

Colección
la seguridad
social en la
encrucijada



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

CID

Centro de
Investigaciones
para el Desarrollo



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Equidad y Salud

Debates para la acción

Editor y director del proyecto
Darío I. Restrepo



Colección
La seguridad social en la encrucijada



Colección
La seguridad social en la encrucijada

Equidad y salud Debates para la acción

TOMO 4



Secretaría

SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

CID

Centro de
Investigaciones
para el Desarrollo



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas

Calle 44 No.45-67 Bloque B4.

Teléfono: 316 5000 Ext 18711

www.cid.unal.edu.co

Secretaría Distrital de Salud

Calle 13 No. 32-69

Teléfono: 364 9090

www.saludcapital.gov.co

Primera edición, diciembre de 2007

ISBN: 978-958-701-932-2

© Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas
Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID

Darío I. Restrepo

Editor

Marcela Giraldo

Cordinación editorial

Martha Patricia Jiménez

Colaboración editorial

Formato Comunicación Diseño Ltda.

Diseño y armada electrónica

Gente Nueva Editorial

Impresión

Impreso en Colombia

Printed in Colombia

Secretaría Distrital de Salud

Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario de Despacho

Oswaldo Barrera Guauque
Director de Planeación y Sistemas

Zulema Jiménez Soto
Profesional Especializado Grupo de
Investigaciones y Cooperación Técnica

Gustavo Herrera Fonseca
Profesional Especializado Grupo de
Investigaciones y Cooperación Técnica

Universidad Nacional de Colombia

Moisés Wasserman
Rector General

Beatriz Sánchez Herrera
Vicerrectora General

Natalia Ruíz Rodgers
Vicerrectora Académica

Jorge Ernesto Durán Pinzón
Secretario General

Fernando Montenegro
Vicerrector Sede Bogotá

Facultad de Ciencias Económicas

Álvaro Zerda Sarmiento
Decano

Gustavo Junca Rodríguez
Vicedecano Académico

Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID

Darío Germán Umaña Mendoza
Director

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

Darío Indalecio Restrepo Botero
Director

Patricia Martínez Barragán
Coordinadora General

Investigadores del Observatorio

Óscar Fresneda Bautista
Nelly Caliz

Mario Esteban Hernández Álvarez
Félix Martínez Martín
Darío I. Restrepo
Óscar Rodríguez Salazar

Autores

Óscar Rodríguez Salazar
Félix León Martínez Martín
Óscar Fresneda
Paula A. Braveman
Mario Hernández Álvarez
Walter Flores
Iris Delgado
Liliana Jadue

Investigadores asistentes

Nelson Chaparro
Paola García
John Florián
César López

Contenido

	Presentación	11
	Introducción	15
1	Regulación macroeconómica y equidad	21
	<i>Óscar Rodríguez Salazar</i>	
	Características del régimen de acumulación en Colombia	25
	Limitaciones estatales para modificar la inequidad	35
	Las interacciones entre la regulación macroeconómica nacional y la dinámica local en el Distrito Capital	46
	Conclusiones	64
	Bibliografía	67
2	Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. Revisión conceptual	69
	<i>Félix León Martínez Martín</i>	
	La perspectiva ética y la perspectiva utilitaria	71
	El concepto de justicia distributiva	71
	La bifurcación de liberalismo: el utilitarismo y el liberalismo social	73
	Equidad en salud centrada en los derechos humanos	76
	El derecho a la salud y la seguridad social	79
	Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades	80
	El enfoque de equidad en salud	81
	Análisis de desigualdades	84
	Análisis de inequidades en salud o del efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la salud	84
	Variables de exclusión social (desventaja social) para el análisis de inequidad	85
	Exclusión social en Colombia	85
	Áreas de medición del impacto en salud de las desigualdades sociales	86
	Conclusiones y recomendaciones	90
	Bibliografía	99

3	<p>Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá 103</p> <p><i>Óscar Fresneda</i></p> <p style="padding-left: 20px;">Aspectos conceptuales y metodológicos 107</p> <p style="padding-left: 40px;">La operacionalización del concepto de equidad en salud 107</p> <p style="padding-left: 40px;">Las medidas de inequidad en salud 111</p> <p style="padding-left: 20px;">Marco de análisis para evaluar la situación de las inequidades en salud 113</p> <p style="padding-left: 40px;">La posición social 114</p> <p style="padding-left: 40px;">Contexto político e institucional 117</p> <p style="padding-left: 40px;">Determinantes sociales intermedios 118</p> <p style="padding-left: 40px;">Desigualdades en las respuestas 120</p> <p style="padding-left: 40px;">Estado de salud 122</p> <p style="padding-left: 40px;">Consecuencias sociales y económicas de la inequidad en salud 122</p> <p style="padding-left: 20px;">Información para la construcción de los indicadores del Observatorio 123</p> <p style="padding-left: 20px;">Anexo 1</p> <p style="padding-left: 40px;">Indicadores propuestos para el análisis y seguimiento de la equidad en salud en Bogotá 125</p> <p style="padding-left: 20px;">Anexo 2</p> <p style="padding-left: 40px;">Obtención y administración de la información 137</p> <p style="padding-left: 20px;">Bibliografía 142</p>
4	<p>Marco para un observatorio de equidad sanitaria 145</p> <p><i>Paula A. Braveman</i></p> <p style="padding-left: 20px;">¿Qué es equidad en la salud y asistencia médica? 147</p> <p style="padding-left: 20px;">¿En qué se diferencia el monitoreo de otras investigaciones?</p> <p style="padding-left: 40px;">¿Qué es un sistema de monitoreo? 150</p> <p style="padding-left: 20px;">¿Por qué monitorear la equidad sanitaria?</p> <p style="padding-left: 40px;">¿Por qué crear un observatorio de equidad sanitaria? 153</p> <p style="padding-left: 20px;">¿Cuáles son los componentes esenciales de un sistema diseñado específicamente para monitorear la equidad en salud y asistencia médica? 156</p> <p style="padding-left: 40px;">Panorama general y aspectos clave 156</p> <p style="padding-left: 40px;">Preocupaciones técnicas en el diseño de un sistema de monitoreo 158</p> <p style="padding-left: 40px;">Preguntas de investigación para monitorear la equidad sanitaria 159</p> <p style="padding-left: 40px;">Identificar los grupos sociales 161</p> <p style="padding-left: 40px;">Indicadores de salud y sus variables determinantes 163</p> <p style="padding-left: 40px;">Estimar las disparidades 165</p> <p style="padding-left: 40px;">Interpretación y aplicación de resultados 166</p> <p style="padding-left: 20px;">Conclusiones 167</p> <p style="padding-left: 20px;">Bibliografía 168</p>

5	<p>El pasado y el futuro del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá 173</p> <p><i>Mario Hernández Álvarez</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Por qué un Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá? 175 <ul style="list-style-type: none"> Fundamentos de la equidad en calidad de vida y salud 178 ¿Para qué y cómo funciona el Observatorio? 183 <ul style="list-style-type: none"> Monitoreo, evaluación e investigación sobre equidad en calidad de vida y salud 184 Comunicación, participación social y movilización por la equidad en calidad de vida y salud 188 Impulso de políticas públicas para la equidad en calidad de vida y salud 189 Evaluación del Observatorio 191 El Observatorio a futuro 191 Bibliografía 192
6	<p>Diseño del Observatorio de Inclusión Social de Mujeres Indígenas Rurales en Guatemala 195</p> <p><i>Walter Flores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Revisión breve de la experiencia internacional sobre observatorios 197 <ul style="list-style-type: none"> Resumen sobre observatorios 199 Análisis de viabilidad política y técnica de un Observatorio de Inclusión Social de Mujeres Indígenas Rurales en Guatemala 200 Objetivos 201 <ul style="list-style-type: none"> Objetivo general 201 Objetivos específicos 201 Posibles modalidades 202 <ul style="list-style-type: none"> Estrategia de comunicación de entes gubernamentales 202 Red de investigadores en el tema 202 Red que vincula academia con movimientos sociales 202 Alianza entre movimientos sociales, investigadores, academia e instituciones gubernamentales 203 Estructura técnica y operativa 203 <ul style="list-style-type: none"> Investigación 203 Fortalecimiento institucional 204 Fortalecimiento del marco legal y político 204 Fortalecimiento de la participación ciudadana 204 Comunicación 205 Alianzas estratégicas 205 Interrelación entre las líneas estratégicas 206 Estructura organizativa 206 <ul style="list-style-type: none"> Consejo directivo 206 Consejo académico 207 Socios 207 Establecimiento del carácter de asociado 209 Personal ejecutivo 210 Bibliografía 211

7	Evaluación del cumplimiento de objetivos sanitarios de equidad en salud en Chile	213
	<i>Iris Delgado y Liliana Jadue</i>	
	Inequidades en salud	216
	Equidad en salud y los determinantes sociales de la salud	216
	Metodología	217
	Indicadores de equidad en salud	219
	Resultados	219
	Inequidades en condiciones de vida y determinantes del nivel de salud	219
	Inequidad en la situación de salud	231
	Conclusiones	243
	Bibliografía	246
8	Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004)	247
	<i>Óscar Fresneda y Félix Martínez</i>	
	Fuentes de información y metodología	249
	Definición de mortalidad evitable	250
	Obtención de frecuencias	250
	Corrección de omisiones	251
	Cálculo de tasas	251
	Análisis de resultados	251
	La mortalidad evitable 1998-2004: tendencias generales	252
	La mortalidad materna	258
	La mortalidad evitable de menores de uno y cinco años	273
	Conclusiones	290
	Bibliografía	295
	Glosario	297

Presentación

El camino preparado y recorrido por el Plan de desarrollo *Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión* requiere del desarrollo de estrategias que se orienten a disminuir las inequidades en salud. Fundamentado en el establecimiento de condiciones para el ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos humanos integrales, su objetivo es construir en forma colectiva y progresiva una ciudad moderna y humana, incluyente, solidaria y comprometida con el desarrollo del Estado Social de Derecho, con mujeres y hombres que reconocen su ciudadanía y ejercen su diversidad.

A partir de concebir la salud como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá enfrenta los retos que implican lograr la igualdad y el derecho a la salud. Con este fin, emprendió la labor de recabar elementos conceptuales, políticos y estructurantes que optimicen mecanismos para alcanzar un desarrollo coherente y consistente.

Concebimos el derecho y la equidad como elementos estructurales del desarrollo de la ciudad, y la equidad como un principio de igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos. Por tanto, es necesario desarrollar o fortalecer políticas que promuevan la redistribución progresiva de los bienes primarios y la eliminación sistemática de las desigualdades injustas y evitables, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables y en situación de desventaja social.

Buscamos caminos que hagan más exigible el derecho a la salud, por medio de consensos sociales en torno al mismo, pasando por la sinergia de lo político y lo técnico; en consecuencia, el proceso se inició con discusiones conceptuales alrededor de la relación estrecha entre la salud, la posición social de los individuos y las comunidades, y los determinantes políticos, económicos y culturales subyacentes. Aun cuando muchos de estos determinantes están por fuera del sector, el sistema de salud tiene numerosos campos de acción para intervenir, directamente o mediante el trabajo transectorial, en la reducción de las inequidades.

En materia social tenemos la necesidad apremiante de garantizar estrategias y herramientas que favorezcan la visibilización de las inequidades y el ejercicio del derecho a la salud. Por esta razón, con el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia estamos estructurando el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud, como herramienta para alcanzar tal fin. Los avances en el acercamiento a las orientaciones conceptuales y metodológicas se han dado de la mano de un nutrido grupo de académicos y técnicos, con quienes hemos alcanzado un acuerdo en el enfoque de equidad en salud que parte de las siguientes premisas:

- ☐ No todas las desigualdades son necesariamente inequidades, pero todas las inequidades son desigualdades
- ☐ Todas las desigualdades injustas y evitables y que producen pérdidas de calidad de vida o salud son inequidades
- ☐ Las inequidades son la expresión de un concepto de justicia social. La inequidad en salud es el reflejo y la consecuencia de lo social
- ☐ Las desigualdades sociales producen efectos medibles en términos de salud
- ☐ La valoración ética debe quedar en el campo de la justicia o injusticia de las relaciones sociales o inequidad social
- ☐ En el análisis de la inequidad interesa, por tanto, la búsqueda de las desigualdades en salud asociadas a ventajas o desventajas sociales o atribuibles a diferencias en la condición o posición social.

Con base en estos principios, la Secretaría Distrital de Salud ha desarrollado múltiples acciones para reducir la inequidad en salud en la capital, entre las que se pueden destacar:

- ☐ La garantía de la atención en salud en toda la red distrital de instituciones prestadoras de servicios a las personas desplazadas por la violencia que han llegado a Bogotá.
- ☐ La atención prioritaria a las niñas y los niños en las salas ERA (enfermedad respiratoria aguda), con lo que el sobrecupo en camas hospitalarias pediátricas ha disminuido 60%.
- ☐ La lucha por reducir la mortalidad infantil por enfermedad respiratoria aguda, alcanzando una disminución de 22%.
- ☐ La ampliación en la cobertura de aseguramiento en el régimen subsidiado de salud, mediante la focalización de subsidios a la demanda en los niveles I, II y III del SISBEN (Sistema de identificación de beneficiarios).

- ▣ El crecimiento en la asignación de recursos del presupuesto a la red pública hospitalaria en Bogotá, que permite atender sin discriminación o barrera de acceso, con acciones colectivas de alta externalidad, a la población asegurada y no asegurada, mejorar las condiciones ambientales y la prestación de servicios de salud a la población no asegurada.
- ▣ Con la estrategia de atención primaria en salud (APS) y con el programa Salud a su Hogar se han cubierto diecisiete localidades, en donde se caracterizaron familias y personas. Esa estrategia ha permitido desarrollar acciones concretas en los microterritorios, que buscan mitigar la inequidad, como la complementación a los menores de un año en los esquemas de vacunación, el aumento incremental de los controles de crecimiento y desarrollo a los niños y las niñas caracterizados y de control prenatal de mujeres gestantes, identificando y dirigiendo acciones frente a los problemas de desnutrición crónica y aguda. Además, hemos buscado fortalecer los procesos de participación ciudadana en los diferentes espacios de planeación local.

Desde el sector entendemos que el trabajo por la equidad en salud es, a su vez, una lucha por la justicia social que demanda el esfuerzo coordinado de los diferentes actores, en la medida en que los factores que la condicionan, la determinan y la reproducen son de gran magnitud y de características variables y complejas.

Los esfuerzos hacia la equidad deben orientarse a la inclusión de sectores tradicionalmente excluidos y ubicados en posiciones de desventaja con respecto al resto de la sociedad, como es el caso de las mujeres gestantes y lactantes, las niñas y los niños, los adultos mayores, la población con discapacidad, los indígenas e indigentes y las poblaciones afro y LGBT, (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales) entre otros.

Las desigualdades en salud no se pueden eliminar simple y llanamente mediante el aseguramiento en salud o con acciones desarticuladas; a ello hay que sumarle un programa de alcance transectorial por la eliminación de la pobreza. Al mismo tiempo, se deben conjugar estrategias que garanticen el acceso a los servicios, el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud y, en general, una política de ingresos mínimos y de educación que llegue a todos los niveles de la estructura social y no solo a los grupos más pobres o en peor condición, pues las inequidades golpean también a los sectores medios de la sociedad.

De ahí que, para disminuir inequidades en salud y calidad de vida, el Estado deba asegurar de manera integral a la población el acceso efectivo y de calidad a la educación, la cultura, la recreación, el deporte, la seguridad alimentaria y nutricional, el empleo y el mejoramiento de infraestructura en servicios. De allí que el trabajo por

la equidad en salud comprometa una dimensión multidisciplinaria y transectorial, con la participación de las instituciones y los organismos de la sociedad civil.

Estamos seguros de que el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud es el dispositivo que podrá potenciar y fortalecer esta dinámica de trabajo en la ciudad. Esto es posible en la medida en que materializa el diseño de un sistema para el monitoreo y la investigación de la equidad en salud, del que se espera obtener la alerta ante posibles desigualdades en salud, y su valoración en términos territoriales y sociales. Este proceso se hace con una perspectiva temporal, que contribuya a adoptar decisiones orientadas a preservar y a conseguir la máxima equidad en salud y el mejoramiento efectivo de las condiciones de vida de los ciudadanos de Bogotá.

Así mismo, deberá propiciar un ejercicio de ciudadanía y de construcción colectiva en salud, basado en la comprensión general de esta como un bien público y de principio fundamental para el desarrollo. De allí que la participación social se convierta en un medio y en un fin en sí misma, cuando se trata de visibilizar las inequidades, resultado de las desventajas sociales, para ponerlas en el debate público en aras de propiciar su superación.

El desarrollo de este proyecto se ve favorecido por la voluntad política de la administración distrital y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para su ejecución, la existencia de información confiable y la calidad de los recursos humanos que se encuentran comprometidos en el mismo.

El enfoque promocional de la salud asumido por la Secretaría ha significado que es posible desarrollar capacidades y estrategias para responder al desafío que demanda el problema de las inequidades en salud en el mundo.

Recordemos, ¡la salud no es un favor, es un derecho!

Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario de Salud de Bogotá

Introducción

El libro que el lector tiene en sus manos es la séptima publicación del Grupo de Protección Social (Grs), y la primera del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá. Es objetivo del grupo de investigación apoyar todos los pasos que conduzcan a una cobertura universal de la protección social, como requisito para la existencia de una sociedad justa y democrática.

En una sociedad de mercado, quien no posea suficientes ingresos para proveerse bienes y servicios básicos, tales como salud, educación y seguridad social, no goza de sus derechos de ciudadanía social, así posea el derecho al voto. Es por eso que las limitaciones de mercado al acceso a la protección social son caldo de cultivo para regímenes de gobiernos populistas de derecha o izquierda, prácticas políticas clientelistas y sistemas de representación cerrados, poco transparentes y de difícil acceso.

Una sociedad que no garantiza el derecho al trabajo, atención a los riesgos sobre la salud derivados de la actividad económica y un ingreso digno, bloquea la movilidad social, reproduce la marginalidad y la trampa de la pobreza. También, muchos estudios asocian bajos niveles de protección social con una incapacidad de asegurar mecanismos de control social y participación democrática de los ciudadanos en las políticas de interés colectivo.

Ni la caridad pública, religiosa, social, comunitaria o privada, ni subsidios esporádicos o programas circunstanciales de focalización, tienen la vocación de superar de manera definitiva los impedimentos individuales y familiares para el acceso a la protección social. La historia del siglo xx demuestra que se requieren ciertos regímenes de acumulación y crecimiento económico, instituciones públicas masivas, robustas y especializadas, y sistemas políticos representativos de los intereses de los ciudadanos, para que se garantice el derecho a la protección social. Sin embargo, la ideología del mercado libre, proclive a privatizar activos, funciones y recursos públicos, pretende volver compatible la construcción de la ciudadanía social y las rentas privadas. Dicho de otra manera, hacer de los compo-

centes de la seguridad social un buen negocio y subordinar la ampliación del acceso a la salud y las pensiones a la extensión de las rentas de las empresas aseguradoras. Extender la realización de los derechos sociales a través de la masificación de los negocios privados y construir la ciudadanía social mediante la garantía de las rentas privadas, tales son los retos discursivos de los reformadores de las últimas décadas.

El Grupo de Protección Social ha realizado cuantiosos estudios, todos concluyentes con propuestas específicas para mejorar el sistema de protección social existente. Así se han generado iniciativas para garantizar y mejorar los aspectos financieros de las políticas, defender el patrimonio público en el régimen de contratación, perfeccionar la concurrencia entre niveles territoriales en la prestación de servicios, fortalecer las instituciones prestadoras de servicios y las administraciones territoriales, estimular el control social y la participación ciudadana en la construcción pública de las políticas sociales.

El ya voluminoso acervo de reformas propuestas y gestionadas está articulado por el principio del derecho a la ciudadanía social, no subordinado a una posición social específica; es decir, un acceso universal a bienes, servicios y espacios de representación, sin discriminación por ingresos, género, territorio, cultura u otro motivo de diferenciación social.

La conclusión de este esfuerzo es el carácter perfectible de las políticas, pero también una profunda y reiterada duda sobre el eje mismo de las reformas a los sistemas de protección social, iniciados en la década del noventa del siglo pasado. Una y otra vez, la relación entre derechos sociales y rentas privadas termina no solo en la subordinación de los derechos, por el imperativo de la utilidad, sino en la negación de los derechos ciudadanos por la voracidad de las rentas financieras, aliadas a la corrupción y las redes privadas que se apropian de los bienes públicos: el patrimonialismo.

La reforma a la seguridad social ha generado unas reglas que no pueden sino estimular incentivos perversos, los cuales la mantienen en una crisis de legitimidad ante la opinión pública. Con el aumento de coberturas de aseguramiento se endosan cuantiosos recursos públicos a empresas privadas; y mediante sistemáticas barreras al acceso, la baja oportunidad y la mala calidad en la atención, se garantizan las utilidades. Por esta causa, se debilitan las acciones de promoción y prevención, se sacrifican los diagnósticos y los tratamientos especializados y se desperdicia la tecnología y el conocimiento médico existente.

Después de catorce años de comenzada la gran reforma a la seguridad social, más de la mitad de las tutelas interpuestas contra las aseguradoras y los prestadores son motivadas en la negación de los servicios a los que el ciudadano tiene reconocido derecho. La violación permanente de los derechos ciudadanos solo se explica por el afán de hacerse a los recursos públicos sin invertirlos en sus fines establecidos. Somos así testigos de una gigantesca desviación de recursos públicos, de una flagrante violación a los contratos y de una sistemática violación de los derechos fundamentales que la Carta política de 1991 pretendió defender.

En esta circunstancia, el Grupo de Protección Social sigue explorando la superación del asistencialismo, la focalización esporádica y la apropiación de los componentes de la seguridad social por el clientelismo político y el mercado de competencia rentista. También, explora los condicionantes estructurales que impiden la universalización de la protección social, realiza estudios y formula propuestas que contribuyan a crear políticas e instituciones de protección social universales de carácter permanente.

En esta búsqueda se ha adoptado la reivindicación de la equidad. El concepto de equidad, en vez de usar uno más común como el de pobreza, es altamente significativo. Se puede luchar contra la pobreza reproduciendo y ampliando la dependencia del beneficiario respecto de las clientelas políticas y tecnócratas. Por desgracia, así ocurre en la mayoría de países latinoamericanos. Además, se reducen los márgenes de la pobreza sin garantizar instituciones, presupuestos y sostenimiento de los programas. También, se aminoran las distancias que separan a las personas de los estándares a partir de los cuales hemos decidido que ya no son pobres; y, al mismo tiempo, se acrecienta la concentración del ingreso y de las oportunidades y se reproducen las dinámicas de sociedades segregadas, con altos niveles de discriminación.

En algunos países el sistema de seguridad social es el principal instrumento en contra de las discriminaciones e inequidades que genera la sociedad de mercado y las diferentes discriminaciones derivadas de la posición social. En Colombia, el actual sistema perpetúa odiosas segmentaciones sociales, que son discriminaciones a los derechos sociales básicos y, por tanto, contradicen el alcance de la ciudadanía para todos. Hasta ahora, la existencia de dos regímenes de aseguramiento y de una población no asegurada, pero atendida con recursos públicos, generó diferentes derechos ante la salud y la enfermedad, así como ante las instituciones prestadoras de servicios y las empresas aseguradoras. Más de una veintena de millones de colombianos no tienen derecho a padecer ciertas enfermedades, las cuales están excluidas de los planes del aseguramiento subsidiado y parcial, a tiempo que son cubiertas en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo.

La lucha por la equidad, claro está, asume plenamente aquella contra la pobreza, porque es precisamente la población de bajos ingresos la que más sufre la discriminación y las inequidades. En las propuestas pro equidad, la lucha contra la pobreza se inscribe en una estrategia que persigue disminuir las gigantes asimetrías en el acceso a derechos de ciudadanía social que se derivan de la posición social de las personas.

En otras palabras, en la apuesta por la equidad, la cantidad de ingresos, el nivel cultural y educativo, el género, la pertenencia a una etnia minoritaria, el lugar de residencia o el territorio de origen, y las prácticas sexuales no justifican la segregación de las poblaciones, la negación de derechos y el tráfico con las discriminaciones. La opción por la equidad es aquella por una sociedad justa y democrática, en la que se lucha contra las dinámicas que reproducen las condiciones mediante las cuales se niegan derechos sociales y políticos a toda la población.

En desarrollo de esta orientación, el Grupo de Protección Social, en convenio con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, emprendió el diseño de un Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá. La experiencia, las opciones teóricas, los temas y la evolución de los alcances de varios observatorios extranjeros sobre equidad fueron revisados. Un tema que demandó cuantiosas y apasionadas discusiones fue el análisis de las dinámicas estructurales mediante las cuales se generan encadenamientos discriminatorios evitables. Finalmente, se convocó un seminario internacional con entidades nacionales afines al tema y expertos extranjeros de gran experiencia en la materia. Unas y otros expresaron posiciones y formularon recomendaciones que mejoraron aspectos teóricos y metodológicos necesarios en la construcción de un observatorio para la equidad en calidad de vida y salud.

De esta manera, los artículos de este libro son el resultado de una particular apropiación del conocimiento y la experiencia de años de debate e implementación de instrumentos de análisis y acción sobre la seguridad social. Ellos aclaran los objetivos, la estructura y las acciones de dicho observatorio. También, exponen los grandes condicionantes económicos, políticos e institucionales que reproducen las inequidades en calidad de vida y salud, a pesar de la existencia de un importante gasto público social. Se explican, además, los indicadores del observatorio, y una aplicación práctica demuestra las inequidades en el derecho a la vida, a través del análisis de muertes por causa evitable. Finalmente, se presentan las experiencias de observatorios de equidad en Guatemala y Chile, los cuales dan ejemplo de la variedad de temas que se pueden trabajar y la pertinencia de las recomendaciones para forjar sociedades más justas.

El observatorio mide, analiza, investiga, evalúa y recomienda políticas. Más allá, sirve de instrumento para estimular el debate público sobre las causas de las inequidades y las acciones a emprender. Mediante varios instrumentos de comunicación convoca a la movilización social e institucional en pro de la equidad. Una escuela en formación de derechos para la equidad completa el arsenal de instrumentos proactivos del observatorio, y hace énfasis en la producción social de conocimiento sobre expectativas, ejemplos, propuestas y concepciones de equidad en calidad de vida y salud.

A comienzos del siglo *xxi*, la universidad pública reitera su compromiso con la elaboración de respuestas concretas para una sociedad justa y democrática. En esta briega, la alianza con el sector público es estratégica y demanda el mutuo reconocimiento de las autonomías relativas entre la academia, los funcionarios y los políticos. Esperamos que el lector y la opinión pública en general sepan apreciar esta apuesta renovada; ojalá algunos encuentren de interés y motivo de inspiración los trabajos consignados en este libro.

Darío I. Restrepo

Director Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud
Profesor Universidad Nacional de Colombia



Regulación macroeconómica y equidad

Óscar Rodríguez Salazar*





Las sociedades de mercado, como la colombiana, son profundamente inequitativas¹, la propiedad sobre los medios de producción y la apropiación privada del excedente económico sustentan estas inequidades². Sin embargo, la manera como se enfrenten los conflictos redistributivos existentes en el seno de sociedades (entre renta y capital, capital y trabajo, el conjunto de la sociedad y el sistema tributario o entre las diferentes unidades de capital), así como la forma de Estado que se adopte, pueden atenuar o exacerbar la falta de equidad.

Por ejemplo, en los Estados de Bienestar que se construyeron en algunos países europeos, en la posguerra, el compromiso de tipo keynesiano logró menguar las inequidades en la medida en que se presentó un activismo fiscal de carácter redistributivo y a la par se garantizó un gasto social fundado en la ciudadanía social³. Algo diferente se podría sostener respecto a las reformas denominadas "promercado" mediante las cuales la reconstrucción neoliberal del capitalismo aumentó la concentración del ingreso, generó mayor exclusión social y acentuó la inequidad.

Por su parte, en América Latina la ola de reformas de la década de los noventa acrecentó la volatilidad económica y la vulnerabilidad social, provocando entre sus resultados la profundización de las inequidades debido a que los países de la región no contaban con sistemas desarrollados de protección social. Tales transformaciones están enmarcadas en la tercera fase del proceso de globalización⁴, que se inicia con la crisis de mediados de los setenta y se caracteriza por el libre movimiento de

¹ La teoría de justicia de Rawls es "indiferente ante la naturaleza explotadora o no explotadora de los distintos modos de producción y con inclinación natural a concebir a la economía de mercado y a una democracia de propiedad privada como los ámbitos más favorables para la construcción de una sociedad justa" (Boron, 2003:59).

² Para Marx el modo de producción capitalista dotado de la más fabulosa capacidad de creación de riqueza de la humanidad, la misma se concentra cada vez más en pocas manos.

³ La literatura sobre el desarrollo de los Estados de Bienestar es abundante, se podría consultar Rosanvallon (1986), Jessop (1992), Lautier (1995), Therét (1995), Rodríguez Salazar (2001).

⁴ Según la CEPAL (2002), Maddison (2002) y el Banco Mundial (2002), en la historia de la globalización se pueden distinguir tres periodos: el primero va de 1870 a 1910, y se caracteriza por la libre movilidad de mercancías y de mano de obra; el segundo de 1945 a 1975, cuyo rasgo central es la creación de un marco institucional de regulación macroeconómica internacional mediante la firma del Pacto de Breton Woods y de organismos como el BIRF y el FMI; y el tercero, de 1975 a 2002, se caracteriza por una globalización financiera, restricciones a la libre movilidad de la mano de obra y por la globalización de los valores (acuerdos y convenios que se firman con la ONU sobre diversos temas: igualdad de derechos de género, protección a la infancia y la Corte Penal Internacional, entre otros). En este tercer periodo las mayores beneficiarias son las compañías multinacionales, e, igualmente, se destacan el significativo avance tecnológico construido sobre la microelectrónica, las transacciones en tiempo real y el gran desarrollo de las telecomunicaciones.

capitales y mercancías, y grandes restricciones al flujo de la fuerza de trabajo. Así, los cambios estructurales que se auspiciaron en este continente buscaban la desregulación de los mercados y el avance en el movimiento privatizador.

La reforma del sistema de protección social, que se puede considerar como parte de la segunda fase de la reforma financiera, fue auspiciada por los conglomerados económicos nacionales que vislumbraban en el aseguramiento social un buen negocio (Salama y Valier, 1994). En este escenario, si bien se firman acuerdos sobre derechos humanos y sistemas de protección social, agenciados por la ONU y sus instituciones, los grandes beneficiarios son las compañías multinacionales y el sistema financiero.

Con miras a justificar las transformaciones en la política económica, e instaurar un modelo en el que el mercado se convierta en el organizador de la sociedad, los reformadores enfatizan la idea del agotamiento del modelo de sustitución de importaciones, al que, además, se le responsabiliza del déficit fiscal, la caída del ritmo de crecimiento económico, la inflación y, en últimas, los niveles de exclusión que presenta la sociedad colombiana⁵.

La concepción que se impone: promover reformas a favor del mercado, subraya que el objetivo de la política económica es garantizar los equilibrios macroeconómicos, en especial el equilibrio fiscal. Esta opción política en materia económica permite la articulación de los intereses de los grupos económicos internos con los condicionantes externos derivados de la "monitorías" de la banca multilateral; en efecto, con la adhesión al Consenso de Washington se trazan las directrices de lo que debía ser la acción del Estado vis a vis del mercado⁶.

Las reformas a favor del mercado, en un contexto de globalización, facilitan los cambios en las formas de organización productiva cuyo impacto más notable está en el mercado laboral y, por su intermedio, en el nivel de pobreza. Dicho nivel

se relaciona estrechamente con factores propios de la calidad del mercado de trabajo, en especial el desempleo, el número de ocupados con bajos ingresos

⁵ "La llamada crisis fiscal del Estado que estalla a mediados de los años setenta no es otra cosa que la expresión del conflicto entre los imperativos de acumulación burguesa, las renovadas exigencias presupuestarias que supone el sostenimiento del Estado de Bienestar, y la intransigencias de los propietarios de los medios de producción a financiar, vía impuestos a los patrimonios y las ganancias, el aumento del gasto público" (Boron, 2003:59).

⁶ Las principales recomendaciones de este Consenso eran: 1) mayor disciplina fiscal, es decir, reorientación del gasto público hacia sectores que "ofrecían altos rendimientos económicos y potencial para redistribuir el ingreso, como la atención básica en salud, educación primaria y la infraestructura"; 2) reforma fiscal tendiente a reducir la tasa marginal y aumentar la base tributaria; 3) liberación comercial; 4) liberación de la tasa de interés; 5) búsqueda de una tasa de cambio competitiva; 6) liberación de los flujos de inversión de inversión externa directa; 7) privatización; 8) desregulación, con el fin de facilitar que los agentes puedan entrar y salir de los mercados y 9) asegurar los derechos de propiedad.

laborales y el subempleo por insuficiencia de horas (que en términos operacionales se define como las personas que trabajan menos de un límite de horas establecidas y desean trabajar más horas (Orr, 2006:19).

En América Latina el 80% de los ingresos del hogar provienen de las remuneraciones del trabajo y su desigual distribución explica la notable desigualdad en el ingreso total de la región, con datos de 2005, en muchos países se observa que el ingreso laboral promedio del decil más alto es 100 veces mayor que el del decil más bajo (Orr, 2006:12).

Por tanto, para examinar los problemas de inequidad en salud es preciso determinar el régimen de crecimiento o de acumulación⁷, las peculiaridades que asume el comportamiento del mercado laboral y, por último, las repercusiones que en salud tienen esos determinantes estructurales. Estos son los temas a desarrollar en las siguientes páginas.

Características del régimen de acumulación en Colombia

En Colombia, al igual que en América Latina, el régimen de dominación financiera instaurado en la década de los noventa, sumado a la adopción de una nueva forma de inserción en el mercado mundial, creó una dinámica económica con altos niveles de volatilidad y vulnerabilidad (Cid, Contraloría General de la República, 2003). La relativa estabilidad de la economía hasta la época en que América Latina enfrentó el problema de la deuda se quebró con las reformas de segunda generación, cuando se empezaron a registrar mayores variaciones en la tasa de crecimiento. La crisis del periodo 1998-2002, en el que se registraron tasas inferiores al crecimiento demográfico, llevó a un empobrecimiento de la población que, acompañado de una mayor concentración del ingreso, condujo a una sociedad más desigual y excluyente.

De otra parte, la sociedad colombiana se caracteriza por contar con una oferta abundante de mano de obra, no solo por el crecimiento demográfico sino también porque con la reducción de los ingresos del hogar se crean incentivos para vincularse al mercado de trabajo. Este comportamiento entra en colisión con la restringida demanda laboral que hacen las empresas y el propio Estado, lo que repercute en altas tasas de subempleo y desempleo.

⁷ El régimen de crecimiento en su acepción más general intenta periodizar en el largo plazo los motores del crecimiento periodo a periodo. "Por ejemplo las exportaciones, la especificidad de las instituciones, las particularidades de la relación salarial (salario directo e indirecto), el tipo de distribución del ingreso (más o menos igualitario). Cada uno de estos elementos constitutivos de un régimen de crecimiento pueden cambiar sustancialmente y especificar así el pasaje a un nuevo régimen de crecimiento. Nótese que los estudios econométricos del mainstream en su análisis de panel ignoran en general las periodizaciones, mezclando alegremente diferentes periodos" (Salama, 2005:36).

Cada año la

población colombiana se incrementa en un promedio de 700.000 personas, sin contar la migración al resto del mundo, las mismas que, por razones de edad, se van incorporando en forma paulatina a la población en edad de trabajar (PET) y a la población económicamente activa (PEA). Al mercado de trabajo ingresa anualmente un promedio de 420.000 personas, entre hombres que ejercen su derecho al relevo generacional y mujeres que incrementan su participación activa. En los últimos catorce años se generaron, en promedio, 330.000 nuevos puestos de trabajo, los cuales son insuficientes para absorber la nueva masa de trabajadores, con lo que cada año hay un promedio de 90.000 nuevos desempleados (CID, 2007).

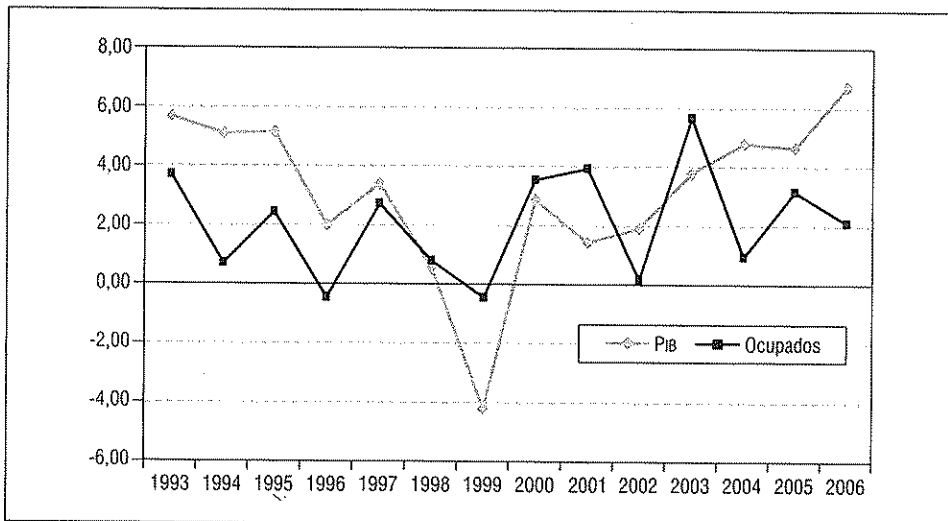
En los años recientes la recuperación económica no ha corrido pareja con una mayor generación de empleo. En el gráfico 1 se puede apreciar cómo la tasa de crecimiento del PIB entre 2004 y 2006 no se acompaña de un aumento en la tasa de ocupación. Según el CID (2007) el mayor dinamismo de la economía responde en primer lugar a una mayor inversión, en segundo término al cambio técnico y por último a una modificación metodológica en la Encuesta de Hogares. Las nuevas tecnologías, particularmente las construidas sobre la informática, han contribuido a la sustitución de mano de obra por capital, esto se puede vislumbrar especialmente

GRÁFICO 1



PIB Y PERSONAS OCUPADAS EN COLOMBIA

Tasas de variación (%) - Período 1993-2006



Nota: Total de ocupados, tercer trimestre de cada año. Para 2006 se supuso una tasa de ocupación de 54,8% similar a la del año anterior.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta Nacional de Hogares (ENH) y Encuesta Continua de Hogares (ECH), cálculos OCSE.

en aquellas actividades que requieren procesos más complejos o personal más calificado como sucede en el sector financiero, en algunos ramos de la industria y del comercio. Tal proceso es independiente del cambio en la metodología de cálculo aplicada en la Encuesta Continua de Hogares (ECH).

La sobreoferta de mano de obra, la condición de periferia de la economía colombiana y la globalización financiera en que está inserta la economía nacional repercuten en que el régimen de acumulación de capital en el país, apoyado en varias reformas laborales (Ley 50 de 1990, Ley 797 de 2002), provoque una flexibilización del mercado de trabajo, que genera una pobreza "laboriosa": reducción de los ingresos salariales, informalidad, terciarización y trabajo precario. En el contexto de la globalización financiera, la preocupación por disminuir los costos ha conducido a que ante la imposibilidad de reducir los costos financieros el recorte se haga a través de una creciente sustitución de empleos estables por ocupaciones precarias y sin protección, lo que sumado al incremento del desempleo ha servido como catalizador del incremento de la pobreza⁸.

En Colombia se ha instaurado un régimen de bajos salarios en el que los aumentos de la productividad no se ven reflejados en crecimientos salariales. Los jefes de hogar son los más afectados por la reducción de sus ingresos, y tal afectación conduce a que otros miembros del hogar salgan a buscar trabajo aumentando, de esta manera, la tasa global de participación. En 2003 esta tasa fue del 62,1%, con una población económicamente activa de 20,4 millones, la tasa de participación de las mujeres llegó al 50,6%, mientras que la de los hombres se mantuvo alrededor del 75%; en 2006 esta tasa disminuyó, ubicándose en 56,3%. Al considerar que la tasa de desempleo se situó en 14,3%, se concluye que para lograr su disminución se requiere que el número de ocupados aumente en una proporción mayor que la tasa de participación.

En los indicadores del mercado laboral (cuadro 1) se destaca que la tasa de desempleo de 2006 es superior a la obtenida en el periodo 1992-1998. Esa cifra muestra el fracaso de la Ley 50 de 1990, por cuanto los reformadores consideraban que al flexibilizar el mercado laboral la tasa de desempleo se ubicaría en niveles internacionales del 5%.

⁸ La reforma laboral del ministro Juan Luis Londoño tramitada bajo el nombre de Ley de Flexibilización Laboral (Ley 797 de 2002) redujo el valor de las horas extras, las compensaciones por dominicales, disminuyó la indemnización por despido y se exceptuó a los aprendices del Sena del pago del salario mínimo. Estas medidas se justificaron por cuanto se necesitaban crear 640.000 empleos—durante la primera administración del presidente Uribe— por encima de la tendencia histórica. Al evaluar el comportamiento del mercado laboral entre diciembre de 2002 y diciembre de 2006 solo se generaron cerca de 800.000 empleos, lo que significa que no superó la tendencia histórica (representada en dar empleo a 350.000 personas anuales); esto muestra el fracaso de la reforma, que adicionalmente se tradujo en la disminución de costos laborales.

CUADRO 1



INDICADORES DE MERCADO LABORAL


Septiembre de 1992 a 2006 (porcentajes)

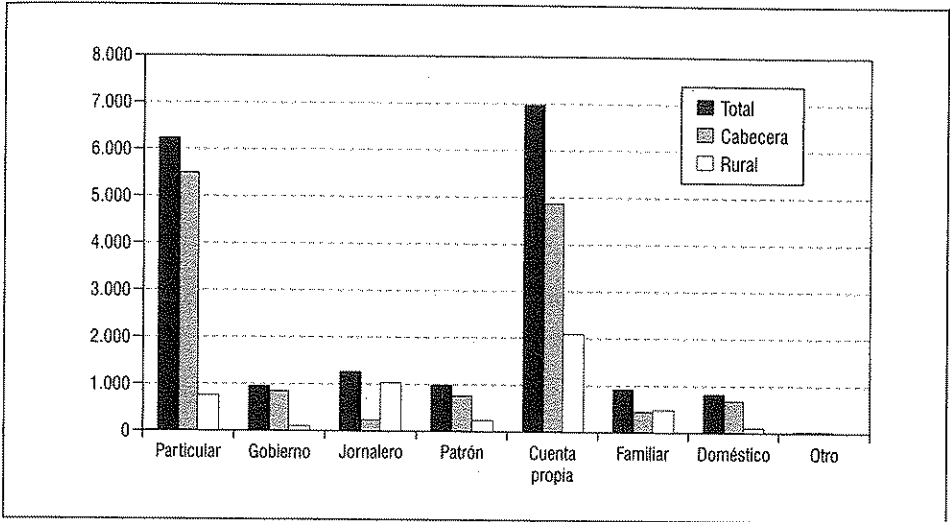
Año	Tasa de ocupación	Tasa de desempleo	Tasa general de participación	PiB
1992	52,5	7,4	56,7	4,4
1993	52,9	7,2	57,0	5,7
1994	52,0	7,1	56,0	5,1
1995	52,2	7,9	56,6	5,2
1996	50,9	9,6	56,3	2,1
1997	51,0	9,9	56,6	3,4
1998	51,3	12,3	58,6	0,6
1999	49,7	16,3	59,4	-4,2
2000	51,5	16,7	61,8	2,9
2001	53,3	14,7	62,5	1,5
2002	51,4	15,3	60,7	1,9
2003	53,2	14,3	62,1	4,1
2004	52,6	12,8	60,4	4,8
2005	53,2	11,5	60,1	5,1
2006	52,3	12,8	56,3	6,8

Fuente: DANE, Banco de la República.

La falta de seguridad jurídica que presenta el mercado laboral se manifestó nuevamente en la reforma laboral establecida por medio de la Ley 789 de 2002, expedida a nombre de un nuevo sistema de protección social, cuyo objetivo era el de reducir los costos laborales. Si bien entre 2002 y 2004 la ocupación aumentó en 939.095 puestos de trabajo, la mayor contribución la hicieron los trabajadores por cuenta propia (66,7%), situación que pone en cuestión el propósito de aumentar el empleo a través de la modalidad de contrato expuesto en la mencionada Ley (CID, Contraloría, 2006:69). Para 2006, como se puede apreciar en el gráfico 2, la categoría ocupacional denominada cuenta propia representó 38,2% del total del empleo generado, superando los puestos de trabajo demandados por el sector particular, y adicionando tres millones a la cifra de 1994, es decir, una ganancia en la participación de 10,8 puntos. Así que, al menos "el 80% de los nuevos puestos de trabajo generados en Colombia en los últimos quince años son clasificados como independientes" (CID, 2007).

Por su parte, el subempleo, es decir, los ocupados que desean y pueden trabajar más de las horas laboradas o cuyos ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades mínimas, se ha convertido en una característica insoslayable en el caso colombiano; a principios del siglo XXI el subempleo afecta a la tercera parte de


GRÁFICO 2  **ESTRUCTURA DEL MERCADO DE TRABAJO**
Según posición ocupacional, junio 2006



Fuente: ENH 2006, cálculos Cid.

los trabajadores. Dentro de este grupo, los subempleados por razones de ingreso constituyen más del 80% (cuadro 2), cifra que es perfectamente consistente con la dinámica de bajos ingresos laborales que se registra en el país. Durante 2005, el 73,8% de los ocupados ingresaron a las filas del subempleo, con contratos de tiempo parcial, de corta duración y con bajos ingresos, de tal forma que 36% declara recibir ingresos inferiores al mínimo.

Con esta dinámica de la ocupación no sorprende que cerca de la mitad de los trabajadores expresen su deseo de cambiar de ocupación. La insatisfacción en el empleo por las condiciones de trabajo o por los ingresos percibidos constituye

CUADRO 2  **PARTICIPACIÓN DE LAS DIVERSAS FORMAS DE SUBEMPLEO**
En el total de la ocupación, 2001-2003

	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)
Subempleo	34,9	35,1	33,1
Subempleo por insuficiencia de horas	15,1	14,0	13,9
Empleo inadecuado por competencias	3,5	3,1	2,9
Empleo inadecuado por ingresos	28,8	27,0	29,2

Fuente: DANE, ENH, total nacional.

un argumento sustancial para hablar de incremento de la precariedad en el mercado laboral colombiano.

Al realizarse una comparación de algunos indicadores de calidad del empleo entre 1992 y 2000 (cuadro 3) se encuentra que ha habido un notorio descenso en las condiciones laborales de la población: se han incrementado el trabajo temporal y la insatisfacción en el empleo, pero ha descendido el número de trabajadores con contrato laboral (lo cual es consecuente con lo que ya se ha comentado sobre empleo informal).

CUADRO 3



INDICADORES DE CALIDAD DEL EMPLEO

1992 y 2000

	1992	2000
Trabajadores temporales	18,8	29,5
Asalariados privados	20,4	30,9
Asalariados públicos	7,1	15,0
Asalariados con contrato laboral	80,4	57,3
Asalariados privados	82,2	61,9
Servicio doméstico	56,5	16,1
Trabajadores de tiempo parcial involuntario	4,7	10,3
Trabajadores que desean cambiar de empleo		47,5

Fuente: Universidad Externado de Colombia 2001, con base en ENH de siete áreas metropolitanas.

Otra forma de analizar la calidad en el empleo es la de establecer la relación entre sector económico y empleo generado. En 2003 se crearon 949.797 puestos de trabajo que es un volumen apreciable y superior al promedio que se venía generando en la última década (aproximadamente 300.000 empleos anuales). En 2003 el empleo creció en 5,7% y el PIB en 3,7% (Cib, 2004:35). Los sectores que reactivaron la economía fueron el de la construcción y minas, sin embargo, no generaron nuevos puestos de trabajo, por el contrario los redujeron y utilizaron la capacidad instalada que tenían en 2002. El sector agropecuario y el de servicio comunales, que tuvieron una participación débil en el crecimiento económico, contribuyeron con 510.000 nuevas oportunidades laborales, no obstante dichos empleos son de baja productividad y buena parte se logró con proyectos gubernamentales de emergencia. En los nuevos empleos permanecen los bajos ingresos, el independentismo y los nexos familiares: los trabajadores por cuenta propia y los familiares sin remuneración explican 642.000 en 67,9% de los nuevos puestos de trabajo.

El reino de la informalidad predomina en el mercado laboral colombiano. En la Encuesta continua de hogares realizada entre abril y junio de 2004, en trece áreas metropolitanas, se detecta que 59,83% del empleo total le corresponde al sector informal: más del 90% de las personas que se clasifican como trabajadores por cuenta propia son informales (cuadro 4), de los ocupados que se desempeñan como patronos 89,13% son informales, es decir, son propietarios de micro empresas o empresas de hogares.

CUADRO 4



POSICIÓN OCUPACIONAL SEGÚN FORMALIDAD E INFORMALIDAD

Posición ocupacional - Trece áreas metropolitanas 2004

Posición ocupacional	Formales		Informales		Ocupados	
	Personas	(%)	Personas	(%)	Personas	(%)
Trabajador familiar no remunerado		0,00	234.122	100,00	234.122	100,00
Obrero o empleado del particular	2'435.660	64,75	1'326.146	35,25	3'761.806	100,00
Obrero o empleado del gobierno	446.416	100,00		0,00	446.416	100,00
Empleado doméstico		0,00	460.779	100,00	460.779	100,00
Trabajador cuenta propia	251.594	9,91	2'286.391	90,09	2'537.985	100,00
Patrón o empleador	49.221	10,87	403.640	89,13	452.860	100,00
Otros ocupados	3.497	9,34	33.958	90,66	37.456	100,00
Total	3'186.389	40,17	4'745.036	59,83	7'931.424	100,00

Fuente: DANE, ENH, 2004.

Una de las características de los empleos creados en los últimos años en Colombia es la precariedad de su duración. Entre 1990 y 1994 el empleo temporal en las siete principales ciudades del país pasó de 15,8 a 17,3% de la ocupación total y se ubicó en 31% en 2000, en el caso de los asalariados del sector privado es evidente que el mayor porcentaje de empleo temporal se concentra en el sector informal.


Otra manera de registrar la inestabilidad laboral es a través de las modalidades de contratación. A partir de las reformas de los años noventa se ha venido profundizando la contratación a término fijo, que muestra una mayor incidencia sobre el personal de producción y en las empresas medianas y pequeñas.

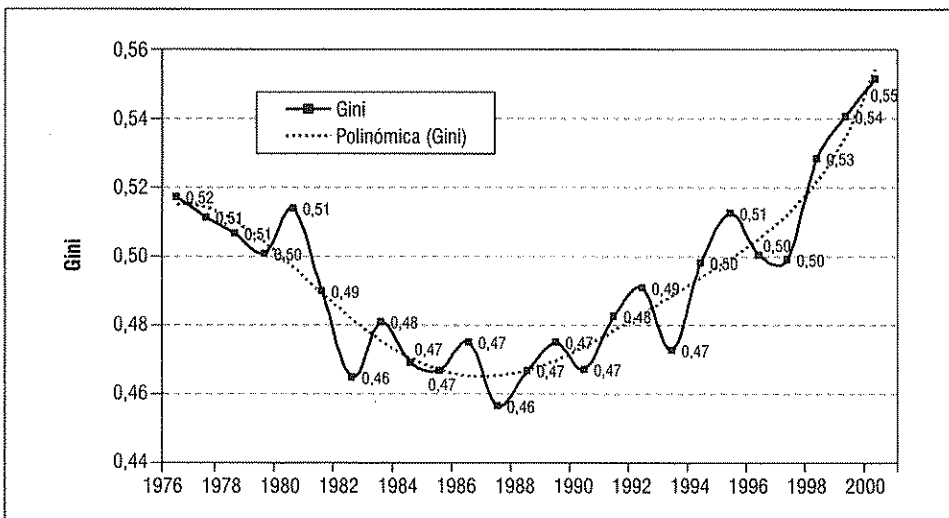
Esta fragilidad del empleo se ha visto reforzada con la ampliación del periodo de prueba de los trabajadores prevista en la Ley 50 de 1990 y a ella está recurriendo una buena porción de la gran empresa. Además, ha disminuido la incidencia de los contratos laborales, hasta 1992 más del 80% de los asalariados del sector

privado tenían contrato, mientras que en 2000 los amparados con este tipo de acuerdos constituían menos de dos tercios.

La dinámica del mercado de trabajo y la poca incidencia de la fiscalidad en Colombia, así como la crisis de finales del siglo xx, acentuaron la dinámica de concentración del ingreso. Un indicador como el coeficiente Gini puede aportar alguna evidencia empírica al respecto, en el gráfico 3 se observa cómo a partir de 1988 el coeficiente comienza una senda de crecimiento. En la Encuesta de Calidad de Vida de 2003 el coeficiente se ubica en 0,563, presentando una leve mejoría con relación a los reportado en 1997 por esta misma encuesta⁹.

Otra forma de ver la desigualdad en la sociedad es calcular la participación de cada decil de la población en el total de ingresos. Como lo señalan el Cid y la Contraloría (2006), en América Latina los países que tienen la peor distribución del

GRÁFICO 3  **EVOLUCIÓN DEL COEFICIENTE GINI**
1976-2000



Fuente: DANE.

