanos financieros y de tiempo, así como de los intereses que prioricen los responsables del análisis de los datos resultantes.

2. Prueba piloto del formulario y el operativo de campo

2.1. Objetivos

2.1.1. General

El objetivo principal de la prueba piloto fue la evaluación del formulario diseñado para el proceso de recolección de información de la encuesta de equidad calidad de vida y salud para Bogotá

2.1.2. Específicos

- a. Revisar y evaluar la utilización del de formato de recuento y el procedimiento de aplicación más eficiente por estrato
- b. Revisar la confiabilidad y actualización de la cartografía utilizada para el proceso de recuento.
- c. Evaluar los métodos y procedimientos establecidos para el levantamiento de la información tanto en el recuento como en la aplicación de las encuestas.
- d. Obtener estimativos sobre los tiempos y rendimientos en el recuento de hogares y en el diligenciamiento de los cuestionarios.
- e. Probar el grado de funcionalidad de los formularios a emplear en la recolección de la información y de este modo poder realizar los ajustes que sean necesarios.
- f. Hacer acopio de las experiencias del personal en campo para realizar los ajustes necesarios a los formatos de control y recolección.

2.2. Metodología

Los siguientes puntos muestran en detalle el proceso.

Lugar de aplicación: la prueba se llevó a cabo en Bogotá en una muestra piloto de 30 manzanas.

Fecha de ejecución: la prueba piloto se realizó entre los días y 28 de octubre de 2008

5.2.1. Selección de muestra de la prueba piloto

Se planteó una muestra de 200 hogares para la prueba piloto de la Encuesta de calidad de vida y salud para Bogotá, como se mencionó anteriormente está muestra se divide en dos partes

una para validar el cuestionario que es completamente diligenciado por el encuestador por medio de la técnica de entrevista face to face

La selección de la muestra de manzanas del piloto para la Encuesta de calidad de vida y salud para Bogotá

- Construcción del marco de muestreo
- Selección de manzanas probabilísticas
- Selección de manzanas de inclusión forzosa

Construcción del marco de muestreo

6

Para el piloto se utilizaron como fuentes de información la base de predios catastrales suministrada por Planeación Distrital y los registros de viviendas, hogares y personas a nivel de manzana, de acuerdo con el censo general 2005, realizado por el DANE.

Por un lado, la base catastral tiene los siguientes campos:

- Código barrio
- Código manzana
- Código predio
- Código construcción
- Código resto predio
- CHIP predio
- Dirección
- Destino
- Estrato

De esta base se construyó el código de la manzana catastral, a partir de la unión del código del barrio y del código de la manzana. De esta forma se determinó para cada manzana, la cantidad de predios por estrato y se asignó a cada manzana aquel que predominara.

Así se conformó la base de manzanas catastrales, junto con su respectivo estrato modal y haciendo uso de la tabla de homologación de códigos catastrales con los códigos DANE, fue posible anexarle a esta base la cantidad de viviendas, hogares y personas por manzana.

El marco utilizado para la selección de manzanas de la prueba piloto contó con 33709 manzanas distribuidas por estrato de la siguiente forma:

Localidad	Estrato						Total
	1	2	3	4	5	6	
Usaquén	142	297	505	298	282	334	1858
Chapinero	79	121	53	196	98	248	795
Santa Fe	43	369	126	29			567
San Cristóbal	242	1708	264				2214
Usme	1471	985					2456
Tunjuelito		450	214				664
Bosa	312	2369	75				2756
Kennedy	54	2069	1675	25			3823
Fontibón		219	637	248			1104
Engativá	32	831	2308	119			3290
Suba	18	1971	991	360	424	63	3827
Barrios Unidos			764	243	25		1032
Teusaquillo			128	675	38		841
Mártires		49	496	3			548
Antonio Nariño		24	517				541
Puente Aranda		3	1270				1273
Candelaria	4	77	35	1			117
Rafael Uribe	290	1058	689				2037
Ciudad Bolívar	2847	1041	78				3966
Total	5534	13641	10825	2197	867	645	33709

Selección de manzanas probabilísticas

Una vez construido el marco muestral, se decidió seleccionar siete(7) manzanas para cada estrato, con el fin de tener suficiente información de todas las localidades y estratos para validar el cuestionario, los procedimientos de campo y los tamaños para la muestra definitiva.