⁹ Para el Cid (2004) "estos avances se deben mirar con precaución porque la distribución del ingreso es plana. En la Ecv de 2003, el ingreso promedio mensual de los hogares más ricos, los del decil 10, es de 4,5 millones de pesos. Los hogares con ingresos superiores no están incluidos y, obviamente, esto se refleja en una distribución del ingreso mucho mejor de la que se obtendría si en el decil 10 efectivamente estuvieran los hogares más ricos. A pesar de que esta distribución es aplanada, las desigualdades son enormes. En 1997 los ingresos del decil 10 eran, en promedio, 45,4 veces el decil 1. En 2003 la relación bajo a 39,5 veces".

ingreso son Brasil (0,591) y Colombia (0,567); les siguen Chile (0,571), Panamá (0,564) y Nicaragua (0,551). Según el Cid y la Contraloría (2006:59) tres rasgos caracterizan la situación colombiana:

a) como en ningún otro país, el 10% de la población más rica dispone de un ingreso (46,5%) tres veces superior al segundo 10% más rico (15,9%), restringiendo el papel de la llamada clase media; b) el 10% más rico (46,5%) concentra un ingreso superior al obtenido por el 80% de la población con menores ingresos (37,7%), lo que explica el elevado coeficiente Gini de la economía colombiana, y c) la magnitud de la pobreza la ilustran los limitados ingresos obtenidos por el 50% de la población más pobre (13,8%) o la del 60% (19,7%), que contrastan con las estimaciones de la MERP a mitad del periodo de Uribe, de 52,7% de pobres.

Como parte de esta profunda desigualdad que se presenta en la sociedad colombiana se podría mencionar la relación existente entre el salario real y las ganancias de las empresas. De acuerdo con el Cid y la Contraloría (2006:69) las

utilidades de las grandes empresas del país aumentaron en 400%, mientras que el salario mínimo crecía 5%. En líneas generales se puede afirmar que el sector financiero se concentra cada día más, las ganancias de las empresas aumentan más que los salarios, la distribución de la tierra empeora y los impuestos son cada vez más regresivos¹⁰.

Esta situación tiene un impacto directo sobre la magnitud de la pobreza. Como es bien conocido, una de las razones por las cuales se genera la pobreza en las economías de mercado son las dificultades para acceder al mercado de trabajo. El nuevo régimen de acumulación¹¹, instaurado a partir de las reformas promercado, se reconcilia con el crecimiento y la baja inflación, pero de otra parte es extremadamente frágil y no puede llevar a una baja duradera de la pobreza. El nivel de pobreza se relaciona estrechamente con factores propios de la calidad del mercado de trabajo, en especial el desempleo, el número de ocupados con bajos ingresos laborales y el subempleo por insuficiencia de horas (que en términos operacionales se define como las personas ocupadas que trabajan menos de un límite de horas establecidas y desean trabajar más horas) (Orr, 2006:19).

¹⁰ Según el Cid y Contraloría (2006:49) "el 55,6% de los propietarios y el 56,8% de los predios corresponden a una estructura de micro y minifundios menores de 3 hectáreas, los cuales disponen del 1,7% del territorio registrado catastralmente. Al otro extremo, hay un grupo de 2.428 propietarios, público y privados, que posee el 53,5% del territorio reseñado, es decir, 44 millones de hectáreas, para un promedio de 18.093 has. por propietario, o un territorio 6.000 veces más grande que el minifundio de 3 has. al que aspiran 2,3 millones de colombianos".

¹¹ Para el Banco Mundial "la entrada de países en desarrollo en los mercados mundiales de manufactura y servicio, el resurgimiento de la migración y los flujos de capitales han afectado la pobreza y distribución del ingreso entre y dentro de los países. Las políticas domésticas no relacionadas con la globalización también pueden afectar la distribución del ingreso" (Banco Mundial, 2002:28).

En la actualidad el crecimiento de la pobreza viene no solo de una insuficiencia en la creación de empleos sino también de la problemática duración del desempleo. Los dos espectros que dominan en los años noventa son la pobreza vinculada al empleo y la pobreza vinculada a la recesión. Por otra parte, las principales características del régimen de acumulación están profundamente marcadas por las nuevas reglas dominantes del juego liberal. Por este hecho,

la naturaleza de los empleos creados conduce a formas de pobreza modernas, análogas a las que se desarrollaron en la mayor parte de los países industrializados (Salama, 1999:193).

Entre las alternativas para medir la pobreza se encuentran el índice NBI, el índice de calidad de vida y la línea de pobreza (LP); los dos primeros son menos sensibles a la dinámica de los ingresos que el construido sobre LP¹². Utilizando este último se observa que el porcentaje de población bajo línea de pobreza aumentó del 55 al 66% entre 1997 y 2003, lo que pone de presente los efectos del ciclo económico y el comportamiento del empleo y de los ingresos. Para este mismo periodo el deterioro de los ingresos volvió pobres a 5,35 millones de personas, un volumen superior al incremento natural de la población; para completar, generó un total de 29 millones de personas con ingresos insuficientes para adquirir una canasta básica de bienes (CID, 2004:22).

De manera adicional, la caída de los ingresos de los hogares se puede observar en la forma como estas unidades institucionales ajustan su gasto. En 2003, el 60,3% del gasto de los hogares se destinó a la compra de bienes básicos (alimentos, vivienda y ropa), el 13,9% a salud, educación y esparcimiento, y el 25,8% a comunicaciones y servicios financieros. En la población de menores ingresos los bienes básicos equivalen al 74% del gasto, mientras que en la de altos ingresos es del 49,7% (CID, 2004:25).

¹² En la versión III de la investigación realizada por el CID para la Contraloría General de la República y presentada en 2006 se hace una síntesis de las diferentes metodologías utilizadas para calcular la línea de pobreza. El debate se centra entre los cálculos del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y Presidencia de la República y la Misión contra la Pobreza y la Desigualdad (MERPD), dependiente del DNP. El cálculo de LP se hace a partir de lo que se conoce como "la canasta vieja" cuyo origen se remonta al cálculo de la canasta realizada a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos de 1984-1985 y la llamada "canasta nueva", que data de esta misma encuesta pero realizada entre 1994-1995. El gobierno no aceptó estos cálculos y realizó un tercero conocido como la "canasta novísima", construida por la MERPD, con el deseo de volver comparable estas dos encuestas; además la misión imputó un conjunto de ingresos a los declarados por los hogares en las encuestas. Estos juegos estadísticos dan como resultado que para 2004 el 52,7% de la población esté por debajo de la línea de pobreza, mientras que los datos del CID y Contraloría arrojan como resultado el 66% de la población.


Limitaciones estatales para modificar la inequidad

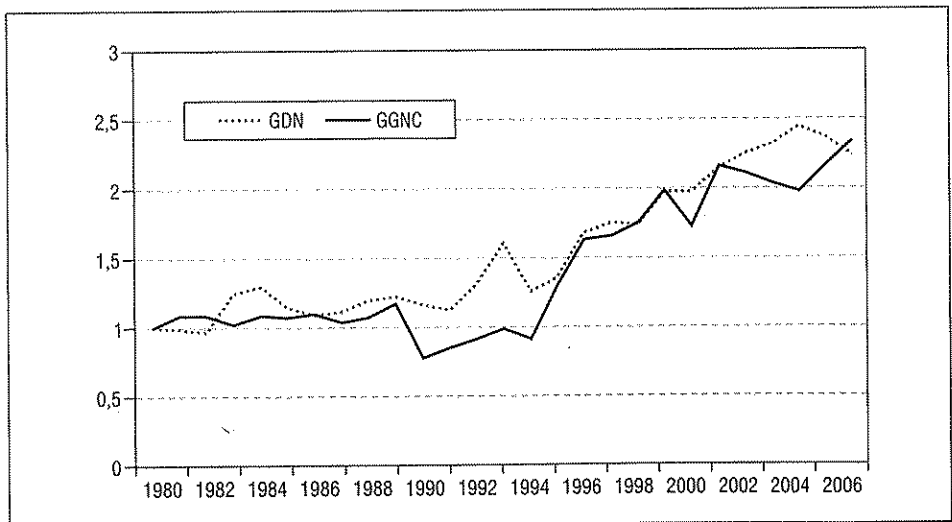
El radio de acción que tiene la política pública para modificar la tendencia en la concentración del ingreso encuentra sus límites en dos elementos: la magnitud del déficit fiscal y el plan de seguridad democrática. Con respecto al primero la financiación se hace por el camino de la deuda pública, interna o externa, lo que le resta flexibilidad para acometer un programa de inversión pública que solucione los altos niveles de desempleo o para disponer de mayores recursos con los cuales generar un sistema universalista de protección social. La prioridad dada al gasto militar influye en la misma forma, es decir, sacrificar la inversión para orientar el presupuesto a la guerra interna.

En el gráfico 4 se puede observar la evolución del gasto en defensa nacional (GDN) y el gasto del gobierno nacional central (GGNC) excluyendo los intereses de la deuda y el propio gasto militar, es decir, el gasto neto del gobierno central. El indicador es un número índice que toma el valor de 100 en 1980.

Como se anota en el informe de Macro-economía y bienestar del Cid (2007) se pueden

distinguir con claridad dos periodos en los cuales el gasto en defensa creció a ritmos mayores. El primero se presentó durante el mandato del presidente Gaviria

GRÁFICO 4  **EVOLUCIÓN DEL GASTO EN DEFENSA Y DEL GOBIERNO CENTRAL**
Sin intereses y sin gasto militar



Fuente: Moreno A, Junca G, Cid (2007).

y el segundo durante al primer mandato del presidente Uribe. En ambos periodos se buscó fortalecer la seguridad nacional, sin embargo, el objetivo explícito de combatir el terrorismo por medio de la acción militar sólo se hizo manifiesto en la agenda programática del presidente Uribe. Es importante anotar que en los cálculos no se incorporaron los recursos del Plan Colombia y otras donaciones que se han destinado al combate de los grupos al margen de la ley y del narcotráfico. Un hecho que vale la pena destacar es que al parecer las trayectorias de los dos tipos de gasto presentan una especie de efecto sustitución entre 2001 y 2006, es decir, cuando aumenta el índice del gasto en defensa, se presenta una caída de los otros rubros, y viceversa.

Existe un círculo vicioso en la deuda pública colombiana: deuda-déficit-deuda-déficit, esto significa que los nuevos créditos se destinan para pagar el servicio de la deuda, lo que tiene como impacto reducir la disponibilidad de recursos para financiar proyectos de inversión. Una de las modalidades para financiar la deuda pública interna es la emisión de Títulos de Tesorería (Tes); en los últimos años el 80% de los recursos recogidos por la venta de estos papeles ha sido utilizado para cancelar sus propios intereses. Según los cálculos del Cid, en 2003 los recursos de crédito público neto ascendieron a 13,6 billones de pesos, mientras que por intereses se pagaron 10,2 billones de pesos, es decir, el 78,2%.

El monto de la deuda tanto interna como externa se puede apreciar en el cuadro 5. En un lapso de nueve años la deuda, como proporción del PIB, creció en más del doble. Como tendencia general se observa, en primer lugar, que no hay

CUADRO 5



**DEUDA BRUTA TOTAL DEL GOBIERNO NACIONAL CENTRAL
Y RESTO DEL SECTOR PÚBLICO NO FINANCIERO**

1995-2005 (%PIB)

	Interna	Externa	Total
Diciembre 1995	11,8	14,2	26,0
Diciembre 1996	12,6	12,8	25,4
Diciembre 1997	15,4	14,5	29,9
Diciembre 1998	17,0	17,4	34,4
Diciembre 1999	20,2	21,7	41,9
Diciembre 2000	24,1	24,0	48,1
Diciembre 2001	26,9	27,0	54,0
Diciembre 2002	31,2	30,7	61,9
Diciembre 2003	31,6	29,6	61,1
Diciembre 2005	35,0	17,0	52,0

Fuente: Cálculos Cid.

fuertes diferencias de participación respecto de la fuente del financiamiento, pues el externo y el interno registran casi la misma proporción; en segundo lugar, que la mayor responsabilidad le compete al gobierno central.

Por su parte, la composición del gasto, C1D (2004:124), revela tres aspectos determinantes

del actual proceso de ajuste: a) el pago de intereses se incrementó en 22,2% y su participación en el PIB llegó al 4,3% convirtiéndose en el factor más inflexible del gasto, b) el conjunto de los gastos de funcionamiento, incluidas las transferencias, se incrementó en 11% y su participación en el PIB disminuyó en 0,1 punto hasta el 14,6% revelando el escaso margen de maniobra de una política de ajuste de nóminas y compromisos constitucionales, y c) la inversión disminuyó en 2,5% y su participación en el PIB cayó en 0,2 puntos hasta el 1,3% revelándose como la verdadera sacrificada en el ajuste fiscal.

El servicio de la deuda de los gastos del gobierno nacional central, en 2004, ascendió a 11,4% del PIB; de estos el 3% correspondió a la deuda interna y el 8,3% a la deuda externa¹³. Entre el pago del servicio de la deuda (39,4 billones de pesos) y el pago de las pensiones (15,5 billones de pesos) se gasta el 46,6% del presupuesto de 2007.

De otra parte, al comparar el gasto social con el gasto militar se observa que mientras disminuye el social aumenta el de defensa, orden y seguridad (gráfico 5). En el periodo reciente se ha intensificado el ritmo de crecimiento del gasto en defensa –y más ahora cuando el gobierno trata de hacer realidad la llamada seguridad democrática–, a pesar de que desde 1997 la Comisión de Racionalización del Gasto Público había advertido sobre la falta de gerencia, la ineficiencia del gasto militar y el poco control que ejercía la sociedad civil sobre este mismo gasto. Una conclusión que se obtiene al observar la dinámica de esos gastos es que el social se manifiesta procíclico mientras el militar es contracíclico.

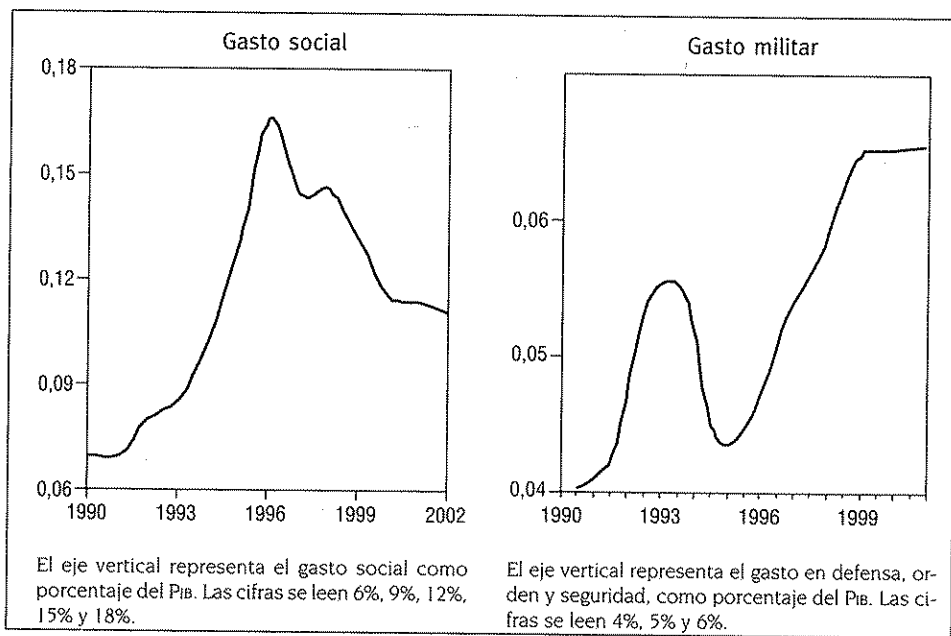
El régimen de acumulación instaurado a partir de las denominadas reformas estructurales de la década de los noventa, la "encrucijada fiscal" en que se encuentra atrapado el Estado y las restricciones de los sistemas de protección, hacen que las inequidades y la exclusión social se manifiesten en el campo de la salud. El modelo institucional creado a partir de la Ley 100 de 1993, aunque ha logrado aumentar la cobertura de afiliación y la disponibilidad de recursos para

¹³ Para el C1D y Contraloría (2006:116) los intereses de la deuda pública en 2003 ascendieron a 15,5 billones de pesos, lo que representa más de un billón por mes, esta cifra es de gran magnitud, por ejemplo si se compara con el medio billón que se necesita para reabrir el Hospital San Juan de Dios o con el presupuesto anual de la Universidad Nacional, que representa medio billón.

financiar el servicio de salud, está signado por desigualdades en el acceso y por los límites que impone la gobernabilidad en modelos no universalistas erigidos sobre los subsidios a la demanda.

No se puede olvidar que la reforma al sistema de seguridad social hace parte de las reformas promercado¹⁴. Como se mencionó, se puede considerar la Ley 100 de 1993 como la segunda fase de la reforma financiera, la que apalanca los procesos de privatización y de internacionalización del capital. Esta norma crea un nuevo escenario para la política social, toda vez que propicia el paso de un clientelismo premoderno a uno moderno.

GRÁFICO 5


COMPARACIÓN DE LAS DINÁMICAS
 de los gastos social y militar


Fuente: Cálculos del Programa Nacional de Desarrollo Humano (PDH) a partir del DANE.

¹⁴ La articulación entre el aseguramiento y el proceso de internacionalización tiene cuatro características: 1) los valores internacionales acerca de las estrategias de desarrollo y de la orientación de la política social influyen en las autoridades económicas; 2) las formas de aseguramiento social administradas por el sector privado son parte de las "recomendaciones" y acuerdos que el gobierno suscribe con el Fondo Monetario Internacional (FMI); 3) el capital internacional regula las finanzas: para obtener una buena calificación de las firmas evaluadoras de riesgo, en el diseño de la política social prevalecen los criterios de viabilidad o sostenibilidad financiera y reducción del gasto fiscal; 4) la privatización permite que los capitales internacionales se beneficien del lucrativo negocio del sistema de seguridad social.

Esta norma ha promovido la aparición de nuevos actores, lo que ha vuelto más complejo el desarrollo de la política social: en el aseguramiento en salud las entidades promotoras de salud (EPS) están encargadas del régimen contributivo, mientras que las administradoras del régimen subsidiado (ARS) son responsables de garantizar la afiliación, el acceso y el control social a la población pobre; en el campo de pensiones se crearon las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y las administradoras de riesgos profesionales (ARP). Estos agentes se han organizado en forma gremial en entidades como la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud (GESTARSALUD), Asociación Colombiana de Administradoras de Pensiones (ASOFONDOS) y se han convertido en grupos de presión representados en los órganos de dirección del sistema.

Además, la reforma ha tenido fuerte impacto en el sistema hospitalario. La ampliación de la demanda del servicio de salud favorece la creación de nuevas instituciones prestadoras de salud (IPS) de baja y mediana complejidad, administradas por el capital privado, con o sin ánimo de lucro. Las instituciones públicas no escapan a esta presión, aunque los problemas financieros y de ineficiencia han llevado a cerrar hospitales con alta tradición en la prestación de servicios. Igual que en el caso del aseguramiento, este sector presenta un alto nivel de organización gremial: aquí se destacan la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) y la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y de Hospitales Públicos (ACESI).

Una de las funciones principales que la Ley 100 de 1993 le asignó al Estado fue la rectoría del sistema. La reforma estuvo acompañada de un proceso de descentralización que transfirió recursos financieros de la nación a los niveles territoriales, fortaleció políticamente los niveles subnacionales del gobierno y trasladó a los niveles locales la administración de los servicios. En el marco del proceso de descentralización los entes departamentales serían los responsables de cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control (IVC) en el nivel territorial (leyes 60 y 715 de 2001); la Superintendencia de Salud debía desempeñar un papel de primer orden en este nuevo modelo institucional¹⁵.

¹⁵ La corriente neoclásica bajo su modalidad neoinstitucional plantea que las "fallas de Estado" legitiman una reducción de la intervención gubernamental. Para Stern (1989) se justifica una disminución de las funciones del Estado por cuanto los individuos están más capacitados que el gobierno para conocer sus preferencias; la planificación puede conducir a peores errores que los que comete el mercado; la planificación hace rígidas las decisiones privadas; los controles gubernamentales pueden frenar la iniciativa privada por los numerosos obstáculos burocráticos; las organizaciones y los individuos requieren de estímulos para trabajar; para innovar, controlar los costos; estos incentivos de mercado son difícilmente transportables a las empresas públicas.

Pero, precisamente entre las dificultades que tiene el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) están sus limitaciones en el ejercicio de la función de rectoría. El sistema está atravesando por un gran desprestigio que le quita legitimidad social: los llamados "paseos de la muerte" en los cuales han muerto algunos pacientes al no ser atendidos por las EPS, la alta militancia del régimen subsidiado, bien sea a favor de la guerrilla o de los paramilitares, el desvío de recursos, las prácticas clientelistas o las barreras de acceso que imponen las EPS y que los afiliados deben superar mediante tutelas. De otra parte, la evasión también pone en tela de juicio la función rectora del Estado¹⁶. Además de la debilidad del control, que favorece el desvío de recursos y los altos niveles de corrupción, la falta de sistemas de información limita el acceso, la calidad y la oportunidad del servicio.

Entre las explicaciones que se le pueden dar a este fenómeno están las relacionadas con las concepciones sobre los derechos sociales en que se basan las políticas públicas. Una de las principales diferencias entre los procesos de desregulación de los mercados en los países desarrollados y las políticas de privatización en América Latina es la forma como se configuró el Estado y se dio poder a la sociedad civil. En los primeros, en los que había un Estado de Bienestar con instituciones maduras, la ciudadanía, asentada en el ejercicio del derecho social e inclinado a ejercer un fuerte control social organizado, podía enfrentar la retirada del Estado de ciertos mercados. Mientras que en los segundos, con Estados clientelistas, donde el ejercicio de los derechos sociales se concibe como una contraparte de los favores políticos, se produce un debilitamiento o una falta de procesos de inspección, vigilancia y control por parte de las entidades gubernamentales y de los individuos.

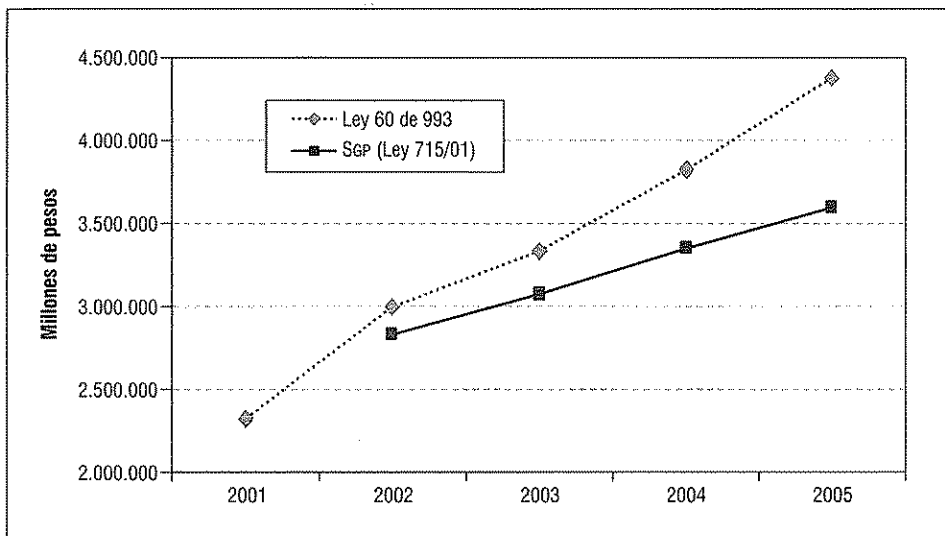
En párrafos anteriores se mencionó que la política social estaba atrapada en la "dictadura fiscal", no solo por la disminución de recursos para financiar el gasto social sino porque parte de ellos se congelan en títulos (TES) de deuda pública. Lo primero se puede apreciar en el "ahorro fiscal" originado en la Ley 715 de 2001 expedida en el marco de los acuerdos suscritos con el FMI, que buscaba disminuir las transferencias del gobierno central a las regiones. Para cumplir con este cometido se requirió el Acto Legislativo 01 del 30 de julio del mismo año; esta reforma constitucional modificó el artículo 357 y reglamentó la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación.

¹⁶ El 19,2% de los trabajadores particulares están excluidos del aseguramiento. De un total de 180.494 empresas, el 34% eludía el sistema. El porcentaje más alto corresponde a los establecimientos entre tres y cuatro trabajadores (43.855 eluden el sistema) y a las que tienen entre cinco y nueve trabajadores, 14.049 empresas que representan 24,5%. En un reciente informe del Ministerio de Hacienda se calculó que más de 3,2 millones de personas y empresas no pagaron sus aportes para la seguridad social.

Esta ley modificó sustancialmente la forma de cálculo para realizar las transferencias, la distribución dejó de basarse en los ingresos nacionales del año correspondiente y se estableció una base fija de 10,9 billones de pesos con incrementos anuales del 2% real entre 2002 y 2005 y del 2,5% entre 2006 y 2008. Esas sumas se debían repartir en las siguientes proporciones: 58,5% para educación, 24,5% para salud, 17% para propósitos generales y 4% para asignaciones especiales (fundamentalmente resguardos indígenas y alimentación escolar).

Cuando se calcula la diferencia entre lo que estipuló la Ley 715 de 2001 y lo que se habría recibido de continuar la Ley 60 de 1993 (gráfico 6) se encuentra que entre 2002 y 2005 el "ahorro fiscal" del gobierno nacional significó para el régimen subsidiado una pérdida de 489.081 millones de pesos en 2004 y de 794.644 millones en 2005, lo que equivale a 6,9 millones de unidad de pago por capitación (UPC).

GRÁFICO 6 AHORRO FISCAL Y PÉRDIDA DE RECURSOS PARA SALUD



Fuente: Dirección de Desarrollo Territorial (DDT), DNP - Ministerio de Hacienda.
SGP (Sistema general de participaciones).

Los mayores recursos recibidos por el Scsss en parte son originados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social y en la actualidad administrada por un consorcio que aglutina las fiducias más importantes comprendidas en FIDUFOSYGA. Entre las subcuentas del FOSYGA, la de solidaridad es la más importante en la financiación del régimen

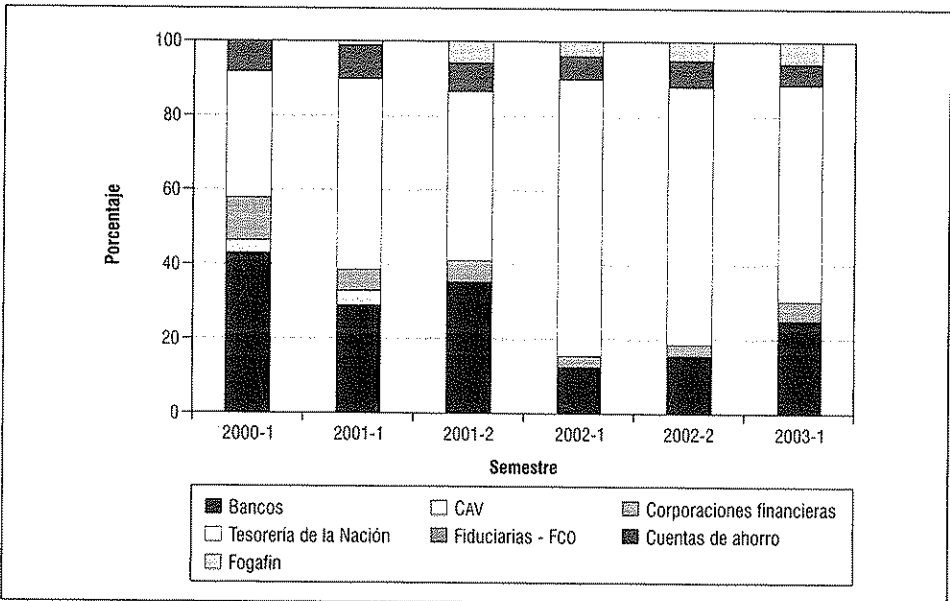
subsidiado¹⁷; entre octubre de 2000 y marzo de 2001 aportó cerca del 74% de la financiación. Pero esta fuente ha venido perdiendo importancia; para la afiliación de la población pobre, el Fosyga aportó el 29,4%, entre 2002 y 2003, mientras que el Sistema general de participaciones (Scp) aportó el 68%. Esta pérdida de participación obedece a la disminución del número de cotizantes y al bajo ingreso base de cotización del régimen contributivo.

Vale la pena mencionar cómo se distribuyen los recursos de esta cuenta. En 2000 el portafolio total sumaba 993.620 millones de pesos y en mayo de 2001 ascendió a 1.045.118 millones; en el primer año, los bancos participaban con el 46,7% del portafolio, la Dirección del Tesoro Nacional con el 36,9% y las corporaciones financieras con el 12,4%; las inversiones a 60 días tenían una participación del 26,9%. En el año siguiente aumentaron las inversiones a más de 360 días y el 54,1% del portafolio correspondía a la Dirección del Tesoro Nacional, seguida por los establecimientos bancarios con el 30,1% (gráfico 7).

GRÁFICO 7



PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DEL PORTAFOLIO Según entidad

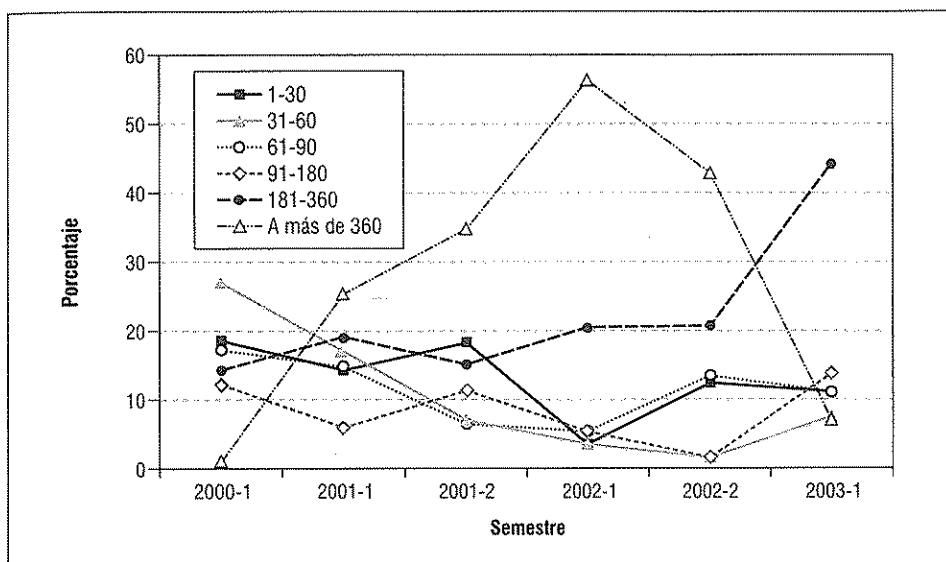


Fuente: Informes del Fosyga.

¹⁷ A esta subcuenta llega el recaudo de un punto porcentual de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, un aporte del presupuesto nacional que ha sido variable desde la expedición de la reforma, los recursos provenientes del impuesto a las remesas de utilidades de las empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua, y otros recursos.

Desde el segundo semestre de 2002, la Tesorería de la Nación capta un volumen significativo de los recursos del Fosyga y a cambio expide Tes. Como se observa en el gráfico 8 ese comportamiento coincide con la composición del portafolio por plazos, que se concentra en el rango de seis a doce meses.

GRÁFICO 8  **COMPOSICIÓN DEL PORTAFOLIO**
Por plazos



Fuente: Informes del Fosyga.

Además de la retención de estos recursos, que afectan la afiliación de la población pobre, el gobierno ha dejado de cumplir con el *pari passu*. Con estos recursos y con el presupuesto del sector salud el sistema podría alcanzar la universalización, es decir, una cobertura de afiliación para la totalidad de la población; y se podría avanzar en la igualación de los planes obligatorios de salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado, para suprimir de una vez por toda la odiosa discriminación entre la salud para "privilegiados" y el régimen de salud para pobres¹⁸.

¹⁸ Los recursos totales del Soss ascendían a 11,1 billones de pesos en 2004, que divididos por la población total (43,7 millones) dan 254.845 pesos por persona, mientras que el valor de la UPC subsidiada era de 191.821 pesos (DNP, 2005).

Además de la exclusión que existe en el Scsss entre la población pobre y la del sector formal de la economía, se presentan serios problemas en el funcionamiento del régimen subsidiado; algunos de ellos han sido subrayados por los organismos de control. La Superintendencia de Salud (SUPERSALUD) realizó 42 auditorías a las ARS y encontró que solamente cuatro firmas cumplieron con los planes de desempeño.

Por su parte la Procuraduría, en el Instructivo del 2 de marzo de 2007, le solicita a Supersalud que de manera prioritaria intensifique el control a las EPS en "defensa de los derechos fundamentales y garantía de los afiliados al sistema Scsss y de sus grupos familiares", por cuanto se detectaron, entre otros, los siguientes problemas: mala atención, tratos indignos, desinformación, tramitología, negativa a suministrar medicamentos, a autorizar procedimientos y discriminación por el origen social del afiliado.

En los resultados presentados por la Procuraduría se resalta la existencia de 224.000 tutelas en 2005, lo que equivale a 45 tutelas por hora; además, se detecta que la mitad de los afiliados tienen problemas en el suministro de medicamentos, las citas con los especialistas las otorgan a los 21 días, las de cirugía a los 43 días, seis de cada diez afiliados no han sido convocados para labores de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y al 28% se les niega el servicio de urgencias¹⁹.

De otra parte, existe un uso político del régimen subsidiado que favorece el desarrollo de prácticas clientelistas. El régimen subsidiado que se construyó a partir de los subsidios a la demanda ha servido en algunas regiones para garantizar la gobernabilidad y ha dado lugar a que se transite de un clientelismo premoderno a uno moderno; igualmente ha servido de mecanismo de control de la población²⁰.

¹⁹ Véase el editorial del periódico El Tiempo del 22 de marzo de 2007. Entre las razones para que las EPS no asuman las labores de prevención y promoción está la alta rotación de los afiliados que en promedio es del 30% anual.

²⁰ Esta es una regularidad histórica que han tenido los sistemas de protección social (SPS), por ejemplo en el siglo XIX la protección social era brindada territorialmente (gobiernos locales) y por el patronato de la Iglesia. El control ejercido por estas instituciones partía de culpar a los pobres del desequilibrio social, las epidemias, los robos y los hurtos, y se acompañaba de una percepción sobre la pobreza que pasaba de la condescendencia al desdén, del desdén al desprecio y del desprecio a la repulsión (Rodríguez Salazar, 2006). Existe un consenso entre los historiadores sobre el hecho de que la lucha contra la pobreza no servía solamente "para ayudar" a los pobres, sino también para controlarlos; el objetivo de esta lucha no es entonces erradicar la pobreza, sino contenerla dentro de límites aceptables políticamente y permitir el cumplimiento de la función política de la pobreza (Lautier, 2006:669). La cuestión de control del SPS está ligada a "pacificar" las relaciones sociales, normalizar los comportamientos y desactivar los conflictos. La protección social es también un instrumento de regulación y de la inseguridad; la "seguridad social" produce al mismo tiempo inseguridad, y esta última es un elemento fundamental del juego político (Robert Castel, 2003).

Un hecho incontrovertible es el aumento de la cobertura de afiliación facilitada por el aseguramiento brindado por la Ley 100 de 1993. El incremento de la afiliación al Scsss ha sido impulsado por el régimen subsidiado; en 2004 su participación en el total de afiliados llegó al 43,7%. La cobertura de este régimen con respecto a la población que tiene necesidades básicas insatisfechas (NBI) ha aumentado en el último quinquenio, entre abril de 2000 y marzo de 2004 pasó del 59,9 al 72,6%. La afiliación hasta diciembre de 2006 era de 20'283.412, incluidos 1'952.890 de subsidios parciales.

CUADRO 6



PORCENTAJE DE NO AFILIACIÓN AL SGSSS

Por zona y condición de pobreza


Zona	Total nacional 2003			
	Total	Indigencia	Pobre	No pobre
Total	38,17	52,32	46,82	22,55
Cabecera	34,51	52,34	44,92	20,84
Resto	48,30	52,28	50,34	36,47

Fuente: Contraloría General de la República (CGR, 2004). Cálculos CID con base en la Ecv 2003.

Sin embargo, la afiliación presenta rasgos de desigualdad, que se pone de presente cuando se analiza de acuerdo con la zona y las condiciones de pobreza (cuadro 6). El porcentaje de pobres e indigentes no afiliados es más del doble del porcentaje de no pobres y la no afiliación es menor en las cabeceras.

Otra inequidad en el sistema de seguridad social se presenta con relación a los informales. La afiliación al Scsss muestra un comportamiento preocupante, el 34,7% de los informales se encontraba por fuera de la afiliación, cifra que contrasta con los trabajadores formales, donde el 92,8% estaba asegurado. Su exclusión del sistema de riesgos profesionales repercute en que al presentarse un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tengan que acudir al Scsss, ya sea en calidad de afiliados al régimen subsidiado o haciendo uso de los subsidios de oferta.

De igual modo, su participación en pensiones resulta marginal, en los fondos privados, para 2004, apenas 3,5% de los afiliados corresponde al grupo por cuenta propia. En el cuadro 7, y con base en la Encuesta Continua de Hogares realizada por el DANE entre abril y junio de 2004, se observa que 83% de los trabajadores informales se encontraba por fuera del sistema pensional y solo 2,41% de estos trabajadores disfrutaba de una pensión.

CUADRO 7  **AFILIADO A UN FONDO DE PENSIONES**
Total nacional, 2004

Afiliado a un fondo de pensiones	Formales	(%)	Informales	(%)	Total de ocupados	(%)
Sí afiliado	2'347.403	73,67	606.271	12,78	2'953.674	37,24
No afiliado	690.066	21,66	3'955.418	83,36	4'645.484	58,57
Ya es pensionado	59.554	1,87	114.300	2,41	173.854	2,19
No sabe, no responde	89.365	2,80	69.047	1,46	158.412	2,00
Total	3'186.389	100,00	4'745.036	100,00	7'931.424	100,00

Fuente: DANE. Encuesta de hogares.

Las interacciones entre la regulación macroeconómica nacional y la dinámica local en el Distrito Capital

En un ambiente internacional favorable la economía colombiana presenta un proceso de recuperación,


la reactivación de la demanda externa, el aumento de los precios de los bienes básicos, la puesta en práctica de una política monetaria expansiva, la disminución de las tasas de interés, el aumento de la cartera bancaria y el crecimiento del gasto público (Cib, 2006.7).

Esta dinámica se deja sentir en Bogotá, donde se concentra gran parte del aparato productivo nacional.

El cuadro 8 contiene el PIB real (a precios de 1994) y su respectiva tasa de crecimiento para Bogotá entre 1990 y 2006. El rasgo más destacado es su concordancia con la economía nacional, el descenso a partir de 1999 y la recuperación en 2003.


De otra parte, el régimen de bajos salarios mencionado tiene una clara manifestación en Bogotá. El gráfico 9 ilustra que el ingreso laboral por ocupado ha disminuido en forma significativa entre 1990 y 2002, en particular en los hogares pobres, los ocupados del decil 1 han experimentado una reducción del ingreso equivalente al 32%.

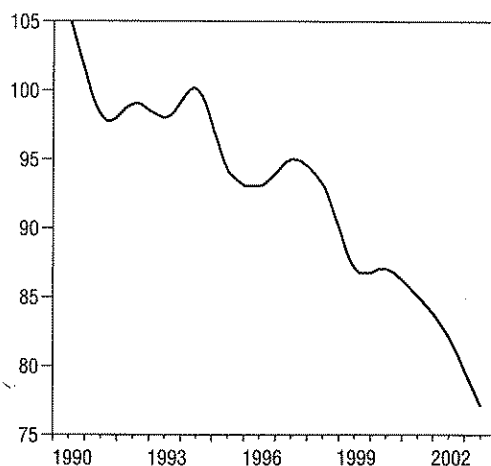
Este comportamiento se asocia con la dinámica del mercado laboral en el Distrito Capital. Como ha sucedido a lo largo del territorio nacional, el desempleo ha presentado un comportamiento oscilante. Entre 1994 y 2002 la tasa de desempleo pasó de 6,5 al 18,4%. En la segunda mitad de los noventa esta tasa en Bogotá creció más que la de Medellín, Cali y Barranquilla: entre septiembre de 1995 y septiembre de 2000 el desempleo en Bogotá aumentó 14 puntos (pasó de 6 a 20%), en Medellín 10, en Cali 11 y en Barranquilla 9. Si se tiene en cuenta que la

CUADRO 8  **PIB Y TASA DE CRECIMIENTO**
Precios de 1994

Año	Pib total	Variación (%)
1990	12'674.627	NA
1991	13'039.213	2,88
1992	13'573.472	4,10
1993	14'550.850	7,20
1994	16'374.307	12,53
1995	16'807.311	2,64
1996	16'577.703	1,37
1997	17'120.271	3,27
1998	17'411.812	1,70
1999	16'366.558	6,00
2000	16'924.191	3,41
2001	17'318.716	2,33
2002	17'792.531	2,74
2003p	18'625.186	4,68
2004p	19'520.949	4,81
2005p	20'569.833	5,37
2006p	21'984.698	6,88

Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda.

GRÁFICO 9  **ÍNDICE DEL INGRESO LABORAL POR OCUPADO (1994=100)**
Bogotá



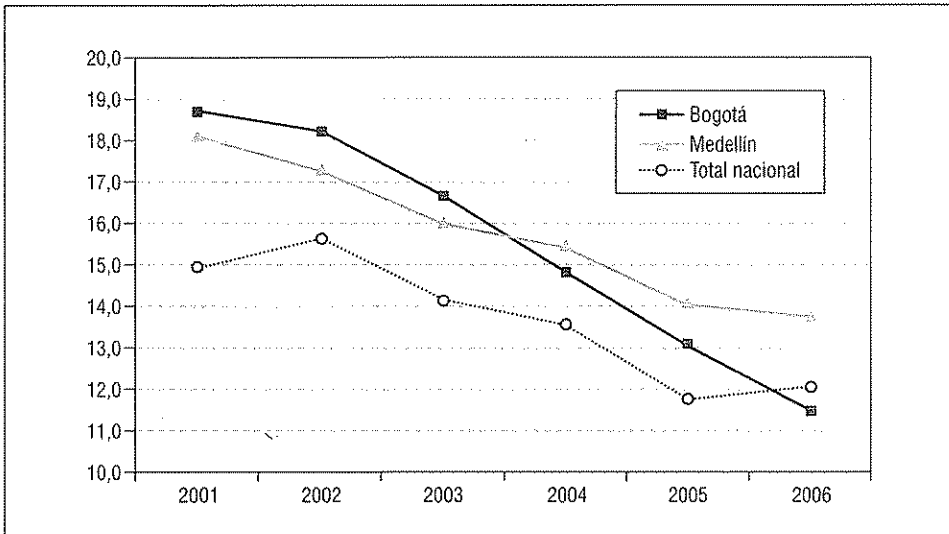
Fuente: Cálculos del Cid con base en cuentas regionales y en las encuestas de hogares del DANE.

fuerza de trabajo ha aumentado entre 4 y 4,5% y el empleo lo ha hecho en 2,5% se concluye que la economía se ha visto expuesta a un proceso sistemático de aumento del desempleo. Al comparar dicha tasa entre 2001 y 2006 se aprecia una tendencia hacia el descenso, ubicándose en 11,52%, es decir, por debajo de la tasa nacional de desempleo (12,04) (gráfico 10).

No obstante esa recuperación, tanto en el orden nacional como distrital, no se presenta un trabajo decente, definido por la Orr como aquel trabajo productivo, justamente remunerado y ejercido en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana. El progreso insuficiente para lograr las metas del milenio de reducir a la mitad la extrema pobreza en la región, torna aún más urgente la necesidad de adoptar políticas que orienten el funcionamiento de los mercados hacia la generación de trabajo decente como complemento a los programas de asistencia social impulsados por los países de la región, que se dirigen a las poblaciones vulnerables (Orr, 2006).

El trabajo precario es una de las características del empleo que se está generando: al sumar la tasa de subempleo subjetivo con el subempleo objetivo (gráficos 11a y 11b) se obtiene para el total nacional en 2001, un resultado de 43,45% de la población ocupada, en 2006 esa participación fue del 44,93%. En el nivel del Distrito Capital esos porcentajes fueron del 42,16 y 40,72%, respectivamente. De

GRÁFICO 10  **TASAS DE DESEMPLEO**



Fuente: DANE. Encuesta de hogares.

otra parte, al sumar la tasa de subempleo total con la tasa de desempleo las cifras se vuelven preocupantes, para 2001 el 60,87% de la población trabajadora de la capital se encontraba en situación precaria y aunque en 2006 la participación disminuye, aún se ubica en un alto nivel (52,24%).

GRÁFICO 11A  **SUBEMPLEO OBJETIVO**

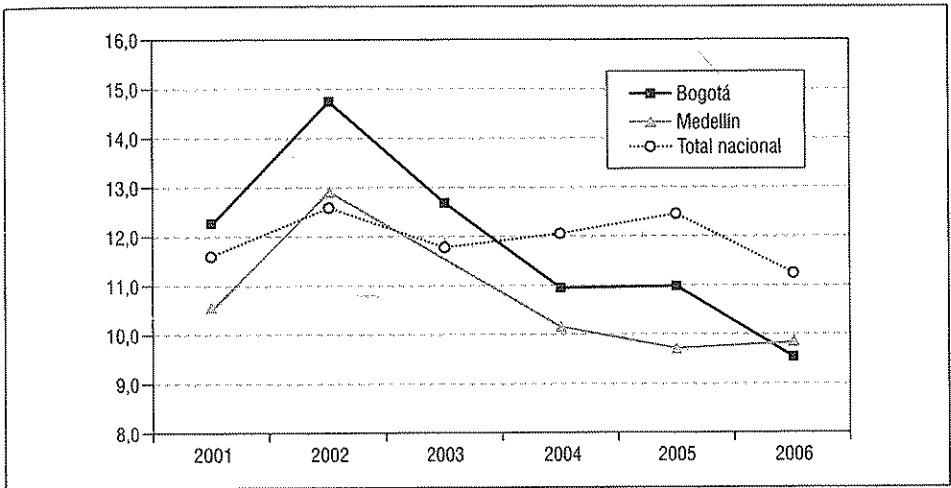
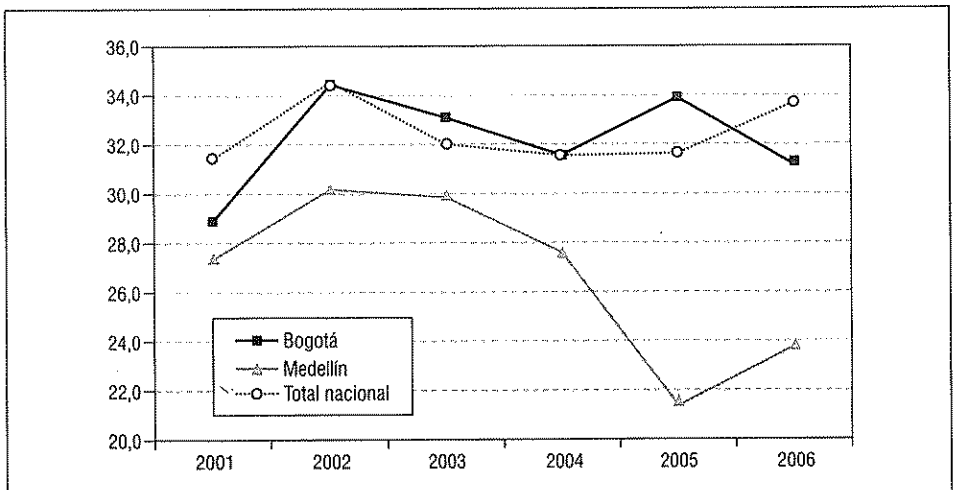


GRÁFICO 11B  **SUBEMPLEO SUBJETIVO**



Fuente: DANE. Encuesta de hogares.

Como se analizó en la anterior sección, al presentarse una reducción de los ingresos laborales es de esperarse que aumente la tasa de participación. La tasa de participación de Bogotá también es más alta que en el resto del país: en 1991 era del 61%, en 2001 registró un promedio de 65,5%, en 2002 de 66% y en 2003 de 67,3%. El aumento ha sido mayor en las mujeres, pues en este grupo la tasa pasó de 48 a 60%; ello explica que la tasa de desempleo femenina sea más alta que la masculina. Por grupos de edad, el desempleo es alto entre los jóvenes de 15 a 24 años; en los mayores de 35 años el desempleo tuvo incrementos superiores al 200% entre 1990 y 2003. Dado que Bogotá es un centro receptor de mano de obra, no resulta extraño que por efectos de la migración y del desplazamiento se incremente la tasa de participación²¹.

El comportamiento del mercado laboral identifica cuatro grupos altamente vulnerables: a) las mujeres, que han incrementado su participación en el mercado laboral, b) los jóvenes de uno y otro género, que encuentran cada vez mayores dificultades para encontrar oportunidades de trabajo; c) entre los jóvenes, los bachilleres tienen la tasa de desempleo más elevada; y d) los jefes de hogar, personas de edad madura que perdieron un empleo estable y no encuentran nuevas oportunidades por su edad y nivel de calificación. En Bogotá la población vulnerable era atendida por el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (Idipron) y la regional del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (IcBF) (CID, Evolución de los principales indicadores sociales de Bogotá, 2004:35)

Sin duda el grupo social que presenta el mayor nivel de vulnerabilidad es el de los pobres. El CID construyó la tasa de desempleo de los pobres, no pobres e indigentes en Bogotá para los años de 1990 al 2003 (cuadro 9). El desempleo del 10% de los hogares más pobres fue de 43,7% en 2000, tasa superior en cinco veces a la del 10% más rico. De manera adicional, la diferencia tiende a aumentar con el tiempo: mientras que la tasa de desempleo del decil más pobre creció 22% entre 1995 y 2000, la del más rico lo hizo en 7%. En 2003 la tasa de desempleo de los no pobres era de 11,4%, la de los pobres de 23,9% y la de los indigentes alcanzaba 34,9%.

Otro indicador sobre la calidad del empleo lo reporta la duración del desempleo. El desempleo de "larga duración" (más de 53 semanas) crece desde finales de los noventa: a comienzos de la década el 27% de los desempleados permanece en esta condición más de un año, diez años más tarde esta proporción aumentó a 36,8% y en 2003 era del 33%. El subempleo puede ser analizado en la misma perspectiva de la calidad en el empleo, la proporción de subempleados se

²¹ Entre los desplazados, el 64,6% de los jefes de hogar se encuentran desempleados.

CUADRO 9


TASAS DE DESEMPLEO DE LOS POBRES, NO POBRES E INDIGENTES
 1990-2003. Bogotá

Años	Total	No pobre	Pobre	Indigente
1990	10,1	6,5	13,8	21,8
1991	8,7	5,8	11,7	17,8
1992	8,3	5,4	11,6	19,2
1993	6,4	4,0	9,3	16,0
1994	7,0	4,8	10,1	18,2
1995	7,1	5,2	9,5	17,3
1996	9,3	6,0	13,8	25,5
1997	10,3	6,9	15,0	27,2
1998	14,3	9,0	20,5	31,6
1999	18,6	11,7	26,7	39,9
2000	20,4	13,9	28,3	39,8
2001	19,1	12,8	26,1	39,2
2002	18,6	12,5	24,8	36,3
2003	17,3	11,4	23,9	34,9

Fuente: Cálculos del Cid a partir de las encuestas de hogares del DANE.

ha multiplicado por 2,5 durante este periodo: en 1990 era de 15,2%, en 2000 del 18% y en 2003 del 39,6% (cálculos del Cid a partir de la ENH). Por otro lado, el subempleo afecta al 48% de los trabajadores pobres y al 58% de los indigentes.

El deterioro en la calidad del empleo también hace presencia en Bogotá. El 63% de los nuevos puestos de trabajo generados durante los últimos nueve años corresponde a trabajadores por cuenta propia, contra apenas 8% en personas con contrato salarial, el resto corresponde a trabajadores domésticos, trabajadores familiares sin remuneración y patronos. Los empleos estables se están reemplazando por temporales y los contratos laborales se sustituyen por órdenes de prestación de servicios: en el cuadro 10 se observa que 29,4% de la población ocupada lo hace como cuenta propia y que la ciudad cuenta con 79.290 vendedores informales²².

En la investigación realizada en 2005 por la Dirección de Estudios Económicos adscrita a la Secretaría Distrital de Hacienda se hace énfasis en que la ciudad no cuenta con información confiable sobre el número de vendedores informales y,

²² El Informe sobre el espacio público elaborado en 2005 por la Dirección de Estudios Económicos de la Secretaría Distrital de Hacienda retoma la sentencia de la Corte Constitucional T-772 de 2003 en la que se establece la distinción entre vendedores informales estacionarios, vendedores informales semiestacionarios y vendedores informales ambulantes, destacando cómo estos vendedores que ocupan el espacio público se encuentran en situación de vulnerabilidad y precariedad económicas.

CUADRO 10



ESTADÍSTICAS DE LAS LOCALIDADES

Número de hogares, población total, población ocupada, trabajadores por cuenta propia y vendedores informales

Localidad	Hogares	Población	Población ocupada	Trabajadores por cuenta propia	Vendedores informales
Usaquén	137.095	441.131	213.016	36.096	1.345
Chapinero	52.972	135.895	75.911	9.369	609
Santa Fe	41.256	126.014	57.768	20.628	2.078
San Cristóbal	126.433	488.407	179.254	71.236	5.769
Usme	64.268	252.817	103.601	37.014	3.839
Tunjuelito	62.077	225.511	91.794	28.921	2.235
Bosa	141.958	525.459	225.873	80.571	8.041
Kennedy	238.199	898.185	361.473	112.076	16.417
Fontibón	79.451	284.449	122.291	34.111	3.200
Engativá	226.639	796.518	346.223	100.956	4.697
Suba	239.781	805.245	380.425	82.448	4.326
Barrios Unidos	56.191	178.704	84.325	24.714	1.536
Teusaquillo	54.927	155.841	81.337	15.749	770
Los Mártires	28.196	101.755	44.846	15.292	1.989
Antonio Nariño	29.131	104.121	46.292	18.154	976
Puente Aranda	79.617	288.890	137.391	44.973	4.453
La Candelaria	9.252	26.892	12.641	4.804	829
Rafael Uribe	112.298	422.969	183.359	61.508	4.847
Ciudad Bolívar	155.086	602.697	244.599	83.219	11.335
Total	1'934.828	6'861.499	2'992.419	881.839	79.290

Fuente: Cálculos realizados por el DAPP a partir de la Ecv del DANE, 2003.

menos aún en las localidades; en algunas oportunidades se ha estimado en 10% de la población ocupada, es decir, 299.249 vendedores. Fenalco (2004) estima que hay entre 25.000 y 30.000 personas dedicadas a las ventas informales, en la encuesta socioeconómica aplicada por el Fondo de Ventas Populares (FVP) realizada a 19.000 vendedores, se indica que el 57% estuvo empleado y el 55% quiere cambiar el actual trabajo de ventas en el espacio público. Como lo anota el mencionado estudio

esto reafirma los estudios y análisis realizados a quienes trabajan en el sector informal, los cuales indican que estos son desempleados que encuentran refugio temporal o eventual en la informalidad, pero siguen buscando trabajo en el sector formal de la economía, pues el trabajo en la informalidad no les proporciona seguridad social, el salario está por debajo del mínimo y tienen una alta rotación.

Esta precariedad laboral se refleja en que el salario medio se obtiene en jornadas extenuantes: el 81% trabajaba todos los días de la semana, el 60% trabaja más de 40 horas a la semana y 10 son las horas de promedio de trabajo. En esta misma encuesta se detectó que solo el 5% de los vendedores está afiliado al régimen pensional, en su mayoría al lss; en cuanto al Sistema general de seguridad social en salud, el 90% de los vendedores se afilian a través del régimen subsidiado.

Este conjunto de situaciones incide en los niveles de pobreza. Una de las características del modelo de crecimiento optado en América Latina después de las políticas de ajuste estructural de la década de los noventa del siglo xx fue la inequidad y el aumento de la pobreza. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2005), el 39,8% de la población de la región se encontraba en situación de pobreza y el 15,4% en indigencia. Este mismo organismo establecía que, para 2005, en Colombia el 46,8% de la población se encontraba por debajo de la línea de pobreza y el 20,2% se le podía considerar como indigente.

La metodología para calcular la línea de pobreza sufrió algunas modificaciones con la creación de la Misión contra la Pobreza y la Desigualdad (MERPD) adscrita al DNP²³; con la creación de una nueva canasta el gobierno ajustó las cifras sobre pobreza (el valor de la canasta creada por el actual gobierno en 2005 tenía un costo de 224.586,13 pesos, el valor de la vieja canasta ascendía a 267.128,68 pesos). Con esta nueva metodología la pobreza que se ubicaba en 52,7% en 2004 pasa en 2005 al 49,2% (Cid, 2006:48).

En el cuadro 11 se presentan las cifras que la Secretaría Distrital de Hacienda elabora para examinar la pobreza en Bogotá al compararla con el total de la nación. Con la nueva metodología tanto en Colombia como en Bogotá se ha venido disminuyendo la pobreza y la indigencia.

Los niveles de pobreza afectan el consumo de bienes en los hogares. En 2004 el Cid estudió la capacidad de pago de los hogares en Bogotá y corroboró que en 1997, de acuerdo con la Ecv, los hogares pobres destinaban al pago de servicios públicos entre 4 y 5% de su ingreso. Entre 1997 y 2004 la participación de esta clase de pago se ha incrementado: 175% para el estrato 1, el 100% para el estrato 2, el 80% para el 3, el 0% para los estratos 4 y 5 y -29% para el estrato 6. Los

²³ "Por definición ser pobre es equivalente a tener un ingreso insuficiente para adquirir una canasta básica de bienes. La estimación implica definir los ingresos de las personas y el valor de la canasta de bienes básicos que debían adquirir... Los ingresos de las personas se estiman a partir de los resultados obtenidos en las encuestas (Ech o Ecv). Al contrastar el ingreso estimado con el valor de la canasta mínima se infiere si una persona es pobre o indigente... El valor de la canasta es un cálculo independiente, que no proviene de la misma encuesta y que es objeto de diferentes apreciaciones, según sea la percepción que se tenga de los bienes que se consideran necesarios" (Cid, 2006).

CUADRO 11



COLOMBIA: POBLACIÓN POBRE E INDIGENTE

2002-2006

Años	Colombia		Bogotá	
	Pobreza	Indigencia	Pobreza	Indigencia
2002	55,7	21,6	38,3	9,8
2003	55,1	18,8	38,9	9,1
2004	53,8	19,0	33,7	6,3
2005	50,4	15,4	27,0	4,2
2006	45,1	12,0	23,8	3,4

Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda, Datos tomados de DNP, MERP, 2007.

cálculos de las elasticidades de los ingresos de los servicios públicos y de los bienes básicos expresan que cuando el ingreso cae, los hogares ajustan más rápidamente el gasto en vivienda, salud, alimentos, educación y transporte, que en servicios públicos.

El cálculo de la concentración del ingreso, que se mide a partir de establecer el coeficiente de Gini, en Colombia se realiza a partir del reporte de los ingresos, pero se deja por fuera la riqueza, es decir, el capital, el valor de la propiedad. Garay (2002) al examinar el periodo 1992-2000 corrobora que la productividad industrial de Bogotá creció gracias a la disminución del valor de la mano de obra; el efecto del costo laboral unitario (remuneración por trabajador/valor agregado por trabajador) ha disminuido en más del 30% para el periodo en consideración. Esta dinámica termina siendo empobrecedora y contribuye a la concentración del ingreso. Mientras que en 1990 el ingreso promedio del 10% más rico era 39 veces superior al 10% más pobre, en 1998 la relación era de 62 veces y en 2003 de 26 veces.

En el cuadro 12 se muestra la evolución del coeficiente Gini por localidades entre 1990 y 2003. Además de su alta concentración en localidades como Usaquén, Chapinero, Santa Fe, no se presenta otra tendencia clara. En Teusaquillo se evidencia una reducción de seis puntos, al contrario de lo que sucede en Barrios Unidos en donde el coeficiente se incrementa en cuatro puntos.

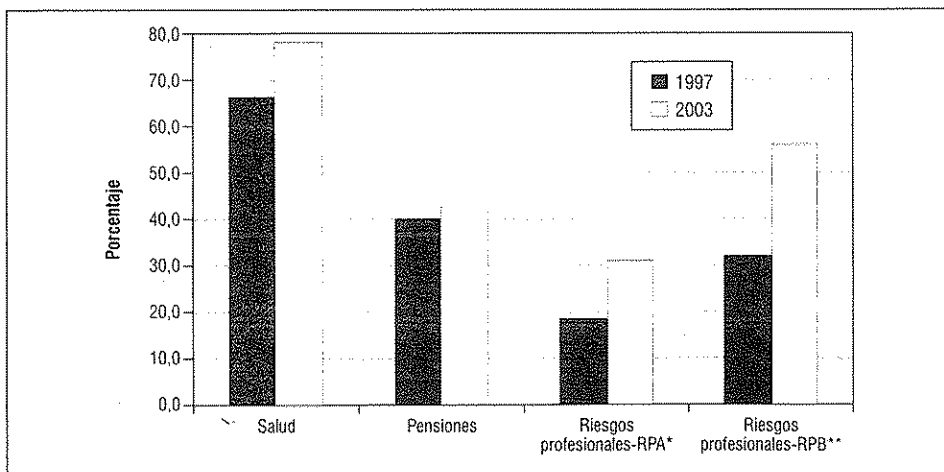
Con relación a la afiliación al sistema de seguridad social, se encuentra que ha aumentado en salud, se ha mantenido estable en pensiones y ha disminuido en riesgos profesionales, si se le compara con lo alcanzado antes de expedir la Ley 100 de 1993. Para el periodo comprendido entre las dos últimas encuestas de calidad de vida (1997 y 2003), el mayor avance de la aplicación de la Ley 100 de 1993 en Bogotá se ha presentado en salud; en pensiones la situación no ha mejorado sustancialmente y se perfila un escenario pesimista para quienes lleguen a la tercera edad; y la cobertura en riesgos profesionales continúa siendo muy baja (gráfico 12).

CUADRO 12 **COEFICIENTE DE GINI**
Hogares por localidades, 1990-2003. Bogotá

Localidad	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03
Usaquén	0,60	0,60	0,63	0,61	0,63	0,62	0,60	0,57	0,58	0,59	0,63	0,56	0,60	0,58
Chapinero	0,56	0,56	0,60	0,58	0,57	0,60	0,54	0,62	0,63	0,63	0,58	0,59	0,58	0,57
Santa Fé	0,54	0,58	0,56	0,59	0,59	0,55	0,58	0,56	0,53	0,59	0,54	0,55	0,52	0,54
San Cristóbal	0,45	0,45	0,44	0,46	0,46	0,44	0,47	0,47	0,45	0,46	0,51	0,52	0,47	0,45
Usme	0,42	0,42	0,39	0,45	0,38	0,45	0,43	0,50	0,38	0,43	0,43	0,40	0,41	0,41
Tunjuelito	0,45	0,48	0,43	0,46	0,40	0,48	0,46	0,48	0,43	0,50	0,44	0,49	0,47	0,45
Bosa	0,43	0,42	0,41	0,44	0,41	0,45	0,39	0,42	0,45	0,44	0,45	0,43	0,45	0,40
Kennedy	0,47	0,48	0,46	0,47	0,47	0,49	0,51	0,48	0,47	0,47	0,47	0,51	0,47	0,45
Fontibón	0,49	0,50	0,49	0,53	0,45	0,51	0,51	0,50	0,51	0,52	0,48	0,45	0,52	0,50
Engativá	0,45	0,48	0,45	0,48	0,48	0,47	0,46	0,45	0,48	0,47	0,49	0,47	0,46	0,44
Suba	0,55	0,58	0,58	0,58	0,58	0,60	0,59	0,58	0,65	0,58	0,60	0,60	0,59	0,56
Barrios Unidos	0,49	0,52	0,53	0,52	0,53	0,54	0,53	0,53	0,51	0,53	0,54	0,58	0,54	0,53
Teusaquillo	0,47	0,46	0,43	0,45	0,45	0,47	0,46	0,42	0,48	0,53	0,53	0,53	0,42	0,41
Los Mártires	0,52	0,50	0,51	0,52	0,53	0,48	0,51	0,52	0,51	0,50	0,48	0,49	0,49	0,49
Antonio Nariño	0,49	0,47	0,42	0,49	0,47	0,50	0,47	0,56	0,44	0,45	0,51	0,50	0,49	0,50
Puente Aranda	0,42	0,45	0,47	0,46	0,44	0,46	0,43	0,48	0,45	0,47	0,45	0,50	0,47	0,43
Rafael Uribe	0,45	0,46	0,47	0,47	0,48	0,47	0,47	0,48	0,45	0,45	0,46	0,48	0,46	0,46
Ciudad Bolívar	0,45	0,49	0,47	0,43	0,46	0,43	0,37	0,48	0,43	0,45	0,40	0,49	0,45	0,43

Fuente: Cálculos del Cio a partir de la encuestas de hogares del DANE.

GRÁFICO 12 **COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL**
Bogotá



* RPA: Cobertura respecto al total ocupado.

** RPB: Cobertura asalariados.

Fuente: Cálculos del Cio a partir de la Ecv.

El aumento de la afiliación (según las estadísticas administrativas), que ha sido una preocupación generalizada en los planes de desarrollo del Distrito, se observa en el cuadro 13. El ritmo de afiliación no depende solo de la acción de los gobiernos locales, sino de la puesta en práctica de la Ley 100 de 1993²⁴. El aumento de la cobertura en el aseguramiento –como se ha presentado en todas las ciudades colombianas– ha sido jalonado por la puesta en funcionamiento del régimen subsidiado; en el caso de Bogotá, en un lapso de diez años esta afiliación se incrementó en 49,87%, mientras que el comportamiento en la afiliación del régimen contributivo –correlacionada con los vaivenes del mercado laboral– descien- de en 2003 y tiene una pequeña recuperación en 2005 con relación al año inme- diatamente anterior.

CUADRO 13  **ASEGURAMIENTO EN BOGOTÁ**

Años	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Total aseguramiento	Población total	Cobertura
1997	Nd	910.474	Nd	5'956.993	Nd
1998	Nd	915.502	Nd	6'112.194	Nd
1999	Nd	994.546	Nd	6'276.428	Nd
2000	Nd	1'043.968	Nd	6'437.842	Nd
2001	Nd	1'216.970	Nd	6'573.290	Nd
2002	3'383.441	1'292.259	4'675.700	6'715.247	69,7
2003	3'825.490	1'314.079	5'139.569	6'865.997	74,9
2004	3'570.355	1'380.806	4'951.161	7'029.927	70,4
2005	3'729.292	1'498.269	5'227.561	7'185.889	72,7
2006	Nd	1'364.557	Nd	7'321.834	Nd

Nota: Nd. No disponible.

Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda. Inversión y desarrollo de Bogotá, 2007 (1):64.

A pesar de los resultados positivos, la población con mayor vulnerabilidad todavía se queda por fuera del aseguramiento. Hay indicios que ponen en tela de juicio la equidad del sistema²⁵: en 1997 el 15,48% del total de los afiliados pertenecía al primer quintil, y en 2003 el 16,56%; ese año la participación del quintil 5 (el más rico) en el total de la afiliación fue del 23,42%. La inequidad es más clara al comparar la afiliación de los dos primeros quintiles (34,9%) con la de los dos últimos (45%).

²⁴ Cuando se realizó la encuesta CASEN (Caracterización socioeconómica nacional) en 1993, no había entrado en vigencia la Ley 100 de 1993.

²⁵ González (2001) muestra que la Ley 100 de 1993 no favorece la equidad. La *imparcialidad financiera* de la que habla el informe de la WHO (2000) no es sinónimo de equidad. En el caso colombiano la imparcialidad financiera se ha presentado en un contexto que no favorece la equidad.

En la Ecv 2003 se preguntó por la afiliación de acuerdo con el tipo de contrato laboral. En Bogotá el número de trabajadores que tenían contrato a término indefinido fue de 813.984 y de estos solo el 2,7% no se encontraba afiliado al sistema de salud. Entre los trabajadores con contrato a término definido se observa que el 6,0%, de un total de 356.966 trabajadores, no se encontraba afiliado.

Durante el tiempo que ha operado la Ley 100 de 1993 se ha incrementado la cobertura de afiliación de los niños menores y de las personas de la tercera edad (mayores de 59 años). En 1993 la cobertura del primer grupo etario era de 28,7%, en 1997 ascendió a 58,5% y en 2003 alcanzó el 77,4%. Entre los mayores de 59 años el porcentaje de no afiliados ha venido disminuyendo: en 1993 el número era de 121.698, en 1997 bajó a 96.566 y en 2003 a 88.323.

De otra parte, se observa que, en general, la consulta preventiva tiende a aumentar. No obstante los avances logrados en materia de afiliación y acceso, todavía persisten barreras de acceso asociadas con factores económicos. La afiliación se ha convertido en una garantía para que las personas que se enferman puedan acceder al servicio, pues las no afiliadas, cuando se enferman, no acuden a las IPS por carecer de recursos económicos. En 1997, en el quintil 1, el 62,3% de las personas no afiliadas afirmaba que no visitaba al médico por problemas económicos, este porcentaje aumentó a 64,9% en 2003; en el quintil 2 la cifra subió de 28,9 a 51,4%.

La evaluación de los resultados de la Ley 100 de 1993 debe considerar, además de la cobertura y la equidad, la calidad. La percepción, o el autoreporte, es una forma de captar la calidad, pero importa analizar la relación existente entre la percepción de la enfermedad y algunas variables socioeconómicas; por ejemplo, el nivel de ingresos. Los resultados del cuadro 14 confirman que las personas que manifiestan sentirse más enfermas son las que tienen un nivel de ingreso más bajo, esa percepción negativa se incrementó de 1997 a 2003.

CUADRO 14



PERSONAS QUE CONSIDERAN QUE SU ESTADO DE SALUD ES "MALO"
Según régimen de afiliación y quintil de ingreso (Autoreporte).
Bogotá. (En porcentajes)

Quintil	1997				2003			
	Contributivo	Subsidiado	Afiliado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	Afiliado	No Afiliado
1	1,4	4,1	2,6	3,8	1,6	4,2	3,2	2,4
2	1,7	1,5	1,7	1,5	1,9	5,0	2,8	2,5
3	2,8	7,3	3,2	0,3	2,1	4,5	2,3	2,8
4	0,6	0,0	0,6	2,2	1,8	6,6	2,0	3,0
5	1,0	0,0	0,9	1,6	1,4	3,9	1,4	1,7

Fuente: Cálculos del CID a partir de las Ecv (1997, 2003).

Uno de los aspectos más controvertidos que ha tenido la Ley 100 de 1993 es su impacto sobre la salud pública. Los problemas generados en este campo se asocian con la privatización del aseguramiento, por cuanto permite que predomine el enfoque de mercado sobre los objetivos que debe cumplir la salud pública²⁶: prevenir las epidemias y la diseminación de las enfermedades, proteger contra los riesgos ambientales, promover y estimular comportamientos saludables, responder a los desastres, asistir a las comunidades en la recuperación y garantizar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud²⁷. Dada la alta rotación de afiliados (calculada por ACEMI en 30% anual), las aseguradoras no tienen incentivos económicos para realizar actividades de promoción y prevención (P y P), pues los efectos se sienten en el largo plazo y, en consecuencia, el beneficio no es apropiado para quien hace la inversión.

Las dificultades a que se enfrenta la salud pública tienen como origen inmediato la coexistencia de la Ley 60/93 con la Ley 100/93. La primera definió los criterios de distribución de recursos a los municipios, la segunda precisó las competencias en salud pública para los entes territoriales y los planes de beneficios en los cuales se incluían algunas funciones relacionadas con la salud pública. En la primera norma las direcciones locales y distritales de salud tenían entre sus responsabilidades la de adelantar acciones de fomento a la salud y prevención de la enfermedad. Por su parte, la segunda norma estipuló que las entidades territoriales debían adelantar un plan de atención básico (PAB, artículo 165), en el cual se contemplan

intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son orientadas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación, el fomento a la salud... control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra y de enfermedades tropicales como la malaria.

Como lo señala Castaño (2005:18)

esta división creada por la Ley 100 de 1993 entre acciones individuales y colectivas generó una distorsión del concepto de salud pública. En relación con acciones individuales cuyos efectos son de largo plazo, la Ley las incluyó en los planes de beneficios, bajo el supuesto que las aseguradoras las desarrollarían de manera idónea, sin importar la rotación de los afiliados. Para este efecto estableció una *upc* aparte, la cual estaba destinada a financiar las acciones de P y P del *pos* del régimen contributivo. En el régimen subsidiado (*rs*), estas acciones estaban incluidas en el *pos* y su financiación se daba con la misma *upc*.

²⁶ Otra perspectiva para analizar la salud pública es considerarla como un bien público y por tanto de responsabilidad del Estado y con participación de los ciudadanos.

²⁷ Respecto a las acciones en salud pública que generan beneficios totalmente públicos, las aseguradoras, en el corto plazo, no obtienen rentabilidad inmediata, razón por la cual no las emprenden.

A pesar de estas reglamentaciones las aseguradoras no invertían en P y P y preferían reintegrar los dineros recibidos por este concepto, de modo que el Ministerio de Salud emitió la resolución 412 de 2000 obligando a las EPS a adelantar las acciones en P y P.

Los inconvenientes en salud pública se intentaron solucionar con la expedición de la Ley 715 de 2001, que entregó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Cnsss) y al Ministerio de la Protección Social la misión de fijar las metas anuales y definir las prioridades en materia de salud pública. Además, los Consejos territoriales de seguridad social debían establecer los planes de atención básica en sus departamentos.

Del total de recursos que destina el Sistema general de participaciones (SGP) al sector salud, alrededor del 11% se asigna a salud pública. A pesar de que este subsector es el que tiene menor participación frente a lo que se destina a subsidios de demanda y oferta, las transferencias territoriales representan casi 74% de las fuentes de financiamiento de la salud pública en el país.

A pesar de estos avances financieros y de la delimitación de competencias, los problemas del sector persisten en tanto los criterios de mercado se imponen frente a los de bien público. Las competencias en salud pública continúan fragmentadas: se le otorgan funciones a los entes territoriales, pero las aseguradoras ejercen algunas de corto plazo y con carácter individual, es decir, acciones privadas. A esto se le debe sumar la reticencia de las aseguradoras a brindar información a los entes territoriales, lo que dificulta cualquier ejercicio de planificación en lo que tiene que ver con la salud pública. Además, los hospitales públicos prefieren dedicarse a los servicios que pueden facturar, en lugar de desarrollar las actividades de salud pública que les compete (Chávez et al., 2004).

Aunque controvertidos por el Ministerio de la Protección Social, diferentes grupos de investigación coinciden en afirmar que en los últimos quince años se ha presentado un deterioro de sus indicadores. Por ejemplo, en relación con el aumento de la mortalidad materna desde 1996, si bien las cifras han mejorado a partir de 2004, aún son similares a las obtenidas en 1998. Los centros académicos plantean que existe un subregistro por cuanto unos 480 municipios no reportan información y con la disminución de la población –según el censo realizado por el DANE– el indicador debe ser mayor. La cifra del Ministerio es de 68 muertes por 100.000 nacidos vivos, tasa que se aprecia muy elevada si se compara con las presentadas por países que tienen menos gasto en salud como Venezuela, Costa Rica, Chile, Argentina, México o Cuba.

En tuberculosis los registros oficiales acerca de su incidencia mencionan que existen 22,5 casos por 100.000 habitantes. De acuerdo con los expertos en la materia este dato solo recoge los casos reportados a las instituciones y no los realmente existentes, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su Plan regional para el control de la tuberculosis 2006, menciona la existencia de 52 casos por 100.000 habitantes. Otra cifra importante es la de vacunación que, no obstante los esfuerzos, están por debajo de los niveles internacionales recomendados del 95%. Finalmente, según el Instituto Nacional de Salud (Ins) la sífilis congénita reporta cifras inaceptables.

La Ley 1122 de 2007 intenta introducir algunas transformaciones al componente de salud pública sin llegar a solucionar las barreras creadas entre un régimen construido sobre el aseguramiento con incentivos económicos y rápida recuperación de la inversión y otro concebido represivamente²⁸. Según la ley, le corresponde al gobierno promulgar un plan de salud pública (artículo 32), a las EPS y a las entidades territoriales presentar anualmente un plan operativo, y al Ministerio de la Protección Social evaluar dicho plan. Además, las prioridades de salud pública deben ser cubiertas por el POS administrado por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar el riesgo de enfermar o morir. Estas disposiciones a pesar de su buena intencionalidad encuentran serías limitaciones en la debilidad regulatoria del Estado, el escaso desarrollo del sistema de información y la renuencia de las aseguradoras a suministrarla veraz y cumplidamente.

De la crisis por la que atraviesa la salud pública no escapa el Distrito Capital, pues se presenta una tendencia descendente en la vacunación (cuadro 15). A partir de 1997 se observa una marcada tendencia hacia el descenso en la cobertura en los biológicos (antipolio, DTP y sarampión), en 1998 la cobertura de BCG se mantuvo con relación al año anterior, que fue del 100% de la población, sin embargo, entre 1999 y 2004 la caída de la cobertura es generalizada.

Como es bien conocido la vacunación es una política que tiene altas externalidades y una de las condiciones para que un programa de vacunación logre disminuir la morbilidad y la mortalidad es lograr coberturas iguales o superio-

²⁸ Este es el sentido de las políticas de higiene que están asociadas con la defensa de la vida, primera función que debía cumplir el Estado. La organización sanitaria construida en la Europa del siglo XVIII respondió a dos clases de epidemias: la lepra y la peste. En el primer caso la policía expulsaba al contagiado de la ciudad y en el segundo el poder político de la medicina consistía en concentrar a los contagiados en los hospitales para verificar la evolución de su estado de salud (Foucault, 1977). En el caso colombiano entre las funciones de la policía, a finales del siglo XIX, se encontraba: vigilancia y control de sistemas de pesas y medidas; vigilancia de las boticas y farmacias, labores de cuerpo de bomberos y tareas de vigilancia en aseo y ornato. Entre estas últimas labores se encontraban las ligadas a la salud pública (control de basuras, calidad del agua, hacer cumplir con el plan de vacunación) (Rodríguez Salazar, 2006).

CUADRO 15  **COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN BOGOTÁ**
1997- 2006


Años	Antipolio	DTP	BCG	Haemophilus Influenzae	Hepatitis B	Triple viral
1997	94,90	93,10	100,00	Nd	99,70	88,70
1998	86,20	83,60	100,00	76,10	92,10	100,00
1999	85,00	83,10	95,60	64,00	84,80	94,00
2000	73,40	71,30	90,50	72,60	70,80	70,90
2001	79,90	78,60	90,20	54,90	81,00	89,10
2002	77,10	72,70	84,20	70,90	73,60	86,40
2003	59,80	59,00	66,30	60,70	53,60	60,00
2004	76,40	76,30	87,30	76,40	76,10	78,50
2005	77,80	77,70	85,80	77,70	77,70	80,70
Sep 2006	59,90	59,90	65,90	59,90	59,90	61,00

Nota: Nd. No disponible.

Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda. Inversión y desarrollo de Bogotá 2007 (1).

res al 95%. Esto pone en entredicho la política de salud pública en el orden nacional, conclusión extensible a Bogotá.

El número de personas que en Bogotá están afiliadas a los diversos regímenes pensionales se presenta en el cuadro 16. Del total de los afiliados a escala nacional, en 1997 Bogotá aportaba el 27%, en 2003 el porcentaje subió al 29% y la participación de la afiliación de los asalariados (obreros y empleados tanto del sector privado como del público) pasó del 89,3 al 83,5% del total. A pesar de que la participación de los trabajadores por cuenta propia es significativa en el conjun-

CUADRO 16  **AFILIACIÓN A LAS PENSIONES**
Según posición ocupacional. Bogotá

Posición ocupacional	1997	2003
Obrero o empleado particular	855.256	879.781
Obrero o empleado gobierno	115.307	175.122
Jornalero peón	0	282
Empleado doméstico	19.193	19.195
Profesional independiente	18.316	48.505
Cuenta propia	50.901	105.470
Empleador	28.563	34.050
Trabajo familiar sin remuneración	1.246	840
Total	1'008.782	1'263.245

Fuente: Cálculos Cid, con base en Ecv de 1997 y de 2003.

to de la población ocupada, la cobertura de afiliación de este sector es muy reducida: entre 1997 y 2003 pasó del 6,4 al 12,1%. La principal falla estructural del sistema de seguridad social es su naturaleza procíclica (Programa de Desarrollo Humano, 2002): .

Es procíclica porque la principal fuente de financiación son los aportes de los asalariados y en los momentos de recesión, con la caída del ciclo económico, también se reducen los ingresos del sistema. Este tipo de correlación entre la seguridad social y el ciclo económico no es conveniente, pues va en contravía del ideal de los sistemas de protección social que, por naturaleza, deben ser contracíclicos. La participación de la afiliación de los trabajadores con contrato de trabajo indefinido se redujo, entre 1997 y 2003, de 75 a 55%, y preocupa que los trabajadores por cuenta propia ni siquiera hagan aportes en la fase ascendente del ciclo.

Con respecto a la población total de Bogotá, la cobertura de las pensiones es muy baja, en los años mencionados la participación pasó del 7 al 10%, situación que ilustra la desprotección en la que se encuentran las personas de la tercera edad. La situación puede ser más delicada si se tiene en cuenta que las mesadas pensionales son relativamente pequeñas, en 1997, el 47% de los pensionados recibía una mesada inferior a dos salarios mínimos legales y el porcentaje subió a 56% en 2003.

En materia de riesgos profesionales no es posible saber lo que está sucediendo, porque no hay datos confiables. La Ley 100 de 1993 cometió el error de excluir de la afiliación al sector informal, en consecuencia, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales tienen que ser cubiertos a través del régimen contributivo o del subsidiado en salud o con cargo a los recursos de oferta que llegan a los hospitales. Se estima que la evasión del pago correspondiente a los riesgos profesionales es alta: en 1997 la evasión podría haber sido del 48% y en 2003 del 21%.

La discrecionalidad que en materia de política gozan los gobiernos locales está sobredeterminada por la política macro que desarrollan los organismos centrales (DNP, CONPES, Ministerio de Hacienda). En Bogotá hay aspectos como el empleo, la inversión pública, las tarifas, el monto de las transferencias, el nivel de endeudamiento, entre otros, que están íntimamente ligados a las decisiones nacionales.


Otra limitante del gobierno local es el manejo de las finanzas públicas. Además de las normas generales que condicionan el margen de decisión de las instancias locales, también se han expedido normas nuevas que buscan reglamentar el uso de los recursos de los municipios y de los departamentos. Acosta y Bird (2002) reconocen que la descentralización en Colombia ha avanzado muy rápidamente,

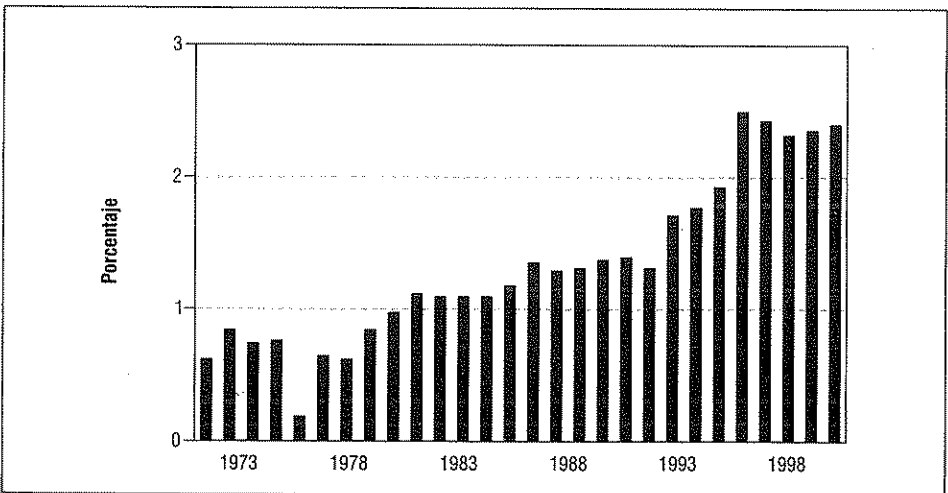
sobre todo cuando la descentralización se mira desde el lado del gasto, pues el volumen de transferencias aumentó a un ritmo acelerado.

Las interacciones entre los gobiernos locales se han intensificado en los últimos diez años a raíz del aumento de la deuda del gobierno nacional. El creciente endeudamiento de la nación ha llevado a replantear el ordenamiento fiscal de los municipios y departamentos con el fin de generar superávit locales que ayuden a compensar los faltantes del nivel nacional. Las angustias nacionales han impuesto condiciones y restricciones a las finanzas locales; por el contrario, el saneamiento fiscal de los municipios y departamentos ha aligerado el peso de los desbalances de la nación.

Una de las primeras relaciones que en el nivel institucional se establecen entre la nación y el Distrito Capital es la de las transferencias. Las directrices centrales están definidas por ley, pero el éxito de la política depende, en gran medida, de la forma como los municipios y departamentos cumplan con sus responsabilidades (Encuesta SISBEN, transparencia en la información, eficiencia en la ejecución del gasto, entre otras). Una particularidad de la capital es que está subsidiando a otras regiones por cuanto ha alcanzado puntajes de SISBEN que son superiores al resto de municipios e indicadores de NBI por encima de la mayoría de regiones.

Mientras el gobierno central presenta un elevado déficit fiscal, el balance primario (sin intereses) de Bogotá es positivo. El gráfico 13 ilustra la notable disminución que ha tenido el gasto público en Bogotá.

GRÁFICO 13  **GASTO PÚBLICO DE BOGOTÁ**
Como porcentaje del PIB nacional, 1973-2002



Fuente: Secretaría Distrital de Hacienda.

Según el informe del Cid sobre la evolución de los principales indicadores sociales de Bogotá 1990-2003 (2004:12), el saneamiento de las finanzas regionales se explica, entre otras razones, por las normas que han restringido el margen de maniobra de los municipios y departamentos²⁹. Sin duda, algunas de las medidas que se han tomado son adecuadas porque han ayudado a corregir problemas estructurales, pero es notorio el contraste entre el saneamiento fiscal local y la ampliación del desbalance del gobierno nacional central (GNC). De todas maneras, debe garantizarse el nivel de transferencias que permita la atención de la educación, la salud y los servicios básicos.

Conclusiones

El régimen de acumulación instaurado en la economía colombiana a partir de las llamadas reformas promercado de los años noventa del siglo xx ahondó los problemas de inequidad de por sí existentes en las economías de mercado. La globalización financiera y la flexibilidad de los mercados, en particular del mercado laboral, generaron mayor nivel de exclusión social, aumento de la pobreza y, en contrapartida, alta concentración del ingreso. Esta situación se acentuó como efecto de la crisis económica del fin de siglo, lo que repercutió en una extensión y profundización de la pobreza.

En los años recientes la recuperación económica no ha estado acompañada de una mayor generación de empleo. De contera, las nuevas tecnologías han contribuido a la sustitución de mano de obra por capital, especialmente en aquellas actividades que requieren procesos más complejos o personal más calificado como en el sector financiero, la industria y el comercio. Esta dinámica se refuerza con los procesos de revaluación de la moneda, que permite adquirir tecnología más barata, con procesos que generan mayor productividad y, a su vez, que reemplazan mano de obra por capital.

²⁹ El estudio de Cabrera y Naranjo (2003) analiza las principales normas y sus implicaciones sobre las finanzas locales. La Ley 358 de 1997 limita el endeudamiento territorial y define los semáforos. La Ley 550 de 1999 "... fue concebida con el fin de construir un mecanismo alternativo a los concordatos para salvar empresas en crisis, dada la situación económica que venía atravesando el país. A esta ley de intervención económica, se le incluyó un capítulo para entidades territoriales y sus entidades descentralizadas a fin de efectuar procesos de saneamiento fiscal de entidades en situaciones críticas, que no estaban dispuestas a realizar procesos de ajuste voluntarios a través de convenios de desempeño o a las cuales los instrumentos actuales no le permitían resolver su problema fiscal" (Cabrera y Naranjo, 2003:10). La Ley 617 de 2000 fija criterios más exigentes para la creación de municipios. Eleva a nivel de ley la categorización de los departamentos. Además, "determina que las entidades territoriales deberán con sus ingresos corrientes de libre destinación financiar la totalidad de gastos de funcionamiento y además generar un excedente para inversión, reviviendo la esencia del principio del equilibrio, que se encontraba desvirtuada en la Ley 38 de 1989 y que la Corte afirmó en su momento no estar ajustado a la Constitución" (Cabrera y Naranjo, 2003:11). El Acto Legislativo 1 de 2001 y la Ley 715 de 2001 modifican los criterios de asignación de las transferencias. Y, finalmente, la Ley 819 de 2003 tiene que ver con la sostenibilidad de la deuda y el crecimiento económico.

La situación del mercado laboral está lejos de cumplir con los acuerdos suscritos por el gobierno colombiano con la OIT en el sentido de generar trabajo decente. Por el contrario, el empleo es precario, predomina la informalidad, está mal remunerado y las ganancias en productividad no se traducen en incrementos salariales, lo que inevitablemente repercute en aumentos del coeficiente Gini. Además, la política laboral promueve esta precariedad; la reforma laboral (Ley 797 de 2001) al disminuir el valor de las horas extras le abrió nuevas vías al régimen de bajos salarios que ha caracterizado a la economía colombiana en las tres últimas décadas.

La acción del Estado para proteger a la población más vulnerable por medio de los sistemas de protección social (SPS) se encuentra delimitada por los criterios fiscalistas con que se maneja el gasto público. El discurso sobre el ajuste fiscal, con el que pretende buscar una sana macroeconomía a la vez que se privilegian otros gastos, es la justificación para abandonar las metas de carácter universalista en materia de SPS y optar por la focalización, argumentando escasez de recursos. De esta manera la política social queda condicionada a las restricciones fiscales, las que, al final, son solo opciones políticas que toman las diferentes administraciones presidenciales.

En la actual coyuntura el radio de acción que tiene la política pública para modificar la tendencia en la concentración del ingreso encuentra sus límites en dos elementos: la magnitud del déficit fiscal y el plan de seguridad democrática. La magnitud de la deuda pública, ya sea interna o externa, le resta flexibilidad para acometer un programa de inversión pública que solucione los altos niveles de desempleo o para disponer de mayores recursos con los que procurar un sistema universalista de protección social. La prioridad dada al gasto militar influye en la misma forma, es decir, sacrificar la inversión para orientar el presupuesto a la guerra interna.

El aseguramiento es uno de los componentes del SPS, el otro es la asistencia social. El modelo institucional creado a partir de la Ley 100 de 1993, aunque ha logrado aumentar la cobertura de afiliación y la disponibilidad de recursos para financiar el servicio de salud, está signado por desigualdades en el acceso y por los límites que impone la gobernabilidad en modelos no universalistas erigidos sobre los subsidios a la demanda. La existencia de tres regímenes en el sistema de seguridad social en salud (contributivo, subsidiado y el de vinculados) segmenta la población, aumenta el estigma social, en la medida en que un grueso de la población se debe declarar pobre para acceder al sistema, y es altamente inequitativo porque los servicios brindados en salud a esta población son sustancialmente diferentes a los que recibe el sector formal de la economía.

En materia de pensiones la afiliación es similar a la alcanzada en 1993 y en riesgos profesionales, al excluir al sector informal, la cobertura se ha estancado.

De otra parte, con la privatización del sistema de seguridad social se fortalecieron los grandes grupos económicos y de manera adicional el gobierno puede financiar el déficit fiscal con los recursos obtenidos a través del sistema de aseguramiento.

La dinámica económica de la capital está signada por la regulación macroeconómica que opera en el orden nacional. Con relación al comportamiento del mercado laboral del Distrito, no obstante presentar indicadores levemente mejores que el resto de la nación, el empleo sigue siendo informal, precario y lejos de cumplir con las metas de tener trabajo decente. Aunque la tasa de desempleo para el periodo comprendido entre 2001 y 2006 presenta una tendencia hacia el descenso, en 2006 el 52,24% de la población trabajadora queda incluida entre los desempleados y las diferentes modalidades de subempleo. A estas elevadas cifras es preciso adicionar la mayor dificultad que tienen las poblaciones pobres para insertarse en el mercado laboral, los niveles de su exclusión se pueden apreciar en las inferiores tasas de participación laboral que registran frente a las poblaciones no pobres.

La fuerte correlación entre el coeficiente Gini y la desigualdad de los ingresos laborales, explicada porque la mayor proporción del ingreso de los hogares proviene de las remuneraciones, se convierte en un obstáculo importante para la reducción de la pobreza.

En materia de seguridad social en el Distrito se ha aumentado la afiliación en salud, se ha mantenido estable en pensiones y ha disminuido en riesgos profesionales, si se compara con lo alcanzado antes de expedir la Ley 100 de 1993. En Bogotá, como en toda Colombia, una de las principales fallas del sistema de seguridad social es su carácter procíclico: al presentarse una crisis económica la afiliación disminuye dado que la financiación del sistema se origina en los aportes de empresarios y trabajadores. Otra característica del sistema en materia pensional es la exclusión de los *cuenta propia* o trabajadores independientes, que para 2003 registran una cobertura de afiliación de tan solo 12,1%.

Entre los aspectos más controversiales que ha tenido la Ley 100 de 1993 está su impacto sobre la salud pública. A pesar de que el Ministerio de la Protección Social controvierte los datos presentados por la comunidad académica, diferentes grupos de investigación coinciden en afirmar que en los últimos quince años se ha presentado un deterioro de los indicadores en salud pública. Con la reforma se creó un modelo institucional inadecuado por cuanto las competencias en salud pública se fragmentaron al otorgársele funciones a los entes territoriales, pero igualmente las aseguradoras ejercen algunas de corto plazo y con carácter individual, es decir, acciones privadas. La alta rotación de los afiliados entre las EPS y ARS repercute en que entre estos agentes la prevención de la enfermedad no sea una de sus tareas prioritarias.

Bibliografía

- Banco Mundial. 2002. *Globalización, crecimiento y pobreza*. Alfaomega, Bogotá.
- Boron, A. 2003. *Estado, capitalismo y democracia en América Latina*. CLACSO, Buenos Aires.
- Castaño Yépez, RA. 2005. *Asesoría en el diseño de la evaluación de impacto del sistema general de participaciones en salud pública*. DNP, Bogotá.
- Castel, R. 1997. *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Paidós, Buenos Aires, Barcelona, México.
- CEPAL. 2002. *Globalización y desarrollo*. CEPAL, Alfaomega, Bogotá.
- Chávez, B; Sierra, O; Lopera, M; Montoya, P. 2004. El plan de atención básica en los municipios descentralizados de Colombia 2001-2003. *Revista de Salud Pública* 2004. 22(2).
- CID, Contraloría General de la República. 2003. *Bien-estar y macroeconomía*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- CID, Contraloría General de la República. 2004. *Bien-estar, macroeconomía y pobreza*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- CID, Contraloría General de la República. 2006. *Bien-estar, macroeconomía 2002-2006: el crecimiento inequitativo no es sostenible*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Giraldo, C. 2005. Financiarización: un nuevo orden social y político. En: Rodríguez Salazar, O (coordinador). *Sistemas de protección social entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. CID, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Jessop, B. 1999. *Crisis del Estado de Bienestar. Hacia una nueva teoría del Estado y sus consecuencias sociales*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Lautier, B. 2006. Las condiciones políticas para la universalización de la protección social en América Latina. En: Le Bonniec, Y; Rodríguez Salazar, O. *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. CID, Universidad Nacional de Colombia, DABS, Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá.
- Lautier, B. 1998. Représentations et régulations étatiques de la pauvreté en Amérique Latine. En: Poulin R; Salama P. L. *Insoutenable misère du monde. Economie et sociologie de la pauvreté*. Editions Vents d'Ouest, Canadá.

- Lautier, B. 1995. Citoyenneté et politiques d'ajustement. Quelques réflexions théoriques suscitées par L'Amérique Latine». En: Marques-Pereira, J. *Citoyenneté intervention sociale et croissance économiques*. En: *Cahiers des Amériques Latines*. Iheal, París (15).
- Maddison, A. 2002. *The World Economy. A Millennial perspective*. OECD. París.
- Mollat, M. 1998. *Pobres, humildes y miserables en la Edad Media*. FCE, México.
- Ort. Panaroma laboral 2006. América Latina y el Caribe.
- Rosavallon, Pierre. 1985. *La crise de L'Etat Providence*. Editions de Seuil, París.
- Rodríguez Salazar, O. 2005. Avatares de la reforma del Sistema de seguridad social en Colombia. Ley 100 de 1993. En: Rodríguez Salazar, O (coordinador). *Sistemas de protección social entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. CID, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Rodríguez Salazar, O. 2006. Del patronato al aseguramiento en el sistema de protección social en Colombia: asistencia, identificación y legitimidad. En: Le Bonniec Y; Rodríguez Salazar, O. *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. CID, Universidad Nacional de Colombia, DABS, Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá.
- Rodríguez Salazar, O. 2001. La difícil consolidación de un Estado de Bienestar. En: Misas, G. *El desarrollo económico y social. Siglo xx*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Salama, P; Valier, J. 1994. *Pauvretés et inégalités dans le tiers monde*. La Découverte, París.
- Salama, P. 1999. *Riqueza pobreza en América Latina. La fragilidad de las nuevas políticas económicas*. FCE. México.
- Secretaría Distrital de Hacienda. 2007. *Inversión y desarrollo de Bogotá D.C*. Bogotá.
- Secretaría Distrital de Hacienda. Dirección de Estudios Económicos. 2005. *Desarrollo social de Bogotá. Informe especial espacio público*. Bogotá.
- Subramanian, S; Delgado et al. 2003. Income Inequality and Health: Multilevel Analysis of Chilean Communities. *Journal epidemiol community health*. 57.
- Therét, B. 1995. *De la comparabilité des systèmes nationaux de protection social dans les sociétés salariales. Essai d'analyse structurale*. Mire, Berlín.

Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud

Revisión conceptual*

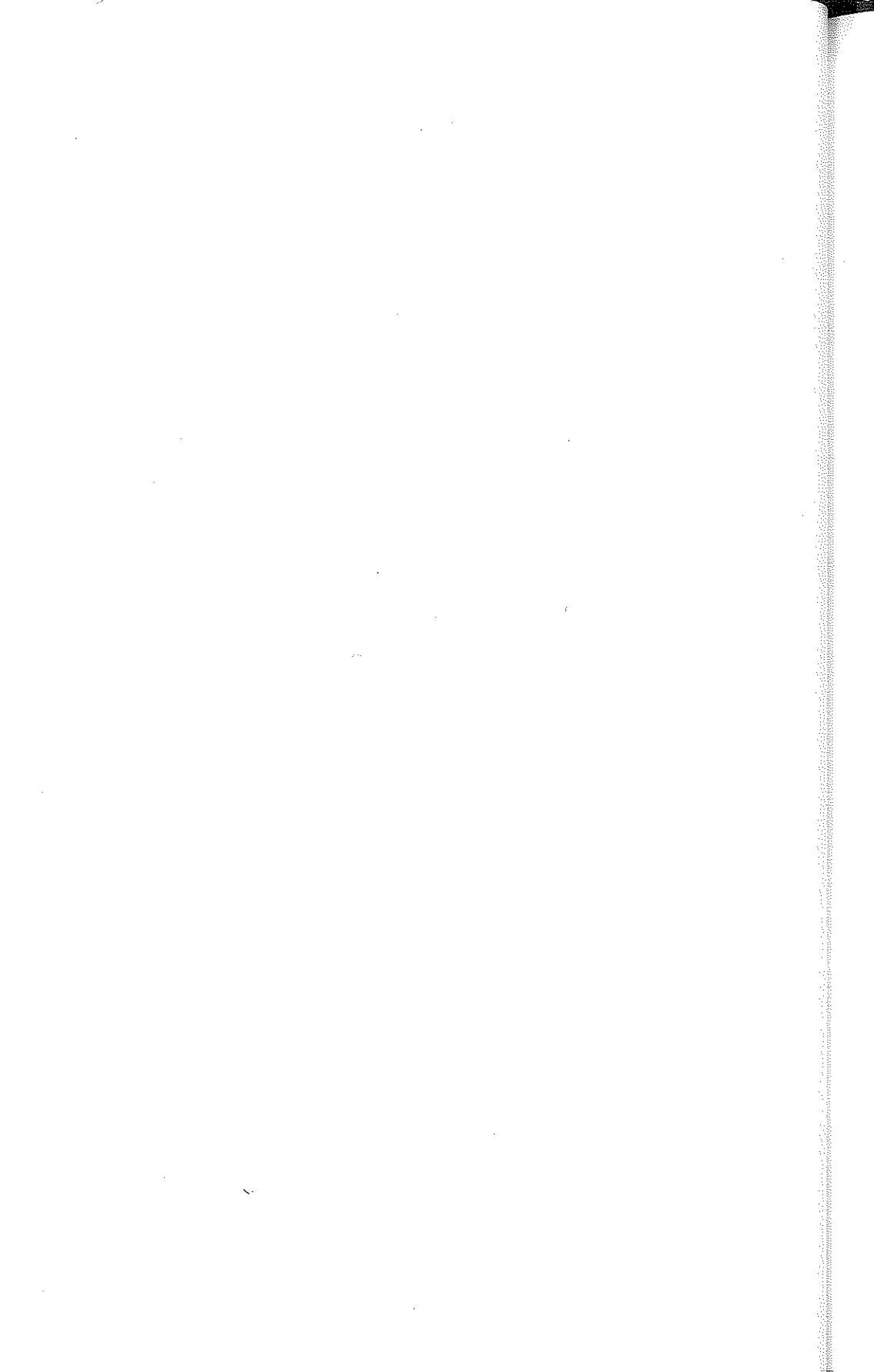
Félix León Martínez Martín**



2

* Especiales agradecimientos a los compañeros del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional, por sus observaciones y aportes.

** Médico. Magister en Salud Pública. Investigador del Grupo de Protección Social del Cio de la Universidad Nacional. Vicepresidente de Fedesalud.



Dado que la igualdad democrática permite algunas desigualdades y condena otras, es necesario incluir un método para determinar cuándo unos grupos son iguales o desiguales en aspectos determinantes. Para Rawls, las desigualdades relevantes se dan entre miembros representativos de grupos sociales, como entre trabajadores no calificados y ejecutivos de corporaciones, o entre miembros de diferentes grupos étnicos. El enfoque de grupos refleja el punto de vista de Rawls, en el sentido de que los principios de justicia gobiernan la 'estructura básica' de la sociedad, esto es sus principales instituciones sociales como 'la constitución política y los principales acuerdos económicos y sociales'. Estas instituciones tienen profundos efectos sobre la gente porque 'distribuyen los derechos y deberes básicos' y determinan la división de las ventajas que resultan de la cooperación social. El énfasis en grupos también refleja el contexto histórico de la lucha política por la igualdad, la cual ha estado siempre enraizada en las demandas de los grupos y, a través de esa lucha, ha influido en el contenido de nuestra cultura democrática.

Norman Daniels, 2002

La perspectiva ética y la perspectiva utilitaria

El concepto de justicia distributiva

El principio de justicia distributiva se ha entendido históricamente de muchas maneras, casi todas presentes en el debate contemporáneo. En la perspectiva clásica aristotélica, aún hoy presente, se entiende lo justo como la adecuación de las decisiones humanas a la proporcionalidad natural. Si el orden natural es equilibrado en sí mismo, la decisión más justa será aquella que se orienta hacia la conservación o la restauración de tal equilibrio. En la perspectiva clásica, la desigualdad y la jerarquía social son naturales, derivadas de las capacidades y virtudes desiguales entre los miembros de la sociedad. De allí que no es deseable una atención igual para todos sino, por el contrario, proporcional al rango y la jerarquía de las personas (Gracia Diego, 1991).

La concepción clásica aristotélica perduró en Occidente por más de veinte siglos, hasta el desarrollo del modelo liberal en el siglo XVIII, según el cual, lo justo no se deriva de la distribución natural, sino de la decisión moral derivada del contrato social. La justicia distributiva se entiende aquí como "libertad contractual", en la medida en que los ciudadanos otorgan al gobernante el poder necesario para demandar de él la garantía de los "derechos naturales", derivados de la condición

humana. Según Locke, la garantía de los derechos a la vida, a la integridad física, a la libertad y a la propiedad sería la única justificación del poder del Estado. Ir más allá de esto sería atentar contra el contrato social constituyente.

En el siglo XVIII la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, por parte de la Asamblea Nacional Francesa, reafirma el pensamiento de Locke. Tal como lo ha sustentado Robert Nozick en el debate contemporáneo, siguiendo a Locke, la atención en salud de los pobres es un asunto de caridad y no de justicia, pues nadie puede pedir del Estado más que la garantía de la "justa adquisición" de bienes y servicios, en función del trabajo, de la compra o de la herencia. La atención médica se compra y se vende, pero no es un derecho derivado del principio de justicia distributiva. Si se acepta que algunas personas no pueden comprar esos servicios porque no tienen suficientes recursos, cualquier provisión por otro o por el Estado se sustenta en el principio de beneficencia, que sustenta la caridad, no en la justicia (Hernández M, 2002:347-361).

Para los autores liberales este planteamiento resulta insuficiente puesto que, por ejemplo, "no existe un derecho particular y específico a la asistencia sanitaria, sino un derecho genérico a la redistribución de una cierta riqueza" (Hayek F von, 1997: 449-450).

Economistas como Adam Smith reconocieron que en ocasiones bienes como la educación y la salud se deben colocar fuera de la esfera del mercado y considerarse bienes meritorios, a fin de que todos los miembros de la sociedad accedan a ellos. Sin embargo no resuelven la contradicción resultante del hecho de que la labor médica esté vinculada a la economía de mercado y la salud de los pobres continúe a merced de la beneficencia.

Ante el resultado limitado de este esquema de los derechos y la crítica al liberalismo, surgen algunos tipos de igualitarismo, que refutan este enfoque.

1. El igualitarismo social, que tiene en Marx y Engels sus mayores exponentes, argumenta que garantizar el derecho a la propiedad privada perpetúa las desigualdades, porque limita a la clase trabajadora el acceso a bienes y servicios. Una distribución equitativa es para Marx "a cada cual exigirle según su capacidad y darle según su necesidad". En el caso de la salud, la enfermedad es la necesidad y la salud la capacidad, según esas condiciones deben ser redistribuidos los recursos (adaptado de Gracia D, 1991).
2. Igualdad en los resultados finales: el papel del Estado consiste en redistribuir los recursos de tal forma que los resultados de largo plazo sobre las personas sean iguales. No obstante, dicha perspectiva es fuertemente criticada porque no deja espacio a la iniciativa individual, a la superación personal y a la competencia.

3. Igualdad de recursos generales: Los precursores de esta teoría como Ronald Dworkin (citado en Peter F y Evans T, 2002) propenden por garantizar a todas las personas o familias un determinado nivel de ingreso, para que los individuos le den la destinación que consideren oportuna y adecuada, pero han sido criticados por los que creen que los individuos quedan vulnerables frente a situaciones contingentes.