De esta forma, se decidió seleccionar una muestra ESTMAS (Estratificada de Muestreo Aleatorio Simple), estratificando por estrato socio-económico. Para la selección se utilizó el algoritmo de selección fue el coordinado negativo, presentado en Särndal², que consiste un número aleatorio con distribución uniforme (0,1) para cada una de las manzanas del marco, para cada estrato se ordenan las manzanas con respecto al número aleatorio y la muestra estaría constituida por la siete primeras manzanas de cada estrato, de acuerdo con el último ordenamiento de la base de datos

Personal:

La prueba fue ejecutada por 13 personas, 1 coordinador de campo, 2 supervisores y 9 encuestadores con amplia experiencia en el manejo de cartografía, en la recolección de información y en el diligenciamiento de encuestas. El personal seleccionado se capacitó

² Särndal, C.E., Swensson, B. and Wretman, J. Model Assisted Survey Sampling. Springer-Verlag. New York. 1992.

debidamente sobre los objetivos de la prueba, la operatividad de la misma, los puntos críticos a observar y el diligenciamiento tanto de los formatos de recuento como de los cuestionarios a aplicar en los hogares seleccionados por tipo de cuestionario a aplicar. Este proceso tuvo el acompañamiento de algunos veedores y coordinadores por parte del CID.

Capacitación

Para la recolección de la información se llevó a cabo un proceso de capacitación entre los días 10 y 12 de diciembre

La programación de la capacitación fue la siguiente:

- Día 1: Presentación General
 Presentación de conceptos generales y específicos a considerar para el diligenciamiento del cuestionario
- Día 2: Instrucciones específicas sobre el trabajo de campo
 Instrucciones específicas sobre el diligenciamiento del cuestionario
 Práctica de manejo de cuestionario – Juego de Roles
 Resolución de dudas sobre el cuestionario
 Prueba de campo

Recolección de Información

El proceso de recolección de información comprendió cuatro momentos: i) proceso de sensibilización, ii) proceso de recuento de viviendas y hogares, iii) proceso de aplicación del formulario de recolección de información

Proceso de sensibilización:

Se entregaron cartas³ de presentación del proyecto en todas las viviendas de las manzanas seleccionadas para la muestra, y se realizó contacto con los celadores y administradores de conjunto en los casos que había lugar. Para el efecto se contó con la participación de los promotores de salud del Hospital de Suba

Proceso de recuento o enlistamiento

Para el efecto se utilizaron los lineamientos básicos contenidos en el instructivo⁴ y se realizaron dos tipos de enlistamiento dependiendo del acceso a las viviendas. En primera instancia se

³

realizó un proceso aplicando el formato completo y en otras viviendas de difícil acceso se identificó el número de placa o apartamento con el objeto de enviar carta personalizada al residente o propietario.

La recolección de la información se hizo con el equipo de personas descrito. La asignación de rutas fue hecha directamente por la coordinadora general, esta asignación de rutas se hizo de tal forma que cada encuestador tendría que visitar las viviendas seleccionadas en las manzanas que tuvo a cargo durante el enlistamiento. Al interior de cada grupo, los supervisores, asignaron el trabajo de los encuestadores considerando dos aspectos primordiales: la ubicación geográfica de la vivienda y a medida que transcurrió el trabajo, el número de visitas y el tipo de respuesta obtenida.

El formato de recuento contiene básicamente Un encabezado donde se encuentran los escudos institucionales, nombre de la encuesta y del formato, la presentación que debe hacer el encuestador en el momento del recuento, el número de identificación del recuento y los nombres tanto del supervisor como del encuestador con su respectivo código y el número total de Viviendas y hogares registrados.

Una parte central que consta de 9 puntos cuyo objeto era recolectar la siguiente información:

1. No secuencial general : número consecutivo para identificar el hogar.
2. No secuencial de las viviendas encontradas
3. No secuencial Hogares para determinar el total de hogares encontrados por vivienda
4. Nombre y apellido del jefe del hogar.
5. Dirección o señal.
6. Registro del tipo de edificación encontrada si es Residencial – R, si es comercial C, industrial I, Mista –M u Otra O
7. Observaciones

Proceso de recolección de información

Este proceso inició con la selección de viviendas a visitar por parte del equipo de muestreo a partir de la información capturada en los formatos de enlistamiento, se realizó la selección para la aplicación de formularios tipo 1 y tipo 2:

Para el proceso se contó con el Formulario denominado Encuesta de Calidad de Vida y Salud para Bogotá 2009 – Prueba Piloto⁵ y los criterios definidos en el Manual de Recolección de Información⁶

⁵ Ver anexo 4 Formulario Segunda encuesta de capacidad de pago”

⁶ Ver anexo 5 Manual de recolección de información segunda encuesta de capacidad de pago.