La justicia solo requiere la igualdad de los recursos generales (por ejemplo, oportunidad de ganancia económica, acceso a la educación). Una vez lograda la igualdad de recursos, dependerá de cada uno decidir cómo quiere utilizarlos (Dworkin R, 1981, citado por Peter y Evans, 2002).

De igual modo, puede ser criticada porque responsabiliza a los individuos por no aprovechar las oportunidades que les da la sociedad, o de no cuidar su salud, presuponiendo la existencia real de una igualdad de oportunidades para la utilización de esos recursos.

Por supuesto que, de una parte, todos los ciudadanos pueden ganarse la lotería pero, de otra, las condiciones de los niños en los barrios marginados se traducen en una desventaja real (desnutrición, deprivación sicoafectiva), aún para aprovechar el beneficio de la educación y otros recursos generales que brinda la sociedad.

La bifurcación de liberalismo: el utilitarismo y el liberalismo social

El utilitarista indica que el sistema económico liberal produce y distribuye más riqueza, optimiza la asignación y la utilización de recursos escasos y coordina de forma espontánea los deseos y las capacidades de los participantes en el mercado (Capella F, 2001).

La idea de utilidad consiste en la cantidad de satisfacción que proporciona una determinada asignación de bienes, dado un conjunto de preferencias individuales y condiciones que garantizan que la utilidad pueda ser maximizada. Esta idea desde la perspectiva microeconómica ha tenido gran aceptación, porque la utilidad se emplea para caracterizar preferencias individuales, pero para analizar la utilidad social, el utilitarismo recurre a sumar las utilidades individuales¹ y a partir de esta definición estructura su idea de bienestar social. Las implicaciones de este enfoque sobre la justicia distributiva son las siguientes:

1. La regla de justicia, a la cual está subordinada la distribución, está ligada al concepto de utilidad marginal. La utilidad marginal indica la magnitud en que

¹ Algunos economistas como Jhon Hicks argumentan que las utilidades de diferentes individuos no pueden sumarse.

cambia la utilidad ante el incremento del consumo de una unidad adicional. Esta utilidad marginal se supone decreciente, es decir, cuanto mayor es el consumo menor es la utilidad marginal. De esta forma, según los principios distributivos del utilitarismo, es equivalente proporcionar una unidad adicional a alguien con un bajo consumo que dar muchas unidades adicionales a alguien con alto nivel de consumo a fin de que la variación de la suma de las utilidades de todos los individuos de la sociedad se incremente.

2. La importancia de la distribución para el utilitarismo es la eficiencia según el criterio de Pareto: asignación en la cual nadie pueda aumentar su utilidad si no es disminuyendo la de otro agente, es decir, que las asignaciones en mercado competitivo logran que no exista ni escasez y déficit en los mercados. Pero el criterio de Pareto es igual de óptimo con una distribución de los recursos igualitaria o con una extremadamente desigual.

En salud, una muestra lamentable de la visión utilitarista a ultranza la da el premio Nobel de economía, Elías Baker (2003), en su artículo sobre el mercado de órganos. Baker considera útil y ético que los pobres vendan sus órganos en el mercado y mejoren sus ingresos de esta forma, al tiempo que considera un desperdicio que un jugador famoso de baloncesto done su riñón a un hermano.

En un intento por incorporar un criterio de equidad al modelo utilitarista, Jhon Harsanyi, en 1955, plantea la equidad como equiprobabilidad, en el cual "individuos racionales eligen la sociedad en la que quisieran vivir partiendo del hecho de que tienen igual probabilidad de ser cualquiera" (Uribe López M, 2003). A pesar de que este planteamiento es considerado como preludeo de la posición original de Rawls, fue duramente criticado porque, para superar el hecho de que en la sociedad existe diversidad de opiniones, Harsanyi recurre a suponer que todos los individuos frente al riesgo eligen de la misma forma (*hipótesis de similaridad*).

"En la actualidad el utilitarismo es defendido como una doctrina moral y sus defensores afirman que los principios distributivos utilitaristas son principios justos". Sin embargo, hay quienes argumentan que la teoría utilitarista, en la cual la búsqueda del bienestar individual está por encima del bienestar de los demás, es incompatible con alguna consideración ética (fragmento adaptado de Dieterlen P, 1995:74). No obstante, este planteamiento abrió paso al liberalismo social, en el cual lo justo se prioriza frente a lo bueno; Rawls uno de sus precursores, crítica el pensamiento utilitarista y

plantea una teoría contractualista en la que los principios de justicia surgen por acuerdo entre los individuos en una situación hipotética (posición original) en la que estos desconocen el lugar que ocuparán en la sociedad (velo de la ignorancia) (Dieterlen P, 1995:233).

Para Rawls el bienestar social está dado por la situación de los individuos en mayor desventaja de la jerarquía social, es decir, un incremento del bienestar social solo es posible si se garantizan y/o mejoran los bienes sociales primarios a los individuos en mayor desventaja. Plantea un ideal de sociedad como sistema justo de cooperación.

El objetivo de la justicia social consiste en garantizar que las instituciones sociales, económicas y políticas básicas funcionen sin exclusiones (Peter F y Evans T, 2002). Surge entonces la perspectiva de la prioridad:

Lo que nos hace preocuparnos por las distintas inequidades no es la falta de equidad en sí, sino el problema identificado por el principio subyacente. Es el hambre del hambriento, la necesidad del necesitado, el sufrimiento del enfermo, etc. Lo importante es que su hambre es mayor, su necesidad más imperiosa, su sufrimiento más doloroso y, por tanto, es nuestra preocupación por el hambriento, el necesitado, el sufriente, y no nuestra preocupación por la igualdad, lo que nos hace darles prioridad (Raz Joseph, 1986, citado por Peter Fabienne y Evans Timothy, 2002).

El enfoque de la prioridad, derivado del ideal rawlsiano de sociedad como sistema de cooperación justo, coloca el objetivo de la equidad en la esfera de la salud, en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social (Raz J, 1986, citado por Peter F y Evans T, 2002).

Los bienes primarios sociales para Rawls son entendidos como los medios que permiten a cada persona la realización de sus planes, los bienes sociales incluyen entre otros aspectos, libertades básicas, igualdad de oportunidades y derechos, ingresos y bases sociales para el respeto a sí mismo. Esta definición de bienes primarios ha sido criticada y complementada por el esquema de capacidades de Amartya Sen, quien argumenta que lo importante debe ser la libertad de realización de los logros, no los medios en sí mismos (bienes primarios). Es decir, más allá de los logros lo que debe garantizarse es que las personas desarrollen las capacidades o posibilidades de realización de dichos logros.

Las ideas de Rawls y Sen son complementarias en la medida en que los bienes primarios son necesarios pero no suficientes; a pesar de garantizar que las personas tengan acceso a ellos, se requiere que también tengan la "capacidad" de convertir los mismos bienes en realizaciones, aunque tengan metas u objetivos diferentes.

Este esquema de capacidades y realizaciones, específicamente aplicado al campo de la salud, busca argumentar que la sociedad justa debe garantizar unos niveles mínimos de asistencia sanitaria y permitir el buen estado de la salud para todos los individuos. En sentido estricto, la economía del bienestar, que sustentó la expansión de los Estados nacionales para garantizar los derechos ampliados de

ciudadanía, se basa en la idea de que para ejercer la libertad se requieren condiciones y medios materiales garantizados por la organización social, como deberes del Estado y derechos ciudadanos.

Equidad en salud centrada en los derechos humanos

Para muchas personas, el principio de igualdad en el derecho a la salud, considerado este derecho humano fundamental, es razón suficiente para combatir las desigualdades, consideradas injustas e inmorales y propender por la equidad en salud como valor ético.

En la perspectiva de los derechos humanos, la equidad en salud adquiere una fuerza normativa, basada en principios de amplia aceptación en el ámbito mundial.

La equidad en salud es un valor ético, inherentemente normativo, basado en el principio de la justicia distributiva, acorde con los principios de los derechos humanos" (Braverman P, 2003:25-258).

Los derechos humanos sustentan la búsqueda de que toda persona, en forma independiente de la situación de su grupo social, tenga oportunidades iguales para el logro de su salud.

A modo de cuestionamiento: la medición de las desigualdades entre grupos sociales versus la valoración ética o del cumplimiento de derechos

El valor normativo, ¿valor ideal alcanzable o valor mínimo asegurable?

En forma independiente al concepto de equidad social, igualdad, moral, ética o filosofía política que se maneje, toda sociedad fija unos valores éticos o normativos y unos derechos mínimos para los ciudadanos. Este es un resultado histórico de cada sociedad, en el marco de relaciones de poder y de desigualdad del ordenamiento mundial, de manera que no se podría entender como una opción racional colectiva, como parece ser el planteamiento de la "posición original" de Rawls.

Los derechos, por otra parte, si bien se establecen jurídicamente o adoptan en cada país en un periodo determinado, no se derivan de la legislación nacional e internacional:

Los derechos humanos pueden ser vistos como demandas primordialmente éticas. Ellos no son mandatos principalmente 'legales', 'proto-legales' o 'legales-ideales'. Aunque los derechos humanos puedan, y con frecuencia lo hacen, inspirar la legislación, este es un hecho posterior, más que una característica constitutiva de los derechos humanos (Sen A, 2004).

Sin embargo, el problema con la formulación de los derechos es su gran generalidad. Si bien el valor normativo es el referente en la formulación general del derecho, el valor ideal alcanzable, el derecho se lleva a obligación tangible del Estado tan solo sobre unos mínimos, que constituyen la "norma".

La formulación de los mínimos (y en última de los derechos sociales limitados) parte de la premisa de que ese ideal alcanzable es tan solo una meta que se logrará progresivamente en función del esfuerzo de una sociedad o país a través del tiempo (derechos progresivos), pues no se reconoce (o se niega implícitamente) que las desigualdades entre ciudadanos o entre grupos son consecuencia de la estructura de relaciones sociales, que condiciona la posición de unos y otros en la escala económica y social.

Se dibujan las desigualdades e injusticias como un supuesto "camino al desarrollo" que unos han alcanzado y otros aún no (están en vías de). En este punto comienzan a ser "norma" grandes diferencias e injusticias (que solo el tiempo solucionará) y el derecho determina apenas el máximo de rezago aceptable o permitido.

Pero la ética impone límites a la organización social. Aunque una sociedad, considere como "normales" y por tanto en algún grado "norma" grandes desventajas y niveles de exclusión social, estos valores serán cuestionados en función del espacio y el tiempo. Si la sociedad fija unos valores diferentes de los reconocidos internacionalmente y unos derechos inferiores a sus ciudadanos, estos resultarán siempre cuestionados.

No puede ser considerado "normal" y por tanto "no modificable" en una sociedad, lo que era y ya no es aceptable por otras. Los valores éticos y morales se modifican con el tiempo y con los cambios sociales en un mundo global. Por ello el racismo, la esclavitud, el sometimiento de la mujer, etc., que fueron aceptables en un tiempo, no lo son ya. Igual sucede con la desnutrición de los niños, la inasistencia sanitaria, la insalubridad ocupacional, etcétera.

La construcción de los derechos es por tanto un proceso dinámico, constituye un permanente proceso de transformación social a través de la historia. Cada bien o servicio que unos hombres logran es deseado por otros, por ser posible en ciertas condiciones (el alfabetismo, la vivienda propia, el agua potable, la televisión o el teléfono celular). Igual sucede en servicios de salud (vacunas, acceso a especialista, acceso a tomógrafo o posibilidad de diálisis o trasplante).

En este sentido la sociedad construye día tras día nuevos valores normativos, en el sentido de ideales a alcanzar en términos de calidad de vida o salud. La "normativa" de referencia puede identificarse como el mejor de los resultados observados, o el máximo biológico posible, contra los cuales se comparan el resto de los individuos,

grupos o países. De esta forma la esperanza de vida superior o la mortalidad infantil inferior, alcanzada en unos países, se torna referencia normativa para los demás.

La desigualdad en el acceso a bienes o servicios (u oportunidades) constituye desigualdad social. Tal desigualdad se mide ineludiblemente por la sociedad sobre una escala ética. Si la sensibilidad ética sobrepasa ciertos límites, se hace un llamado en términos de derechos, es decir, se modifica el valor normativo por vía de una nueva norma legal y se erige un nuevo derecho.

No es preciso coincidir con Rawls en el principio de "la justicia como imparcialidad", ni dar por sentada posición original de igualdad correspondiente "al estado de la naturaleza en la teoría tradicional del contrato social" (Rawls, 1971). Tal situación hipotética no parece necesaria, pues nunca los acuerdos sociales ni las leyes que regulan los derechos ciudadanos han sido construidos en situaciones de igualdad práctica. "Todos los derechos han evolucionado en función de las circunstancias y bajo la presión de intereses" (Enciclopedia Temática Argos, 1970).

Resulta mucho más claro entender que siempre se parte de la desigualdad. Analizar las desigualdades entre grupos sociales supera la generalidad de la formulación de los derechos ideales o la aceptación ideológica y política de los derechos mínimos, al tiempo que aparta el análisis de la subjetividad ética para ubicarlo en mediciones objetivas sobre muchos aspectos de calidad de vida y salud que no siempre han sido contemplados por las normas y los derechos. La valoración ética debe hacerse con posterioridad al análisis de las desigualdades o en sentido transversal a la medición de estas, para determinar cuáles son injustas y cuáles no.

Es importante en este punto entender que la ley y la justicia en términos del derecho positivo siempre tienen tres preocupaciones (Enciclopedia Temática Argos, 1970).

Una preocupación utilitaria: se trata de permitir que la vida social se desarrolle sin demasiados tropiezos. La preocupación regulatoria necesaria para el ordenamiento social, y que no reine la ley de la selva y los diferendos entre ciudadanos no se solucionen simplemente mediante la ley del más fuerte.

- ▣ Una preocupación filosófica y moral: donde se incluyen las ideas de equidad, de los derechos de los ciudadanos, la preocupación por los excluidos, los valores morales y religiosos.
- ▣ Una preocupación justificatoria, para asegurar privilegios que se han constituido inicialmente como hechos, mediante su formulación legal.

Desde el punto de vista del derecho positivo, todo acuerdo social, toda ley, es el producto de una negociación entre los intereses económicos y los intereses

sociales e implica relaciones de poder en una sociedad concreta. Esta negociación fue especialmente visible y relevante en Colombia en la Constitución de 1991, donde a cambio de permitir el ingreso de los intereses económicos en el sector social, tradicionalmente en manos del Estado, se formularon unos derechos mínimos para los ciudadanos colombianos.

El derecho a la salud y la seguridad social

Existe en general gran dificultad en la comprensión del derecho a la salud. ¿De que se habla cuando se menciona este derecho? Se habla del derecho a:

- ¿Crecer y desarrollarnos sanos, desarrollar capacidades (potencialidades)?
- ¿Lograr la mayor expectativa de vida posible con las mayores capacidades posibles?
- ¿Recibir asistencia médica cuando la requerimos?
- ¿Acceder a la última tecnología médica?
- ¿Conocer la forma adecuada de proteger la salud y evitar riesgos?
- ¿Tener una organización social que nos proteja de las enfermedades transmisibles (vacunas, normas sanitarias)?
- ¿Tener un sistema de protección social que nos garantice un sistema de financiamiento y provisión de servicios que permita superar las barreras financieras?
- ¿Tener un trabajo saludable?
- ¿Disfrutar de un completo bienestar social?

¿O quizás a todas las anteriores, con sus importantes subtemas y particularidades y quizás otras más que pueden quedar aún por fuera de la lista?

Cada vez que se toca el tema de la equidad en salud, se tiende a considerar como aspecto fundamental el acceso a la asistencia sanitaria. De la misma forma la bioética tiende a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de salud (Peter F y Evans T, 2002).

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 (Oms), 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.

Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades

Una definición normativa de salud en la línea del pensamiento de Canguilhem (1971) permite entender la salud como *el desarrollo de las capacidades y las potencialidades* del cuerpo humano (las capacidades respiratoria, cardiovascular, neuromuscular, inmunológica, visual, digestiva, afectiva, intelectual, 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 F, 1988).

Con una definición de salud en términos positivos, pero medibles, es posible plantear el derecho desde la perspectiva individual y de la organización social.

- ☐ El derecho de cada ciudadano a unas condiciones de vida adecuadas para poder contar con una buena salud
- ☐ El derecho a que la organización de la sociedad responda a las necesidades de salud de todos los ciudadanos.

El primero se puede dividir en:

- ☐ El derecho de cada niño a unas condiciones de vida que le permitan desarrollarse sano y crecer con las mayores capacidades posibles
- ☐ El derecho de cada ciudadano joven y adulto a unas condiciones de vida y trabajo saludables que lo protejan de los riesgos de enfermedad, lesión, incapacidad o muerte.

El segundo se puede dividir en:

- ☐ El derecho de cada ciudadano a una atención médica en las mejores condiciones tecnológicas, de calidad y respeto a sus derechos
- ☐ El derecho de cada ciudadano a ser informado sobre los riesgos para su salud y educado en las formas de prevención y cuidado de la salud.

Planteados estos aspectos en términos de derechos, parecería suficiente señalar que el derecho debe ser universal y que la equidad o inequidad se establece respecto al logro de estos derechos (valor normativo ideal).

Por otra parte, desde el punto de vista colectivo, los derechos se pueden plantear igualmente como obligaciones del Estado. En este caso el Estado, para lograr una situación de equidad, debe procurar una acción más intensa hacia los grupos más desposeídos.

De tal modo, la función del Estado para garantizar igualdad en el derecho podría reacomodar los puntos antes señalados en términos de obligaciones.

- ▣ La obligación de garantizar unas condiciones mínimas a todos los niños, especialmente en los grupos en situación de más desventaja para que logren desarrollarse sanos y plenos de capacidades y puedan competir en el mercado de trabajo en condiciones de igualdad.
- ▣ La obligación de garantizar unas condiciones de vida y de trabajo que conserven la salud de los ciudadanos, especialmente de aquellos más expuestos a los riesgos del ambiente y el trabajo.
- ▣ La obligación de organizar un sistema de protección social, seguridad social y salud que garantice a todos los ciudadanos el acceso a una atención médica en las mejores condiciones tecnológicas, de calidad y respeto a sus derechos. Con especial atención a las poblaciones con barreras geográficas, económicas, culturales o de otra índole para el acceso al servicio.
- ▣ La obligación de organizar un sistema de protección social y salud capaz de prevenir y controlar los riesgos de salud pública más frecuentes. Con especial énfasis en los grupos en mayor riesgo de enfermar y morir.

Sin embargo, aun con este desarrollo, tal perspectiva del derecho conlleva ineludiblemente el problema de la generalidad en la formulación del valor normativo ideal y la trampa de los derechos progresivos o servicios mínimos que se deben garantizar a los ciudadanos, entre tanto las metas resultan alcanzables en función del tiempo (los más vulnerables, los más pobres, focalización, etcétera).

El enfoque de equidad en salud

Con base en el marco conceptual revisado, el enfoque de equidad que se propone parte de las siguientes premisas:

Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud

Es posible relacionar las desigualdades sociales con aquellas en salud:

- ▣ La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más prósperos, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas (Wagstaff A, 2002:97-105) (gráfico 1).

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

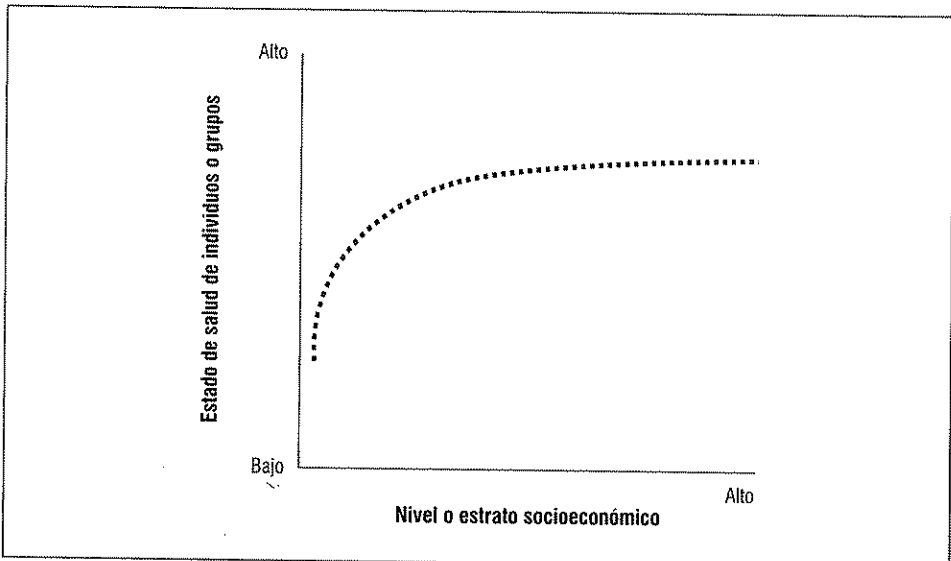
- ▣ En otras palabras, los más ricos, educados, poderosos y sanos de la sociedad tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud en comparación con los más pobres, y este patrón persiste en el tiempo y en todos los lugares (Evans et al, 2002).
- ▣ Los gradientes sociales de salud están presentes en todos los países del mundo y no solo en las sociedades 'ricas' (Diderischen, Evans y Witehead, 2002).
- ▣ 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 (Macintyre S, citada por Krieger Nancy, 2002:10).

Para mayor claridad en este punto, existe algún grado de dificultad con la apreciación que define inequidad en salud como desigualdades en materia de salud "injustas e innecesarias y evitables":

GRÁFICO 1



RELACIÓN ENTRE ESTADO DE SALUD Y NIVEL SOCIOECONÓMICO



Fuente: Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security (2004).

- ▣ La expresión inequidades en materia de salud se refiere a las disparidades sanitarias de un país determinado [y entre zonas de dicho país] ... que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (es decir, que no son ni inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables por causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen (Krieger N, 2002:10).

La dificultad reside en que se podría interpretar por este camino que las diferencias sociales son "normales", pero que arrojan resultados injustos sobre los individuos (suerte o vulnerabilidad). Y no que una organización social injusta produce resultados correspondientes a dicha estructura de injusticia. Se podría interpretar en el mismo sentido que las inequidades en salud se pueden solucionar (evitar) sin modificar en absoluto las estructuras de inequidad social que las generan.

Aunque, por otra parte, se podría interpretar como el llamado a identificar la evitabilidad como criterio de justicia, que llama a la sociedad y al Estado a considerar ciertas desigualdades en salud como injustificables. Resultados por lo tanto intolerables, cuya superación constituye una necesidad social.

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 Braveman (2003:25-258) 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).

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

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 se llama 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.

Análisis de desigualdades

El término "*desigualdad*" hace referencia, como se señaló, a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema, sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si la diferencia de ocurrencia del fenómeno entre distintos grupos es justa o injusta (OPS, 1998).

Es claro que existen muchas desigualdades en salud. La edad, el género, condiciones biológicas o geográficas se traducen naturalmente en desigualdades en salud.

Hablar de desigualdad, sin embargo, no es lo mismo que hablar de inequidad; esta última incorpora en su concepto el valor de justicia. Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas.

Medir las desigualdades, es decir, obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es apenas el primer paso para identificar las inequidades en salud (OPS, 1998).

Se deben por tanto analizar las desigualdades en salud a la luz de las condiciones sociales injustas o inequitativas que las generan y no a partir de presuponer la injusticia previa de tales desigualdades.

Análisis de inequidades en salud o del efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la salud

El análisis de equidad-inequidad en salud se concreta 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.

Braveman y Gruskin (2003) definen los puntos clave como:

- ▣ Una definición de equidad en salud es necesaria para guiar la medición y, en consecuencia, poder investigar relaciones causales
- ▣ Definimos equidad en salud como la ausencia de diferencias sistemáticas en salud (o en sus determinantes sociales) entre grupos sociales con mayores o menores ventajas

- ▣ Ventajas sociales se pueden traducir como bienestar, poder y/o prestigio, en suma los atributos que definen la forma como la gente se agrupa en jerarquías sociales
- ▣ Las inequidades en salud colocan a los grupos con menos ventajas sociales en consecuente desventaja en salud, al disminuir sus oportunidades de conservar una buena salud
- ▣ La equidad en salud, un concepto ético basado en el principio de justicia distributiva, está también ligado al concepto de derechos humanos.

Variables de exclusión social (desventaja social) para el análisis de inequidad

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala:

Se han sugerido como características recomendables de un indicador de inequidad las siguientes: 1) que refleje la dimensión socioeconómica de las inequidades en salud, es decir, que estas estén sistemáticamente relacionadas con el estado socioeconómico; 2) que refleje la experiencia de la población en su conjunto, es decir, que el indicador use la información disponible de todos los grupos de la población, y 3) que sea sensible a los cambios en la distribución y tamaño de la población a lo largo de la escala socioeconómica (OPS, 1998).

El análisis de inequidad se centra en aquellas variables que permiten medir la exclusión social en un país. En Colombia, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional, el estrato, y el nivel o condición del hogar parecen ser las más indicadas. En este punto es necesario "priorizar" las que generan más inequidad en Colombia.

Se puede afirmar que en Colombia las diferencias raciales, religiosas o de sexo han generado igualmente inequidades, pero resulta claro que no tanto como en Sudáfrica, Israel o Afganistán, respectivamente.

Exclusión social en Colombia

Según el Departamento Nacional de Planeación,

A pesar de las diferencias en los enfoques, para tratar de explicar la exclusión social, parece existir un punto de acuerdo: la educación interviene en la exclusión a través del mercado laboral. Sin embargo, la educación puede intervenir en formas diferentes. La persistencia de elevados niveles de desigualdad y de pobreza en América Latina está altamente determinada por el limitado y desigual acceso al capital humano, en particular a la educación" (Sánchez F, 1998).

La exclusión social es entonces concebida a partir de las relaciones existentes entre mercado laboral y educación, y guarda una estrecha relación con la inequidad en el ingreso (Cárdenas M, 1998).

La exclusión social en Colombia tiene una estrecha relación con la inequidad en el ingreso. La referencia más importante a este respecto es forzosamente el libro *La distribución del ingreso en Colombia*, en el que Mauricio Cárdenas y colaboradores afirman que

de hecho, cuando se comparan las mediciones de desigualdad colombianas con la evidencia internacional, Colombia emerge como uno de los países con mayor desigualdad en Latinoamérica; de hecho, esta es la región con mayor desigualdad en el mundo (Cárdenas M, 1998).

En consecuencia, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional y la posición social (condiciones de vida estimadas por distintas medidas e índices como estrato, Índice de Calidad de Vida –ICV–, SISBEN) parecen ser las variables más importantes para clasificar las desigualdades y desventajas sociales en nuestro país y por tanto deben ser la referencia obligada para su relación con las condiciones de salud.

De manera adicional, es necesario señalar que hay sociedades más desiguales que otras.


Cuando se comparan las mediciones de desigualdad colombianas con la evidencia recolectada en otros países, Colombia emerge como uno de los países con mayor desigualdad en Latinoamérica; de hecho, esta es la región con mayor desigualdad en el mundo (Cárdenas M, 1998) (desde la perspectiva de las diferencias en el ingreso entre quintiles o deciles) (gráfico 2).

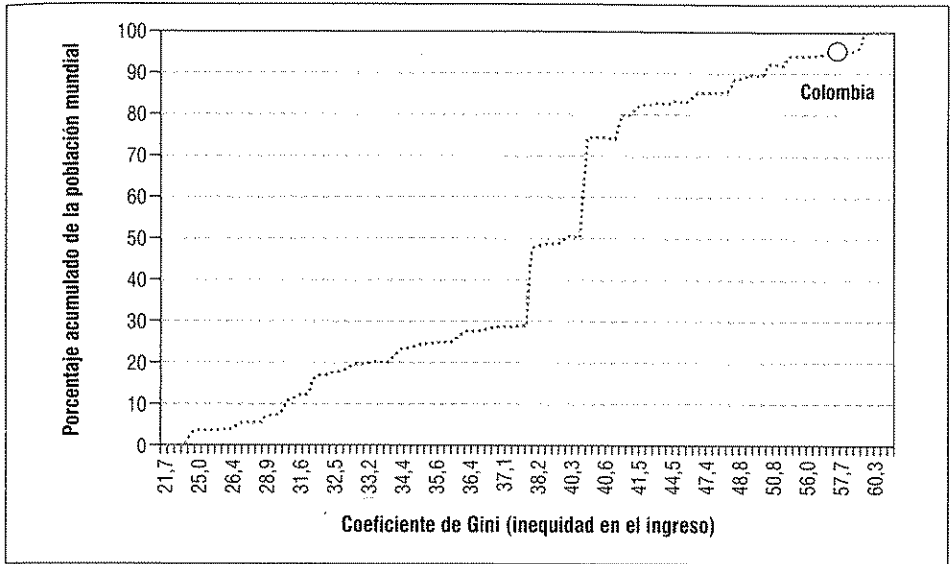
Áreas de medición del impacto en salud de las desigualdades sociales

A continuación se presentan las propuestas más destacadas.

La Oms recomienda que se otorgue la máxima prioridad a las investigaciones centradas en cinco áreas generales (Oms, 2005:948-953).

- ▣ Los factores y procesos mundiales que afectan a la equidad sanitaria o limitan las posibilidades de los países para corregir las desigualdades en salud dentro de su territorio
- ▣ Las estructuras y las relaciones sociales y políticas que afectan diferencialmente a las oportunidades de la gente de conservar la salud en una sociedad determinada

GRÁFICO 2  **UBICACIÓN DE COLOMBIA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL DE INEQUIDAD, 1999**



Fuente: Colombia Poverty Report, Volume I March, 2002. Carlos Eduardo Vélez, Colombia Country Management Unit Prem Sector Management Unit Latin America and the Caribbean Region. Document of the World Bank.

- ▣ Las interrelaciones entre factores en los niveles individual y social que aumentan o disminuyen la probabilidad de lograr y mantener una buena salud
- ▣ Las características del sistema de atención de salud que influyen en la equidad sanitaria
- ▣ Las intervenciones normativas que reduzcan eficazmente las desigualdades en salud en las cuatro primeras áreas.

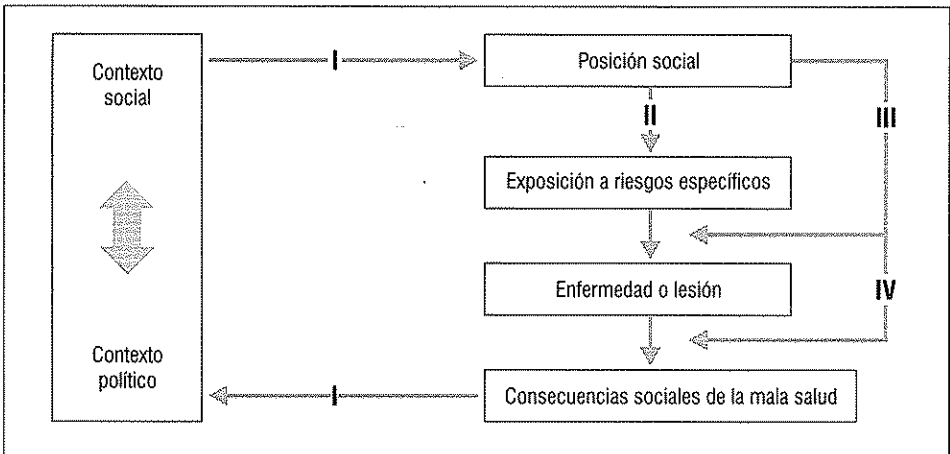
Un reciente informe del Banco Mundial (2006) sobre prioridades en control de enfermedades en países en desarrollo señala que para estudiar la inequidad en salud deben tenerse en cuenta:

- ▣ Patrones de inequidad en el estado de salud
- ▣ Patrones de inequidad en provisión de servicios de salud
- ▣ Patrones de inequidad en exposición a riesgos.

El grupo sueco de investigación (Diderichsen, Evans y Whitehead, 2002) en el campo recomienda las siguientes prioridades, cuyo esquema básico se representa a continuación (gráfico 3).

- ▣ Estratificación social (posición social)
- ▣ Exposición diferencial a riesgos
- ▣ Vulnerabilidad diferencial
- ▣ Mala salud debida al diferencial social

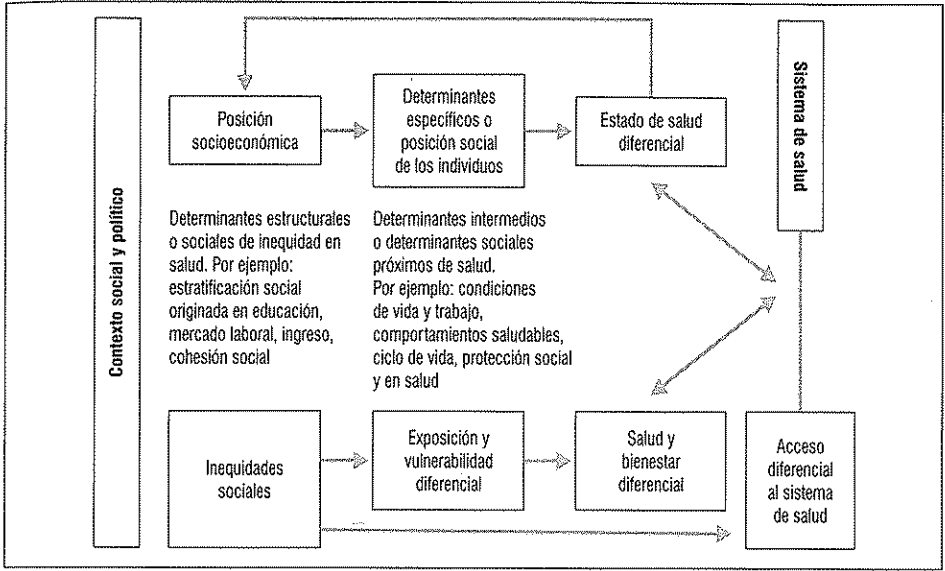
GRÁFICO 3  **MODELO DE DIDERICHSEN Y HALLQVIST (1998), ADAPTADO POR DIDERICHSEN, EVANS Y WHITEHEAD (2001)**



Fuente: Diderichsen, Evans y Whitehead, 2002.

Por su parte la Comisión sobre determinantes sociales en salud de la OMS (2005) propone como síntesis el siguiente esquema de análisis (gráficos 4 y 5).

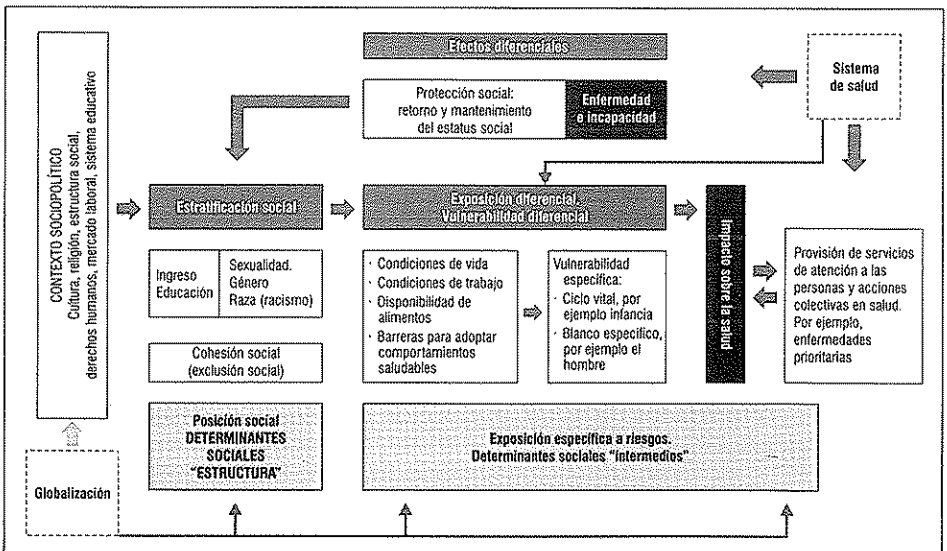
GRÁFICO 4 ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE LA REVISIÓN CONCEPTUAL COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD, OMS



Fuente: Oms, 2005.

Y, finalmente, propone el siguiente esquema conceptual:

GRÁFICO 5 ESQUEMA SOBRE DETERMINANTES SOCIALES GRUPO DE EQUIDAD DE LA OMS



Fuente: Oms, 2005.

Conclusiones y recomendaciones

Analizadas las distintas propuestas y con base en el desarrollo previo sobre los conceptos de salud y derecho a la salud, se proponen las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social.

- ▣ Oportunidades desiguales de salud
- ▣ Exposición desigual a riesgos
- ▣ Respuesta desigual de la sociedad
- ▣ Resultados desiguales a largo plazo.

La *primera premisa* de esta propuesta es que la posición social (Índice de Calidad de Vida, estrato SISBEN), junto con el ingreso, el nivel educativo y la posición ocupacional, son los clasificadores de las diferencias o desventajas sociales y definen por tanto los grupos objetivo para comparar la situación de salud enfermedad de estos cuatro grupos o áreas de medición del fenómeno salud-enfermedad.

Es decir que las oportunidades en salud, las exposiciones a riesgos o la respuesta de la sociedad y, finalmente, los resultados de salud a largo plazo, deben compararse (para buscar desigualdades) entre los diferentes estratos, niveles educativos, deciles de ingreso o diferentes posiciones ocupacionales.

Constituyen pues estas cuatro variables de ventaja o desventaja social, definidas como las marcadoras en el país, siempre el denominador del análisis, mientras que las cuatro áreas conforman los numeradores para la búsqueda, por ejemplo, de tasas diferenciales.

El gradiente social (contemplado en todos los esquemas como inicio o base del análisis de equidad) debe ser el campo de medición de las variables de salud enfermedad, en busca de desigualdades y no una variable más de análisis.

La *segunda premisa* se refiere a la separación de los indicadores de resultados desiguales de salud (de largo plazo), como expectativa de vida, mortalidad temprana, etcétera, de los indicadores que señalan un riesgo inmediato de daño en salud. La razón es considerar las desigualdades en los resultados de salud de largo plazo como un resultado *acumulado* de las desigualdades en las tres áreas anteriores: oportunidades de salud, exposición diferencial al riesgo y respuesta diferencial de la sociedad.

Por esta misma razón, el área de oportunidades desiguales en salud está separada en esta propuesta de los resultados desiguales a largo plazo. A diferencia de otras propuestas se considera que el área de oportunidades se refiere a la posibilidad de construir salud y no se debe mezclar con los resultados finales. Esta diferenciación está esbozada en algunas propuestas y no es clara en otras.

Es evidente que la situación nutricional precaria de un niño aumenta su probabilidad de muerte temprana, pero en la mayoría de los casos tan solo deja una huella de no salud, de falta de *desarrollo de las capacidades y las potencialidades* del cuerpo humano, que limita y coloca en desventaja a estos individuos para la vida en sociedad, además de aumentar sus riesgos y posibilidades de enfermedad. Por tanto esta medición en la construcción de la salud amerita una mirada independiente de aquella negativa en términos de menor expectativa de vida o mortalidad temprana, que solo muestra el resultado final de algo que ya empezó con serias diferencias y desventajas.

La *tercera premisa* es que se acepta el área de análisis clásica y evidenciada en todas las propuestas sobre la exposición desigual a riesgos. Sin embargo, cabe aclarar que por exposición desigual al riesgo se entiende no solo las exposiciones 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, la cultura, para ser analizados en los campos de medición de la posición social, ventaja o desventaja social.


La *cuarta premisa* es que se incluye el término respuesta desigual de la sociedad para el área aceptada en todas las propuestas conocidas que incluye respuesta desigual del sistema de salud. Sin embargo esta definición de respuesta desigual de la sociedad incluye, además del 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, políticas que se dirigen o no a disminuir las inequidades, etcétera.

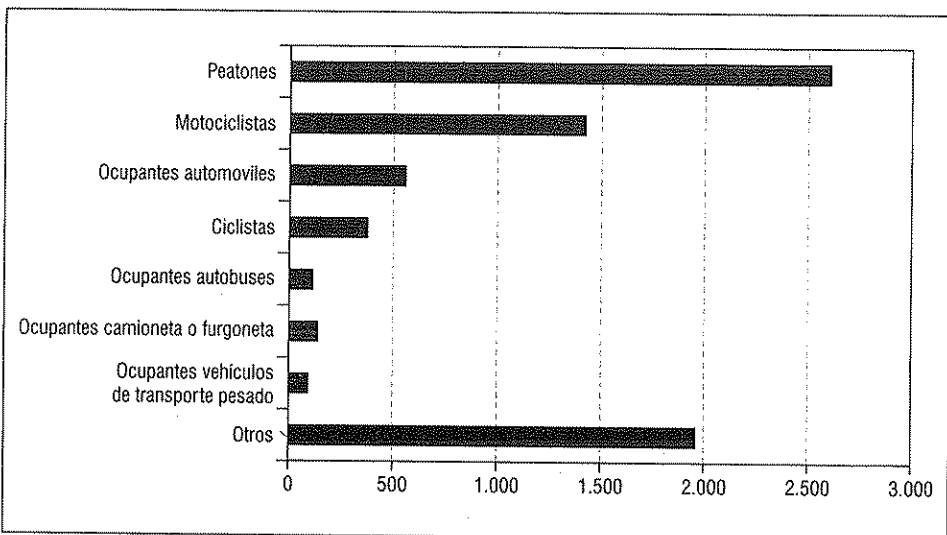
*Relaciones entre posición social, exposición diferencial a riesgos y efectos
Recomendación para el análisis de inequidades*

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 riesgos específicos tienen relación con la posición social.

Para 2000 la mortalidad por accidentes de tránsito en Colombia, según el tipo de víctima, evidenció que los peatones representan el mayor número de muertos, seguidos de los motociclistas (gráfico 6). En porcentaje, los peatones representan 35,8% y los motociclistas 19,5%. Estas proporciones se mantienen relativamente estables, dado que para 2002, el Centro Nacional de Referencia sobre la Violencia (CNRV) confirma que 39% de los accidentes mortales involucraron peatones atropellados y 19% motociclistas. Para 2003 el 38,2% de las muertes correspondió a peatones y las muertes de motociclistas alcanzaron 21,1%. De igual modo, las cifras del CNRV confirman que la motocicleta es el vehículo más peligroso y que está involucrado en 39,2% de los accidentes mortales para 2003. En ese mismo año, en cuatro de cada diez accidentes mortales de tránsito, estuvo comprometida una motocicleta y en dos de cada diez un automóvil.

Hasta aquí no se encuentra relación con la ventaja o desventaja social en los informes sobre accidentalidad. Sin embargo, puede evidenciarse que los riesgos relacionados con el transporte son distintos según el ingreso o el estrato. El riesgo de morir como peatón o en moto muestra un gradiente social, así como el riesgo de morir en un vehículo particular o avión, aunque los dos primeros correspondan a los menores quintiles de ingreso y los dos segundos correspondan a los quintiles superiores.

GRÁFICO 6  **MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN COLOMBIA SEGÚN EL TIPO DE VÍCTIMA, 2000**



Fuente: Instituto de Medicina Legal, Centro Nacional de Referencia para la Violencia.

Aunque pudiera encontrarse una relación significativa entre el nivel de ingreso y las muertes en motocicleta, esta información evidenciaría desigualdades pero no constituiría de por sí una inequidad en el resultado en salud. Se podría señalar simplemente que los deciles de ingreso más bajos acostumbran transitar en estos vehículos de mayor peligro (mayor tasa de lesiones y muertes por kilómetro) y se podría mostrar adicionalmente que también los deciles de ingreso más altos presentan una tasa de mortalidad mayor en aviones. Evidenciar desigualdades no es evidenciar inequidades.

Sin embargo, si se conocen las causas próximas de las lesiones y muertes en accidentes de tránsito –por ejemplo, el oficio de mensajeros, mototaxistas o repartidores a domicilio en las grandes ciudades, como actividad de alto riesgo para hombres jóvenes, actividad que también tienen relación estadística con el estrato y la posición ocupacional–, se evidencia una situación de inequidad. Ya no se puede afirmar que los hombres jóvenes pertenecientes a deciles bajos de ingreso tienen por costumbre arriesgar la vida transportándose en moto, pues resulta evidente que por necesidad económica se ven forzados a trabajar en una actividad muy riesgosa.

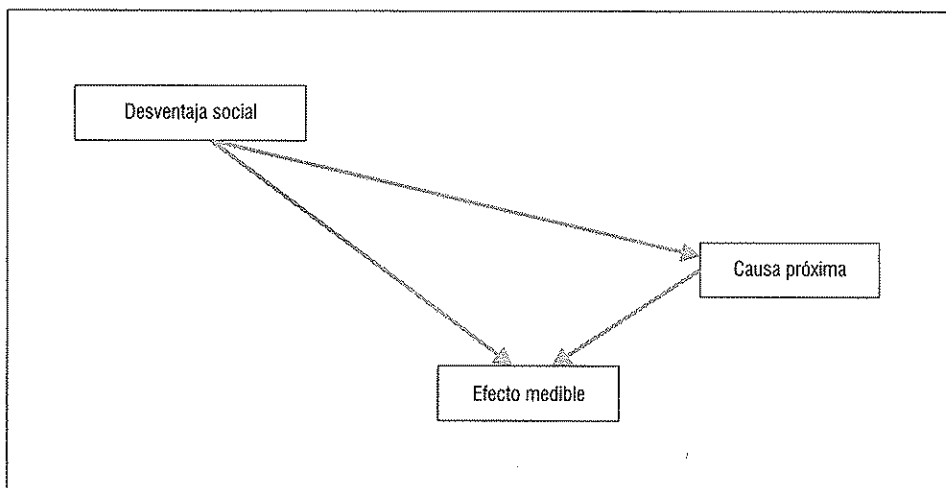
Si adicionalmente se encuentra que estos hombres jóvenes no tienen contrato formal de trabajo y, por tanto, sus patronos no están asegurados al régimen contributivo ni cotizan para riesgos profesionales, otra desigualdad injusta, se determina una inequidad mayor (mayor riesgo y menor cobertura de seguridad social). Las resultantes en muerte, lesiones y discapacidades y acceso a tratamiento y rehabilitación comienzan a evidenciar una gran situación de inequidad social hacia estos trabajadores, que puede y hace necesario orientar una política pública.

Por ello es necesario siempre buscar la relación de la desventaja social con la causa próxima y no solo con el efecto en salud, recomendación clave para los análisis de equidad en el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud.

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) (gráfico 7).

Como se ha señalado, para calificar de inequidad una desigualdad en salud se requiere no solo relacionar el efecto en salud con la posición social, sino también aclarar la relación de la desventaja social con la causa próxima.

GRÁFICO 7 EXPLICACIÓN DE LAS RELACIONES DE LA DESVENTAJA SOCIAL



Fuente: Elaboración propia, 2007.

En el gráfico 7 se representa el análisis de relaciones de la desventaja social con dñadas conocidas (causa próxima-efecto en salud), que permite y facilita calificar una desigualdad en salud como inequidad.

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

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

Indicadores de inequidad

En consecuencia con lo expuesto se propone la construcción de indicadores de inequidad en las tres áreas propuestas y en los efectos finales o efecto acumulado de las inequidades en el largo plazo.

- ▣ Oportunidades desiguales. Desarrollo humano, desarrollo de capacidades-salud, asociadas a desventaja social
- ▣ Exposición diferencial al riesgo *enfermedad y discapacidad* relacionado con condiciones de vida y trabajo asociadas a desventaja social
- ▣ Respuesta desigual de la sociedad. Acceso a servicios y exclusión en salud, asociadas a desventaja social
- ▣ Resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o mayor por ciertas patologías, asociadas a desventaja social.

Avanzados los estudios sobre estos aspectos, se podría considerar la investigación sobre las consecuencias sociales y económicas de las inequidades en salud. En este sentido han avanzado los estudios canadienses (Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security, 2004).

Referencia geográfica

La relación entre variables geográficas y socioeconómicas no resulta sencilla ni muy útil para los análisis de equidad, cuando las agrupaciones poblacionales georreferenciadas son muy heterogéneas respecto a las variables de ventaja o desventaja social.

Por un lado, la agregación de datos en grupos o unidades de análisis compuestas de agregados de personas conlleva la posibilidad de incurrir en la denominada 'falacia ecológica', es decir, de dar por sentado que las observaciones efectuadas en unidades geográficas representan el riesgo de cada persona individualmente. Sin embargo, la plausibilidad de que así sea, proveniente de estudios etiológicos, y la coincidencia entre los resultados de distintos estudios observacionales a nivel individual y colectivo, respaldan la validez de las observaciones. En este sentido, la elaboración de mapas de áreas pequeñas ha sido útil para identificar conglomerados regionales y locales y para generar hipótesis etiológicas, como se desprende de los análisis del atlas de mortalidad de los Estados Unidos, donde se observa una asociación geográfica entre diferentes patrones de distribución de la mortalidad por diversos tipos de causas, por un lado, y factores que definen los estilos de vida, así como los niveles de pobreza y urbanización, por el otro (Loyola et al, 2002).

Por tanto son mucho más útiles las desagregaciones geográficas menores que las mayores, por ejemplo, en lo urbano, puesto que se encuentra mayor homogeneidad de las variables de posición social en las pequeñas agrupaciones poblacionales georreferenciadas.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta la distribución de las variables sociales en cada localidad geográfica, puesto que es fácil encontrar que una localidad que muestra, por ejemplo, mayores ingresos en promedio que otra, resulte con mayores tasas de mortalidad infantil, aparente resultado contradictorio. Solo al revisar la distribución del ingreso en cada una de las localidades logra evidenciarse, por ejemplo, que en la de promedio de ingreso superior, existe un barrio con alto nivel de exclusión social, en el que se origina la mayor parte de esta mortalidad, mientras que en la otra, con ingreso promedio algo menor, presenta una distribución más uniforme, sin grupos de altos ingresos, pero sin barrios de miseria donde se concentra la mortalidad infantil.

Cómo debe enfocarse la investigación sobre equidad en salud

La investigación sobre equidad-inequidad en salud, en consideración a lo señalado, no debe pretender convertirse en investigación causal sobre los diferentes problemas de salud, sino limitarse a evidenciar el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud.

La aproximación al conocimiento de los problemas de salud de las comunidades puede hacerse desde distintas perspectivas. De hecho para tratar de aproximarse a los mismos se requiere la mirada de la morbilidad, pero igualmente la de la mortalidad, también la de la incapacidad, pero ellas deben ser complementadas con la mirada de la prevención, de los factores de riesgo. Se podría continuar con el análisis de los modelos de prevención y de atención, con las implicaciones en costos, la utilización de tecnología o el recurso humano. Pero también en relación con los problemas de salud se puede tener en cuenta la mirada cultural, ecológica o ambiental y, por supuesto, también la social. Todas las miradas permiten apreciar distintas caras de estos elementos de múltiples dimensiones y solo todas juntas permiten una mejor comprensión de los fenómenos salud-enfermedad.

Profundizar en una de estas perspectivas, como la de equidad en este caso, no supone la negación de las otras, ni pretende invalidarlas. Simplemente implica que se ha evidenciado la necesidad de observar con mayor detenimiento esta cara de los fenómenos de salud. Observar la equidad en salud es precisamente lo que se ha sollicitado al Observatorio en construcción, con base en una decisión política.

Por otra parte, los efectos de las desigualdades sociales o las ventajas y desventajas sociales no son netamente discursos teóricos ni políticos. En arquitectura pueden medirse los efectos de las ventajas o desventajas sociales en términos de metros cuadrados por residente de la vivienda, calidad de los materiales,

costo del metro cuadrado, calidad de los acabados, condiciones sanitarias, ubicación urbana del lote, disponibilidad de servicios, riesgos derivados del terreno en el que se construye, resistencia sísmica de la construcción, entre otros.

Negar, por ejemplo, que los riesgos que sufren los colombianos en sus viviendas se originan en la inequidad social de nuestro país no es rechazar un discurso político sino, por el contrario, asumir una posición política que busca impedir que se evidencien los efectos dañinos de las desigualdades sociales, con el único objeto de impedir la modificación de dichas inequidades.

Al igual que las desigualdades en la vivienda pueden medirse las desigualdades en salud atribuibles a diferencias en la condición o posición social, medición de especial importancia en nuestro país, catalogado como uno de los más inequitativos del mundo.

El conocimiento de la inequidad en salud como motor de transformación social

"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 et al, 2002).

Los vínculos entre la salud, la equidad y los derechos humanos no han sido examinados de forma sistemática, y quienes se interesan por la pobreza y la salud han considerado a veces que la equidad y los derechos humanos son conceptos abstractos con escasa aplicación práctica. El análisis de los conceptos de pobreza, equidad y derechos humanos y de las relaciones entre ellos y con la salud demuestra que están estrechamente relacionados desde el punto de vista conceptual y operacional y que cada uno de ellos proporciona valiosas orientaciones singulares para el trabajo de las instituciones sanitarias. Las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos pueden contribuir de forma concreta a los esfuerzos de las instituciones sanitarias para abordar la pobreza y la salud, y para operacionalizar estos compromisos es esencial centrarse en la pobreza. Los principios de la equidad y de los derechos humanos determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido marginación o discriminación (Gracia D, 1991).

La Oms (1998)

reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y, finalmente, eliminarla. Como se mencionó al inicio de este capítulo la calificación de una situación desigual como inequitativa implica al menos establecer valoraciones de justicia, de causa y de necesidad social. La documentación objetiva de las desigualdades en salud es un aspecto fundamental para la definición de dichas acciones y en tal

sentido el fortalecimiento de la capacidad analítica de datos e información sobre las inequidades en salud es una condición indispensable. Una vez que se han instrumentado las intervenciones específicas, los mismos métodos de medición y análisis servirán para la vigilancia y evaluación de su impacto en la salud.

La orientación y el alcance de las intervenciones en las condiciones de salud están mediados por valoraciones implícitas en el mismo proceso de medición. Así, la selección del estado de salud del mejor grupo socioeconómico o del valor promedio poblacional como referente de igualdad de un indicador de impacto total de inequidades en salud determinará que la intervención tenga un enfoque maximalista, de mejora para todos, o conservador, que supone una solución redistributiva para el problema de la inequidad en salud. Por un lado, la decisión de aplicar medidas de impacto exigirá el diseño de políticas intersectoriales y de alcance poblacional para maximizar su efectividad. Por el otro, el uso de medidas de efecto requerirá intervenciones selectivas, de mayor nivel intrasectorial en salud, en los grupos menos favorecidos.

Por otra parte, cabe afirmar que las estructuras sociales "injustas o inequitativas" se sostienen firmemente sobre "visiones parciales y parcializadas de la realidad", o interpretaciones de los fenómenos sociales convenientes a quienes cuentan con mayores ventajas en la sociedad.

El papel del conocimiento es precisamente derrumbar visiones parciales y limitadas de la realidad, abrir nuevas puertas, en este caso develar las consecuencias reales de la organización social en daños a la salud. Tradicionalmente estos fenómenos se estudian sin relacionarlos con las ventajas o desventajas sociales, por lo que se acaban considerando propios del azar, simplemente causados por agentes del medio o, en síntesis, "naturales".

Nuevas miradas y aproximaciones a los fenómenos sociales se traducen en nuevos saberes que ponen en jaque las visiones parciales, siempre útiles al mantenimiento del *status quo*. El surgir de un nuevo saber subvierte la "verdad conocida" por la sociedad, la ideología (Althusser L, 1970)² que impregna el pensamiento colectivo. Por tanto, el nuevo conocimiento alimenta y propicia la transformación de la sociedad.

² Se utiliza el concepto de ideología de Althusser como "representación de relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia" (1970).

Bibliografía

- Althusser, L. 1970. *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Ediciones Los Comunes, Bogotá.
- Baker, G; Elias JJ. 2003. Introducing Incentives in the Market for Live and Cadaveric Organ Donations. Conference Organ Transplantation: Economic, Ethical and Policy Issues at the University of Chicago. Mayo.
- Braverman, P; Gruskin, S. 2003. Defining Equity in Health, Theory and Methods. *Journal Epidemiol Community Health* (57):25-258.
- Canguilhem, G. 1971. *El conocimiento de la vida*. Editorial Anagrama, Barcelona. 1976.
- Capella, F. 2001. Utilitarismo o el iusnaturalismo. *Revista Española y Americana: La ilustración liberal*. Septiembre (9).
- Cárdenas, M. 1998. El desempeño de la economía y la desigualdad. En: *La distribución del ingreso en Colombia*. Sánchez Torres, F (compilador). Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico. TM Editores en coedición con el DNP.
- Daniels, N. 2002. Democratic Equality. Rawls Complex Egalitarianism. En: Freeman S. 2002. *The Cambridge Companion to Rawls*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Diderichsen, F; Evans, T; Whitehead, M. 2002. Bases sociales de las disparidades en salud. En: Evans, T; Whitehead, M; Diderichsen, F; Bhuiya, A; Wirth, M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. Publicación Científica y Técnica (585).
- Dieterien, P. 1995. Algunas consideraciones sobre justicia distributiva. *Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*. Abril. (2)
- Dworkin, R. 1981. Justice in Distribution of Health Care. Citado por Peter, F; Evans, T. *Dimensiones éticas de la equidad en salud*.
- Enciclopedia Temática Argos. 1970. *Derecho y legislación*. Tomo 13. Ciencias Sociales (I). Editorial Argos, Barcelona.
- Evans, T; Whitehead, M.; Diderishen, F; Bhuiya, A; Wirth, M. 2002. Introducción En: Evans, T; Whitehead, M; Diderichsen, F; Bhuiya, A; Wirth, M, ed. *Desafío a la*

falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Fundación Rockefeller, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. Publicación Científica y Técnica (585).

Gracia, D. 1991. *Introducción a la bioética.* Editorial Búho, Bogotá.

Hayek, F von. 1997. *Los fundamentos de la libertad.* Ediciones Folio, Barcelona: 449-450.

Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. 2004. *Reducing Health Disparities- Roles of the Health Sector.* Discussion Paper. Canadá. Diciembre.

Hernández, M. 2002. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: Restrepo, DI (Editor) *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas.* Vicerrectoría Académica y Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 347-361:2002.

Krieger, N. 2002. Glosario de epidemiología social. En: OPS-Oms. *Boletín epidemiológico.* Junio. 23(2):10.

Loyola, E; Castillo-Salgado, C; Nájera Aguilar, P; Vidaurre, M; Mujica, O; Martínez-Piedra, R. 2002. Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 12(6).

Macintyre, S. 2002. *Social Inequalities and Health in the Contemporary World.* Citado por Krieger, N:10.

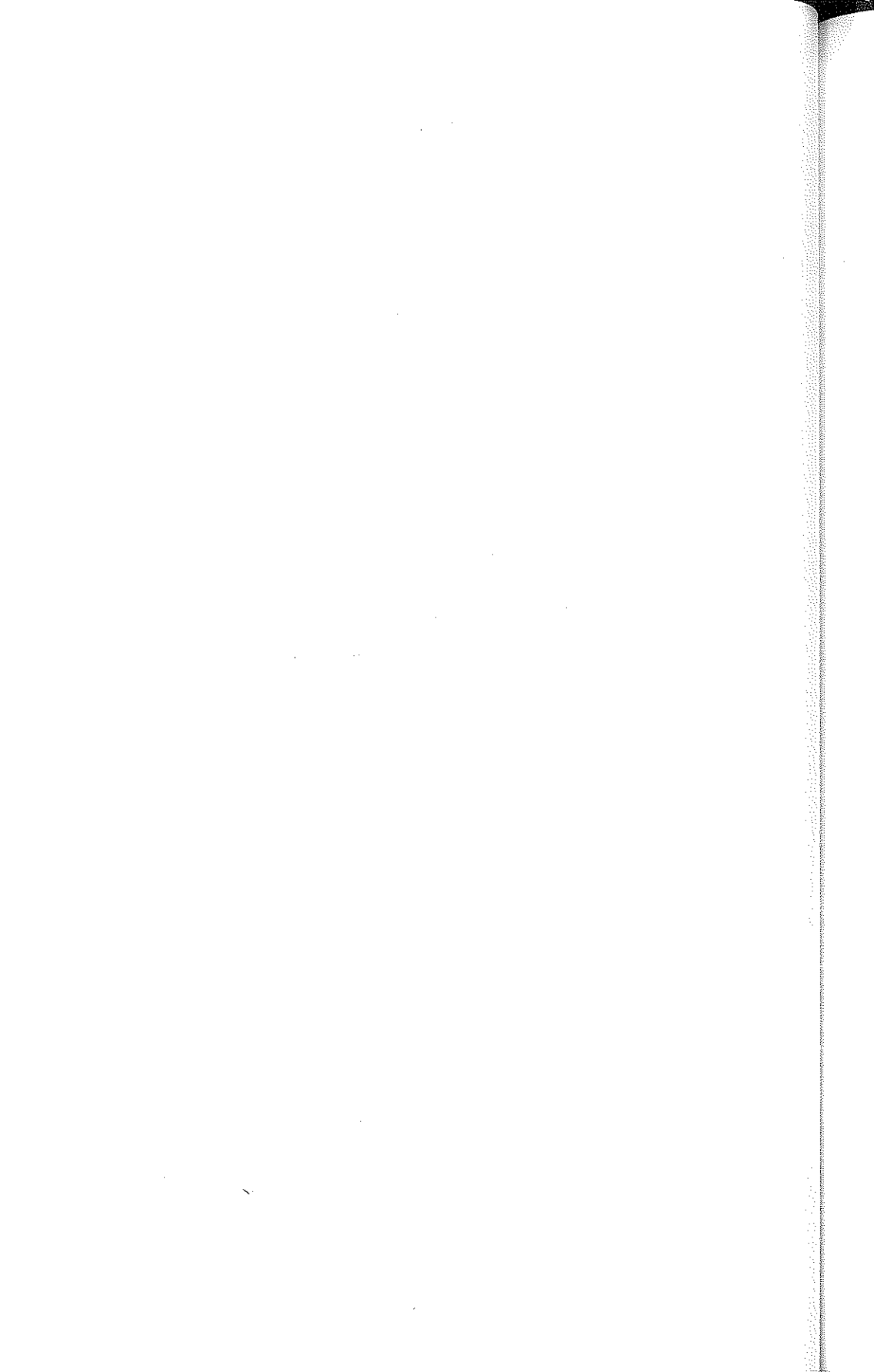
Martínez, F. 1988. Aportes a la discusión sobre el concepto de salud y enfermedad. *Revista Facultad de Salud Pública.* Universidad de Antioquia, Medellín. Junio. 11(1).

Organización Mundial de la Salud (Oms). 2005. Commission on Social Determinants of Health. *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on The Social Determinants of Health.* Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health. Draft. Mayo.

Organización Mundial de la Salud (Oms). 2005. *Priorities for Research to Take Forward the Health Equity Policy Agenda.* WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health, 1 & the WHO Equity Team 2. *Bulletin of the World Health Organization.* 83:948-953.

Organización Mundial de la Salud (Oms). 2003. *The Solid Facts. Social Determinants of Health.* Segunda edición, Ginebra.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1998. *La situación de salud en la región de las Américas*. Informe anual del director, Washington.
- Peter, F; Evans, T. 2002. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Evans, T; Whitehead, M; Diderichsen, F; Bhuiya, A; Wirth, M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. Publicación Científica y Técnica (585).
- Sánchez, F (compilador). 1998. *La distribución del ingreso en Colombia*. Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico, TM Editores en coedición con el DNP.
- Sen, A. 2004. Elements of a Theory of Human Rights. *Philosophy and Public Affairs*. Blackwell Publishing inc.
- Rawls, J. 1971. *Teoría de la justicia*. Fondo de Cultura Económica. Segunda edición en español. Cuarta reimpresión 2003, México.
- The World Bank. 2006. *Disease Control Priorities in Health*. Oxford University Press, Washington, DC.
- Uribe López, M. 2003. Economía del bienestar y justicia distributiva. En *Ética y economía*. Jorge Iván González, compilador. Editorial Universidad Externado de Colombia. Bogotá.
- Wagstaff, A. 2002. Poverty and Health Sector Inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*. 80:97-105.

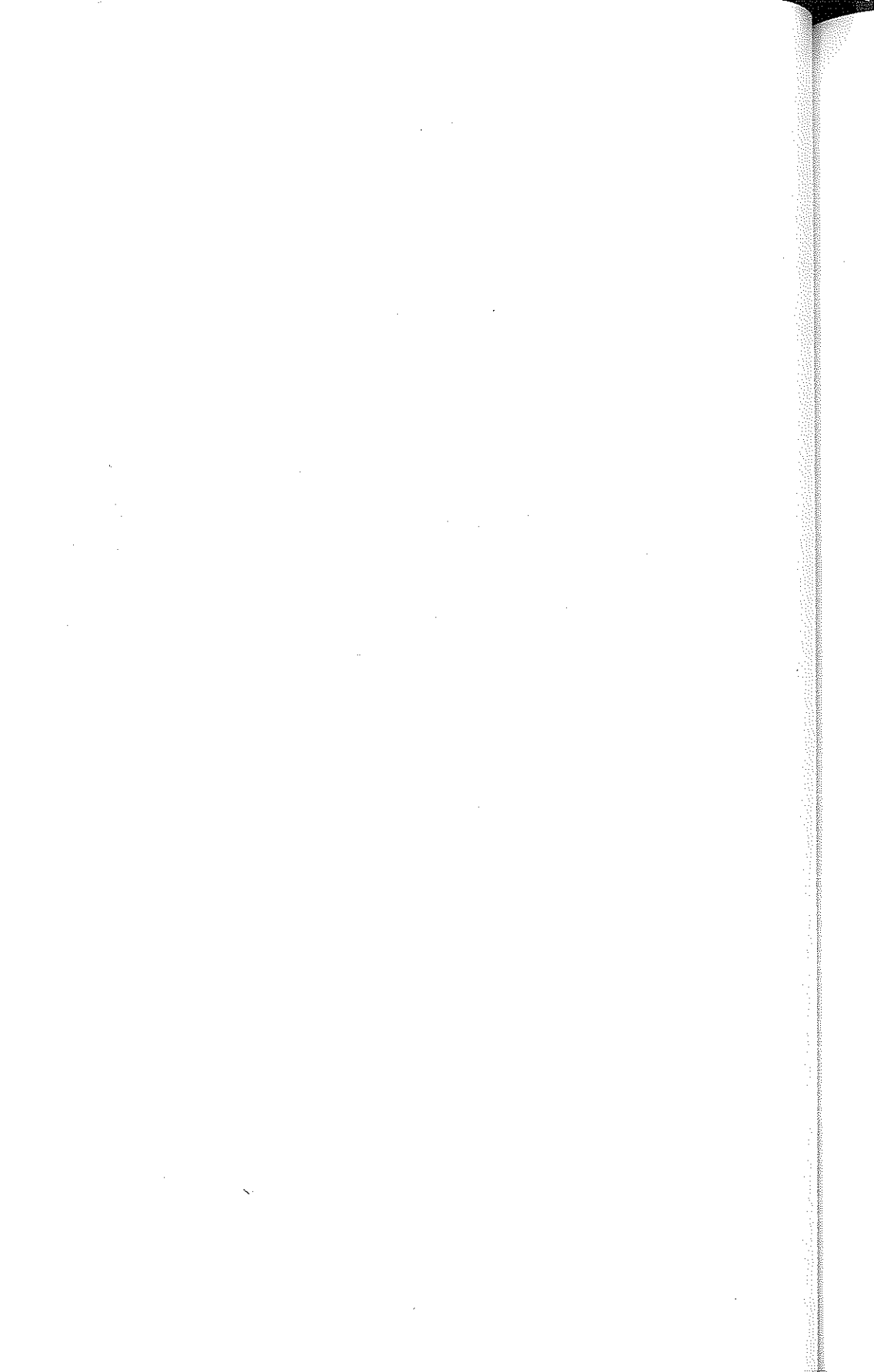


Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá

Óscar Fresneda *



* Sociólogo. Magíster en Economía. Investigador del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional. Profesor de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia.



Este documento expone la propuesta elaborada por el CIB de la Universidad Nacional sobre los indicadores del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida en Salud de Bogotá y el proceso para su selección y producción.

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

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

En la primera sección se hacen algunos planteamientos, que se encuentran en la base de la propuesta, con acotaciones sobre la concepción de equidad y la forma de medirla. En la segunda parte se expone el marco de análisis para evaluar las inequidades en salud que remite a la descripción de los indicadores propuestos para el seguimiento de la equidad en salud, sus determinantes y consecuencia en Bogotá (anexo 1). Las consideraciones prácticas sobre la forma de acceder y administrar la información se pueden consultar en el anexo 1.

El documento ha tomado en cuenta las sugerencias y aportes que se hicieron en reuniones de presentación de diferentes versiones de la propuesta con el equipo de trabajo del CIB, con profesionales de las distintas dependencias de la Secretaría Distrital de Salud y con un grupo de trabajo en el que participaron especialistas externos al proyecto, integrado por Mario Hernández, Javier Eslava, Félix Martínez y Leonardo León. Su elaboración se ha visto beneficiada igualmente

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

por los comentarios y críticas que se expusieron en el Seminario internacional *Equidad y derecho a la salud, un reto para Bogotá*, celebrado en junio de 2006, los que llevaron a modificar algunos de los planteamientos iniciales y a precisar temas que no estaban suficientemente claros. A todos los que participaron en estas instancias de discusión se agradecen sus aportes.

Una conclusión general de las actividades de socialización de la propuesta es resaltar que se requiere entenderla como un punto de partida. Definir los indicadores del Observatorio es un proceso que requiere no solo de precisión conceptual y adecuación técnica, sino también de una comprobación sobre el comportamiento de las variables para captar en forma operativa las desigualdades y sus determinaciones que, en un momento inicial, son formuladas como hipótesis.

La definición de aquellos aspectos en los cuales centrar la atención, además de un asunto atravesado por consideraciones políticas y prácticas que llevan a fijar cuáles—en una innumerable gama de situaciones—son los problemas prioritarios a resaltar. Y también es necesario tomar en cuenta, en el marco de los objetivos y estrategias del Observatorio, cómo elaborar y difundir la información para distintos propósitos y grupos de actores: las instituciones públicas, las comunidades, los actores políticos y apoyar la investigación en los medios académicos.

La propuesta de indicadores contenida en este documento no implica un planteamiento sobre la forma como es preciso privilegiar un reducido número de indicadores para realizar las campañas de movilización social, que debe promover el Observatorio, como tampoco sobre los indicadores que corresponden a otras actividades del mismo como la de investigación.

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

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

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

Aspectos conceptuales y metodológicos

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

La operacionalización del concepto de equidad en salud

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

Una definición general sobre equidad en salud, que ilustra las dificultades de la medición, es la contenida en documentos de la Organización Mundial de la Salud (Oms) referidos a los conceptos y principios de equidad y salud (Whitehead, 1990). La equidad en salud se define como la situación en la que todo individuo tenga oportunidades imparciales ("*fair opportunity*") para lograr

su plena potencialidad en salud y en forma más pragmática, no esté en condición de desventaja o discriminación para alcanzar ese potencial².

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

Whitehead ha propuesto definir, en un plano más concreto, las inequidades en salud como aquellas desigualdades que son injustas, evitables y se rigen por procedimientos imparciales ("*infair*") (Whitehead, 1994; Evans, Whitehead et al, 2001). Es injusta y, por tanto, inequitativa, una situación de desigualdad que no es necesaria, que es evitable y que es causada por discriminaciones o tratamientos preferenciales para lograr un pleno potencial en salud. Y es equitativa la situación en la cual nadie se encuentre en desventaja para lograr ese potencial, dentro de un marco de posibilidades.

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

Paula Braverman y Sofía Gruskin (2003) han considerado que la condición de inevitabilidad incluida en la definición de Whitehead es redundante ya que está considerada en las otras condiciones (lo injusto e imparcial, es evitable), y es ambigua, en tanto puede interpretarse en el sentido de juzgar la inequidad en función

² "Como sugiere el documento conceptual de la Oms (Whitehead, 1990), la equidad, específicamente relacionada con la salud, implica que todos deberían tener la misma oportunidad para todos de alcanzar completo potencial de salud y, más pragmáticamente, que ninguno debería estar en desventaja para alcanzar tal potencial, de ser evitable".

del grado de dificultad que implique su superación. Y han propuesto una definición tendiente a operacionalizar el concepto para la medición. En esta perspectiva señalan que la equidad en salud es la ausencia de desigualdades sistemáticas en salud y en sus determinantes entre grupos con diferente nivel de ventajas o desventajas sociales en cuanto a riqueza, poder o prestigio. En otras formulaciones, al especificar la forma de medición, la definen como la ausencia de diferencias en salud entre los grupos menos y más desfavorecidos³.

La comparación entre los grupos extremos evita la consideración directa de la necesidad o evitabilidad de la desigualdad: si los grupos más favorecidos tienen una situación más favorable es posible alcanzarla para todos los demás grupos. Permite, además, controlar los factores de desigualdad que no son generados o no pueden ser afectados socialmente (composición por sexo y edad, por ejemplo), en qué medida el desarrollo de las potencialidades se ve afectado por las desventajas sociales.

Esta definición se basa en presupuestos de causalidad social para identificar y medir las inequidades. En tal perspectiva las autoras afirman que "de acuerdo con la definición propuesta de equidad, una disparidad en salud es inequitativa si está sistemáticamente asociada con situaciones de desventaja social". La asociación estadística permite asumir que, dentro de la compleja cadena que explique los fenómenos de salud, existe un nexo causal significativo entre las situaciones de desigualdad y las de desventaja social⁴.

La definición propuesta operacionaliza, como es señalado por las autoras, el contenido del derecho a la salud contemplado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en tanto derecho a lograr por parte de los individuos, el "mayor nivel de salud alcanzable". Para ello toma como punto de referencia la situación de

³ "Para propósitos de medición y operacionalización, la equidad en salud es la ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o en los principales determinantes sociales de la salud) entre grupos con diferentes niveles de ventaja o desventaja social –esto es, riqueza, poder o prestigio–. De acuerdo con la definición de equidad propuesta aquí, una disparidad es inequitativa si está sistemáticamente asociada con la desventaja social, de forma tal que pone a un grupo ya desaventajado, en peor desventaja... La equidad en salud es la ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o en sus determinantes sociales) entre grupos sociales más o menos aventajados" (Braveman y Gruskin, 2003a).

⁴ "Además, debe estar razonablemente basada en el conocimiento científico actual la creencia en que los determinantes sociales podrían tener un papel importante en esa disparidad, en uno o varios puntos de las vías causales que la generan; esto es, que por lo menos un factor asociado con la desventaja social está causalmente conectado con al menos un factor asociado (directa o indirectamente) con una condición específica de salud o su determinante. Esto no requiere, sin embargo, una comprensión definitiva de las causas más próximas –esto es, inmediatas–, de las causas más intervenibles, o de las vías completas de causalidad que explican una disparidad en salud entre grupos sociales. Las causas de las disparidades en salud entre grupos más o menos aventajados son también complejas y multifactoriales, y pueden no estar clara o inmediatamente ligadas a las diferencias en ventaja social [...] Adoptar la equidad en salud requiere comparar la salud y sus determinantes sociales entre grupos sociales más y menos aventajados" (Braveman y Gruskin, 2003a).

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

Al respecto conviene hacer, sin embargo, algunas acotaciones. En la definición, el juicio sobre inequidad es un proceso abierto a la confirmación e interpretación. En primer lugar, porque implica verificar, bajo las reglas de la metodología científica, la causalidad de los fenómenos. La asociación estadística no es un criterio definitivo de causación. Enfrentamos el conocido problema de las correlaciones espurias: una asociación empírica no expresa necesariamente vínculos causales. En segundo lugar, en un terreno práctico, porque con las medidas que se pueden construir, en el estado de nuestro conocimiento y con las limitaciones impuestas por la información disponible, puede haber una parte de las desigualdades en salud que tenga baja correlación o no se explique directamente por las variables o categorías de desventaja social que estén disponibles y sean escogidas para establecer la asociación.

Y, en tercer lugar, porque la adopción del grupo más aventajado como patrón de referencia para identificar las inequidades, no presupone que sea el modelo para todas las circunstancias relacionadas con la salud y sus determinantes. Si, por su estilo de vida particular, tienen preferencias en relación con sus viviendas y con el consumo alimentario, que puedan caber dentro de lo que algunos economistas han calificado como "gustos caros", o están más propensos a ciertas enfermedades, esto no significa que toda la sociedad deba evaluar sus logros en relación con ellos. En este punto se requiere de una argumentación razonada que justifique la elección del patrón de referencia en casos particulares.

La identificación y medición de las inequidades en salud a partir de precisar las asociaciones entre desigualdades en situaciones de desventaja social y las condiciones y determinantes de la salud, así con el señalamiento de las brechas entre los grupos menos y más favorecidos, sirven de guía para la mayor parte de los propósitos de medición de las inequidades en el Observatorio. Requiere, sin embargo, de una confirmación e interpretación que lleve a precisar las causalidades, a evaluar el sentido de las desigualdades y a justificar los grupos de referencia. El enfoque adopta, por lo demás, un énfasis, marca un derrotero a ser privilegiado, pero no deja de lado necesariamente la consideración de otras expresiones de desigualdad social al interior de los grupos, entre grupos intermedios, categorías sociales que no pueden ordenarse de acuerdo

con criterios jerárquicos de "posición social" (regiones con igual nivel socioeconómico, etnias, por ejemplo) o incluso entre individuos.

De otra parte, es preciso advertir que la definición no incorpora una faceta de lo que es justo o injusto en salud arraigada igualmente en la tradición de los derechos humanos, que postula ciertas condiciones necesarias para todos. Enfatiza un aspecto de lo que es injusto, bajo la visión de la equidad social, pero no por ello deja de lado otras expresiones de la injusticia social, que corresponden con la obligación de la sociedad de proveer unos mínimos a todos los individuos que la componen.

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

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

Las medidas de inequidad en salud

En la amplia gama de medidas de desigualdad en salud (Wagstaff, 1991; Kunst y Mackenbach, 1994; Mackenbach y Kunst, 1997; Anand et al, 2001; Schneider et al, 2002; Bambas, Braverman et al, 2005; Yukiko, 2005), la definición operativa de inequidades en salud que se adopta lleva a privilegiar aquellas que permiten medir el grado de asociación entre las condiciones de salud y las que expresan situaciones desiguales de ventaja y desventaja social. En la perspectiva de señalar las diferencias

o brechas entre los grupos menos favorecidos y más favorecidos, son apropiadas, como aproximación inicial y porque son fácilmente entendibles, las medidas que muestran la magnitud de las diferencias entre los indicadores de cada uno de ellos.

En la mayor parte de las circunstancias la información se obtiene con variables categóricas de posición social que pueden ser ordenadas de acuerdo con un criterio de mejor o peor situación, a las cuales se asigna una medida de salud representativa del grupo⁵. Este procedimiento permite apreciar las diferencias entre grupos en las condiciones de salud, de un lado, y sus determinantes sociales intermedios o en el acceso y calidad de los servicios de salud, de otro. Aporta igualmente una idea sobre el grado de asociación entre posición social y condiciones de salud que permite identificar las situaciones de inequidad. Los tipos de medida reseñados en la literatura especializada para estos propósitos son la razón de tasa, la diferencia de tasa, la tasa baja elevada, el déficit, la pendiente del índice de desigualdad, el índice de concentración y el índice de desemejanza (Anand et al, 2001).

En los indicadores propuestos se privilegia la razón de tasa entre las condiciones de los grupos superior e inferior. Esta elección se justifica bajo el enfoque operativo de medición de la equidad que se ha privilegiado, en el cual se busca destacar las diferencias extremas por categorías que expresen diferentes "posiciones sociales". Al adoptar este énfasis no se desconoce que hay otras medidas que captan en mejor forma el grado de desigualdad, no solo considerando los grupos en las posiciones extremas, sino el conjunto de la distribución de las condiciones de salud o en sus determinantes. La razón de tasa es completamente insensible a los cambios de condiciones en los grupos intermedios, a las desigualdades al interior de los grupos y a la magnitud o participación de la población en cada uno de ellos. Por estas razones no da cuenta de la magnitud del conjunto de desigualdades sociales y es preciso recurrir a medidas complementarias para expresarlas.

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

⁵ "Para documentar la existencia o la magnitud de las inequidades en salud, se requiere información sobre: una medida de salud; y una medida de la posición o la ventaja social (un 'estratificador de equidad') que defina estratos en una jerarquía social" (Bambas, Braveman et al, 2005).

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

En la fase inicial del Observatorio la identificación de situaciones de desigualdad, asociadas con factores de desventaja social, requiere de un análisis a partir de la información disponible para precisar las posibles causalidades. La confirmación de la validez de las medidas y la comprobación de que las desigualdades sean "injustas" requieren de un análisis de acuerdo con metodologías adecuadas.

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

En esta sección se presenta un marco general de análisis sobre las inequidades en salud, que es el punto de referencia para identificar los temas a los cuales deben referirse los indicadores y fijar las interrelaciones entre ellos.

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

El modelo propuesto se inspira en el "Marco para dilucidar las vías existentes entre el contexto social y los resultados de salud y para introducir las intervenciones políticas" elaborado por Diderichsen y Hallqvist (1998)⁶, al cual se introducen algunas modificaciones que son explicadas en la exposición siguiente. Se recogen igualmente algunas orientaciones de la GEGA para el monitoreo de las inequidades en salud (Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad, por su sigla en inglés, GEGA, 2003).

La propuesta considera que los indicadores se refieren al contexto sobre el estado de inequidad económica y social y sobre las condiciones políticas e

⁶ Véase documento elaborado por Félix Martínez (2006): *Efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la salud de los bogotanos*. Allí se presentan otros modelos de análisis sobre las inequidades en salud como el propuesto por la OMS.

institucionales, en los aspectos pertinentes para la calidad de vida en salud, y que traten como dimensiones particulares la equidad en el estado de salud, en los determinantes sociales intermedios que la afectan, en la financiación y prestación de los servicios y en las consecuencias sociales que conlleva (GEGA, 2003). Los factores considerados son:

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

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

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

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

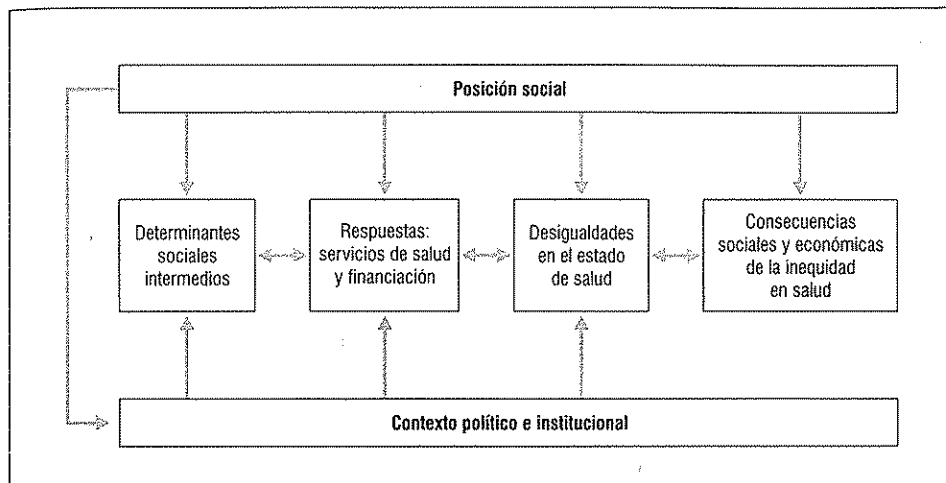
La posición social

Entre los factores que tienen un explicativo en el modelo se distinguen niveles de causación diferentes e interdependientes. La inequidad en salud es, en última instancia, un resultado de las condiciones estructurales de desigualdad social, en lo económico, político y social, representadas en las casillas superior e inferior. Pero el factor que representa el contexto social, y particularmente la forma como

GRÁFICO 1



INTERRELACIONES ENTRE LOS ELEMENTOS DEL MODELO DE ANÁLISIS SOBRE LAS INEQUIDADES EN SALUD



Fuente: Diderischen y Hallquist, 1998.

las personas se distribuyen determinadas posiciones sociales, desempeña un papel principal en tanto afectan directamente las diferencias en la salud y los otros elementos que las determinan: contexto político e institucional, determinantes sociales intermedios, financiación y prestación de servicios de salud (respuestas).

La posición social describe

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

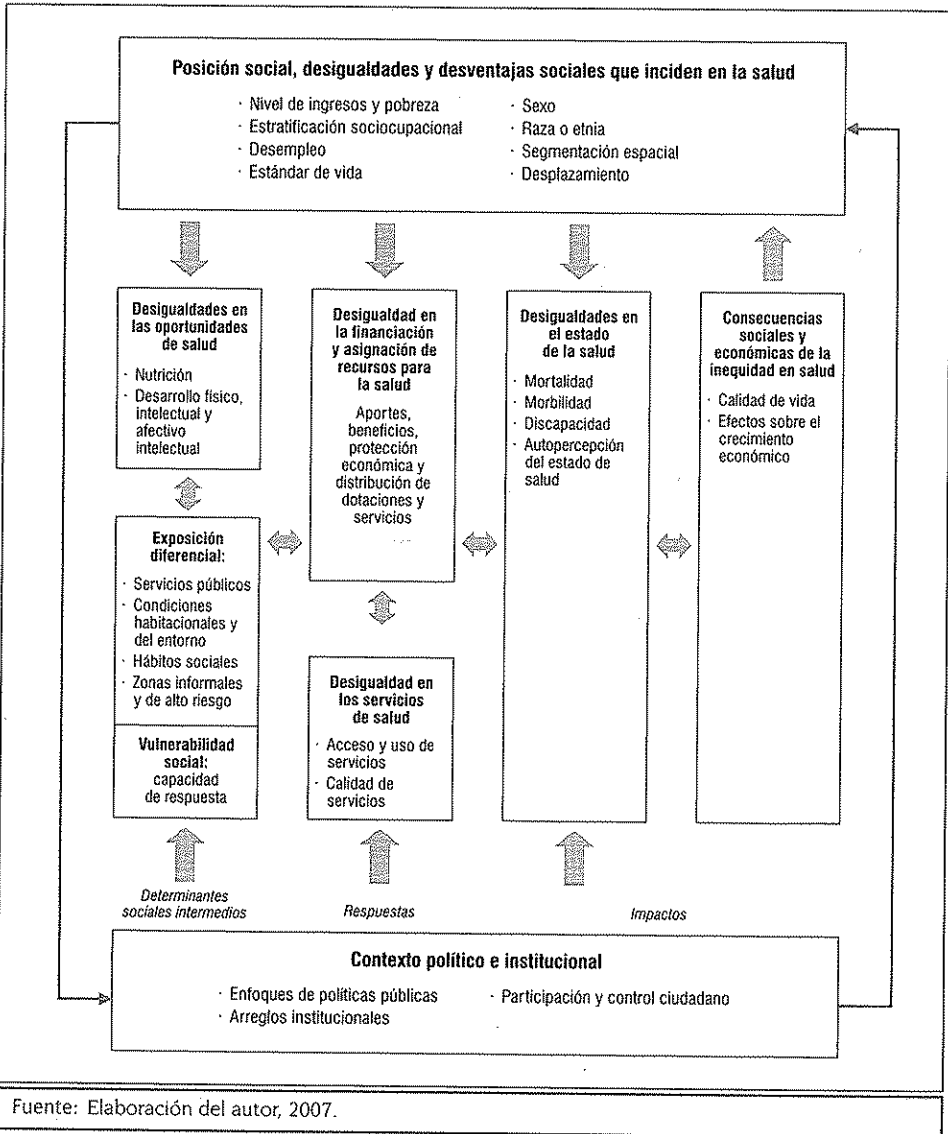
Entre las categorías operativas que expresan posición social se parte de algunas que expresan condiciones de diferenciación con incidencia en las diferencias en la salud y sus determinantes como el sexo, la edad y la posición socioocupacional, que pueden ubicarse dentro de lo que se entiende por "posición social" (anexo 1).

Se recurre a otras categorías que se refieren a diferencias en los ingresos, en el estándar de vida o al nivel socioeconómico (quintiles de ingreso, niveles educativos, estrato socioeconómico, niveles del índice SISBEN, índice de riqueza).

GRÁFICO 2



MODELO PARA EL ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO



En la misma perspectiva se considera la variable sobre condición de pobreza y el desempleo que, aunque tienen una variación coyuntural, pueden estar asociadas a las condiciones de salud y que tienen una incidencia en la relación entre grupo socioeconómicos y salud (Diderichsen y Whitehead et al, 2001). Se incluyen también como variables diferenciadoras de clasificación las referentes al lugar de

residencia que están asociadas con condiciones socioeconómicas de las personas y los hogares (Martínez, 2006) y la relativa a etnia, en tanto puede estar asociada con diferencias socioeconómicas. A este respecto se requiere de la elaboración de categorías operativas que expresen las ventajas o desventajas sociales por medio de investigaciones particulares. Se parte de divisiones provisionales que deben ser comprobadas y mejoradas en la medida en que el Observatorio vaya produciendo y analizando la información.

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

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

Contexto político e institucional

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

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

De otra parte, esta casilla del modelo señala la necesidad de incluir en el análisis la forma como son tomadas las decisiones. Señala un campo de equidad que resalta el derecho de la gente a participar en las decisiones que afectan su salud tanto en las intervenciones individuales, en la forma como se organizan los servicios o en la determinación de la organización del sistema de salud. Este tema considera aspectos como la provisión de canales de comunicación y mecanismos de participación que permitan a las personas influir en las decisiones.

Estos aspectos son considerados en ciertos enfoques de análisis bajo el término de "empoderamiento" (Whitehead, 1992). En una concepción de derechos humanos interdependientes no basta con lograr la equidad en los resultados, se requiere igualmente que en la forma de obtenerlos haya un procedimiento acorde con la democracia que dé lugar al fortalecimiento de la ciudadanía.

Los indicadores propuestos sobre el contexto político e institucional se encuentran en el anexo 1 (numeral 6).

Determinantes sociales intermedios

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

Los determinantes se clasifican en dos grupos:

- ▣ Determinantes sociales intermedios
- ▣ Respuestas: servicios de salud, incluyendo la distribución de aportes y beneficios.

Una de las formas de análisis sobre las relaciones entre la posición social, las condiciones políticas e institucionales y las inequidades en los determinantes y el estado de salud se ilustra en el gráfico 3 (cfr. Martínez, 2006). La posición social y las condiciones políticas influyen a la vez a los determinantes intermedios, a las respuestas y a los resultados en las condiciones de salud. La aplicación de este enfoque de análisis es exigente en cuanto a la información requerida y, en muchas oportunidades, nos vemos obligados a no considerar en los indicadores sino alguna de las relaciones contempladas en el gráfico 3.

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

Las condiciones de "oportunidad" señalan factores que son causados por la posición social, especialmente durante la infancia y la juventud y que crean desventajas permanentes y difícilmente contrarrestables. La desnutrición en la etapa de lactancia materna o en los primeros años de vida marca una predisposición que se expresa en la salud de la persona a lo largo de toda la vida.

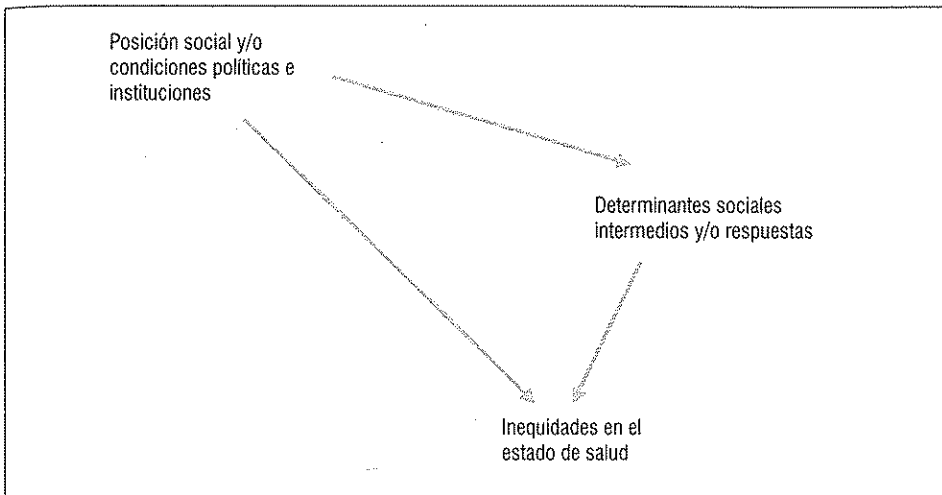
Algo similar ocurre con las condiciones de desarrollo intelectual (Martínez, 2006). Estas condiciones apuntan a destacar factores que se consideran fundamentales para

GRÁFICO 3



RELACIONES ENTRE LA POSICIÓN SOCIAL, LAS CONDICIONES POLÍTICAS E INSTITUCIONALES

En los determinantes y el estado de salud



Fuente: Martínez F, 2006.

la vida de la gente en sus capacidades básicas. Inciden en los resultados de salud, en las posibilidades de acceso a los servicios y tiene un papel de retroalimentación que refuerza las condiciones sociales donde tuvieron origen.

El segundo determinante social intermedio es la exposición diferencial. Señala la forma como puede influir la posición social sobre el estado de salud,

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

El tercer mecanismo, la vulnerabilidad diferencial, se refiere a condiciones sociales que dificultan la respuesta ante la enfermedad o riesgos contra la salud. A igual posición social e iguales niveles de exposición las posibilidades de respuesta afectan las condiciones de salud en función de cuestiones como la posesión de activos, la composición familiar, los lazos de solidaridad con la

comunidad próxima. Aquí se incluyen factores de desventaja que afectan las potencialidades de la salud, aunque no sean un rasgo característico de las posiciones sociales. No obstante, en determinadas posiciones sociales hay mayor probabilidad de vulnerabilidad. La inclusión de los factores de vulnerabilidad ofrece igualmente la posibilidad de dar un tratamiento especial a determinados grupos que están en situación de desventaja ante la salud, dentro de los distintos grupos sociales y, en especial, de los más desfavorecidos económica y socialmente.

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

Los indicadores propuestos sobre las inequidades en los determinantes sociales intermedios se encuentran en el anexo 1 (numerales 2 y 3).

En la perspectiva del sistema de indicadores propuesto para el Observatorio, el análisis de determinantes de la inequidad en salud, bajo el enfoque de determinantes intermedios, puede completarse con otras formas de análisis de asociación entre la evolución de las condiciones sociales (nivel de ingreso y su distribución, incidencia de la pobreza, por ejemplo) y el de las condiciones particulares de la salud y su propia desigualdad. Esta forma de análisis puede dar luces adicionales sobre determinantes contextuales de nivel "macro", en aquellas situaciones donde no exista información sobre determinantes sociales intermedios o se desconozca la forma como operan⁷.

Desigualdades en las respuestas

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

⁷ En el documento, contenido en esta publicación, en el que se examina el comportamiento de la mortalidad evitable en Bogotá entre 1998 y 2004 se encuentra un ejemplo de la aplicación de esta forma de análisis ("Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004)"). La asociación entre la evolución de las condiciones generales de pobreza y desigualdad económica, de una parte, y las tasas de mortalidad evitable, de otra, dan lugar a plantear la hipótesis de que existe una relación de interdependencia entre estos dos tipos de fenómenos.

La oferta de servicios de salud y el financiamiento y recursos de la salud deberían estar distribuidos de acuerdo con una norma de equidad que tome en cuenta las necesidades de las personas y grupos, y no su posición socioeconómica o su capacidad de pago. De tal forma la población con mayor exposición y con peores oportunidades debería ser la que más obtenga apoyo en los servicios. Y de manera complementaria, desde la perspectiva de la equidad, quienes tengan mayores recursos deberían aportar una mayor proporción de sus ingresos que quienes tienen ingresos más bajos. Estos criterios se expresan en la famosa máxima de "a cada quien según sus necesidades, de cada quien según sus capacidades".

La oferta de servicios de salud está determinada por los recursos públicos asignados y, en la parte que se rige por el mercado, por la capacidad de pago de los consumidores (el ingreso). El financiamiento y el acceso a los servicios están fuertemente asociados con variables que expresan la posición social y el nivel de ingreso de las personas (Hsiao y Liu, 2001).

Dentro del campo de las *respuestas* que forman parte de los determinantes de la equidad en salud, se han diferenciado las relativas a la financiación y asignación de recursos para la salud y las que tienen que ver con el acceso a los servicios de la salud con los siguientes temas:

1. Inequidad en la financiación y asignación de recursos para la salud
 - a. Equidad en los aportes para salud (movilización de recursos económicos)
 - b. Equidad en la distribución del gasto público en salud (los beneficios)
 - c. Equidad en la protección económica
 - d. Equidad en la asignación de otros recursos de salud
2. Inequidades en la utilización, oportunidad y calidad en los servicios de salud
 - a. Desigualdades en el acceso potencial a los servicios de salud (afiliación a la seguridad social en salud)
 - b. Desigualdades en el uso de los servicios de salud
 - c. Barreras de acceso a los servicios
 - d. Desigualdad en la percepción de la calidad de los servicios de salud
 - e. Desigualdades en los programas de prevención, promoción y salud pública.

Los indicadores propuestos sobre las respuestas se encuentran en el anexo I (numerales 4 y 5).

Estado de salud

El estado de salud ocupa el papel de elemento explicado (resultado o variable dependiente) en el modelo de análisis y en las propuestas de indicadores (anexo I, numeral 7). Su evaluación considera los siguientes temas:

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

Los indicadores de resultados en el estado de salud se refieren a la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad y las diferencias en la percepción del estado de salud, según la pertenencia del grupo o individuo a una posición socioeconómica. Incluyen los resultados agregados de las desigualdades en salud, como expectativa de vida, mortalidad temprana o mayor por ciertas patologías, asociadas a desventaja social (Martínez F, 2006).

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

Consecuencias sociales y económicas de la inequidad en salud

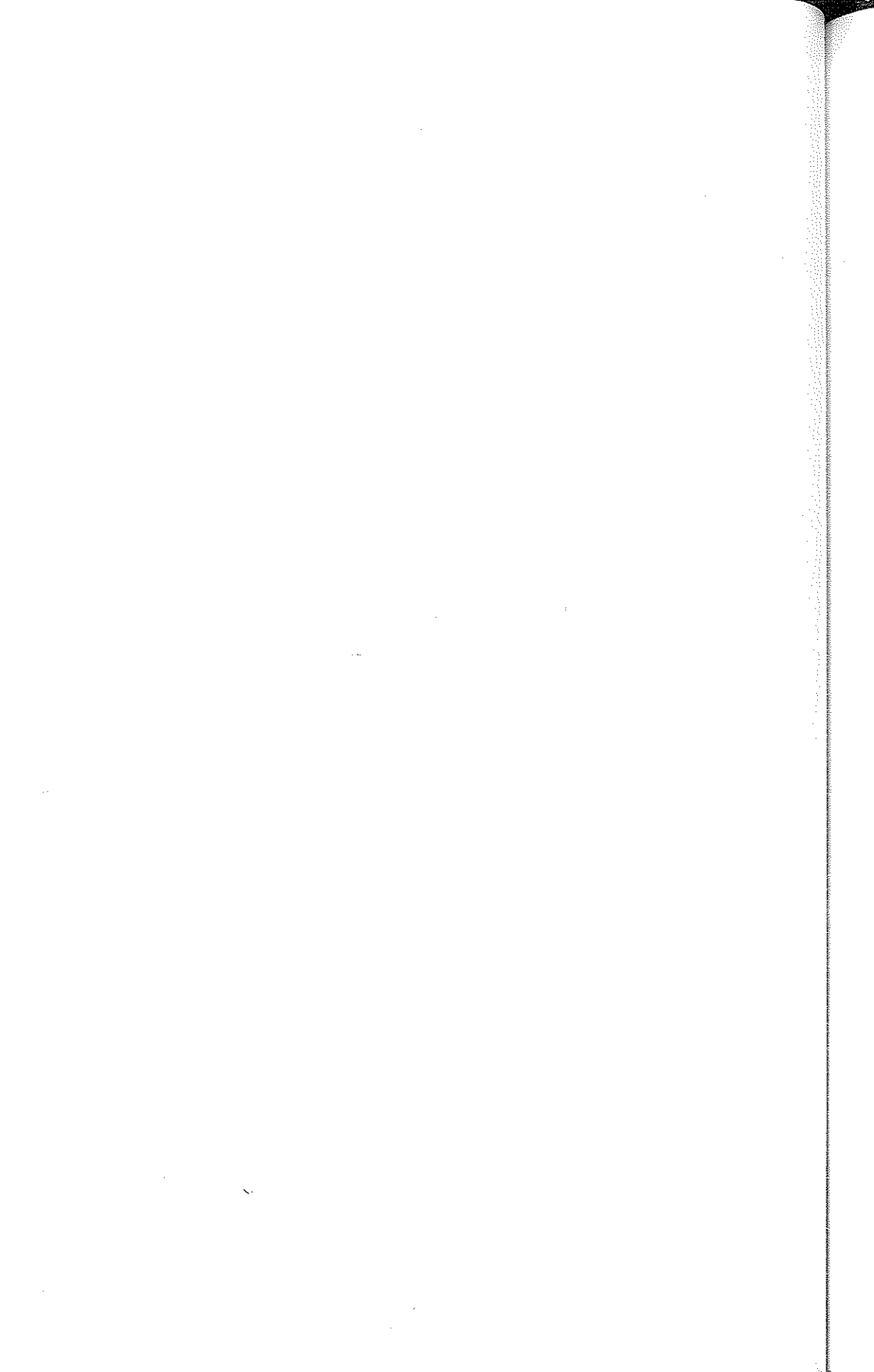
Las consecuencias económicas en los hogares y en la esperanza de vida al nacer son el tema que relaciona los resultados en la situación de salud y el contexto social donde tuvo origen. La mayor o menor inequidad en salud tiene un rol de retroalimentación sobre el bienestar social, las potencialidades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

Los indicadores propuestos sobre el tema se encuentran en el anexo I (numeral 8).

Información para la construcción de los indicadores del Observatorio

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

La puesta en marcha del Observatorio implica, con base en la identificación inicial, la adopción de una estrategia para probar los indicadores a través de su cálculo y el análisis de sus interrelaciones con otros indicadores, así como la definición de mecanismos para la obtención periódica de información y su ampliación hacia temas que permitan una mejor cuantificación de las condiciones de equidad (anexo 2).



ANEXO 1

INDICADORES PROPUESTOS PARA EL ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LA EQUIDAD EN SALUD EN BOGOTÁ

OBSERVATORIO PARA LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA EN SALUD



Número	Tipo de indicador y tema	Dimensión	Indicador	Definición	Grupos						
					Demográficas		Educativas	Distribución de ingreso		Pobres	
					Grupos de edad	Sexo	Niveles educativos	Deciles de ingreso per cápita	Quintiles de ingreso per cápita		
1. Posición social, desigualdades y desventajas sociales que inciden en la salud											
1	1.1. Ingresos y pobreza	Pobreza	Incidencia (%) de pobreza e indigencia por ingresos	Porcentaje de población bajo las líneas de pobreza e indigencia. Líneas de pobreza e indigencia del DANE							
2		Concentración del ingreso	Razón entre el ingreso del quintil superior/ quintil inferior	Cociente entre el ingreso total del quintil más rico dividido entre el ingreso total del quintil más pobre							
3			Coefficiente de Gini del ingreso corriente per cápita	Coefficiente de Gini del ingreso per cápita corriente ajustado							
4	1.2. Situación laboral	Estratificación social/laboral	Índice relativo de desigualdad de ingreso y años de educación entre grupos socioocupacionales	Razón entre los promedios del ingreso per cápita y laborales, y de los años de educación de los grupos socioocupacionales extremos de cada clasificación propuesta							
5		Desempleo	Razón de las tasas de desempleo entre sexos, pobres y no pobres, grupos de edad extremos y quintiles de ingreso superior e inferior	Razón de las tasas de desempleo entre sexos y población por condición de pobreza, e índice relativo de desigualdad entre grupos de edad y quintiles de ingreso	X	X			X	X	
6	1.3. Nivel socioeconómico	Estandar de vida	Razón entre los promedios de los puntajes del índice de condiciones de vida del quintil superior y el quintil inferior	Cociente entre el ingreso total del quintil con mayor puntaje del índice de condiciones de vida y el quintil con menor puntaje							
7			Razón entre los promedios de los puntajes del índice del SISBEN del quintil superior y el quintil inferior	Razón entre los promedios del puntaje del índice SISBEN de los hogares del quintil superior y el quintil inferior							X
8		Estratificación socioeconómica	Razón de tasa del ingreso y años de educación entre estratos socioeconómicos de servicios públicos domiciliarios superior e inferior	Razón entre los promedios del ingreso per cápita y de los años de educación de los estratos socioeconómicos para los servicios públicos domiciliarios, superior e inferior							
9	1.4. Educación	Educación básica	Porcentaje de población sin educación básica	Porcentaje de población de 15 a 24 y de 25 a 55 años sin educación básica completa					X		
10		Concentración de la educación	Razón entre los años de educación del quintil superior/ quintil inferior	Cociente entre los años de educación quintil superior y los del quintil inferior							
11			Coefficiente de Gini de los años de educación	Coefficiente de Gini de años de educación de la población mayor de 24 años							
12	1.5. Segmentación espacial	Diferenciación social por localidades	Razón de tasa del ingreso y años de educación entre localidades con mejor y peor posición	Razón entre los promedios del ingreso per cápita y laborales, y de los años de educación entre localidades							

2. Inequidades en las oportunidades de salud

13	2.1. Oportunidades en la niñez	Desnutrición	Razón de tasa en la prevalencia de bajo peso al nacer entre los grupos de mejor y peor condición	Razón de tasa en la proporción de Recién nacidos vivos con peso inferior a los 2.500 gr y con peso entre 2.500 gr y 2.999 gr de los grupos en mejor y peor condición	X	X	X				
14			Razón de tasa en la prevalencia de desnutrición crónica y aguda de niños menores de siete años, entre localidades con mejor y peor situación	Razón entre el porcentaje de niños con desnutrición crónica (porcentaje clasificado como desnutrido con indicador de talla para edad) de la localidad con prevalencia y la que tiene menor prevalencia, igual medida para el porcentaje de desnutrición global (indicador de peso para edad) ⁵		X					
15			Razón de tasa de la prevalencia de desnutrición crónica y global de niños menores de cinco años entre los hogares en el grupo (índice de riqueza) superior y el inferior	Razón entre el porcentaje de niños con desnutrición crónica (porcentaje clasificado como desnutrido con indicador de talla para edad) del grupo superior del índice de riqueza y el inferior, igual medida para el porcentaje de desnutrición global (indicador de peso para edad) ⁵		X	X				X
15			Razón de tasa del porcentaje de niños menores de cinco años con discapacidad en aspectos cognitivos y neurológicos entre grupos en mejor y peor situación	Razón entre el porcentaje con discapacidad en aspectos cognitivos y neurológicos del grupo en mejor y peor situación para cada clasificación		X	X				
16	2.2. Oportunidades en la juventud	Competencias básicas	Razón de puntajes promedios de la evaluación de competencias básicas en establecimientos de educación secundaria en lenguaje y matemáticas, entre localidades y establecimientos públicos y privados	Razón entre el porcentaje de niños con desnutrición crónica (porcentaje clasificado como desnutrido con indicador de talla para edad) del grupo superior del índice de riqueza y el inferior, igual medida para el porcentaje de desnutrición global (indicador de peso para edad)							

clasificación ¹						Años con información	Periodos de actualización		Fuente de información	Observaciones
Niveles de vida		Sociolaborales	Condición de afiliación a la Sss	Espaciales			Anual	Cada 5 años ²		
Niveles de Sisen	Clasificación socioocupacional ³	Desempleo	Afiliación por tipo de régimen	Localidades	Grupos Urb					

	X			X	1992-2005	X		Encuestas continuas de hogares del DANE, encuestas de calidad de vida	La periodización depende de la realización de encuestas con representación por localidad
					1992-2005	X		Encuestas continuas de hogares del DANE, encuestas de calidad de vida	
					1992-2005	X		Encuestas continuas del DANE, encuestas de calidad de vida	Ingresos declarados, imputación de respuestas omitidas y corregida la subdeclaración
	X				1992-2005	X		Encuestas continuas de hogares del DANE, encuestas de calidad de vida	
		X			1992-2005	X		Encuestas continuas de hogares del DANE, encuestas de calidad de vida	
					1997-2003	X		Encuestas de calidad de vida	Índice de calidad de vida según metodología del DNP
X					1997-2003	X		Encuestas de calidad de vida	Puntajes del índice calculado por el DNP, con base en información de la encuesta
					1997, 2003 y 2005	X		Encuestas continuas de hogares del DANE, encuestas de calidad de vida	
	X			X	1992-2005	X		Encuestas continuas de hogares del DANE, encuestas de calidad de vida	
					1992-2005	X		Encuestas continuas de hogares del DANE, encuestas de calidad de vida	
					1992-2005	X		Encuestas continuas de hogares del DANE, encuestas de calidad de vida	
				X	2003 y 2005		X	Encuestas de calidad de vida y capacidad de pago	La periodización depende de la realización de encuestas con representación por localidad

			X	X	X	1999-2005	X	Certificado de nacido vivo. Sistema de estadísticas vitales, DANE	Grupos de edad y niveles educativos de la madre. También se calcula el indicador por estado civil de la madre (4)
				X		2003	X	SOS - SISVAN Área de Vigilancia en Salud Pública	El SISVAN solo cubre la población atendida en hospitales de I y II nivel de la SOS y algunas IPS privadas. Se consideran pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3
X			X			1995, 2000 y 2005	X	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Nivel educativo de la madre
			X			> 2005	X	Encuesta Nacional de Discapacidad	Nivel educativo de la madre
				X		1999-2001	X	Evaluación de competencias básicas. Subdirección de Evaluación y Seguimiento. Secretaría de Educación Distrital - SED	La información se difunde con retraso

Tipo de indicador y tema	Dimensión	Indicador	Definición	Grupos de				
				Demográficas		Educativas	Distribución de ingreso	Pobres
				Grupos de edad	Sexo	Niveles educativos	Deciles de ingreso per cápita	Cuintiles de ingreso per cápita

clasifica
niveles de vida
Índice de riqueza?
Niveles del Sirey

3. Inequidades en la exposición diferencial y vulnerabilidad

3.1. Factores habitacional y del entorno de riesgo y exposición	Condiciones habitacionales, del entorno y servicios públicos domiciliarios	Razón entre la prevalencia de IRA y EDA entre la población menor de cinco años, en hacinamiento y sin hacinamiento	Razón entre la prevalencia de IRA en niños menores de cinco años en hogares con más de tres personas por cuarto (hacinamiento crítico) en relación a la prevalencia de los niños que se encuentran en hogares sin hacinamiento. Igual medida para los niños con y EDA						
		Razón entre la prevalencia de IRA y EDA de la población menor de cinco años en hogares sin sanitario adecuado y la prevalencia de IRA de niños en hogares con sanitario adecuado	Razón entre la prevalencia de IRA de los niños menores de cinco años con sanitario no conectado a alcantarillado o compartido con otros hogares y la de los niños que no viven en esas circunstancias. Igual medida para la prevalencia de EDA						
		Razón de prevalencia de enfermedad sentida de la población menor de cinco años con focos de afectación cerca de la vivienda y la que no vive en esas circunstancias	Razón entre la prevalencia de enfermedad sentida de los menores de cinco años en hogares cerca de focos de afectación y la de niños en hogares que no viven en esa situación						
3.2. Hábitos sociales	Drogadicción y alcoholismo	Razón del porcentaje de hogares con personas que tienen problemas de alcoholismo o drogadicción entre los grupos en mejor y peor situación	Razón entre los porcentajes de hogares con algún miembro con problemas de alcoholismo o drogadicción entre los grupos de peor y mejor situación	X	X				
3.3. Movilidad espacial	Mortalidad por accidentes de tránsito	Razón de tasa por muertes por accidentes de transporte terrestre entre ocupaciones según nivel de riesgo	Razón de las tasa por 100.000 habitantes						
3.4. Condiciones laborales	Ocupaciones de mayor riesgo	Exposición diferencial	Razón entre los porcentajes de trabajadores en ocupaciones de riesgo de los grupos en peor y mejor situación						
3.5. Violencia intrafamiliar	Violencia intrafamiliar	Razón de denuncias por violencia intrafamiliar por 10.000 hogares entre localidades con mejor y peor situación	Razón de denuncias por violencia intrafamiliar / total hogares *10.000 entre localidades en mejor y peor situación						

4. Inequidad en la financiación y asignación de recursos para la salud

4.1. Equidad en los aportes para salud (movilización de recursos económicos)	Gasto de los hogares	Razón de la proporción del gasto en salud en el ingreso corriente de los hogares, entre el decil superior y el inferior	Razón del total del gasto de los hogares en salud / total ingresos de los hogares, entre los hogares del decil de ingresos per cápita superior y el inferior			X		X
		Razón de las proporciones del gasto directo (de bolsillo) en salud en el ingreso corriente de los hogares, entre el decil superior y el inferior	Razón del total del gasto directo de los hogares en salud / total ingresos de los hogares, entre los hogares del decil de ingresos per cápita superior y el inferior			X		X
		Índice de progresividad de Kakwani del gasto en salud	Índice según metodología de Kakwani. Considera la participación en el ingreso y la concentración del gasto de los hogares					
4.2. Equidad en la distribución del gasto público en salud (los beneficios)	Distribución del gasto público	Índice de concentración del gasto público en salud por niveles de ingreso	Índice de concentración del gasto en salud por deciles de ingreso per cápita					
		Equidad en la distribución del gasto distrital en salud por localidades	Razón entre el monto del gasto distrital en salud, per cápita, por pobre y por vinculado de las localidades en situación más favorable y más desfavorable					
4.3. Equidad en la protección económica	Cubrimiento de riesgos a través del aseguramiento en salud	Déficit de cubrimiento de los riesgos de salud	Proporción de riesgo en salud que no cumple el plan de afiliación respecto a una norma y según el tipo de afiliación (incluye seguros privados) ponderado por la población	X	X	X		X

Índice de Riqueza ²	clasificación ¹			Años con información	Periodos de actualización			Fuente de información	Observaciones		
	Niveles de Ssca	Sociolaborales			Condición de afiliación a la Ss	Espaciales	Anual			Cada 5 años ³	Otra
		Clasificación socioocupacional ⁴	Desempleo								
					2005		X		Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Un indicador complementario es la probabilidad mayor de enfermedad controlando otras variables socioeconómicas: estrato, índice de riqueza, régimen de afiliación, nivel educativo de la madre. Este indicador se obtiene mediante modelos econométricos (regresión logística)	
					2005			X	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Un indicador complementario es la probabilidad mayor de enfermedad controlando otras variables socioeconómicas: estrato, índice de riqueza, régimen de afiliación, nivel educativo de la madre. Este indicador se obtiene mediante modelos econométricos (regresión logística)	
					2003			X	Encuestas de calidad de vida	Un indicador complementario es la probabilidad mayor de enfermedad controlando otras variables socioeconómicas: estrato, localidad, régimen de afiliación, nivel educativo de la madre. Este indicador se obtiene mediante modelos econométricos (regresión logística)	
								X	Encuesta de Salud Mental		
								X	Por definir		
									Indicador a ser definido	Indicador por construir, con base en la clasificación de ocupaciones utilizada en la encuesta	
				X	2000-2004			X	Secretaría de Gobierno, Dirección de Derechos Humanos, SISVH. Proyecciones de población, censo de población		
			X	X	2003			X	Encuestas de calidad de vida, encuestas de ingresos y gastos		
	X				2003			X	Encuestas de calidad de vida, encuestas de ingresos y gastos		
					2003			X	Encuestas de calidad de vida	Por tipo de gasto: contribuciones a la seguridad social (régimen contributivo), seguros privados, pago directo de servicios, medicamentos. Total ciudad	
					2003			X	Encuestas de calidad de vida	Total de la ciudad	
				X				X	Presupuestos de gastos. Secretaría de Hacienda Distrital, Secretaría de Salud, localidades	Indicador por construir. Actualmente no hay información sobre el tema. Se requieren proyecciones de población total, pobre y de vinculados por localidad	
X			X	X	1997-2005			X	Encuesta de calidad de vida 1997 y 2003, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005	Indicador a construir con base en cubrimiento de PGI y de los seguros privados. Implica definir una norma sobre cubrimiento del aseguramiento	

Continúa en la siguiente página

Tipo de indicador y tema	Dimensión	Indicador	Definición	Grupos de Población					Clasificación	
				Demográficas		Educativas	Distribución de ingreso			
				Grupos de edad	Sexo	Niveles educativos	Deciles de ingreso per cápita	Quintiles de ingreso per cápita		Pobreza por el ingreso
4.4. Equidad en la asignación de otros recursos de salud	Camas hospitalarias	Razón del déficit actual de camas hospitalarias en el servicio de hospitalización del segundo nivel según especialidad y red (zonas de la ciudad)	Razón entre déficit de camas hospitalarias en el servicio de hospitalización del segundo nivel según especialidad y red entre zonas extremas							
		Camas hospitalarias del segundo nivel, de la red adscrita y no adscrita a la SOS por 1.000 habitantes	Camas hospitalarias de segundo nivel, por 1.000 habitantes							
	Déficit de recurso humano para atención en salud	Razón entre déficit de recurso humano para los servicios del primer nivel de atención entre localidades	Razón entre déficit de recurso humano para servicios del primer nivel (medicina general ambulatoria y urgencias medicina general) entre localidades extremas							

5. Inequidades en la utilización, oportunidad y calidad en los servicios de salud

5.1. Desigualdades en el acceso potencial a los servicios de salud (afiliación a la seguridad social en salud)	Afiliación a la SSS	Razón de déficit en la afiliación a seguridad social entre agrupaciones extremas	Razón entre el porcentaje de afiliación (población no afiliada / población total * 100) entre grupos extremos de cada agrupación	X	X		X	X		
		Razón de déficit en la afiliación al seguro de riesgos profesionales entre las agrupaciones extremas	Razón entre el porcentaje de afiliación (población no afiliada / población ocupada * 100) entre grupos extremos de cada agrupación							
		Razón de déficit de afiliación a la seguridad social en salud en la población de los niveles superior e inferior del SISBEN entre los encuestados por el SISBEN	Razón entre el porcentaje de afiliación (población no afiliada / población ocupada * 100) entre grupos de los niveles superior e inferior en la población con encuesta SISBEN	X	X					
5.2. Desigualdades en el uso de los servicios de salud	Consulta externa y urgencias	Razón de los porcentajes de población que declaró haber estado enferma en los últimos 30 días y no recibió atención de profesionales de la salud	Razón del porcentaje de población con enfermedad en los últimos 30 días que no fue atendida por profesionales de la salud/ población con enfermedad en los últimos 30 días entre agrupaciones extremas	X	X		X	X	X	
	Atención a las mujeres embarazadas, niños y población con enfermedades crónicas	Razón de la proporción de mujeres con nacimientos en los últimos cinco años con menos de tres controles prenatales para el último hijo entre agrupaciones extremas	Razón de los porcentajes de mujeres con menos de tres vistas de control prenatal para el último hijo / total mujeres con hijos en los últimos cinco años, entre agrupaciones en la mejor y la peor situación	X		X				X
		Razón del porcentaje de niños menores de cinco años con diarrea llevados a establecimientos de salud entre agrupaciones extremas	Razón de niños con diarrea llevados a establecimientos de salud / total niños con diarrea entre agrupaciones en mejor y peor situación			X				X
		Razón de la proporción de personas que declararon tener enfermedad crónica y no recibieron atención periódicamente, entre agrupaciones extremas	Razón del porcentaje de personas con enfermedad crónica que reciben atención periódicamente / total personas con enfermedad crónica, entre agrupaciones en mejor y peor situación				X		X	
5.3. Barreras de acceso a los servicios	Accesibilidad espacial	Razón del índice de accesibilidad espacial del servicio de urgencias básicas (medicina general) entre unidades espaciales extremas	Razón entre los índices de las unidades espaciales (localidades o zonas homogéneas) en condiciones más favorables y en situación más desfavorable							
5.4. Desigualdad en la percepción de la calidad de los servicios de salud	Consulta externa y urgencias	Razón del porcentaje de población con atención médica recibida en los últimos 30 días que consideró buena su calidad, entre grupos con mejor y peor calificación	Razón del porcentaje de personas atendidas en los últimos 30 días que consideraron bueno el servicio entre agrupaciones con mejor y peor percepción		X		X		X	
	Hospitalización	Razón del porcentaje de población con atención hospitalaria en los últimos doce meses días que consideró buena su calidad, entre grupos con mejor y peor calificación	Razón del porcentaje de personas atendidas en los últimos doce meses que consideraron bueno el servicio entre agrupaciones con mejor y peor percepción		X			X	X	

Índice de Vulnerabilidad	clasificación ¹					Años con información	Periodos de actualización			Fuente de información	Observaciones
	Crisis de vida		Sociolaborales	Condición de afiliación a la Sss	Espaciales		Anual	Cada 5 años ²	Otra		
	Indicador de Vulnerabilidad	Indicador de Crisis	Clasificación socioocupacional ³	Desempleo	Afiliación por tipo de régimen						
						15		X	Plan maestro de equipamientos del sector salud de Bogotá Sds	Para el escenario A. Por zonas de la ciudad, según clasificación de la Sds	
					X	Hasta 2002	X		Secretaría Distrital de Salud	Se utilizan las proyecciones población por localidades. Se calcula también por zonas de la ciudad	
					X	2004		X	Plan Maestro de Equipamientos del Sector Salud de Bogotá, Sds	Para el escenario A, según el Plan maestro de equipamientos	
		X				1997, 2003, 2005		X	Encuesta de calidad de vida 1997 y 2003, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005. Registros de afiliación y proyecciones de población. Estadísticas sobre aseguramiento de la Sds		
		X			X	2003		X	Encuestas de calidad de vida		
					X	2002-2006	X		Encuestas SisBén y registros de afiliación		
X		X		X		1997, 2003 y 2005		X	Encuestas de calidad de vida, Encuesta Nacional de Demografía y Salud		
X				X		1995, 2000 y 2005	X	X	Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Certificados de nacidos vivos (DANE).		
V				X		2005		X	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Nivel educativo de la madre	
				X	X	2003		X	Encuesta de calidad de vida	Poblaciones normalizadas por edad	
					X	2004		X	Plan maestro de equipamientos del sector salud de Bogotá Sds	Índice de accesibilidad espacial del servicio de urgencias básicas en los estratos 1 y 2. Índice ponderado por población de influencia de los puntos de atención de las localidades o por zonas homogéneas dentro de las localidades. Un indicador complementario es la diferencia en la probabilidad de acceder al servicio médico en caso de enfermedad por variables socioeconómicas. Este indicador se obtiene con técnicas econométricas (modelo logístico)	
		X		X		1997 y 2003		X	Encuestas de calidad de vida	Poblaciones normalizadas por edad	
				X		1997 y 2003		X	Encuestas de calidad de vida		

Número	Tipo de indicador y tema	Dimensión	Indicador	Definición	Grupos					
					Demográficas		Educativas	Distribución de ingreso	Pobres	
					Grupos de edad	Sexo	Niveles educativos	Deciles de ingreso per cápita	Quintiles de ingreso per cápita	Pobres por...
43	5.5. Desigualdades en los programas de prevención, promoción y salud pública	Vacunación	Razón de la proporción de población menor de un año inmunizada, según biológico: antipolio, EPT, ECG, hepatitis B, hemophilus entre localidades en mejor y peor situación	Razón del porcentaje de niños menores de 1 año vacunados entre localidades (coberturas útiles) en la mejor y peor situación, según proyecciones de población						
44		Programas de prevención en mujeres	Razón del porcentaje de mujeres de 18 a 69 años que se ha hecho la citología vaginal en el último año, entre agrupaciones en mejor y peor situación	Razón del porcentaje de mujeres de 18 a 69 años que se ha hecho la citología vaginal en el último año entre agrupaciones extremas	X		X			
45		Programas de promoción	Razón del porcentaje de hogares atendidos en el programa de salud a su hogar en relación con población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISSEH y los estratos 1 y 2, entre localidades en mejor y peor situación	Razón del porcentaje de hogares atendidos de los niveles 1 y 2 del SISSEH y los estratos 1 y 2, entre localidades en mejor y peor situación						

6. Oportunidades de participación y ejercicio de control ciudadano

46	Organización de afiliados al SSS	Conocimiento y participación sobre formas organizativas de usuarios de ANS y EPS	Porcentaje de afiliados que han sido informados sobre formas de organización de afiliados	Afiliados informados / total afiliados						
47			Porcentaje de afiliados que participan en organizaciones de usuarios	Afiliados en organizaciones / total afiliados						

7. Desigualdades en el estado de salud de la población

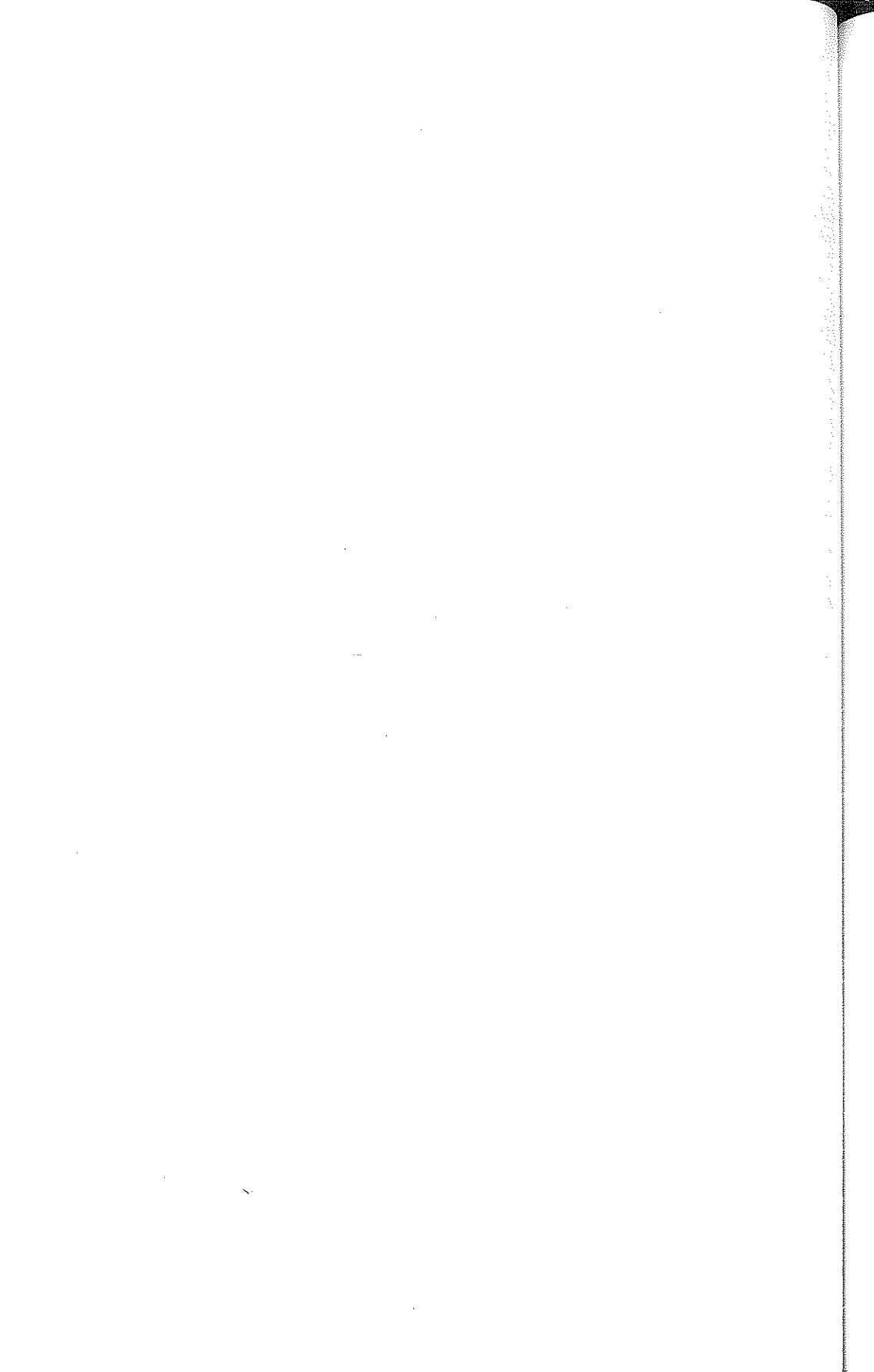
48	7.1. Desigualdades en la morbilidad	Morbilidad sentida	Razón en el porcentaje de personas que declararon haber estado enfermas en los últimos 30 días entre agrupaciones en mejor y peor situación	Razón del porcentaje de población que declaró haber estado enferma entre agrupaciones extremas	X	X		X		X
49		Morbilidad infantil en IRA y en enfermedad diarreica (EDA).	Razón de la prevalencia de IRA o fiebre entre los menores de cinco años entre agrupaciones en mejor y peor situación	Razón del porcentaje de niños (menores de cinco años) con IRA entre las agrupaciones extremas			X			
50			Razón de la prevalencia de diarrea entre los menores de cinco años entre agrupaciones en mejor y peor situación	Razón del porcentaje de niños (menores de cinco años) con enfermedad diarreica entre las agrupaciones extremas			X			
51		Enfermedad crónica	Razón de la proporción de personas que declararon tener enfermedad crónica entre las agrupaciones en mejor y peor situación	Razón del porcentaje de personas con enfermedad crónica entre agrupaciones extremas. Poblaciones normalizadas por edad y sexo					X	X
52	7.2. Desigualdades en la mortalidad	Mortalidad infantil y de menores de 5 años	Diferencia entre las tasas de mortalidad infantil entre las agrupaciones en mejor y peor situación	Diferencia entre las tasas de los grupos en mejor y peor situación: cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año	X	X				
53			Diferencia entre las tasas de mortalidad de menores de cinco años por IRA y EDA entre las agrupaciones en mejor y peor situación	Diferencia entre las tasas de los grupos en mejor y peor situación: cociente entre el número de muertes de niños menores de cinco años de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año	X	X				
54		Mortalidad materna	Diferencia entre las tasas de mortalidad materna de las agrupaciones en mejor y peor situación	Diferencia entre las tasas de los grupos en mejor y peor situación: cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 100,000 nacidos vivos		X				
55		Muertes violentas	Diferencia entre las tasas de mortalidad por agresiones y homicidios por localidad y estrato socioeconómico de residencia entre localidades extremas	Razón de las tasa por 100,000 habitantes						

Índice de Inequidad	clasificación ¹						Años con información	Periodos de actualización		Fuente de información	Observaciones
	Áreas de vida:		Condición de afiliación a la Sss	Espaciales		Años		Cada 5 años*	Otra		
	Niveles de Sss	Desempleo		Localidades	Grupos UPZ						
				X		1986-2005	X		SOS. Programa ampliado de inmunizaciones y SIS 151	Otros indicadores complementarios pueden obtenerse de la encuesta de monitoreo de coberturas útiles	
			X			2005		X	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Para la razón de tasa de poblaciones que no tomen en cuenta la distribución por edad se requiere normalizar por esta variable	
X				X		2004-2006	X		Secretaría Distrital de Salud y DAPD	Oscila pendiente la definición de indicadores con la encuesta realizada con este programa	
			X			2005		X	Encuesta para elaboración de ranking de ARS y EPS. Cio, Universidad Nacional		
			X			2005		X	Encuesta para elaboración de ranking de ARS y EPS. Cio, Universidad Nacional		
			X	X		2003 y 2005		X	Encuesta de calidad de vida 1997 y 2003, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005	Índice de riqueza para la Encuesta de Demografía y Salud. Se requiere normalización por edad y sexo	
X						2005		X	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Nivel educativo de la madre	
X						2005		X	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Nivel educativo de la madre	
			X	X		2003		X	Encuesta de calidad de vida		
			X	X		1999-2005	X		DANE. Certificado de defunción. Sistema de Estadísticas Vitales. Proyecciones de población y censo de población (4)		
			X	X		1999-2005	X		DANE. Certificado de defunción. Sistema de Estadísticas Vitales. Proyecciones de población y censo de población (4)		
			X	X		1999-2005	X		DANE. Certificado de defunción. Sistema de Estadísticas Vitales. Proyecciones de población y censo de población (4)	Para la razón de tasa de poblaciones que no toman en cuenta la distribución por edad se requiere normalizar por esta variable	
				X		1992-2005	X		DANE. Certificado de defunción. Sistema de Estadísticas Vitales. Proyecciones de población y censo de población (4)	Para la razón de tasa de poblaciones que no toman en cuenta la distribución por edad se requiere normalizar por esta variable (4)	

Número	Tipo de indicador y tema	Dimensión	Indicador	Definición	Grupos					
					Demográficas		Educativas	Distribución de ingreso		Pobreza por U
					Grupos de edad	Sexo	Niveles educativos	Deciles de ingreso per cápita	Quintiles de ingreso per cápita	
56	7.3. Desigualdades en la autopercepción sobre el estado de salud	Percepción del estado de salud	Razón de los porcentajes de población que se considera en buen estado de salud, entre grupos extremos en las clasificaciones propuestas	Razón entre los porcentajes de población que se considera en buen estado de salud, entre localidades extremas	X	X		X		X
57		Índice de calidad de vida en salud	Razón de los índices de calidad de vida en salud entre localidades en mejor y peor situación	Razón entre los índices de calidad de vida en salud SF-36 físico y mental (Physical Health) de las localidades en mejor y peor situación						
8. Consecuencias de las desigualdades en salud										
58	8.1. Consecuencias económicas en los hogares	Vulnerabilidad social ante la enfermedad	Diferencia en la probabilidad de ser pobre entre hogares sin y con enfermedad grave en los últimos doce meses (modelo logístico)	Indicador a obtener mediante técnicas econométricas						
59	8.2. Consecuencias en la esperanza de vida al nacer	Pérdida de vida atribuible poblacional (PVAR)	Diferencia en la esperanza de vida al nacer, a los 20 y 40 años entre grupos con mayor y menor nivel educativo							
60		Efecto sobre la esperanza de vida de las muertes evitables	Años de vida en que disminuye la esperanza de vida al nacer por la ocurrencia de muertes evitables	Años perdidos en la esperanza de vida por muertes evitables. Metodología por definir		X				
61		Efecto sobre la esperanza de vida de las muertes violentas	Años de vida en que disminuye la esperanza de vida al nacer por la ocurrencia de muertes violentas	Años perdidos en la esperanza de vida por muertes violentas. Metodología por definir		X				

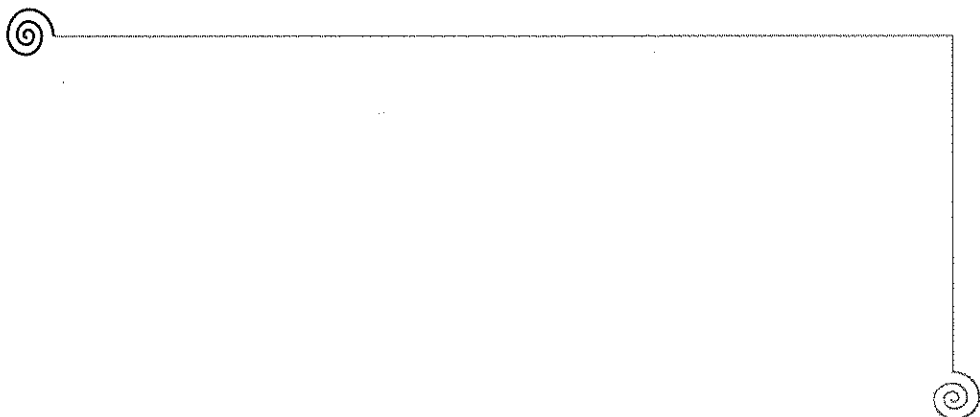
- Se refiere a las desagregaciones o agrupaciones a ser utilizadas para los indicadores propuestos.
- Clasificación de los hogares utilizada en las encuestas sobre demografía y salud en varios países. Se construye con técnicas estadísticas multivariadas.
- Clasificación basada en las variables obtenidas regularmente en las encuestas de hogares y calidad de vida sobre mercado laboral (posición ocupacional, ocupación, rama de actividad y nivel educativo) de la población económicamente activa.
- Obtener la información por localidades, urz y estratos de servicios domiciliarios implica la clasificación de la dirección declarada en los registros dentro de la cartografía de Bogotá.
- Periodización prevista para la realización de encuestas de calidad de vida (DANE) y demografía y salud.
- Es preciso diferenciar estos indicadores de los denominados "razón de densidad de incidencia" o "razón de tasas" con los cuales se busca dar respuesta a la pregunta "¿cuántas veces excede la tasa de enfermedad en las personas expuestas a la de las personas no expuestas? En este caso la razón expresa cuántas veces es mayor la prevalencia entre el grupo en peores circunstancias y en mejores circunstancias.

Índice de riqueza	clasificación ¹				Años con información	Periodos de actualización			Fuente de información	Observaciones		
	Niveles de vida		Sociolaborales	Condición de afiliación a la Sss		Espaciales		Anual			Cada 5 años*	Otra
	Niveles del Sesech	Clasificación socioocupacional ²	Desempleo	Afiliación por tipo de régimen		Localidades	Grupos Uze					
X					2003 y 2005		X		Encuesta de calidad de vida 1997 y 2003, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005	Índice de riqueza para la Encuesta de Demografía y Salud		
				X	2006			X	Encuesta sobre calidad de vida en salud, Sds, Universidad de los Andes	Grupos de referencia por determinar		
					2003			X	Encuesta de calidad de vida	Indicador por construir		
					1999-2005		X		DANE. Certificado de defunción. Sistema de Estadísticas Vitales. Proyecciones de población y censo de población	Indicador por construir		
					2006		X		DANE. Certificado de defunción. Sistema de Estadísticas Vitales. Proyecciones de población y censo de población	Indicador por construir		
					2006		X		DANE. Certificado de defunción. Sistema de Estadísticas Vitales. Proyecciones de población y censo de población	Indicador por construir		



ANEXO 2

OBTENCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN





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

En el caso de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del DANE es necesario establecer la forma de adquisición periódica de las bases originales ya sea a través de su compra o por medio de un convenio. El Cid tiene algunas de estas bases y lleva a cabo en el momento gestiones para obtener periódicamente los archivos de estas encuestas. En el convenio interadministrativo con la Secretaría Distrital de Salud (SDS) podrían ser utilizadas como parte de los aportes de la Universidad al Observatorio. En el caso de las encuestas de calidad de vida, tanto la administración distrital (Departamento Administrativo de Planeación Distrital, DAPD) como el Cid cuentan con las bases de las realizadas en 1997 y 2003 y se encuentran en curso conversaciones entre la administración distrital y el DANE para llevar a cabo una nueva aplicación de la encuesta en Bogotá.

De culminar satisfactoriamente estas gestiones, que tienden a establecer una regularidad en la realización de la encuesta, se podría garantizar el acceso a sus futuras aplicaciones. Por su parte, los archivos de las encuestas de demografía y salud son de libre acceso en sus módulos básicos y en lo referente a temas como el de nutrición, sería necesario acordar la forma de acceder a su información con el ICBF o PROFAMILIA.

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

Para dar regularidad y continuidad a las actividades del Observatorio, las bases de datos, con las adecuaciones necesarias para la producción y análisis de los indicadores, deben quedar documentadas en las distintas etapas de su trata-

miento de forma que el acceso a ellas sea posible por parte de los diferentes usuarios y para los diferentes objetivos del Observatorio.

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

Igual procedimiento puede establecerse para la obtención de los indicadores de otras fuentes estadísticas que son utilizadas en distintas dependencias de la Secretaría: el Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN), encuestas SISBEN, bases sobre afiliación al régimen subsidiado, plan maestro de equipamientos del sector salud, censo de discapacitados.

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

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

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

Aspectos administrativos y organizacionales

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

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

Gestión para el mejoramiento y ampliación de la información

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

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

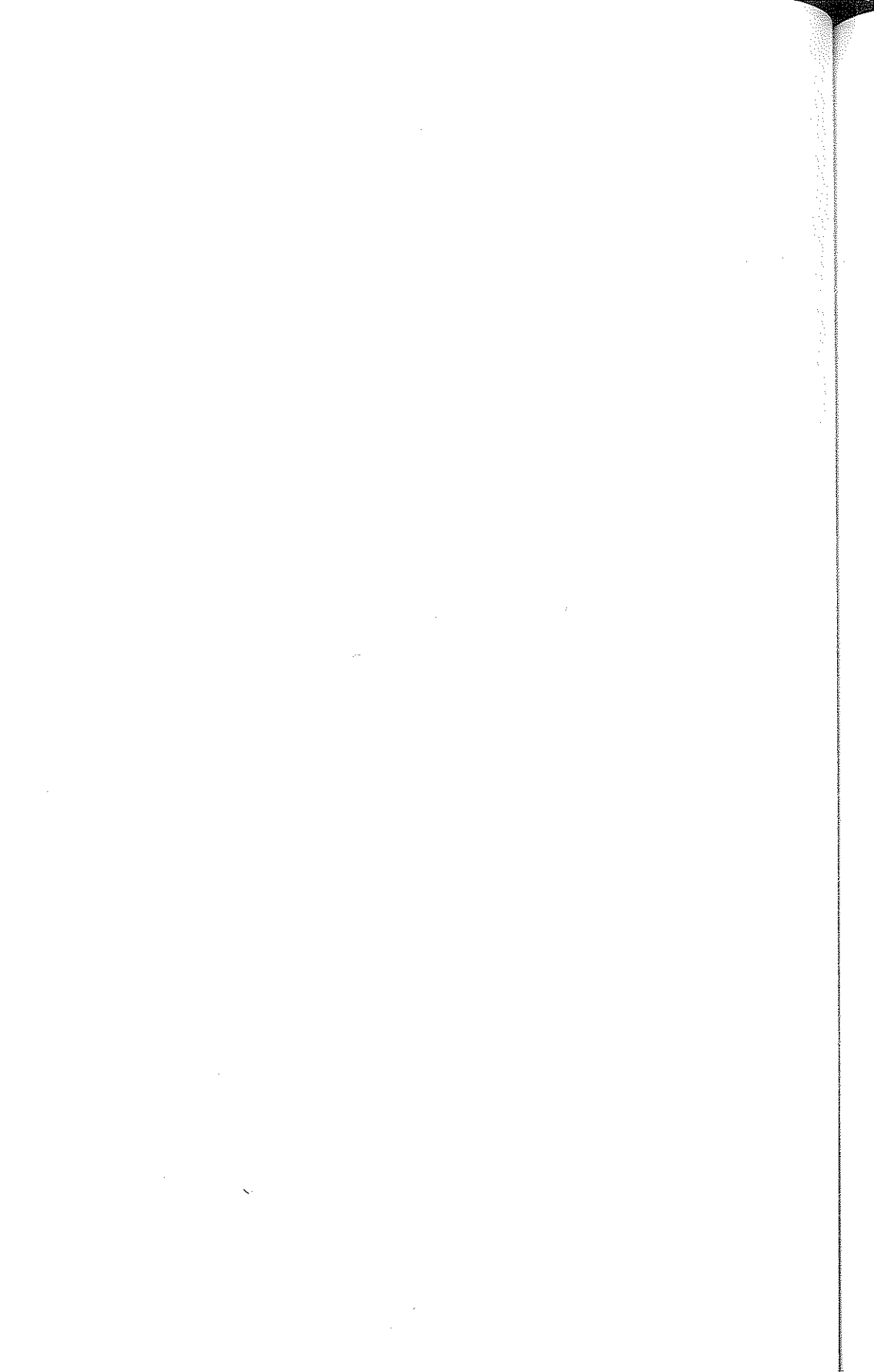
Otro frente aborda la búsqueda de mejor información de las fuentes existentes. Es el caso de los certificados de nacimientos y defunciones en los que es posible disminuir la proporción de omisiones en variables como el nivel educativo y la afiliación a la seguridad social y en los que es deseable que la información pueda discriminarse por unidades de planeación zonal (UPZ). Es también el caso de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) o de las encuestas que se aplican en el programa Salud a su hogar.

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

Bibliografía

- Anand, S; Diderichsen, F; Evans, T; Shklnikov, V; Wirth, M; 2001. Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores. En: Evans, Whitehead et al:53-73.
- Bambas, NL; Braveman, P; Dachs J, N; Delgado, I; Gakidou, E; Mose, K; Rolfe, L; Vega, J; Zarowsky, C. 2005. Strengthening Health Information Systems to Address Health Equity Challenges. En: *Bulletin of the World Health Organization*. 83:597-603.
- Braveman, P; Gruskin, S. 2003a. Defining Equity in Health. En: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:254-8.
- Braveman, P; Gruski, S. 2003b. Poverty, Equity, Human Rights and Health. En: *Bulletin of the World Health Organization*. 81:539-545.
- Diderichsen, F; Hallqvist, J. 1998. *Social Inequalities in Health: Some Methodological Considerations for the Study of Social Position and Social Context*. En: Evans, T; Whitehead, M; Diderichsen, F; Wirth, M. (editores). 2001.
- Diderichsen, F; Whitehead, M; Burström, B; Aberg, M; Östlin, P. 2001. Gran Bretaña y Suecia: la influencia del contexto político en la falta de equidad en salud. En: Evans, Whitehead et al:261-281.
- Evans, T; Whitehead, M; Diderichsen, F; Wirth, M. (editores). 2001. *Desafío a la falta de equidad en salud, de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, OPR, Washington.
- Foster, J; Sen, A. 1997. La desigualdad económica después de un cuarto de siglo. Anexo a la edición ampliada del libro de Sen, A. *La desigualdad económica*.
- GEGA (Global Equity Gauge Alliance-Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad). 2003. El monitoreo de la equidad, conceptos, principios y pautas.
- Hsiao, WC; Liu, Y. 2001. Financiación de la asistencia sanitaria: valoración de sus relaciones con la equidad en salud. En: Evans, T; Whitehead, M; Diderichsen, F; Wirth, M. (editores):283-299.
- Kunst, AE; Mackenbach, JP. 1994. Measuring socioeconomic inequalities in health. WHO Regional Office for Europe (document EUR/ICP/RPD 416).

- Mackenbach, JP; Kunst, AE. 1997. Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science Medicine*. 44:757-771.
- Martínez, F. 2006. Efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la salud de los bogotanos. CID.
- Ortún Rubio, V. 2000. Desigualdad y salud. En: *Política y sociedad* (35) Madrid: 65-71.
- Schneider, MC; Castillo-Salgado, C; Bacallao, J; Loyola, E; Mujica, OJ; Vidaurre, M; Roca, A. 2002. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. 12(6).
- Sen, A. 1995. *Nuevo examen de la desigualdad*. Alianza Editorial, Madrid.
- Sen, A. 2001. Equidad en salud: perspectivas, mesurabilidad y criterios. En: Evans, T; Whitehead, M; Diderichsen, F; Wirth, M. (editores):75-81.
- Wagstaff, A; Paci, P; Van Doorslaer, E. 1991. On the Measurement of Inequalities in Health. *Social Science Medicine*. 33:545-557.
- Whitehead, M. 1990. *Concepts and Principles of Equity in Health*. Oms, Regional Office for Europe, Copenague.
- Whitehead, M. 1994. *Equity and Ethics in Health*. Oms, Regional Office for Europe, Copenague.
- Yukiko Asada. 2005. A Framework for Measuring Health Inequity. En: *Journal Epidemiology Community Health*. 59:700-705.



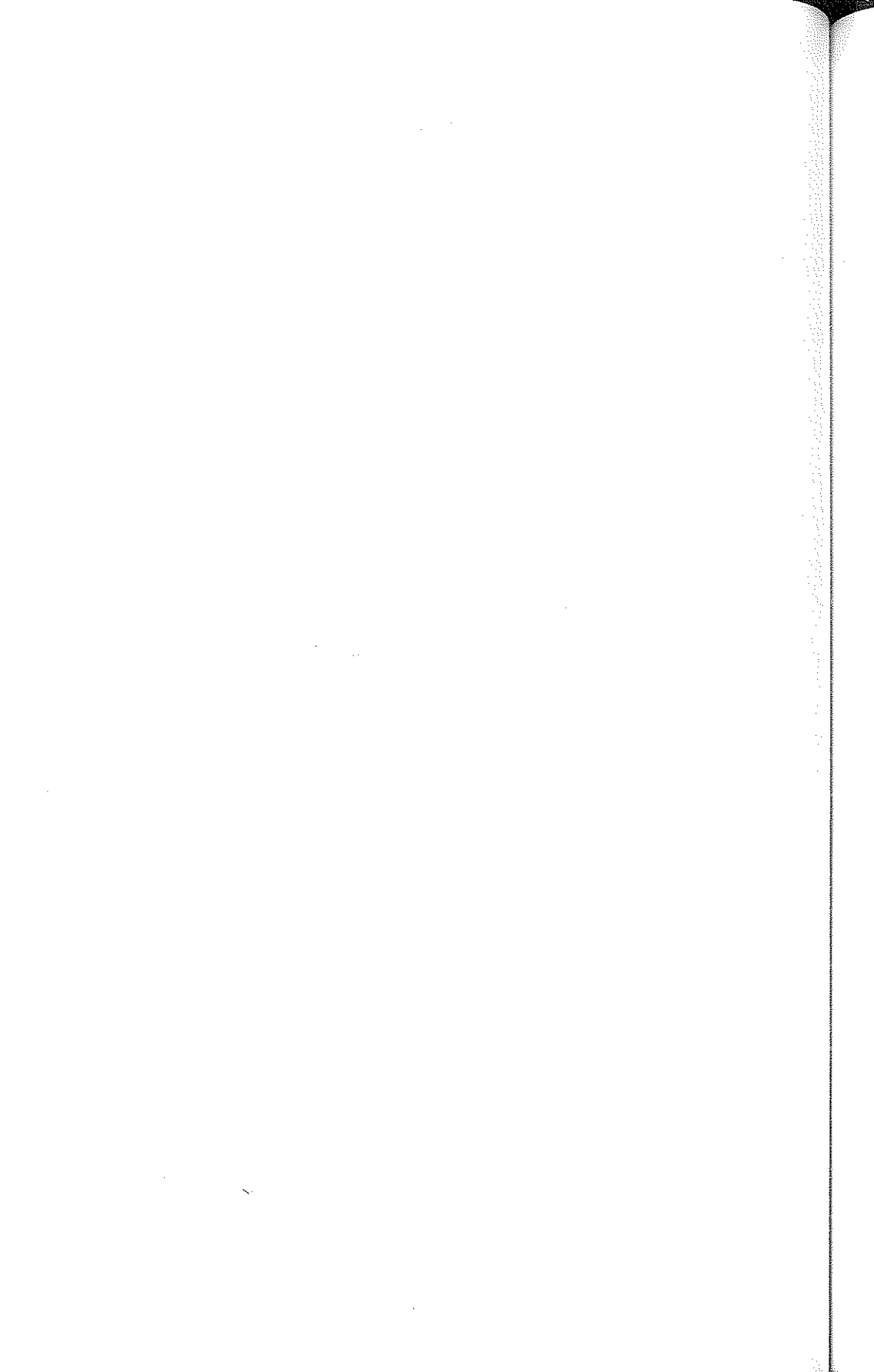
Marco para un observatorio de equidad sanitaria*

Paula A. Braveman Md, Mph**

4

* Este texto es una adaptación de un trabajo anterior realizado por la autora en 2003, titulado *Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework*, publicado en *Journal of Health, Population, and Nutrition*. Septiembre. 21(3): 181-192. Algunas secciones de este artículo y el recuadro 1 están basados en material de Braveman, P. 1998. *Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low- and Middle-Income Countries*. Organización Mundial de la Salud. Génova. (Who/Chs/Hss/98.1):92.

** Directora del Centro en Disparidades Sociales en la Salud. Profesora de Medicina Familiar y Comunitaria, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de California, San Francisco.



El propósito de este texto es presentar un marco conceptual para el monitoreo de la equidad en salud y asistencia médica como la principal tarea de un observatorio de equidad sanitaria. Está dirigido principalmente a investigadores orientados al desarrollo de políticas, con la esperanza de que ellos puedan usar este material para generar y aplicar conocimientos que conduzcan a una mayor equidad en salud y asistencia médica. Se espera que los temas planteados aquí también sean de interés para diseñadores y defensores de políticas orientados a la información, cuyas demandas puedan dar forma a los sistemas de información y a las preguntas planteadas por los investigadores.

El trabajo se concentra en cuatro preguntas: ¿Qué es equidad en salud y asistencia médica? ¿Qué es monitoreo? ¿Por qué monitorear la equidad en salud y asistencia médica? ¿Cuáles son los componentes esenciales de un sistema que monitoree la equidad en salud y asistencia médica en un observatorio de equidad sanitaria?

¿Qué es equidad en la salud y asistencia médica?

Por razones de brevedad se usará en ocasiones la expresión "equidad sanitaria" para referirnos tanto a la salud como a la asistencia médica. "Salud" se refiere tanto al estado físico como al psicológico. "Asistencia médica", como es usado en este artículo, se refiere por lo general a todos los aspectos importantes de los servicios de salud, que incluyen no solo la utilización sino la calidad, el financiamiento y la distribución de recursos.

Podría pensarse que la asistencia médica es una de las muchas variables determinantes de la salud, pero no es necesariamente la más importante (Amick et al., 1995; Auerbach y Krimgold, 2001; Cynader et al., 1994; Berkman y Kawachi, 2000; Moon y Gillespie, 1995; Young, 1998). Las variables determinantes de la salud incluyen tanto factores próximos, con vínculos directos y relativamente inmediatos a los resultados sanitarios, como factores que pueden tener lugar y actuar de modo completamente distal con respecto al resultado, cerca del comienzo de lo que puede ser una larga y compleja cadena causal. Aunque una variable sanitaria determinante no sea necesariamente una causa próxima, debe ser un componente crítico plausible en una senda causal que lleve a un resultado sanitario dado.

En lo que respecta a la enfermedad diarreica, por ejemplo, la ingestión de bacterias patogénicas o parásitos en el agua contaminada es una causa próxima común (o 'hacia abajo'). En contraste, las variables determinantes comunes de la ingestión de parásitos en el agua incluyen la pobreza y la falta de políticas nacionales que aseguren un suministro seguro de agua, lo cual representa variables determinantes distales (o 'hacia arriba').

Equidad significa imparcialidad o justicia (Whitehead, 1992; Braveman y Gruskin, 2003; Evans et al., 2001; The American Heritage Dictionary of the English Language, 2000), lo cual puede significar cosas muy diferentes a personas diferentes y en diferentes escenarios. Ya que estos términos están abiertos a interpretación, se necesita una definición operativa que dé la medida en los distintos escenarios. En términos operativos, perseguir la equidad sanitaria puede definirse como esforzarse en eliminar las disparidades sanitarias entre los grupos sociales más o menos aventajados, esto es entre los grupos que ocupan posiciones diferentes en una jerarquía social (Braveman y Gruskin, 2003).

Las disparidades sanitarias que favorecen a los grupos sociales que ya son más aventajados son particularmente injustas; en consonancia con los derechos humanos y los principios éticos, esto es verdad porque tales desigualdades sanitarias ponen a los grupos que ya están en desventaja, dadas sus condiciones sociales subyacentes, en mayor desventaja en lo que respecta a su salud.

De manera genérica, la inequidad no se refiere solo a ciertas desigualdades entre algunos grupos de población, sino muy específicamente a las disparidades entre grupos de personas que son categorizadas a priori de acuerdo con determinados rasgos importantes de su posición social subyacente, esto es su posición relativa en una jerarquía. Por ejemplo, los individuos pueden ser agrupados por sus ingresos o posesiones materiales, o por las características de sus ocupaciones, educación, localización geográfica, género, raza-etnicidad o grupo religioso. Lo que todos estos factores tienen en común es que a menudo son claramente asociados a diferentes niveles de ventaja o privilegio social, en cuanto este es caracterizado por el bienestar, el poder o el prestigio (Braveman y Gruskin, 2003).

La ventaja social se superpone e interactúa con los rasgos biológicos y físicos del ambiente. Las personas con mayores recursos económicos por lo general buscan y son capaces de vivir y trabajar en áreas geográficas con condiciones físicas y sociales más favorables; de allí que, particularmente en áreas pequeñas, la localización geográfica refleje a menudo las diferencias tanto en la ventaja social como en el ambiente físico.

Los factores sociales también pueden alterar los efectos del ambiente físico, el cual incluye clima, topografía y barreras para el transporte, condiciones de suministro de agua, calidad del suelo u otros recursos naturales. Por ejemplo, pueden evitarse consecuencias desfavorables asegurando la provisión de un suministro de agua limpia, a lo largo y ancho de una comunidad, en un ambiente donde el agua sana sería de otro modo escasa, o construyendo caminos y asegurando que el transporte público llegue a las áreas en las que el acceso a la asistencia médica sería de otro modo limitado. Además, aunque los factores genéticos son biológicos, sus manifestaciones pueden ser influenciadas en gran medida por la ventaja social, dado el impacto del ambiente tanto en la expresión de los genes como en las consecuencias potenciales de las condiciones genéticas (Kunitz, 1994; McMichael, 2001; Shonkoff y Phillips, 2000).

Dado que equidad es un concepto normativo, no se puede medir directamente la equidad en salud o en asistencia médica; sin embargo, sí se pueden medir las desigualdades sanitarias entre grupos sociales más y menos aventajados. Tales desigualdades probablemente han de reflejar las inequidades, porque ponen a los grupos sociales que ya están en desventaja en una desventaja mayor con respecto a su salud o a su asistencia médica.

Las expresiones "desigualdades sociales en la salud" e "inequidades sanitarias" han sido ampliamente usadas para referirse a las disparidades sanitarias entre subgrupos de población más y menos aventajados socialmente. Aunque la expresión "inequidades sanitarias" es más concisa, un debate público reciente (Murray, Gakidou y Frenk, 1999; Oms, 2000; Braveman, Krieger y Lynch, 2000; Almeida et al., 2001; Braveman, Starfield y Geiger, 2001), discutido más adelante en este texto, indica la importancia de la claridad a la hora de usar estos términos al alcance.

Investigadores de la Organización Mundial de la Salud (Oms) usaron durante el periodo 1998-2002 la expresión "inequidades sanitarias" (que los investigadores de la Oms dejaron de usar a partir de 2003) para referirse a las disparidades en el estatus sanitario entre individuos no agrupados. Su aproximación categoriza a las personas solo de acuerdo con las medidas del estatus sanitario, sin considerar las características sociales tales como el bienestar, la educación, la ocupación o la agrupación racial étnica o religiosa (Murray, Gakidou y Frenk, 1999; Oms, 2000).

En contraste, nuestro enfoque es el estudio de las "desigualdades sociales en la salud", lo cual requiere que las diferencias en el estatus sanitario sean examinadas de conformidad con los factores que reflejan ventaja y desventaja social, un proceso que es fundamental a la hora de monitorear la equidad sanitaria.

¿En qué se diferencia el monitoreo de otras investigaciones? ¿Qué es un sistema de monitoreo?

Monitorear es un tipo particular de investigación que implica el estudio repetido de una cuestión a lo largo del tiempo y que requiere la recolección constante y rutinaria de datos. Además, monitorear es una actividad explícitamente orientada a la acción, y tiene el propósito primario de mantener las políticas o programas en curso con base en un conjunto de criterios explícito o implícito. Aunque monitorear puede o no proporcionar información útil para una planeación a largo plazo, lo que se pretende explícitamente es que tenga relevancia práctica en el diseño de políticas a corto plazo; en contraste, otros tipos de investigación pueden aspirar a producir información que será útil en el plazo más largo, con menor relevancia en las políticas inmediatas.

Otro rasgo distintivo del monitoreo es que la información provista es de naturaleza descriptiva más bien que explicativa. En general, uno no confiaría en que un sistema de monitoreo esclarezca previamente sendas o mecanismos causales desconocidos; ello requeriría una investigación explicativa más centrada y a profundidad.

Los datos provenientes de un sistema de monitoreo pueden ser usados para establecer los cambios de magnitud de las disparidades en un indicador sanitario específico, entre diferentes grupos sociales y a lo largo del tiempo. Monitorear también puede proveer información acerca de los niveles y la prevalencia de los factores importantes que se sabe que influyen la salud, tales como la pobreza, el desempleo, las condiciones de vida, el nivel educativo o el uso de servicios de salud relevantes —que a priori se esperaba que afecten los resultados sanitarios.

En general, no se puede esperar hacer inferencias causales altamente específicas, basadas en la información del monitoreo, acerca de cómo tales factores operan, aunque a veces se podría ser capaz de hacer inferencias generales plausibles. Por ejemplo, un descenso observado en el estatus sanitario sin las correspondientes reducciones en el uso o calidad de los servicios de salud relevantes sugeriría la necesidad de considerar cambios en variables sanitarias determinantes distintas a la asistencia médica, como agentes causales más probables. Tales inferencias deben reflejar los descubrimientos de otra investigación y, además, las observaciones provenientes del monitoreo.

Los componentes esenciales de cualquier sistema de monitoreo son un conjunto de preguntas de investigación, la capacidad de estudiar dichas preguntas sobre una base constante y rutinaria y un proceso formal para examinar periódicamente los descubrimientos con el propósito expreso de informar políticas. Al

margen de los indicadores o aspectos que están siendo monitoreados, cualquier sistema de monitoreo debe tener ciertos atributos básicos.

Primero, al igual que en cualquier investigación, la información generada debe ser científicamente sana y confiable y reflejar con exactitud lo que representa. Al monitorear, sin embargo, la precisión será a menudo menos importante que la ausencia de sesgo. Por ejemplo, en muchos países pobres los nacimientos y muertes no son todos reportados, de modo desproporcionado entre grupos de población pobres, rurales y con otro tipo de desventajas, haciendo que los registros vitales estén demasiado sesgados para su uso en el momento de asegurar directamente la equidad. Si los bajos registros fueran distribuidos en forma aleatoria entre los grupos sociales, tales registros podrían ser razonablemente útiles para asegurar la equidad a pesar de sus inexactitudes.

Además de encontrar criterios científicos estándar para la investigación en general, un sistema de monitoreo tiene otros requisitos más específicos, incluyendo:

- ⊗ Relevancia clara para políticas
- ⊗ Simplicidad, de modo que el personal local pueda usar las técnicas para la recolección de datos y el análisis de una forma constante y rutinaria
- ⊗ Accesibilidad, al considerar los recursos requeridos para todas las fases del proceso de monitoreo, no solo la recolección de datos
- ⊗ Sostenibilidad, permitiendo que la recolección de datos y las actividades de análisis se repitan rutinariamente a lo largo del tiempo
- ⊗ Temporalidad, al considerar el lapso de tiempo entre la recolección de datos y la disponibilidad de los descubrimientos para informar políticas.

Estos criterios probablemente resulten difíciles de satisfacer, en particular en combinación.

La tendencia a visualizar un sistema de monitoreo como un hardware y un software o como algo que requiere una nueva fuente de datos primarios debe evitarse. En los años finales de la década de los ochenta, mis colegas y yo colaboramos con el Departamento de Salud del condado (municipalidad) en San Francisco (Estados Unidos), para desarrollar un sistema que monitoreara en forma rutinaria las desigualdades sociales en salud y asistencia médica en el condado. Aspirábamos a desarrollar un nuevo y sofisticado sistema de información y quizás lanzar un nuevo plan. Sin embargo, poco después de empezar a trabajar se hizo claro que, mejor que adquirir nuevos equipos y tecnología o crear nuevas

fuentes de datos, lo que se necesitaba en primer lugar era usar de modo más completo los datos existentes; solamente entonces tendría sentido la creación de nuevas fuentes.

Al final del proyecto, nuestra idea fue que de algún modo nuestros objetivos no habían sido completamente logrados porque no habíamos creado un nuevo hardware, un nuevo software o unos nuevos planes. Además nos percatamos, sin embargo, de que un "sistema de monitoreo" había sido desarrollado a partir de este esfuerzo.

Este sistema, que involucró el uso creativo de la información existente, la producción de una serie de reportes y un proceso de acompañamiento y revisión pública de los descubrimientos clave, así como la discusión de las implicaciones en las políticas, está aún en pie en forma modificada y desde hace quince años.

La principal contribución de nuestro proyecto fue ayudar a definir cuestiones clave acerca de la desventaja social y la salud, y demostrar formas efectivas de responder dichas cuestiones usando fuentes de datos, tales como certificados de nacimiento, que ya estaban disponibles para el Departamento de Salud, y empleando otra información en la que se incluían datos de censo, registros sanitarios de escuelas y datos de los hospitales con respecto a las daciones de alta, que se podían obtener fácilmente.

Entre 1995 y 1998, la Oms apoyó proyectos de demostración en tres países de bajos recursos (en África, Asia y Europa Oriental) con el objetivo de desarrollar sistemas para monitorear la equidad sanitaria. En cada uno de los tres países la aseveración inicial mostraba que, aunque la información disponible para el estudio de la equidad sanitaria estaba sujeta a tremendas limitaciones, montos considerables de datos estaban siendo en ese momento recolectados –y con frecuencia incluso analizados– pero no estaban siendo usados. Después de tres o cuatro años de trabajo el potencial de los datos existentes había sido explorado solo parcialmente.

En algunos casos pueden hacerse contribuciones significativas al desarrollo del potencial de monitoreo simplemente usando los datos disponibles de maneras más efectivas. En uno de estos tres países, por ejemplo, los datos relevantes habían sido desagregados tanto al nivel de provincia como de distrito por algún tiempo, pero no había un proceso rutinario para presentar y considerar las implicaciones de esta información. Aunque podía disponerse de computadores y de un software de mapeo, muchas personas compartían muy pocos computadores y menos impresoras, e imprimir los mapas que usaban el software era muy lento.

El equipo de investigación desarrolló una forma de "baja tecnología", pero altamente efectiva para presentar la información geográficamente desagregada,

etiquetando manualmente mapas con información que mostraba las diferencias sanitarias entre provincias y entre distritos. Los mapas manualmente etiquetados eran fáciles de producir, y los diseñadores de políticas y los grupos de sociedad civil los encontraron fáciles de leer y significativos, permitiéndoles ver sus propias provincias o distritos en comparación con otros (Braveman, 1998).

¿Por qué monitorear la equidad sanitaria?

¿Por qué crear un observatorio de equidad sanitaria?

Monitorear el nivel de las disparidades sanitarias entre individuos no agrupados en un complejo poblacional, sin referencia a las características sociales, pasaría por alto muchos de los retos implicados en el descubrimiento y la creación de fuentes de datos que describan tanto las características sociales como las características sanitarias clave.

Como se discutió antes, investigadores de la Oms en el periodo 1999-2002 propusieron reemplazar la medida de las desigualdades sociales en la salud, para asegurar la equidad sanitaria midiendo las desigualdades de salud entre individuos no agrupados; esto último daría lugar a una medida similar al coeficiente Gini, un índice compuesto, a menudo utilizado para cuantificar las desigualdades de ingresos entre individuos no agrupados.

Como factor adicional en su aproximación (además de evitar la necesidad de datos desagregados), estos investigadores se preguntaron si debía darse una prioridad más alta a los problemas de salud que afectan de manera desproporcionada a las personas socialmente en desventaja.

Ellos también establecieron que estudiar las desigualdades sociales en salud – esto es, las desigualdades entre grupos poblacionales que son categorizados socialmente sobre una base a priori– puede enmascarar las variaciones al interior de los grupos, prejuzgar causalidad y obstruir la investigación científica en el rango total de variables determinantes que influyen la salud (Murria, Gakidou y Frenk, 1999).

Estas opiniones cuestionan las bases conceptuales, éticas y científicas para monitorear la equidad en la salud. Afortunadamente, un cambio de liderazgo en la Oms en 2003 resultó en el rechazo de ese intento por redefinir las desigualdades sanitarias en formas que pasaban por alto la esencia de su significado. Sin embargo, los argumentos planteados en la Oms en el periodo 1999-2002 podrían reaparecer en otros contextos y, por tanto, es importante señalarlos.

En primer lugar, con respecto a si las deficiencias de salud merecen más interés en una persona socialmente desaventajada que en una aventajada (Murray,

Gakidou y Frenk, 1999), se debería, en un nivel clínico, estar igualmente preocupado por el sufrimiento, la incapacidad y la mortalidad sin importar quién sea el afectado. Al nivel de la población, sin embargo, las prioridades para la localización de recursos públicos debe reflejar el hecho de que las personas en grupos sociales más y menos aventajados experimentan oportunidades desiguales de estar sanos, basados en sus desventajas sociales subyacentes. La enfermedad y sus consecuencias afligen a todos los grupos sociales, pero una extensa evidencia muestra que de toda la población, la que está en desventaja social sufre las deficiencias sanitarias de manera desproporcionada.

Sería incorrecto sugerir que el proceso de diseño de políticas –que determina la localización de recursos– representa por igual los intereses de todos los grupos sociales; a decir verdad, la información desempeña un papel particularmente crítico al estimular acciones que señalan las necesidades de aquellos individuos y grupos con la menor influencia política y económica. El interés por la salud de los menos favorecidos, que puede ser visto como el reflejo del principio ético de la justicia distributiva, está también en consonancia con los principios de los derechos humanos, que incluyen los derechos a no ser discriminado y a gozar del mejor estado posible de salud, el cual puede ser indicado operativamente por el estatus sanitario del que gozan los grupos sociales más privilegiados (Braveman y Gruskin, 2003; Oms, 1956; Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1973).

En segundo lugar, los argumentos que afirman el enmascaramiento de la variación al interior de los grupos y el prejuicio de la causación carecen de fundamento. Examinar las diferencias entre grupos de ningún modo excluye examinar también las disparidades al interior de los grupos. Combinar las comparaciones entre grupos y al interior de los grupos es una aproximación analítica estándar en epidemiología; ambos procesos son importantes para la comprensión científica.

Con respecto a los presupuestos en torno a la causación, es obvio que las asociaciones observadas por sí solas no pueden apoyar la inferencia causal. Por ejemplo, no se puede concluir, sobre la base de que una relación observada entre la educación y un resultado sanitario dado, que la educación causó dicho resultado; si no más bien, los descubrimientos observados llevan al científico a plantearse las preguntas de una ulterior investigación, por ejemplo: ¿qué aspecto de la educación podría explicar la asociación observada? ¿Es la educación misma, y si lo es, qué aspecto (habilidades, conocimientos o acceso a las redes sociales privilegiadas)? ¿O representa la educación una aproximación a otros factores relacionados, tales como el bienestar o el prestigio?

El problema relevante no es si hay que categorizar a priori los grupos sociales al estudiar las desigualdades sanitarias; es, más bien, determinar qué categorizaciones describen mejor los patrones de salud poblacional y guían de manera más efectiva la investigación en torno a los mecanismos causales y las subsecuentes intervenciones.

Pocas naciones conducen en la actualidad un monitoreo rutinario de la equidad sanitaria. Implementar tales sistemas de monitoreo requiere mucho esfuerzo, particularmente en escenarios de escasez de recursos. Se requiere un trabajo técnico considerable para capacitar a más países en el examen sistemático y rutinario y en la interpretación de los descubrimientos de las desigualdades sociales en la salud y de los cambios relacionados con las políticas sociales y económicas a lo largo del tiempo. Sin información recolectada sistemática y rutinariamente que describa por separado la salud de los grupos más y menos aventajados, no puede haber una valoración sistemática del impacto diferencial de la políticas en estos grupos. La información discriminada por grupo social es necesaria, aunque no suficiente.

El debate en torno al enfoque de la OMS en el periodo 1999-2002 con relación a las desigualdades sanitarias ha sido muy útil para enfatizar la necesidad de claridad conceptual tanto en lo que respecta al significado de las desigualdades sanitarias como a las razones para medirlas. Sugiere la necesidad de precaución a la hora de usar e interpretar términos ambiguos, tales como "desigualdades sanitarias" o "disparidades" o "intereses distributivos", que no reflejan explícitamente un interés por cómo está distribuida la salud de acuerdo con la desventaja social.

Las agencias y los investigadores de la salud pública necesitan enfocarse explícitamente en la cuestión de las desigualdades sociales en la salud, esto es, en las disparidades sanitarias entre personas con niveles variables de privilegio social. Los niveles de salud experimentados por quienes son socialmente más favorecidos pueden sugerir lo que es posible para todos. Es una responsabilidad ética y acorde con los principios de los derechos humanos dar prioridad especial a la actuación en los problemas importantes de la salud pública que afectan de manera diferencial a aquellos con menos recursos o mayores obstáculos para denunciar los problemas por sí mismos (Braveman y Gruskin, 2003). Términos tales como "desigualdades sanitarias" continuarán sin duda siendo ampliamente usados porque son más concisos que "desigualdades sociales en la salud", y suenan menos sentenciosos que "inequidades sanitarias". Sin importar los términos elegidos el significado debe ser claro.

El problema relevante no es si hay que categorizar a priori los grupos sociales al estudiar las desigualdades sanitarias; es, más bien, determinar qué categorizaciones describen mejor los patrones de salud poblacional y guían de manera más efectiva la investigación en torno a los mecanismos causales y las subsecuentes intervenciones.

Pocas naciones conducen en la actualidad un monitoreo rutinario de la equidad sanitaria. Implementar tales sistemas de monitoreo requiere mucho esfuerzo, particularmente en escenarios de escasez de recursos. Se requiere un trabajo técnico considerable para capacitar a más países en el examen sistemático y rutinario y en la interpretación de los descubrimientos de las desigualdades sociales en la salud y de los cambios relacionados con las políticas sociales y económicas a lo largo del tiempo. Sin información recolectada sistemática y rutinariamente que describa por separado la salud de los grupos más y menos aventajados, no puede haber una valoración sistemática del impacto diferencial de la políticas en estos grupos. La información discriminada por grupo social es necesaria, aunque no suficiente.

El debate en torno al enfoque de la OMS en el periodo 1999-2002 con relación a las desigualdades sanitarias ha sido muy útil para enfatizar la necesidad de claridad conceptual tanto en lo que respecta al significado de las desigualdades sanitarias como a las razones para medirlas. Sugiere la necesidad de precaución a la hora de usar e interpretar términos ambiguos, tales como "desigualdades sanitarias" o "disparidades" o "intereses distributivos", que no reflejan explícitamente un interés por cómo está distribuida la salud de acuerdo con la desventaja social.

Las agencias y los investigadores de la salud pública necesitan enfocarse explícitamente en la cuestión de las desigualdades sociales en la salud, esto es, en las disparidades sanitarias entre personas con niveles variables de privilegio social. Los niveles de salud experimentados por quienes son socialmente más favorecidos pueden sugerir lo que es posible para todos. Es una responsabilidad ética y acorde con los principios de los derechos humanos dar prioridad especial a la actuación en los problemas importantes de la salud pública que afectan de manera diferencial a aquellos con menos recursos o mayores obstáculos para denunciar los problemas por sí mismos (Braveman y Gruskin, 2003). Términos tales como "desigualdades sanitarias" continuarán sin duda siendo ampliamente usados porque son más concisos que "desigualdades sociales en la salud", y suenan menos sentenciosos que "inequidades sanitarias". Sin importar los términos elegidos el significado debe ser claro.

¿Cuáles son los componentes esenciales de un sistema diseñado específicamente para monitorear la equidad en salud y asistencia médica?


Panorama general y aspectos clave

Además de los requerimientos de cualquier sistema de monitoreo, aquel que esté enfocado específicamente en la equidad en salud y asistencia médica tiene varios prerequisites adicionales, entre los que se encuentran preguntas de investigación apropiadas, grupos sociales que van a ser comparados adecuadamente identificados, indicadores sanitarios relevantes y sus variables determinantes, proyecciones apropiadas de las disparidades en aquellos indicadores entre los diferentes grupos sociales, y un proceso efectivo de interpretación y aplicación de los descubrimientos.

El recuadro 1 ilustra en forma esquemática diversos pasos en un proceso continuo de monitoreo y pretende llamar la atención sobre varios temas clave que son específicos del monitoreo de la equidad sanitaria. El texto subsiguiente discute aspectos técnicos de algunos de estos temas clave, pero los intereses cruciales de naturaleza no técnica son resaltados en este artículo en primer lugar.

Un tema crucial es reconocer que la información, en sí misma, sin importar cuán técnica parezca, no producirá mayor equidad; buscar la equidad requiere nadar contra la corriente de las fuerzas predominantes y contra todo aquel que pueda sentirse amenazado por los intentos de alcanzar una distribución más equitativa de los beneficios de la sociedad. Así, todos los esfuerzos por obtener información deben ser puestos en el contexto de una estrategia global para lograr un cambio social que esté en armonía con las fuerzas y los actores clave. Quienes diseñan las políticas deben ser perceptivos, y esto a menudo requiere no solo tratar de convencer a los líderes, sino también movilizar a los grupos de base para crear y mantener presión sobre los políticos.

En este sentido, las técnicas de investigación participativa pueden ser particularmente valiosas no solo al generar información que de otro modo no estaría disponible —por ejemplo, información acerca de las percepciones de la comunidad sobre las necesidades sanitarias o de asistencia médica no satisfechas—, sino también haciendo que los grupos de base sientan interés en las acciones que señalen los problemas; de este modo, ellos pueden mantener presión más fácilmente sobre los líderes tanto como sea necesario. Otro aspecto clave ilustrado en el recuadro 1 es que el monitoreo de la equidad es un proceso constante y cíclico, que vincula el apoyo y la acción de cambio con la recolección y el análisis de la información.

RECUADRO 1  **Ocho pasos en el monitoreo de la equidad en la salud y sus variables determinantes orientado al desarrollo de políticas**

▣ Paso 1

Identificar los grupos sociales de interés preliminar. Además, revisar la literatura, consultar a los representantes de todos los sectores sociales y a la sociedad civil, incluyendo a los defensores de los grupos en desventaja.

▣ Paso 2

Identificar los intereses generales y las necesidades de información relacionadas con la equidad en la salud y sus variables determinantes. De nuevo, además de consultar la literatura, hay que consultar a los representantes de todos los sectores sociales y a la sociedad civil, incluyendo a los defensores de los grupos en desventaja.

▣ Paso 3

Identificar las fuentes de información en torno a los grupos y temas de interés. Considerar tanto la información cualitativa como la cuantitativa.

▣ Paso 4

Identificar a) los indicadores del estatus sanitario, b) las principales variables determinantes del estatus sanitario aparte de la asistencia médica y c) la asistencia médica (financiamiento, localización de recursos, utilización y calidad) que es particularmente adecuada para valorar las brechas entre los grupos sociales más y menos aventajados.

▣ Paso 5

Describir los patrones actuales de la inevitable desigualdad social en la salud y sus variables determinantes.

▣ Paso 6

Describir las tendencias de dichos patrones a lo largo del tiempo.

▣ Paso 7

Generar un proceso público e incluyente de consideración de las implicaciones políticas de los patrones y tendencias. Incluir a todos los participantes apropiados en este proceso (esto es, a todos los sectores relevantes, sociedad civil, Ong).

▣ Paso 8

Desarrollar y poner en movimiento un plan estratégico para la implementación, monitoreo e investigación, considerando los obstáculos políticos y técnicos e incluyendo el rango total de partes interesadas en el proceso de planeación.

Repetir el proceso entero desde el comienzo, incorporando el conocimiento y la comprensión nuevos.

La Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad, con sede en Suráfrica (GEGA, por su sigla en inglés), merece una mención especial porque ilustra muy bien un enfoque de monitoreo de la equidad sanitaria en el contexto de una estrategia global para influenciar políticas y programas.

La GEGA, originalmente fundada por la Fundación Rockefeller y ahora apoyada por la agencia de cooperación internacional del gobierno de Suecia, es una red de catorce proyectos en once países a lo largo y ancho de África, Asia y América Latina. Cada uno de los proyectos GEGA con sede en un país se enfoca en diferentes temas de equidad sanitaria. Sin embargo, los proyectos comparten una perspectiva fundamental que hace énfasis en la acción coordinada en tres áreas: valoración y monitoreo, apoyo y estímulo a la comunidad.

La valoración y el monitoreo incluyen no solo la recolección de información cuantitativa sino también la elaboración de valoraciones cualitativas del contexto político en el cual deben hacerse movimientos hacia una mayor equidad. El apoyo se refiere a la influencia sobre quienes diseñan políticas y el trabajo con grupos de la sociedad civil que los influyen. El estímulo a la comunidad consiste en trabajar con las organizaciones de base para involucrarlas en la tarea de identificar los temas de equidad y las formas en que deben señalarse. También significa ejercer presión sobre quienes toman las decisiones para asegurar su implementación. La GEGA ha tenido, en algunos países, resultados promisorios que reflejan bien la estrategia básica.

Preocupaciones técnicas en el diseño de un sistema de monitoreo

En el nivel técnico, debe considerarse la complejidad en la recolección, análisis, presentación e interpretación de la información a la hora de diseñar cualquier sistema de monitoreo, teniendo en cuenta la experiencia y las habilidades del personal local que ejecuta dichas funciones.

Un enfoque ideal desde el punto de vista teórico no será apropiado para el monitoreo si no puede ser mantenido a lo largo del tiempo por quienes deben implementarlo. Esta preocupación es ineludible en cualquier lugar, aunque las restricciones son en particular severas en países de escasos recursos, donde el personal técnico entrenado no está disponible. Los países de escasos recursos también enfrentan restricciones relacionadas con la infraestructura para la recolección de información, que incluye tanto los costos de inversión inicial como los del mantenimiento constante de los equipos y la tecnología requeridos. A pesar de estas restricciones, es posible, virtualmente en cualquier lugar, incluso en el país más pobre y con menos recursos, hacer mucho más con los datos existentes y los recursos de lo que en la actualidad se está haciendo.

Una publicación de la Oms de 1998, disponible en internet, aporta sugerencias prácticas en lo que respecta a las fuentes de datos y a los indicadores de monitoreo de equidad sanitaria, en particular adaptados a las necesidades de los investigadores en países de escasos recursos (Braveman, 1998). La publicación sugiere, por ejemplo, usar las fuentes de datos existentes, tales como las encuestas demográficas y de salud o el estudio de medición de los estándares de vida, que son llevados a cabo en muchos países de escasos recursos. Estos estudios pueden ser usados para establecer, a lo largo del tiempo, las tendencias de un rango de indicadores de equidad en el estatus sanitario y de asistencia médica en la población materna e infantil.

Técnicas relativamente simples, tales como entrevistas a la salida en los servicios de salud, también pueden ser usadas para documentar las desigualdades en la prestación de la asistencia médica. Aunque su historia es relativamente corta, la experiencia de la GEGA debe proveer muy pronto ejemplos valiosos y creativos de formas de monitorear la equidad sanitaria en escenarios de escasez de recursos, que incluyen estrategias para modificar las mediciones existentes.

Preguntas de investigación para monitorear la equidad sanitaria

Para monitorear la equidad en salud y asistencia médica deben señalarse tres grupos básicos de preguntas de investigación. Primero, ¿cómo varían los niveles de salud en los diferentes grupos sociales? Segundo, ¿cómo varían los niveles de las variables determinantes en los diferentes grupos sociales? Y tercero, ¿cómo han cambiado a lo largo del tiempo tanto los niveles de salud como las variables sanitarias determinantes en los diferentes grupos sociales y en las brechas entre ellos?

El sistema de monitoreo debe describir y comparar el nivel de salud que experimentan los grupos según el grado de ventaja social. Para valorar las desigualdades en salud y asistencia médica se necesitan conocer tanto: a) los valores absolutos concretos de una medida dada de estatus sanitario para cada grupo (por ejemplo, el número de infantes muertos por cada cien nacimientos en cada uno de los cuatro grupos, establecidos por los años de educación de la madre), como b) la distribución relativa de dichos valores a través de los grupos (por ejemplo, notar que la tasa de mortalidad infantil por nacimientos es tres veces mayor en mujeres sin escolaridad que en mujeres con educación secundaria o superior, o que ocurren noventa muertes infantiles más por nacimientos entre quienes no tienen escolaridad que entre quienes tienen educación secundaria o superior).

Considerar tanto los niveles absolutos como las disparidades relativas es esencial, pues la importancia de una relativa brecha grande entre grupos puede

variar según cómo las medidas absolutas para diferentes grupos se comparen con el mínimo nivel considerado "bueno". Por ejemplo, una brecha relativa equivalente será de mayor preocupación cuando el nivel de salud de un grupo es más bajo que el mínimo estándar. Es importante monitorear los niveles de salud en el rango de los grupos en mejor y peor posición, y no solo en los grupos en desventaja; los niveles observados en los grupos socialmente aventajados pueden ser usados para indicar lo que debería ser posible para todos.

Además de establecer el estatus sanitario, también es esencial evaluar cómo las variables sanitarias determinantes están distribuidas —de nuevo, tanto en términos absolutos como relativos— a lo largo de los grupos. Monitorear las variables sociales determinantes de la salud y del estatus sanitario mismo es esencial para indicar la clase de factores que deben ser considerados a la hora de señalar las diferencias no equitativas. Aunque en la mayoría de los casos las intervenciones que señalan dichos factores requerirán acciones que vayan más allá de la asistencia médica, el sector salud debe asumir la responsabilidad constante de promover conciencia de los potenciales efectos sanitarios de las políticas en otros sectores. Al mismo tiempo, aunque la meta a largo plazo debe ser una distribución equitativa de las variables sanitarias subyacentes, el monitoreo de dichas variables también puede sacar a la luz casos en los que se requieran servicios de salud al menos temporalmente, para amortiguar los efectos dañinos de ciertas condiciones tales como la pobreza, la vivienda deficiente y la carencia nutricional.

El grupo final de preguntas básicas se enfoca en los cambios a lo largo del tiempo: ¿cómo cambian con el tiempo los niveles absolutos de la salud y sus variables determinantes para los diferentes grupos sociales? ¿Cuál es la magnitud de las disparidades sociales tanto en la salud como en sus variables más importantes a lo largo del tiempo? Si las brechas disminuyen, ¿es el progreso lo suficientemente rápido?

Las preguntas relacionadas con los cambios a lo largo del tiempo son fundamentales para monitorear las desigualdades sociales en la salud; sin esta información no se puede evaluar si las políticas están encaminadas a la equidad.

La información relacionada con el cambio a lo largo del tiempo en los niveles absolutos de la salud y sus variables determinantes es esencial, como lo es también la relacionada con el cambio en las brechas relativas; por ejemplo, una brecha en la expectativa de vida que es grande pero que disminuye rápidamente en el transcurso del tiempo transmite una información muy diferente a la que transmite una brecha más pequeña pero que incrementa o se estanca.

Los resultados del monitoreo por lo general no son suficientes para la evaluación rigurosa del impacto de políticas particulares. Sin embargo, un sistema de monitoreo debe indicar si se está logrando una mayor equidad en salud y asistencia médica por medio de los efectos combinados de todas las políticas y condiciones relevantes; debe también servir como "luz de alerta" cuando no se está logrando un progreso. El sistema de monitoreo debe ser capaz de poner en movimiento un proceso de investigación en torno a problemas específicos, y ojalá de apuntar a direcciones generales prometedoras (o eliminar las no prometedoras), más bien que proveer por sí mismo respuestas específicas.

Identificar los grupos sociales

La identificación apropiada de los grupos sociales que serán comparados merece tanta atención como la selección de los indicadores sanitarios relevantes y de los métodos analíticos apropiados. Como se discutió antes, valorar la equidad requiere hacer comparaciones entre grupos sociales con diferentes niveles de ventaja social. Prácticamente en todas las sociedades la ventaja social –y la correspondiente posición en las jerarquías sociales– varía de acuerdo con las diferencias socioeconómicas, raciales-étnicas, de género, edad y geográficas. Otras dimensiones –por ejemplo, la discriminación basada en la afiliación política, orientación sexual o discapacidad mental o física– son también a menudo importantes.

En cada escenario se debería preguntar: ¿cuáles son, en este escenario, las agrupaciones sociales clave que definen la posición y el privilegio social subyacente? En sentido práctico, los factores sociales que se seleccionan para establecer los grupos deben ser importantes a la hora de direccionar políticas y programas. Los factores seleccionados deben reflejar subgrupos de población identificables –personas empobrecidas, desempleadas, residentes de vecindarios pobres, miembros de minorías étnicas, mujeres pobres del campo–, que requieren especial atención dado que sus características sociales subyacentes les dan menos oportunidades de estar saludables que a sus contrapartes más aventajadas. (Menos oportunidad de estar saludables significa que deben muy probablemente enfrentar mayores riesgos sanitarios o mayores obstáculos para reducir sin ayuda sus riesgos sanitarios.)

La posición o estatus socioeconómico se mide a menudo con base en el ingreso (y los gastos) del hogar, la educación o las características del empleo; en ocasiones son utilizadas las medidas del bienestar total (la propiedad de la vivienda, el tamaño, la calidad de los materiales de construcción y otras características de la habitación, la extensión de la tierra, o el número de animales o árboles en la granja).

En muchos países de escasos recursos la información relacionada con el ingreso, e incluso con los gastos, no es práctica por causa de las economías de subsistencia o de trueque; el uso de las medidas de bienestar acumulado son importantes en tales escenarios. En sentido ideal, las múltiples dimensiones del estatus socioeconómico –ingreso-gastos, bienestar acumulado, educación, empleo– deben ser descritas y, aunque esto no es posible siempre, es importante ser conciente de que, sin múltiples medidas, solo se captura una imagen parcial.

Una vez se ha decidido sobre una base a priori qué grupos sociales son de mayor interés, se debe decidir cómo catalogar estos grupos usando fuentes de datos accesibles. Por ejemplo, asumiendo que hay preocupaciones por las inequidades sanitarias entre grupos socioeconómicos (una suposición segura en cualquier parte), ¿cómo deben ser catalogadas las personas en subgrupos según los diferentes niveles de ventaja socioeconómica? ¿Bastan dos grupos (pobres y no pobres) en un escenario dado, o se necesitan al menos cinco o más grupos (esto es, quintiles o deciles según el ingreso o el bienestar total, o seis grupos diferentes definidos por el nivel educativo) para capturar el rango de diferencias significativas? En sentido ideal, se podría querer categorizarlos por el bienestar total, pero esa información rara vez está disponible y se deben usar patrones.

El enfoque teóricamente más deseable a menudo se ve limitado por los grupos definidos en las fuentes de datos accesibles (que solo pueden describir unos pocos subgrupos en virtud de una o dos características sociales) o por la cantidad de personas de los subgrupos que van a ser monitoreadas; las comparaciones entre subgrupos no serán confiables a menos que se tengan números suficientes. A menudo, deben usarse patrones dado que las características más apropiadas no son medidas.

Una medición adecuada puede presentar un reto muy serio a la investigación de las desigualdades sociales en la salud, en particular en los países de escasos recursos y, en especial, cuando la meta es monitorear; en efecto, a diferencia del esfuerzo investigativo aislado, el monitoreo requiere que los datos estén disponibles en forma rutinaria en una base constante.

En la mayoría de los países de escasos recursos muy pocas fuentes de información están basadas en la población (esto es, representan verdaderamente a la población entera, incluyendo a los grupos en desventaja) y proveen información adecuada relacionada tanto con la salud como los factores socioeconómicos. En muchos países de bajo ingreso, los registros vitales no incluyen información socioeconómica. Por lo demás, los registros de nacimiento y de defunción están con mucha frecuencia incompletos y son sesgados, y reflejan deficiencias sustanciales en el reporte de nacimientos y muertes en los grupos en desventaja. La

información sobre las causas de las muertes no es confiable, particularmente la de los grupos en desventaja en los países más pobres.

Como se anotó, la mayor parte de las encuestas domiciliarias enfocadas en la salud incluyen información socioeconómica limitada, y las que se enfocan en las condiciones socioeconómicas incluyen poca información sanitaria. Los investigadores, no obstante (Gwatkin et al., 2000) están haciendo cada vez más uso de las encuestas existentes, y se están haciendo esfuerzos por añadir información a las encuestas existentes y por desarrollar unas nuevas (Global Equity Gauge Alliance). Investigadores en Suráfrica han hecho un trabajo creativo con los datos de los censos para caracterizar los rasgos socioeconómicos de pequeñas áreas geográficas, y mostrar cómo puede usarse en aras de una localización más equitativa de los recursos sanitarios (McIntyre, Muirhead y Wilson, 2000).

Indicadores de salud y sus variables determinantes

Seleccionar los indicadores de salud y las variables sanitarias determinantes también es fundamental para especificar las preguntas de investigación en términos concretos. Como en cualquier labor investigativa, deben definirse criterios científicos, técnicos y éticos estándar, incluyendo validez y confiabilidad, aceptabilidad ética de las mediciones necesarias para obtener la información relevante, y un número adecuado de ocurrencia (incidencia o prevalencia) para valorar con confiabilidad las diferencias entre grupos. Además, los indicadores deben incluirse en fuentes de datos que sean accesibles a lo largo del tiempo y a través de los grupos sociales de interés; la información de la medición sanitaria debe estar desagregada en el nivel apropiado (individuo, casa, vecindario, municipalidad, provincia) de acuerdo con las cuestiones preguntadas.

Por lo demás, dado que el propósito expreso es monitorear la equidad, las diferencias de los indicadores entre grupos según los grados de ventaja social reflejan las brechas en las condiciones de importancia en la salud pública que ponen a los grupos ya en desventaja en una mayor desventaja con respecto a la salud. Señalar estas brechas podría requerir un cambio de políticas en cualquier sector que influya sobre la salud, no solo la asistencia médica.

Según las definiciones enunciadas, monitorear la equidad sanitaria requiere usar indicadores que reflejen no solo el estatus de salud mismo, sino también las principales variables determinantes de la salud, tales como los recursos económicos. Dado el peso de la evidencia que demuestra la fuerza y la permeabilidad de las relaciones entre los recursos económicos y la salud (Amick, 1995; Auerbach y Krimgold, 2001; Cynader et al., 1994; Berkman y Kawachi, 2000; Gwatkin, 2000; UNDP, 1996; Banco Mundial, 1993 y 2000; World Health Organization, 1995; Evans y Barer, 1994;

Kaplan, 1996; Kaplan y Keil, 1993; Kunst et al., 1998; Lynch, Kaplan y Salonen, 1997; Macintyre, 1986; Sen, 1998; Blane, Smith y Bartley, 1990; Mackenbach, 1997; Marmot et al., 1997), pocos cuestionarían el papel que desempeña la pobreza-privación material en la deficiencia sanitaria; además, hay evidencia creciente de las asociaciones entre las desigualdades económicas y la salud, aunque hay debates en torno a los mecanismos (Lynch et al., 1998; Lynch y Kaplan, 1997; Kaplan et al., 1996; Kawachi et al., 1997; Kennedy, Kawachi y Prothrow-Stith, 1996; Kennedy et al., 1998; Smith, 1996; Wilkinson, 1992 a, 1992b, 1996 y 1997; Marmot et al., 1991; Fiscella y Franks, 1991; Judge, 1995; Deaton, 1999).

El bienestar, desde luego, no es la única variable social que ejerce impacto sobre la salud. La educación, el estatus de las mujeres, el suministro de agua limpia, los servicios sanitarios, la seguridad alimentaria, la vivienda y la asistencia médica son ejemplos de otras variables sociales determinantes de la salud que sería importante monitorear en la mayoría de los escenarios.

En algunos casos, la asistencia médica podría ser considerada una variable social determinante, en la medida en que las políticas sociales ejercen influencia en ella de formas importantes, por ejemplo, al determinar quién tiene un seguro médico y quién tiene dinero para pagar asistencia médica. Todos los aspectos de la asistencia médica deben ser considerados: el uso de los servicios de salud, su calidad, el monto del pago por los servicios de salud y cómo están localizados los recursos públicos para la asistencia médica en relación con los diferentes grupos sociales.

Al investigar la equidad en la asistencia médica, los datos obtenidos exclusivamente de las instalaciones sanitarias por lo general no son aceptables, pues no cubren a los grupos que no usan los servicios de salud o que los usan menos que los grupos aventajados.

A menudo, puede lograrse un mejoramiento significativo en la capacidad de monitorear la equidad sanitaria introduciendo modestas modificaciones en las fuentes de datos existentes. Muchos países —incluyendo países de bajos ingresos— cuentan con encuestas demográficas domiciliarias en el nivel nacional que caracterizan o bien las condiciones de vida o bien las de salud. La introducción de una o dos medidas socioeconómicas en tales encuestas sanitarias, y la adición de medidas sanitarias en encuestas económicas, puede hacer de estas fuentes recursos poderosos para monitorear la equidad sanitaria.

Investigadores en Tailandia, entre los que se contaban participantes de un indicador de equidad para ese país, lograron recientemente añadir información socioeconómica a la principal encuesta nacional de salud, trabajando conjuntamente con agencias del gobierno. Un indicador de equidad en Chile convenció

recientemente a los diseñadores de políticas de introducir importantes modificaciones en la CASEN, una encuesta demográfica existente, con el fin de hacerla más útil al monitoreo de la equidad sanitaria (Global Equity Gauge Alliance). La adición de información socioeconómica a los registros vitales (por ejemplo, educación y ocupación, que tienden a ser menos sensibles y menos difíciles de medir que el ingreso o el bienestar) sería otra importante mejora que vale la pena esforzarse por alcanzar. Un resultado del esfuerzo antes mencionado de desarrollar formas de monitorear las desigualdades sociales en salud en San Francisco fue una legislación estatal para añadir al certificado de nacimiento de California información relacionada con el cubrimiento del seguro de maternidad; esta información adicional ha sido útil para identificar grupos socioeconómicos (esto es, aquellos grupos sin seguro médico) que deben recibir atención especial de políticas y programas.

Estimar las disparidades

Algunos temas clave relacionados con estimar la magnitud de las disparidades sanitarias fueron discutidos antes, como la importancia de seleccionar apropiadamente los grupos sociales a ser comparados y las formas de catalogar los grupos y las fuentes de datos que permiten enfoques más convenientes conceptual y empíricamente. Sin embargo, además de esto los investigadores que desean monitorear la equidad sanitaria deben medir el tamaño de las brechas entre los diferentes grupos sociales.

Puede considerarse que muchos enfoques estiman el tamaño de las desigualdades en la salud y sus variables determinantes. Se puede comparar, en términos absolutos, los grupos que están en los extremos –los grupos más y menos aventajados–, calculando la diferencia en los índices de los indicadores sanitarios relevantes de los dos grupos; y en términos relativos, calculando la proporción de los índices de los dos grupos. Tanto las diferencias absolutas como las relativas pueden ser informativas. Siempre que sea posible, los niveles del grupo social más aventajado, mejor que el promedio de la población total o el promedio de la población no pobre, deben ser usados para la comparación; como se anotó, los niveles de salud de que dispone el grupo social más aventajado reflejan lo que es posible para todos los grupos. Sin embargo, en algunos escenarios de escasez de recursos puede haber disponible información con respecto a los pobres (por ejemplo, a la vivienda pobre de las zonas suburbanas) y al promedio de la población (el promedio de una ciudad, por ejemplo), pero puede ser también muy difícil y costoso obtener información específica sobre el grupo más aventajado. En tales circunstancias, puede resultar valioso usar la comparación entre la población en desventaja y el promedio total, con el fin de establecer un punto crucial. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que tales comparaciones subestimarán la inequidad.

Los ejemplos hasta aquí expuestos suponen solamente comparar los grupos de los extremos —esto es, el más pobre y el más rico, el menos educado y el más educado. Sin embargo, cuando se comparan solo los grupos de los extremos se pierde información importante acerca de los grupos restantes. Para señalar este problema y para exponer tanto el nivel absoluto de los indicadores sanitarios seleccionados como el relativo, ha sido desarrollado un número de índices compuestos de equidad sanitaria, entre los que se cuentan la concentración índice-curva (Wagstaff, Paci y van Doorslaer, 1991), los índices de desigualdad valor relativo-inclinación (Pamuk, 1985 y 1988) y el riesgo atribuible a la población. Mackenbach y Kunst resumen las ventajas y desventajas de estos índices (Mackenbach y Kunst, 1997). Pamuk ilustra el uso de los índices de desigualdad relativo y de inclinación que ella desarrolló (Pamuk, 1985 y 1988) y Wagstaff et al (1991) provee otra referencia útil sobre las medidas "sumarias", esto es compuestas del tamaño de las disparidades.

Creemos que los índices compuestos son la herramientas más útiles de los investigadores para verificar que las conclusiones basadas en medidas más simples se mantienen cuando se considera un rango más amplio de información. Estos índices compuestos son, por lo general, poco apropiados a la hora de presentar los resultados a quienes diseñan las políticas o a otras audiencias no técnicas, que difícilmente encontrarán tales medidas intuitivamente significativas.

Sin embargo, el riesgo atribuible a la población, expresado en términos simples (tales como la reducción de la deficiencia sanitaria que podría lograrse en una población si todos los grupos sociales experimentaran el nivel observado en el grupo más aventajado), puede ser útil para presentar la información relacionada con la equidad a quienes diseñan las políticas. No obstante, la información esencial que debe presentarse siempre es la que viene de las mediciones simples —los niveles absolutos de un indicador sanitario en diferentes grupos sociales y las disparidades relativas entre los grupos (como una tasa promedio o una diferencia de tasa). Las mediciones compuestas pueden ser complementos útiles a dicha información básica, pero nunca pueden reemplazarla.

Interpretación y aplicación de resultados

Finalmente, dado que la meta del monitoreo es proveer información que mantenga en movimiento a las políticas y programas en curso hacia una mayor equidad sanitaria, un sistema de monitoreo efectivo debe incluir los pasos adicionales requeridos para llevar los resultados a quienes diseñan las políticas, a los jefes de programa, a los grupos de defensa pública y a las organizaciones que representan partes interesadas, las cuales usarán la información para lograr una mayor equidad.

En sentido ideal, un rango de partes interesadas estaría involucrado, no solo en interpretar los resultados del monitoreo, sino también en definir las cuestiones que serán preguntadas por el sistema de monitoreo; cuando están involucrados en el planteamiento de las cuestiones, los actores sociales clave estarán probablemente más activamente interesados en señalar los temas revelados por los resultados. Las partes interesadas apropiadas deben determinarse usando un "mapeo político", un cuidadoso proceso de evaluación que actualmente tiene, y podría tener, el poder de ejercer influencia en los temas en consideración.

Ya que los factores que están por fuera del control directo del sector salud son cruciales a la hora de determinar la equidad sanitaria, los representantes de los sectores externos a la asistencia médica deben ser incluidos de una manera constante y rutinaria. Aunque especificar las intervenciones necesarias de otros sectores no es labor del sector salud, una función esencial del sector debe ser estimular acciones en cualquier sector que tenga impacto sobre la salud.

Conclusiones

Este texto presenta un marco conceptual para guiar el desarrollo de enfoques orientados al desarrollo de políticas, cuya meta sea monitorear la equidad en salud y asistencia médica, que son las actividades centrales de un observatorio de equidad sanitaria. Aunque no es suficiente para la acción efectiva en aras de alcanzar mayor equidad, la información puede desempeñar un papel importante.

Encaminarse a una mayor equidad requiere atención selectiva a las necesidades de los grupos privados de derechos, y los grupos más poderosos probablemente han de resistirse a tales esfuerzos. Para enfrentar esta resistencia, la información en torno a la equidad sanitaria debe ser científicamente sólida y las estrategias técnicas para monitorear la equidad deben ser puestas en el contexto de una estrategia más amplia para señalar los obstáculos políticos importantes. Los esfuerzos por obtener, analizar y diseminar la información sobre la equidad deben considerar dónde, cómo y a quién involucrar con el fin de intervenir más efectivamente contra la corriente de las fuerzas predominantes.

Cabe anotar como algo alentador que, si bien esforzarse por alcanzar una mayor equidad en la salud implica afrontar retos tremendos, los retos probablemente serán menos que cuando el enfoque está puesto en la equidad de bienestar, ya que la mayoría de las sociedades exhiben mucha menor tolerancia con las disparidades en la salud que con las disparidades de bienestar (Dahlgren y Whitehead, 1992).

Los retos técnicos encontrados al tratar de monitorear la equidad sanitaria pueden ser desalentadores, particularmente dada la escasez de fuentes de datos existentes que estén basadas en la demografía e incluyan información adecuada tanto sobre los grupos sociales como sobre los indicadores sanitarios que son más relevantes en un escenario dado. Aunque se necesitan mejores datos y métodos para monitorear la equidad, casi en todos los países del mundo –incluso en la nación más pobre con los datos más limitados– puede lograrse mucho más con datos existentes y métodos simples, dada la claridad conceptual acerca de qué queremos monitorear y por qué.

Monitorear la equidad sanitaria es una labor científica, pero su objetivo fundamental está guiado por valores –el principio ético de la justicia distributiva y el interés por los derechos humanos, que incluyen la no discriminación y el derecho a la salud.

Bibliografía

- Almeida, C; Braveman, P; Gold, MR; Szwarcwald, CL; Ribeiro, JM; Miglionico, A, et al. 2001. Methodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*. 357:1692-7.
- Amick, BC; Levine, S; Tarlov, AR; Walsh, DC (ed). *Society and Health*. Oxford University Press, Nueva York:374p.
- Auerbach, JA; Krimgold, BK (ed). 2001. *Income, Socioeconomic Status, and Health: exploring the relationships*. National Policy Association, Washington, DC:154p.
- Berkman, LF; Kawachi, I (ed). 2000. *Social Epidemiology*. Oxford University Press, Nueva York:391p.
- Blane, D; Smith, GD; Bartley, M. 1990. Social Class Differences in Years of Potential Life Lost: Size, Trends, and Principal Causes. *Br Med J*. 301:429-32.
- Braveman, P. 1998. Monitoring Equity in Health: a Policy-Oriented Approach in Low-and Middle-Income Countries. Departamento de Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud. Génova:92p. (Who/Chs/Hss/98.1). (http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHS_HSS_98.1.pdf consultado el 27 de septiembre de 2000).

- Braveman, P; Krieger, N; Lynch, J. 2000. Health Inequalities and Social Inequalities in Health. *Bull World Health Organ.* 78:232-4.
- Braveman, P; Starfield, B; Geiger, HJ. 2001. World Health Report 2000: How it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *Br Med J.* 323:678-81.
- Braveman, P; Gruskin S. 2003. Defining Equity in Health. *Journal Epidemiol Community Health.* 57:254-258.
- Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1976. G.A. Res. 2200A (xxi), UN Gaor, 21 sesión, Suplemento 16, en 49, UN Doc A/6316 (1966) y que entró en vigencia, 3 de enero de 1976.
- Cynader, MS; Evans, RG; Frank, JW; Hertzman, C; Ikegami, N; Lavis, JN, et al. 1994. Health and Wealth. *Daedalus: J Am Acad Arts Sci.* 123:216 p.
- Dahlgren, G; Whitehead, M. 1992. *Policies and Strategies to Promote Equity in Health.* Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Copenague:54p.
- Deaton, A. 1999. Inequalities in Income and Inequalities in Health. National Bureau of Economic Research, 1999. (Documento de trabajo W7141 1999). (<http://papers.nber.org/papers/W7141>).
- Evans, RG; Barer, ML; Marmor, TR. 1994. *Why are Some People Healthy and Others not? The Determinants of Health of Populations.* Aldine de Gruyter, Hawthorne, Nueva York:378 p.
- Evans, T; Whitehead, M; Diderichsen, F; Bhuiya, A; Wirth, M (ed). 2001. *Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action.* Oxford University Press, Nueva York:348 p.
- Fiscella, K; Franks, P. 1997. Poverty or Income Inequality as Predictor of Mortality: Longitudinal Cohort Study. *Br Med J.* 314:1724-7.
- Global Equity Gauge Alliance (GEGA). (<http://www.hst.org.za/hlink/equityint.htm>).
- Gwatkin, DR; Rutstein, S; Johnson, K; Pande, RP; Wagstaff, A. 2000. Socio-economic Differences in Health, Nutrition, and Population. Health Nutrition and Population/Poverty Thematic Group World Bank, Washington, DC (Url: www.worldbank.org/poverty/health/data/index.htm).
- Judge, K. 1995. Income Distribution and Life Expectancy: a Critical Appraisal. *Br Med J.* 311:1282-5.

- Kaplan, GA; Keil, JE. 1993. Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: a Review of the Literature. *Circulation*. 88:1973-98.
- Kaplan, GA. 1996. People and Places: Contrasting Perspectives on the Association Between Social Class and Health. *Int J Health Serv*. 26:507-19.
- Kaplan, GA; Pamuk, ER; Lynch, JW; Cohen, RD; Balfour, JL. 1996. Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways. *Br Med J*. 312:999-1003.
- Kawachi, I; Kennedy, BP; Lochner, K; Prothrow-Stith, D. 1997. Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *Am J Public Health*. 87:1491-8.
- Kennedy, BP; Kawachi, I; Prothrow-Stith, D. 1996. Income Distribution and Mortality: Cross Sectional Ecological Study of the Robin Hood Index in the United States. *Br Med J*. 312:1004-7.
- Kennedy, BP; Kawachi, I; Glass, R; Prothrow-Stith, D. 1998. Income Distribution, Socioeconomic Status, and Self Rated Health in the United States: Multilevel Analysis. *Br Med J*. 317:917-21.
- Kunitz, SJ. 1994. *Disease and Social Diversity: the European Impact on the Health of Non-Europeans*. Oxford University Press, Nueva York:209p.
- Kunst, AE; Groenhouf, F; Mackenbach, JP; Health, EW. 1998. Occupational Class and Cause Specific Mortality in Middle Aged Men in 11 European Countries: Comparison of Population Based Studies. *Br Med J*. 316:1636-42.
- Lynch, JW; Kaplan, GA; Salonen, JT. 1997. Why do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviours and Psychosocial Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse. *Soc Sci Med*. 44:809-19.
- Lynch, JW; Kaplan, GA. 1997. Understanding How Inequality in the Distribution of Income Affects Health. *J Health Psychol*. 2:297-314.
- Lynch, JW; Everson, SA; Kaplan, GA; Salonen, R; Salonen, JT. 1998. Does Low Socioeconomic Status Potentiate the Effects of Heightened Cardiovascular Responses to Stress on the Progression of Carotid Atherosclerosis? *Am J Public Health*. 88:389-94.
- Macintyre, S. 1986. The Patterning of Health by Social Position in Contemporary Britain: Directions for Sociological Research. *Soc Sci Med*. 23:393-415.
- McIntyre, D; Muirhead, D; Gilson, L. 2002. Geographic Patterns of Deprivation in South Africa: Informing Health Equity Analyses and Public Resource Allocation Strategies. *Health Pol Plann*. 17(Suppl):30-9.

- Mackenbach, JP; Kunst, AE; Cavelaars, AE; Groenhouf, F; Geurts, JJ. 1997. Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe. *Lancet*. 349:1655-9.
- Mackenbach, JP; Kunst, AE. 1997. Measuring the Magnitude of Socio-Economic Inequalities in Health: an Overview of Available Measures Illustrated with Two Examples from Europe. *Soc Sci Med*. 44:757-71.
- Marmot, MG; Smith, GD; Stansfeld, S; Patel, C; North, F; Head, J et al. 1991. Health Inequalities Among British Civil Servants: the Whitehall II Study. *Lancet*. 337:1387-93. Pamuk, E. 1988. Social Class Inequality in Infant Mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Europ J Pop*. 4:1-21.
- Sen, A. 1998. Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *Econ J* 1998. 108:1-25.
- Shonkoff, JP; Phillips, DA (ed). 2000. *From Neurons to Neighborhoods: the Science of Early Childhood Development*. National Academy Press, Washington, DC:588p.
- Smith, GD. 1996. Income Inequality and Mortality: Why are They Related? *Br Med J* 1996. 312:987-8.
- The American Heritage Dictionary of the English Language*. 4^a ed. 2000. Mifflin, Boston. (<http://www.bartleby.com/61/19/E0191900.html> Consultado el 20 de septiembre de 2000).
- United Nations Development Programme (UNDP). 1996. *Human Development Report 1996*. Oxford University Press, Nueva York:229p.
- Wagstaff, A; Paci, P; van Doorslaer, E. 1991. On the Measurement of Inequalities in Health. *Soc Sci Med*. 33:545-57.
- Wilkinson, RG. 1992. Income Distribution and Life Expectancy. *Br Med J*. 304:165-8.
- Wilkinson, RG. 1992. National Mortality Rates: The Impact of Inequality? *Am J Public Health*. 82:1082-4.
- Wilkinson, RG. 1996. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Routledge, Nueva York:255p.
- Wilkinson, RG. 1997. Socioeconomic Determinants of Health. Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards? *Br Med J*. 314:591-5.
- Whitehead, M. 1992: The Concepts and Principles of Equity in Health. *Int J Health Serv*; 22:429-445. (Primero publicado bajo el mismo título por: Copenague: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 1990:5-11. Eue/lcp/Rpd 414).

- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health: World Development Indicators*. Oxford University Press, New York:329p.
- World Bank. 2000. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Oxford University Press, Nueva York:333p.
- World Health Organization. 1995. The State of World Health, 1995: Poverty, the Leading Cause of Illness and Death. *J Public Health Pol.* 16:440-451.
- Young, TK. 1998. 1998. *Population health: concepts and methods*. Oxford, New York:315 p.

El pasado y el futuro del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá*

Mario Hernández Álvarez**

5

* Una primera versión de este artículo fue publicada como resultado colectivo del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia en la Revista *Investigaciones en Salud y Seguridad Social* No. 9 (enero-diciembre), 2007: 21-43, editada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

** Médico, especialista en Bioética, MSc y PhD en Historia, profesor asociado del Departamento de Salud Pública y director del Centro de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina, profesor e investigador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia y del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá del convenio interadministrativo entre la Secretaría Distrital de Salud y el CID de la Universidad Nacional de Colombia.



La equidad en salud se ha convertido en un referente internacional ineludible para las políticas y los sistemas de salud. El reconocimiento de la existencia de desigualdades injustas y evitables en la salud de grupos humanos, derivadas de ventajas y desventajas sistemáticas entre ellos, se ha convertido en un reto para las sociedades del siglo xxi, no solo para los países pobres (Anand, Peter y Send, 2004).

En medio de este contexto internacional, desde finales de 2005 se está construyendo la propuesta de creación y operación de un Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá, el cual se proyecta hoy como un instrumento de transformación de la ciudad en función de la equidad. En este artículo se intenta dar cuenta del proceso, para lo cual se presentará en primer lugar la justificación para la creación de un observatorio de equidad en salud para la ciudad. En segundo lugar, se expondrá el enfoque teórico propuesto para los conceptos de equidad y de salud, ejes del observatorio. En tercer lugar se presentan los objetivos y los procesos que desarrolla el Observatorio en la actualidad. Y finalmente se presentan los ejes de proyección que permiten hablar de un "Observatorio para la equidad", como lo muestra el título de este artículo.

¿Por qué un Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá?

Cuando inició la administración distrital de Luis Eduardo Garzón en enero de 2004, uno de los argumentos que ordenaron la formulación de la política de salud para la ciudad fue el de encontrar una ciudad más moderna, pero también más desigual. Todos los indicadores habituales de salud habían mejorado en términos globales en los últimos diez años, pero las desigualdades entre las localidades de la ciudad comenzaban a hacerse evidentes e importantes. Al lado de la desigualdad en la situación de salud, se encontró un Sistema general de seguridad social en salud (Sgsss) que, a pesar de sus altas coberturas de aseguramiento en los dos regímenes –contributivo y subsidiado– presentaba serios problemas de fragmentación, barreras de acceso y desigual atención para pobres y no pobres. Las acciones preventivas también presentaban problemas, en especial, en aspectos tan importantes como las bajas coberturas de vacunación para las enfermedades prevenibles de niños y niñas. Además, la participación social

en salud se concentraba en la dinámica del consumidor individual de los servicios de salud con un debilitamiento de la participación social y comunitaria (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004a:6-12).

Esta situación se relacionaba con el incremento de la pobreza en la ciudad en el mediano plazo, medida por el indicador de línea de pobreza, con un aumento de cerca de 5% entre 1993 y 2003. El incremento del desempleo, la informalidad y la mala calidad del empleo, producto a su vez de los procesos de flexibilización laboral en la etapa de ajuste estructural iniciado en el país a mediados de los años ochenta, mostraron sus efectos en el ingreso de las familias. La permanencia del conflicto armado por más de cuarenta años y el consecuente desplazamiento forzado de grandes masas de población hacia la capital había aumentado aún más la presión sobre los recursos escasos de la administración distrital para sus programas sociales.

En estas condiciones, la política de salud y la política social en su conjunto se orientaron hacia la garantía de los derechos humanos interdependientes, con el esfuerzo aunado de la sociedad civil y del Estado, bajo el lema *Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*, el cual dio título al Plan distrital de desarrollo para el periodo de gobierno (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004b).

En este marco, el sector salud se planteó el reto de avanzar en la garantía del derecho a la salud, adoptó un enfoque promocional de la calidad de vida y la salud de la población y organizó una serie de estrategias ordenadas por la atención primaria en salud (APS), para generar procesos de transformación del sector que le permitieran orientar a todos los actores del sistema de seguridad social en salud hacia la integralidad, la accesibilidad a los servicios y, sobre todo, la superación de inequidades en salud. De esta forma, Bogotá asumía el llamado del director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Lee Jong-wook, en la Asamblea Mundial de la Salud de 2004: "Tenemos que ocuparnos de las relaciones entre la salud, la equidad y el desarrollo" (OMS, 2004, citado en Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004a:3).

Con base en lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud se interesó cada vez más en la medición de tales inequidades, como referente actual y futuro de los avances que en este campo se requieren, y como recurso de seguimiento y evaluación de las políticas públicas orientadas por la equidad en la ciudad, no solo en el sector salud. De allí resultó la necesidad de incorporar en el esfuerzo a un actor académico, en este caso, el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Desde hace siete años, el CID creó el Grupo de Protección Social, conformado por profesores, estudiantes de pre y posgrado e investigadores independientes, alrededor de un programa de investigación sobre el

debate actual, las experiencias internacionales y los alcances de la protección social, en el marco de los procesos de globalización y de reformas de los estados nacionales desde el último cuarto del siglo xx.

En el contexto nacional la discusión sobre el tema de la equidad en salud es aún precaria. Se reconoce, sin duda, el aumento de la población en condiciones de pobreza e indigencia, pero se asume que el modelo de manejo social del riesgo (MSR), promovido por la banca multilateral, en especial el Banco Mundial, podrá paliar la situación, mientras llega la bonanza de la economía, derivada del ajuste fiscal desarrollado en las dos últimas décadas (Holzmann y Jørgensen, 2000). Las alternativas a este enfoque son aún marginales, a pesar de las evidencias de una gran desigualdad entre ricos y pobres en América Latina y en Colombia, como lo señalan las comparaciones entre países según el coeficiente Gini de distribución del ingreso (CEPAL, 2007).

Dada la creciente desigualdad entre países ricos y pobres, y aún en el interior de los países, el debate internacional sobre la equidad en salud ha crecido de manera exponencial en los últimos diez años. Si bien, en la década de los setenta y ochenta, el tema de la equidad parecía quedarse en el ámbito de la academia, en el terreno de la filosofía moral y política, la década de los noventa inició con una articulación explícita entre la discusión conceptual y los problemas prioritarios de salud, con el famoso artículo de Margareth Whitehead (1992:249-445) titulado "Los conceptos y principios de la equidad en salud".

La discusión internacional no ha dejado de producir impactos. De hecho, los Objetivos de Desarrollo del Milenio intentan proponer esfuerzos diferenciales de todos los países para ganar en equidad y superar las enormes desigualdades que resultan intolerables para la civilización globalizada del siglo xxi (OPEs, 2004). La Organización Panamericana de la Salud (OPEs) ha enfocado todos sus esfuerzos en la dirección de la superación de las inequidades en salud y, en alianza con la Fundación Rockefeller, apoya iniciativas globales para la comprensión, el seguimiento y el impulso de políticas y esfuerzos sociales para avanzar en equidad en la región de las Américas (Evans et al, 2002).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), cuyo énfasis está puesto justamente en el impacto de los determinantes sociales en la perpetuación de las inequidades¹, mientras avanza la iniciativa de la Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad

¹ Para un análisis de estas experiencias véase el informe titulado Observatorios de equidad en salud en tres grandes ciudades, Londres, Bruselas y Montreal, de mayo de 2006, presentado por el grupo del CIO, en el marco de proyecto de diseño del Observatorio.

(Global Equity Gauge Alliance, GECA, por su sigla en inglés) impulsada por instituciones, organismos internacionales, movimientos sociales y académicos por la equidad de diferentes partes del mundo (GECA, 2002).

También en los países y las ciudades capitales existe interés creciente en el tema de la equidad. Los estudios acumulados comienzan a generar instancias estables para la medición y el seguimiento de los avances, entre los cuales resaltan los observatorios de equidad en salud de Montreal (Quebec-Canadá), Londres (Inglaterra) y Bruselas (Bélgica). En América Latina, una de las experiencias más visibles es la Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, financiada por la Fundación Rockefeller, la cual comienza a producir imágenes importantes sobre las inequidades en salud en ese país, para orientar las políticas públicas (Jadue y Marín, 2005).

No se trata entonces de una discusión académica. La dinámica mundial apunta a considerar las desigualdades en salud, en particular aquellas que se consideran injustas por la civilización globalizada del tercer milenio, como asuntos intolerables y reprochables. Los gobiernos nacionales y locales se verán cada vez más sometidos al escrutinio internacional para superar las desigualdades injustas, aún si los mismos afectados por la exclusión y la marginalidad no pueden o no logran demandar cambios profundos en su situación. En estas condiciones, es necesario dotar a la ciudad capital del país de un instrumento institucional permanente de monitoreo, evaluación e investigación de las inequidades en salud, para el apoyo y el impulso de los esfuerzos institucionales, políticos y sociales que conduzcan a su superación y al logro de una sociedad más justa.

Fundamentos de la equidad en calidad de vida y salud

El debate internacional sobre la equidad en salud ha llegado a ciertos acuerdos tanto como a la identificación de posiciones divergentes. El punto de acuerdo más sólido consiste en reconocer que las desigualdades en salud no son necesariamente injustas. Las diferencias entre hombres y mujeres debidas a las características biológicas ligadas al sexo o entre niños y adultos mayores en función del deterioro fisiológico no pueden ser entendidas como injustas o socialmente inaceptables. Una desigualdad en salud entre personas o grupos sociales es inequitativa cuando se valora a la luz de un principio de justicia, más específicamente, de justicia distributiva. Desde tal valoración es posible afirmar que una desigualdad es injusta y solo en ese momento se considera una inequidad (Braveman y Gruskin, 2003:254-258).

Las divergencias comienzan cuando entra en escena lo que se entiende por justo y se aplica a una idea de salud. Si la salud se define como no estar enfermo y,

por tanto, la justicia solo aplica a la posibilidad de ser atendido cuando se está enfermo, la valoración de lo justo se concentra en el acceso a los servicios de salud, según la necesidad de atención de las personas. Pero si se amplía el concepto y se asume la salud como el potencial de capacidades humanas para el desarrollo de la vida y la realización de los proyectos de vida en las mejores condiciones posibles, logradas por la humanidad en su conjunto, la valoración de lo justo es a otro precio.

Desde la perspectiva de los servicios de salud, lo justo tiende a valorarse a partir de la ubicación de cada individuo respecto del sistema de servicios, desde el punto de vista de sus aportes económicos, de los resultados obtenidos, de su satisfacción como usuario o de los impactos económicos desfavorables para su familia o sus dependientes, tal como lo presenta el informe de la OMS en el año 2000, sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo. De allí el énfasis de dicho informe en la "equidad financiera" de los sistemas y su esfuerzo en comparar los aportes de los pobres y de los ricos a la financiación del sistema de servicios (OMS, 2000). Pero esta perspectiva tiende a ocultar las diferencias existentes entre grupos sociales en función de alguna condición tan obvia como su ubicación laboral, su lugar de vivienda, su raza o su género. De allí que la perspectiva individual no fue bien recibida en la comunidad académica y política mundial una vez presentada en el informe de la primera organización mundial en materia de salud (Braveman y Gruskin, 2003:256; Ugá et al, 2000:1-12; Torres, 2001).

Las divergencias mayores aparecen cuando se asume alguna concepción de la justicia. Por ejemplo, bien podría adoptarse una perspectiva clásica o neoplatónica de la justicia y afirmar que la distribución de los beneficios en salud resulta de la justa distribución natural de las dotaciones iniciales y las virtudes humanas, y que lo justo sería adaptar las decisiones a la proporcionalidad natural, de manera que corresponda un beneficio proporcional al lugar que las personas ocupan en la sociedad (Gracia, 1991:62-65). La versión religiosa de esta opción implicaría aceptar que la distribución no depende de las decisiones humanas sino de la voluntad divina o del destino. También por esta vía se aceptarían muchas desigualdades como justas o, por lo menos, por fuera del control humano, como tiende a pasar en muchas comunidades pobres rurales y urbanas de países en desarrollo, incluidas las de Bogotá.

Podría adoptarse también una perspectiva claramente neoliberal, al estilo de Friedrich von Hayek o de Robert Nozick, según la cual la distribución de la asistencia sanitaria es justa si corresponde a la "justa adquisición" de los bienes, siguiendo al liberal clásico John Locke, esto es, en función del trabajo, la compra o la herencia. Quien no tenga cómo adquirir los bienes y servicios puede ser socorrido, pero no en razón del principio de justicia, sino del de beneficencia voluntaria,

que sustenta la caridad o la filantropía. De esta manera, los Estados no estarían obligados a garantizar el derecho a la asistencia sanitaria, más allá de proteger la integridad física de las agresiones de otros individuos. Por el contrario, intervenir en la distribución de la asistencia médica sería un abuso o intromisión del Estado en los asuntos privados, la libertad individual y la justa retribución de los méritos (Nozick, 1974:149-153).

Desde la perspectiva utilitarista, la distribución tendría que ofrecer el máximo bienestar al máximo de personas, de manera que no importaría la distribución desigual entre unos y otros, pobres y ricos, si el impacto sobre la salud global de la población es el mismo (Peter y Evans, citados por Evans et al, 2002:27-35). Desde esta visión, el bienestar se asimila a utilidad general, y esta se entiende como el resultado de la satisfacción de los deseos de la suma de individuos involucrados. Desde allí, la distribución justa depende del concepto de utilidad marginal. Esta consiste en la magnitud del cambio en la utilidad ante el incremento del consumo de una unidad adicional, y se supone decreciente, es decir, cuanto mayor es el consumo, menor es la utilidad marginal. De esta forma, sería equivalente proporcionar una unidad adicional a alguien con un bajo consumo que dar muchas unidades adicionales a alguien con alto nivel de consumo, para que la variación de la suma de las utilidades de todos los individuos de la sociedad se incremente. De allí que los utilitaristas crean que el óptimo de Pareto es la mejor distribución y que este se logra gracias a los mercados privados, más que a la intervención del Estado (Capella, 2001).

De otra parte, la perspectiva marxista del igualitarismo social no necesariamente implica una distribución igual para todos. Cuando Marx propuso algo sobre la justicia distributiva partió de la máxima del socialista utópico francés del siglo XIX, Luis Blanc, según la cual "a cada uno debe exigírsele según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades" (Gracia, 1991:61-86). El igualitarismo puede resultar de una distribución de los resultados en salud en el largo plazo, como ha ocurrido en los países socialistas, o en la distribución igual de oportunidades para el desarrollo de capacidades, como ha planteado Amartya Sen (Sen, 1988:133-156).

La perspectiva de John Rawls (Rawls, 1997) es una de las más difundidas. El punto central de Rawls está en la imparcialidad (*fairness*) de las reglas de la distribución, según las cuales esta solo sería justa si beneficia a todos por igual o si beneficia a quienes están en peores condiciones. Esta distribución resulta de la adopción de un "velo de ignorancia" que permita ponerse en el lugar de las minorías, y de una "posición original", esto es, un consenso político de corte kantiano, desde el cual se considera un ideal de sociedad justa entre iguales. El planteamiento resulta atractivo, en especial por la idea de una sociedad de justa cooperación, pero también se ha criticado por abstracta y desconocedora de las desigualdades

en el punto de partida. De allí que varios seguidores de Rawls hayan tratado de identificar qué podría entenderse como "bienes sociales primarios" o "libertades básicas" (Rawls, 1998:9-90) con algún tipo de referente. Daniels (1985) ha resuelto el asunto identificando los servicios de salud necesarios para el mantenimiento de la organización funcional típica de la especie humana, y Fried (1988:91-132), con los derechos positivos hasta lograr un mínimo decente de "bienes esenciales".

El desarrollo de la teoría de los derechos humanos ha mostrado una posición similar a la de Rawls y a la de Sen. De hecho, las ideas de Rawls y Sen son complementarias en la medida en que los bienes primarios son necesarios pero no suficientes. A pesar de garantizar que las personas tengan acceso a ellos, se requiere que también tengan la "capacidad" de convertir los mismos bienes en realizaciones, aunque tengan metas u objetivos diferentes. Este esquema de capacidades y realizaciones específicamente aplicado al campo de la salud busca argumentar que la sociedad justa debe garantizar la asistencia sanitaria y propiciar o promover el buen estado de la salud para todos los individuos y grupos sociales. En sentido estricto, la economía del bienestar, que sustentó la expansión de los Estados nacionales para garantizar los derechos ampliados de ciudadanía, se basa en la idea de que, para ejercer la libertad, se requieren condiciones y medios materiales garantizados en calidad de derechos ciudadanos y deberes del Estado (Gracia, 1991:70-75).

El problema de la valoración de lo justo en salud no se resuelve solamente desde la teoría. Es también el resultado de las relaciones sociales y políticas de las sociedades concretas. Toda sociedad fija unos valores morales y normativos que se convierten en derechos aceptados para los ciudadanos y ciudadanas. Este es un resultado histórico de cada sociedad, en el marco de relaciones de poder y de desigualdad del ordenamiento mundial, de manera que no se podría entender como una opción razonable y por consenso, como parece ser el planteamiento de la "posición original" de Rawls. Para el caso que nos ocupa, la propuesta consiste en entender lo justo en salud de una manera amplia que permita dialogar con el debate internacional y, al mismo tiempo, construir parámetros propios para la sociedad bogotana, en el marco del Sistema general de seguridad social en salud colombiano.

Más que la definición escueta de un parámetro para la distribución de bienes y servicios en materia de salud, conviene adoptar dos elementos clave para definir lo justo en salud. De una parte, una concepción amplia de la salud, entendida como el desarrollo de las capacidades y potencialidades humanas, y usar como referente aquella sociedad que haya logrado el máximo de tales desarrollos para sus miembros. De otra parte, una relación explícita entre la desigualdad en salud de que se trata y la causalidad de la misma. Si se trata de una condición derivada de las diferencias biológicas o fisiológicas de las personas,

no podrán ser consideradas injustas. Pero si se derivan de una condición de ventaja o desventaja de los grupos sociales, en virtud de la posición social que ocupan en una sociedad concreta, deben ser reconocidas como injustas y generar el esfuerzo colectivo de la sociedad y del Estado para su superación (Braveman y Gruskin, 2003:256-257; Peter y Evans, citado por Evans et al, 2002:33-35).

Si bien es posible construir un observatorio sobre la base de una concepción implícita de equidad en salud, es preferible presentar a la sociedad y a las instituciones del Estado una propuesta suficientemente clara del sustento teórico, para que sea también objeto de discusión, aprobación y legitimación social. Desde la etapa de diseño y en su desarrollo, el Observatorio propone entender la equidad en salud como la valoración deliberada de las desigualdades en la situación de salud de los grupos sociales, desde una concepción de justicia que tiene dos referentes centrales:

- ▣ Lo justo en salud es aquella distribución de las condiciones de vida que permite a las personas gozar de oportunidades para desarrollar sus capacidades y realizar sus proyectos de vida, prevenir y superar las enfermedades. Entre esas condiciones está el acceso a los servicios de salud.
- ▣ Con base en lo anterior, lo justo en salud se realiza cuando se garantiza a todas las personas los derechos humanos interdependientes y no solamente la asistencia médica cuando se está enfermo.

De allí resulta una valoración de las desigualdades en salud como injustas, en particular si cumplen las siguientes dos condiciones:

- ▣ Cuando las desigualdades son el resultado de desventajas sistemáticas de un grupo social específico respecto de otros, debida a la posición social, bien sea por poder, riqueza o prestigio, por su lugar en la estructura laboral o socioeconómica, educativa, de género, raza, etnia o del ciclo vital en que se encuentra.
- ▣ Cuando es el resultado de una falta sistemática de garantía de derechos humanos interdependientes, en especial a la salud, definidos en el pacto constitucional y en los pactos internacionales de derechos humanos.

De esta forma, el Observatorio se construye sobre la base de conceptos y métodos que permitan relacionar, de manera sistemática, la situación desigual de salud de las poblaciones en los territorios de la ciudad, con las condiciones que generan tales desigualdades para valorarlas como justas o injustas. También por lo anterior, se trata de valorar las relaciones entre los resultados en salud y las condiciones de vida, de mejor o peor calidad, de los grupos sociales. De allí la insistencia en hablar de un observatorio que se centra en la equidad en calidad de vida y salud, y no en los problemas de salud de la población.

El concepto de calidad de vida se puede entender como un mediador entre los determinantes estructurales de las inequidades y la situación cotidiana de las personas, en especial, cuando se piensa en las posibilidades de ejercer su autonomía, en sus niveles cotidianos de expresión. Esto es: la autonomía funcional, afectada por la enfermedad y la discapacidad; la autonomía socioeconómica para valerse por sí mismo; y la autonomía política, en el sentido de la posibilidad de emancipación. Las limitaciones para el ejercicio de la autonomía son desiguales, según la posición social de las personas. Por esto, la relación entre autonomía y equidad es fundamental.

Las relaciones entre salud y calidad de vida aparecen con claridad en la política distrital de salud, desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud que la orienta (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2003a: 16-17). Este enfoque ha permitido una mayor articulación del sector salud con otros sectores, tanto en la formulación de políticas públicas como en la realización de programas específicos y en la prestación de los servicios sociales para las poblaciones en peores condiciones. Al mismo tiempo, el enfoque ha permitido avanzar en la garantía de derechos interdependientes, en el marco del plan distrital de desarrollo. No se trata de pensar que los derechos relacionados con la calidad de vida dependen del sector salud, sino de afianzar la idea de que la superación de las inequidades en salud requiere afectar las desigualdades en la calidad de vida de las poblaciones.

¿Para qué y cómo funciona el Observatorio?

El Observatorio pretende promover y apoyar los esfuerzos institucionales, políticos y sociales para reducir las inequidades en salud en la ciudad, como estrategia para alcanzar una sociedad más justa. Para ello, el Observatorio mide, analiza, divulga, propicia el debate público y promueve la formulación de políticas públicas para la superación de las inequidades en salud y la garantía del derecho a la salud. Las inequidades en salud son desigualdades en la situación de salud, en sus determinantes y en el acceso a los servicios de salud entre grupos sociales, que se consideran injustas porque se derivan de ventajas o desventajas sistemáticas entre ellos, originadas en la posición social de las personas y en el incumplimiento de los derechos humanos interdependientes.

Del objetivo central se derivan los siguientes objetivos específicos:

- ▣ Medir, hacer seguimiento, evaluar e investigar las inequidades en calidad de vida y salud de la ciudad, con énfasis en la comparación territorial de las poblaciones y grupos sociales.

- ▣ Propiciar la formulación o adecuación de las políticas públicas distritales o nacionales, con orientación hacia la equidad en calidad de vida y salud de la población de Bogotá, en los escenarios correspondientes y con los actores pertinentes.
- ▣ Apoyar y aportar elementos para la movilización social e institucional por la equidad en calidad de vida y salud de las poblaciones y los territorios de Bogotá.
- ▣ Realizar un proceso sistemático de autoevaluación de los logros, resultados e impactos del Observatorio, en función de las ganancias en equidad en salud y calidad de vida de la población de Bogotá.

Para lograr lo que se propone y siguiendo las recomendaciones de LA GEGA (2003), el Observatorio realizará cuatro grandes procesos para desarrollar su objetivo central: monitoreo, evaluación e investigación sobre la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá; impulso o "abogacía" de políticas públicas para la equidad; comunicación, participación y movilización por la equidad, y evaluación de sus impactos en las ganancias de equidad en salud. A continuación se describe cada uno de ellos.

Monitoreo, evaluación e investigación sobre equidad en calidad de vida y salud

Monitorear significa hacer seguimiento permanente o periódico de un proceso o un cierto aspecto de la realidad bien definido. Evaluar implica someter una situación, un proceso o un aspecto de la realidad a una valoración respecto de un parámetro establecido previamente. Investigar implica resolver preguntas relacionadas con el por qué de una situación, un proceso o un aspecto de la realidad.

El Observatorio realizará un monitoreo periódico de las inequidades en salud, identificadas a partir de un grupo de indicadores preestablecidos o construidos a partir de investigaciones específicas. Los indicadores se registrarán en el tiempo para trazar tendencias y construir proyecciones. Las evaluaciones podrán ser tanto de las inequidades en calidad de vida y salud de las poblaciones, como de las metas de equidad predefinidas por las políticas públicas, y de las políticas mismas, cuando ellas aportan al avance de la equidad en calidad de vida y salud. La investigación se refiere a la exploración de las causas y determinantes de las inequidades en salud y no de las causas de los problemas de salud.

Los procesos de monitoreo, evaluación e investigación tendrán un componente de participación social, necesario y estratégico. Uno de los aspectos determinantes de las inequidades es la distribución del poder social. Por esto, el

Observatorio tendrá una metodología participativa tanto en el momento de la recolección de información, como en el análisis, interpretación y uso de los productos del análisis.

Indicadores prioritarios para el monitoreo y tres evaluaciones en curso

La experiencia de otros observatorios de equidad recomienda la selección de indicadores prioritarios, con base en la información existente, de la mejor calidad y de producción periódica. Después de la identificación de fuentes de información sobre la situación de salud, condiciones de vida, participación social y servicios de salud, desde la perspectiva territorial en el interior de la ciudad, se realizó un proceso de construcción de indicadores coherentes con el enfoque teórico propuesto. La lógica básica que orientó la construcción de indicadores fue la búsqueda de relaciones entre la posición social de los grupos sociales y cinco grupos de expresiones de desigualdad (OPS, 1998; OMS, 2005:948-953; WHO, año; Diderischen, Evans y Witehead, 2992:13-25).

- ☐ En las oportunidades para el desarrollo humano
- ☐ En la exposición diferencial y la vulnerabilidad diferencial frente a riesgos para la salud, en relación con resultados en salud de corto plazo
- ☐ En las respuestas sociales e institucionales disponibles
- ☐ En los resultados en salud de largo plazo
- ☐ En las consecuencias sociales y económicas de la inequidad en salud.

Las desigualdades en la participación social, la representación política y el ejercicio de autonomía de las personas y grupos sociales en las decisiones relacionadas con su salud ocupan un lugar transversal. La posición social se analiza por variables como la estructura laboral, la estratificación socioeconómica, el máximo nivel educativo alcanzado, el género, la raza, la etnia, la situación de desplazamiento o el ciclo vital, expresadas espacialmente según localidad y, de ser posible, según unidades de planificación zonal (upz). La situación de discapacidad se ha incluido tanto como ordenador de posición social, como resultado diferencial de largo plazo. En la actualidad, los indicadores prioritarios pretenden combinar los mecanismos de producción de inequidades con poblaciones prioritarias como las mujeres gestantes, los niños y niñas menores de cinco años, los y las adultos mayores y la población en situación de discapacidad.

En la perspectiva de la superación de inequidades, la estrategia de atención primaria en salud, desarrollada con el enfoque familiar y comunitario, e inicialmente presentada con el nombre de Salud a su hogar, es uno de los

aspectos específicos de evaluación por parte del Observatorio, junto con otros estudios de evaluación de la estrategia. En particular interesa identificar el cambio producido por la estrategia de APS, a través del modelo implantado como Salud a su hogar, en el acceso a servicios "trazadores" y prioritarios para las poblaciones en peores condiciones de calidad de vida y de salud en Bogotá, comparando el momento inicial de implantación (primer semestre de 2005) con la situación dos años después (primer semestre de 2007).

En el mismo sentido avanzan, de un lado, la evaluación de la lógica fiscal de mediano plazo de la ciudad, tanto desde el punto de vista de la equidad en las contribuciones como de la equidad en la asignación, en especial en los componentes habituales de la inversión social. De otro, la evaluación del impacto sobre la salud de las poblaciones de la protección o desprotección desigual de los daños en la salud derivados de ciertas actividades económicas, en particular, las informales e invisibles al sistema de riesgos profesionales.

Estos tres ejercicios de evaluación de políticas, estrategias y decisiones públicas son ejemplos de la actividad cotidiana del Observatorio y muestran su amplio potencial en terrenos muy diferentes a la tradicional atención individual en el sector salud.

Un programa de investigación para el Observatorio

El Observatorio cuenta con un programa de investigación sobre las causas y determinantes de las inequidades en calidad de vida y salud, en convenios y trabajo en red con grupos de investigación de las universidades con mayor capacidad investigativa de la ciudad, el país y extranjeras, que apenas comienza. Dos tipos de investigaciones constituyen el programa: estudios de largo aliento e investigaciones de carácter coyuntural. El monitoreo o seguimiento permite dar cuenta del comportamiento de las inequidades en el tiempo, pero la investigación permite avanzar hacia las explicaciones de las situaciones encontradas. De esta forma, los indicadores de monitoreo de las inequidades sirven de punto de partida para las investigaciones de corto y largo plazos; sin duda, estas deben acudir a nuevos modelos de interpretación de los fenómenos que producen inequidades o que explican los logros y fracasos de las políticas públicas que pretenden avanzar en equidad en Bogotá, con perspectiva nacional e internacional.

El programa está conformado por las siguientes líneas de investigación:

- ▣ Construcción de nuevos indicadores de medición de inequidades. Si bien el Observatorio puso en funcionamiento algunos indicadores prioritarios, es necesario realizar investigaciones específicas para la construcción de

nuevos indicadores que requieren información primaria, nuevas metodologías o nuevas relaciones entre los datos disponibles.

- ▣ Determinantes estructurales de la equidad en salud. Se trata de investigaciones de largo aliento sobre el régimen de acumulación de riqueza nacional y sus relaciones con Bogotá, el comportamiento del mercado laboral, el impacto sobre la equidad y la distribución del ingreso, las modalidades de la pobreza en la ciudad, las consecuencias de políticas de privatización de servicios de salud, entre otros asuntos.
- ▣ Análisis del modelo institucional construido sobre el aseguramiento y sus repercusiones en la equidad. Aspectos como la dinámica del aseguramiento, el impacto de la focalización para la superación de las inequidades, población excluida, efectos de la integración vertical de servicios en el acceso y la calidad desiguales, relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores e impacto en equidad, consecuencias de mediano y largo plazos de la transformación de subsidios de oferta en demanda, escenarios de control social y participación ciudadana, balance e impactos de la rectoría del sistema sobre la equidad en salud.
- ▣ Financiación y equidad. Estructura del financiamiento e impactos sobre la equidad, tarifas y efectos en el acceso, dinámica del sistema general de participaciones e impacto en la generación o superación de inequidades en calidad de vida y salud en Bogotá.
- ▣ Globalización y equidad en salud. Impacto de las patentes y precios de medicamentos sobre el acceso a servicios farmacéuticos, impacto de la fuga de recursos humanos, impacto de los capitales extranjeros en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud sobre la equidad en salud, e incorporación inequitativa de tecnología médica.
- ▣ Estructura administrativa de la Secretaría Distrital de Salud y su papel en el sistema. Repercusiones de la organización en el mayor acceso, calidad y oportunidad de los servicios y de la salud pública en función de la equidad.
- ▣ Procesos participativos y equidad en el largo plazo. Análisis explicativos de las formas de participación, movilización y gestión social de la equidad en salud.

Sobra decir que los métodos de investigación son diversos y acordes con la complejidad de los problemas abordados y tratan de incorporar a los mismos actores a través de metodologías de la investigación-acción-participativa.

Comunicación, participación social y movilización por la equidad en calidad de vida y salud

Los esfuerzos de monitoreo, evaluación e investigación no tienen efectos si no se cuenta con una estrategia de comunicación sólida y de amplio impacto. El Observatorio es, en sí mismo, una estrategia pedagógica y comunicativa para comprender las causas de las inequidades, presentar a la sociedad los efectos y los posibles correctivos a tales inequidades, y fortalecer la cultura política de la información, el debate y la movilización pública por la equidad en salud. Desde allí, el Observatorio fortalece la capacidad de la sociedad, de la administración pública y de los actores sociales para agenciar políticas por la equidad en salud entre los territorios de la ciudad (barrios, zonas, localidades), entre las clases y los estratos sociales, entre los grupos sociales (mujeres, niños, tercera edad, jóvenes, desplazados), entre las opciones y prácticas culturales, religiosas y sexuales.

En tanto el Observatorio se concibe como una estrategia comunicativa, la plataforma de comunicación es la estructura en la que se articulan las líneas de acción y las propuestas en función del logro de los objetivos específicos. Los medios y piezas de comunicación se ajustan a los públicos que se pretende afectar y a los escenarios y las características sociopolíticas de los actores involucrados.

El Observatorio cuenta con un boletín periódico para garantizar el reconocimiento de su labor, en dos formatos: electrónico, para el público con acceso a estos medios; y en papel, para comunidades que no pueden acceder y requieren una comunicación escrita directa y fluida. También se presentarán publicaciones ocasionales a partir de informes especiales de evaluación o de investigación. La página web, tal como ocurre en otros observatorios de equidad, ocupa un papel primordial en la estrategia de comunicación y divulgación. No obstante, teniendo en cuenta que el acceso de los ciudadanos a las nuevas tecnologías es aún muy restringido², se desarrollarán otras modalidades de comunicación en las que se reproduzcan y amplifiquen los contenidos de la página web. En tal sentido, se acudirá al medio audiovisual y a la red de medios alternativos de comunicación de Bogotá, mediante la cual será posible entrar en contacto con grandes sectores de la población afectados por las inequidades en calidad de vida y salud.

Por otra parte la plataforma de comunicaciones y el Observatorio mismo están al servicio de la participación y la movilización social concebidas como medio, en la medida en que permiten generar transformaciones sociales, mediante el

² El módulo de televisión e internet de la Encuesta de Hogares del DANE para 2005 indica que solamente 24,7% de los hogares tiene computador y que apenas 11,7% de los hogares colombianos cuentan con acceso a internet.

ejercicio de la ciudadanía en procura de la equidad en salud. Para lograrlo, los ciudadanos y ciudadanas requieren, en primer lugar, reconocimiento de su condición de sujetos políticos y de su papel en la construcción de lo público. Con tal fin, ellos requieren información clara y precisa, procesos de formación y discusión, escenarios para la construcción de lo público y organizaciones y redes sociales que permitan desarrollar la acción colectiva de manera sostenida y eficaz. En tal sentido avanza una escuela de líderes comunitarios para la equidad en calidad de vida y salud, como un medio de cualificación de su acción y de promoción de la transformación social pro equidad.

La participación y la movilización social son procesos fundamentales y transversales del Observatorio, desde la recolección y análisis de la información, hasta la toma de decisiones pro equidad en los escenarios pertinentes, articulado al sistema distrital de participación social, desde el espacio más próximo o barrial hasta las instancias distritales de participación social. No se trata, entonces, de crear nuevos espacios de participación para el Observatorio, sino de poner el tema de equidad en los escenarios existentes. En tal sentido avanza la articulación del Observatorio con la herramienta de gestión denominada "sala situacional", tanto distrital como en las veinte localidades, que la Secretaría ha venido desarrollando desde comienzos de 2006 con éxito.

Impulso de políticas públicas para la equidad en calidad de vida y salud

Este proceso tiene que ver con la gestión del debate público sobre la equidad con el fin de propiciar transformaciones en las políticas públicas para disminuir las inequidades. Esto debe ocurrir en diferentes sectores de la sociedad y del Estado, y no solamente en el interior del sistema de servicios de salud. El proceso de impulso o "abogacía" de políticas pro equidad consta de seis líneas de acción:

- ▣ Convocatoria a medios de comunicación masiva para la presentación de los resultados de monitoreo, evaluación e investigación. El objetivo es sensibilizar a la sociedad y a los tomadores de decisiones públicas sobre la existencia de inequidades, y hacer del tema de la equidad en calidad de vida y salud un asunto de conocimiento, interés y debate públicos. Esto implica una adecuación de los materiales de divulgación a los requerimientos de los medios, diferenciando con precisión televisión, radio y prensa escrita. De esta forma, el proceso de comunicación tiene un lugar estratégico para el impulso de políticas pro equidad.
- ▣ Convocatoria a instituciones pertinentes del poder ejecutivo. La intención de esta línea de acción es presentar al poder ejecutivo local, distrital

y nacional, de manera directa, los resultados del monitoreo, la evaluación o la investigación, con el fin de propiciar el análisis y la discusión de alternativas de acción política para avanzar en la equidad, y acompañar su implantación.

- ☐ Gestión de debates en escenarios políticos. Los escenarios políticos por excelencia son los del poder legislativo del orden nacional y distrital. La discusión en estos escenarios sobre las inequidades y las alternativas para superarlas puede conducir a transformaciones de la legislación que permiten dar pasos ciertos hacia la orientación general de las políticas por la equidad, traducibles a políticas específicas y reasignación de recursos públicos y privados para superar inequidades.
- ☐ Construcción de alianzas con organizaciones pro equidad. Se han identificado organizaciones sociales y académicas, e instituciones del sector salud, claramente orientadas por la búsqueda de la equidad en calidad de vida y salud, para propiciar la acción colectiva tanto en el Estado como en la sociedad en su conjunto.
- ☐ Realización de seminarios y foros académicos. Los escenarios académicos permiten profundizar en aspectos clave a partir de los resultados del monitoreo, la evaluación y la investigación de las inequidades. De allí resultan nuevos procesos de construcción de alternativas de solución que puedan incidir en los procesos de toma de decisiones.
- ☐ Realización de campañas emblemáticas para la superación de inequidades. Una manera exitosa de generar movilización social por la equidad para la transformación de políticas públicas es la realización de campañas de opinión sobre desigualdades que resultan intolerables para la sociedad, como las muertes infantiles injustas y prevenibles entre grupos sociales desaventajados.

En cierta forma, el Observatorio debe constituirse en un referente ineludible para la toma de decisiones del Estado orientadas por la equidad en calidad de vida y salud. Cabe aclarar que la promoción, impulso o abogacía de políticas pro equidad incluye también mecanismos de participación social y debate público. Se ha diferenciado este del proceso anterior con el fin de mostrar la especificidad de sus líneas de acción y de sus escenarios, como lo recomienda la iniciativa de la GEGA. No obstante, la realización de foros locales y el foro distrital programados para el segundo semestre de 2007 permiten, al mismo tiempo, promover la movilización social, abrir el debate público e impulsar acciones y políticas pro equidad en diferentes niveles de decisión.

Evaluación del Observatorio

El Observatorio construye formas y mecanismos de autoevaluación de su impacto en el avance de la equidad en calidad de vida y salud de la ciudad. Los procesos y líneas de acción tienen objetivos y metas evaluables, métodos y procesos de evaluación que culminarán en un informe anual de evaluación de impacto del Observatorio. En particular, interesa evaluar el impacto sobre las políticas orientadas por la equidad y sobre los procesos de movilización social. Se trata de identificar qué tanto influyen los aportes del Observatorio en los actores sociopolíticos del sector salud y de otros sectores sociales para la adopción de la equidad como orientadora de la acción colectiva.

Desde el punto de vista de la organización institucional, debe aclararse que el Observatorio no es un sistema de información; es una organización de personas que realiza el análisis de diversas fuentes de información para entender la manera como se producen las inequidades en calidad de vida y salud en Bogotá, comunica sus resultados, promueve la movilización y el debate público, y propicia la orientación de las políticas públicas hacia la superación de las inequidades. Por esta razón, el Observatorio pretende contar con alta capacidad técnica y académica, aunque sea pequeño y flexible.

El Observatorio cuenta hoy con suficiente autonomía institucional, capacidad de incidencia y sostenibilidad social y financiera, para lograr sus propósitos, tal como ocurre con las experiencias similares de grandes ciudades. No es una nueva dependencia de la Secretaría Distrital de Salud, concentrada en la evaluación de corto plazo de las políticas de cada gobierno. Tampoco es una instancia académica dentro de una universidad aislada de la dinámica social y política del sector. Se ha desarrollado hasta el momento como una instancia de trabajo construida en el marco de convenios interadministrativos entre dos entidades públicas del sector —la Secretaría Distrital de Salud y la Universidad Nacional de Colombia— con responsabilidades previamente acordadas y coordinadas por un pequeño grupo de investigadores y profesionales para desarrollar los cuatro procesos centrales propuestos para el Observatorio.

El Observatorio a futuro

El proceso apenas comienza. Las inequidades en salud se han vuelto intolerables en todo el mundo. Pero superarlas en sociedades concretas implica compartir la convicción de que existen desigualdades intolerables para cualquier ciudadano o ciudadana, y hacer de la equidad un proyecto colectivo de la ciudad. Si el Observatorio logra convertir las inequidades en algo intolerable para todos los

bogotanos y bogotanas logrará ocupar un lugar y sostenerse como un instrumento para construir colectivamente una ciudad más justa. De allí la reciente transformación de la preposición "de equidad", más afirmativa del objeto que se observa, a la de "para la equidad", relacionada con su carácter de medio para la acción.

Si las comunidades y organizaciones sociales, los políticos en el Concejo de la ciudad, los académicos en las universidades, los funcionarios en distintos sectores de la administración distrital llegan a reconocer al Observatorio para la equidad como un instrumento útil a su intención de transformar situaciones intolerables en materia de salud, el Observatorio habrá logrado todo su cometido. Y poco a poco será apropiado por todos ellos y a su manera. Solo allí podrá decirse que se avanza del conocimiento a la acción y a la transformación. En ese momento, más que Observatorio la ciudad tendrá un "accionatorio", neologismo que en algún momento promovió nuestro amigo Armando de Negri Filho, impulsor incansable de la equidad en un mundo globalizado que tiende a reproducir inequidades.

Bibliografía

- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud (SDS). 2004a. *Salud a su hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*. SDS, Bogotá:6-12.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. 2004b. *Plan de desarrollo económico y social y de obras públicas Bogotá 2004-2008. Acuerdo 119 del 3 de junio de 2004. Bogotá sin indiferencia. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*. Alcaldía Mayor, Bogotá.
- Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (Global Equity Gauge Alliance, GEGA). 2003. *El monitoreo de la equidad. Conceptos, principios y pautas*. GEGA, Consorcio de Sistemas de Salud.
- Anand, S; Peter, F; Sen, A (Eds.) 2004. *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford University Press, Oxford.
- Braveman, P; Gruskin, S. 2003. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 57: 254-258.
- Capella, F. 2001. Utilitarismo o iusnaturalismo. *Revista Española y Americana sobre la Ilustración Liberal*. 9: <http://revista.libertaddigital.com/articulo.php/1079> (consultado en marzo de 2006).

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2007. *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. CEPAL-Naciones Unidas.
- Daniels, N. 1985. *Just Health Care*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Evans, T; Whitehead, M; Diderichsen, F; Bhuiya, A; Wirth, M. 2002. *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: Ops/Oms, Fundación Rockefeller.
- Fried, C. 1988. ¿Es posible la libertad? En: Mc.Murrin, S.M. (Ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Ariel, Barcelona, [1981]:91-132.
- Gracia, D. 1991. ¿Qué es un sistema justo de programas de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. En: *Introducción a la Bioética*. El Búho:65. También publicado en: *Bol Of Sanit Panam* 1990, 108(5-6):570-585.
- Holzmann, R; Jørgensen, S. 2000. *Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond*. Social Protection Discussion Paper Series No. 6. Social Protection Unit. Human Development Network. The World Bank, Washington.
- Jadue, L; Marín, F. 2005. *Determinantes sociales de la salud en Chile en la perspectiva de la equidad*. s.c. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud.
- Nozick, R. 1974. *Anarchy, State, and Utopia*. Basic Books, Nueva York:149-153.
- Organización Mundial de la Salud (Oms). 2004. Alocución del director general de la Oms ante la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 17 de mayo de 2004. En: <http://www.who.int/dg/lee/speechers/2004/wha57/es/> citado por: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, *Salud a su hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*.
- Organización Mundial de la Salud (Oms). Commission on Social Determinants of Health. 2005. *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on The Social Determinants of Health. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health Draft*. 5th May.
- Organización Mundial de la Salud (Oms). 2000. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (Oms). 2005. Priorities for Research to Take Forward the Health Equity Policy Agenda. *Bull World Health Org*. 83:948-953.
- Organización Panamericana de la Salud (Ops). 2004. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las Américas. *Bol Epid* 2004; 25(2), Junio. http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-mdgs.htm (consultado en agosto de 2006).

- Organización Panamericana de la Salud (Ops). 1998. *La situación de salud en la región de las Américas. Informe anual del director*. OPS/OMS, Washington, D.C.
- Rawls, J. 1997 [1971]. *Teoría de la justicia*. Trad. María Dolores González. Fondo de Cultura Económica, México D.F.
- Rawls, J. 1988. Las libertades fundamentales y su prioridad. En: McMurrin, S.M. (Ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Ariel, Barcelona [1981]:9-90.
- Sen, A. 1988. ¿Igualdad de qué? En: Mc.Murrin, SM. (Ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Ariel, [1979]:133-156.
- Torres, M. (Coordinador editorial) 2001. *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida; Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), Bogotá.
- Ugá, A; Almeida, CM; Landmann, C; Travassos, C; Viacava, F; Mendes, J; De Rosario Costa, N; Buss, P; Porto, S. 2001. Consideraciones sobre el Informe de la Oms 2000. *Revista Salud Pública*. 3(1):1-12.
- Whitehead, M. 1992. The Concepts and Principles of Equity in Health. *Int J Health Serv* 22: 249-445.

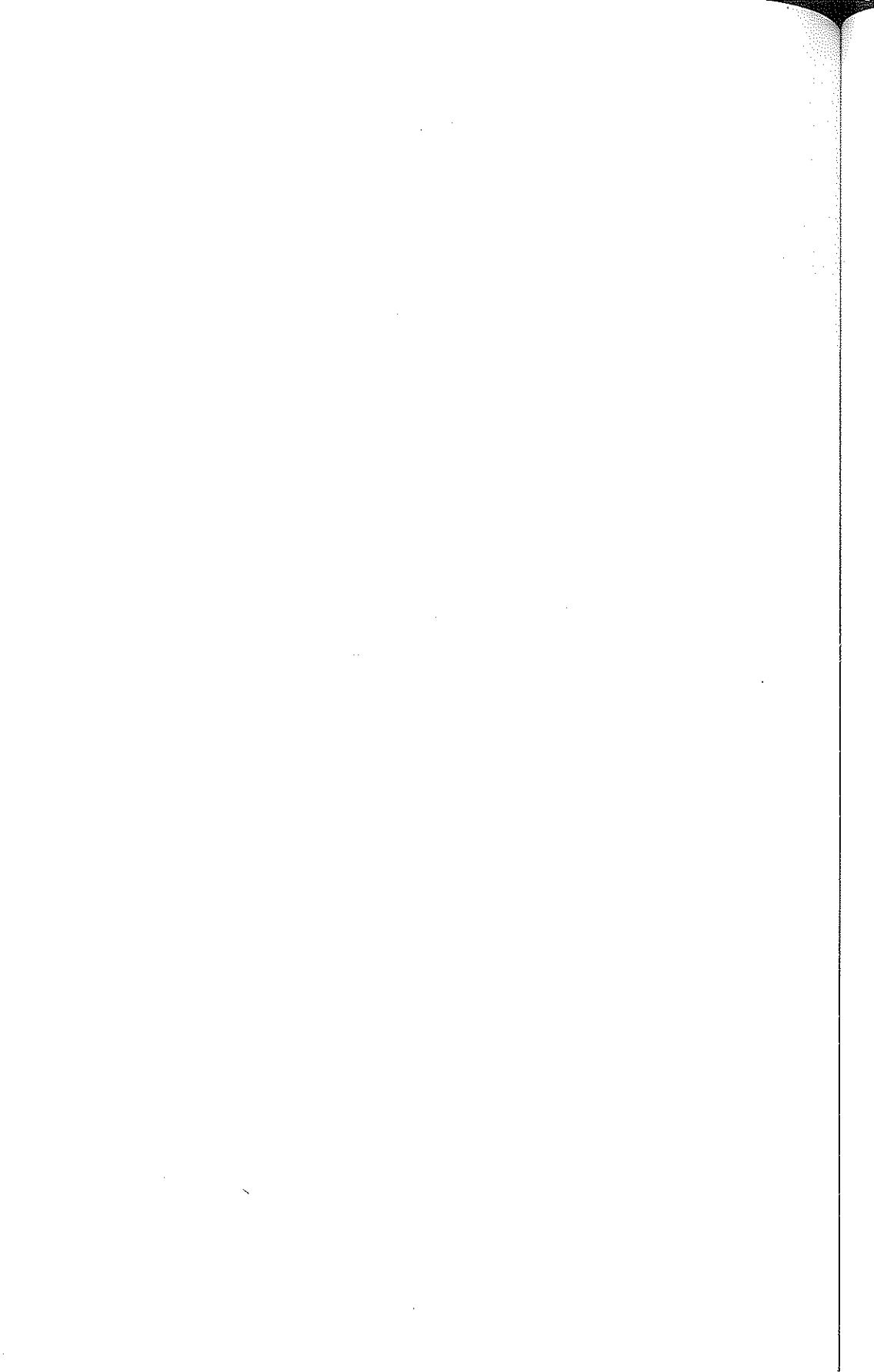
Diseño del Observatorio de Inclusión Social de Mujeres Indígenas Rurales en Guatemala*

Walter Flores**



* Este trabajo fue apoyado financieramente por el programa Lucha contra las exclusiones UE/Gobierno de Guatemala.

** PhD, Universidad de Liverpool (Inglaterra). Investigador en temas de equidad y gobernabilidad de sistemas de salud.



Este artículo presenta el diseño conceptual y metodológico que sustenta el establecimiento de un Observatorio de Inclusión Social de Mujeres Indígenas Rurales en Guatemala. Dicho Observatorio arrancó a inicios del año 2007 y cuenta con el apoyo financiero de la Unión Europea y el gobierno de Guatemala. El artículo inicia con una revisión breve de la experiencia internacional alrededor de los observatorios. Luego se hace un análisis de la viabilidad técnica y política de establecer un observatorio sobre el tema en Guatemala. A continuación se presentan los objetivos del Observatorio y sus líneas estratégicas de intervención. Finalmente se aborda la estructura operativa sugerida para el Observatorio. Se espera que gracias a este artículo se pueda generar un proceso de intercambio entre los diferentes observatorios que existen o están en proceso de ser establecidos en la región de América Latina y el Caribe.

Revisión breve de la experiencia internacional sobre observatorios

Los observatorios se han extendido rápidamente en el nivel internacional. Actualmente existen observatorios en diversidad de temas y con propósitos distintos. Las diferentes modalidades de observatorios se describen a continuación.

Los primeros observatorios fueron fundados en Europa y algunos tienen más de quince años de funcionamiento. El principal propósito de los observatorios europeos es producir evidencia científica para informar sobre las políticas públicas. Estos observatorios se constituyen mediante redes de investigadores que producen evidencia e informan a los tomadores de decisiones. Un ejemplo es el Observatorio de Demografía y Situación Social de Europa, el cual es financiado por entes gubernamentales¹, pero funciona con total independencia para producir evidencia sobre aspectos demográficos y sociales que informen sobre la política social y económica de la Comisión Europea. Otro ejemplo es el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud², el cual es una alianza entre la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa, varios gobiernos europeos y reconocidos centros académicos de investigación científica de países de ese continente.

¹ En http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/sso_en.htm

² En <http://www.euro.who.int/observatory>

A diferencia de los observatorios europeos, aquellos que surgen en la región de Latinoamérica tienen como característica principal la de vincular la academia con los movimientos sociales. Por ejemplo, el Observatorio Social de América Latina³ tiene como principal propósito el intercambio entre investigadores, organizaciones sociales y público en general. Dicho observatorio promueve "la reflexión, análisis y debate alrededor de la problemática del conflicto y los movimientos sociales y políticos generados por la implantación del modelo neoliberal en los países latinoamericanos". Otro ejemplo de observatorio que vincula el sector académico con los movimientos sociales es el Observatorio Ciudadano de la Educación de México⁴, que es un esfuerzo conjunto de investigadores de la educación, maestros de escuelas públicas y privadas, periodistas y comunicadores, padres de familia y líderes sociales y ciudadanos. Su propósito principal es la observancia crítica del desarrollo educativo y de las políticas gubernamentales en educación.

Otros ejemplos de alianza del sector académico con los movimientos sociales es el Observatorio Social de Brasil⁵, resultado de una alianza entre sindicatos laborales brasileños y una red de centros universitarios de investigación en temas laborales y empleo. El observatorio realiza investigación y análisis sobre el comportamiento de las empresas multinacionales, nacionales y estatales en relación con los derechos fundamentales de los trabajadores, utilizando como marco los derechos reconocidos a través de las convenciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Otra experiencia interesante es la del Observatorio Social Brasil-Europa⁶, resultado de una alianza entre sindicatos laborales de Brasil, Holanda y Alemania para realizar una observación de los derechos laborales en Brasil. Dicho observatorio estudia el comportamiento socio-laboral y ambiental de empresas transnacionales holandesas y alemanas y la forma en que estas respetan los convenios internacionales de la Organización Internacional del Trabajo.

Existen también observatorios que son parte de la estrategia de información y divulgación de instituciones gubernamentales y que no tienen conexión con instituciones académicas ni tampoco con la sociedad civil organizada. Entre estos se puede mencionar el Observatorio Europeo del Empleo, cuyo propósito es el de proveer información a tomadores de decisiones relacionada con estudios investigativos, políticas de empleo y tendencias de los mercados laborales de los países de la Unión Europea⁷. Otros observatorios similares se encuentran en

³ En <http://www.clacso.org.ar/difusion/secciones/osal>

⁴ En <http://www.observatorio.org/>

⁵ En <http://www.observatoriosocial.org.br/portal/>

⁶ En <http://www.observatoriosocialeuropa.org/>

⁷ En <http://www.eu-employment-observatory.net/index.aspx>.

Latinoamérica, como por ejemplo el Observatorio del Mercado del Trabajo en el Mercosur⁸ y el Observatorio Laboral de México⁹. Este último es un servicio público de información en línea sobre el mercado laboral y es administrado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social de México.

Otra instancia en la línea mencionada es el Observatorio de la Pobreza de Mozambique¹⁰, que es una estrategia de comunicación del gobierno para hacer visibles las acciones gubernamentales y mejorar la transparencia y comunicación con organismos públicos y privados en los esfuerzos por reducir la pobreza en el país.

Resumen sobre observatorios

Es evidente que no existe un modelo único de observatorio. Los diferentes observatorios difieren principalmente en la conexión y alianza de actores y el tipo de información que producen. En algunos, el énfasis es sobre una estrategia de trabajo en red de investigadores académicos para producir y comunicar evidencia científica que informe las políticas públicas. En otros, sobresale una alianza estratégica entre el sector académico y la sociedad civil organizada para ejercer observación sobre las políticas públicas y aplicación de marcos internacionales de derechos (derechos humanos, derechos laborales, etcétera). Finalmente, también existen observatorios que funcionan principalmente como órganos de divulgación de políticas gubernamentales.

A pesar de las diferencias mencionadas, es posible identificar características comunes en la mayoría de observatorios. En primer lugar, poseen estrategias para comunicarse con un auditorio específico. Por ejemplo, aquellos cuyo principal propósito es producir evidencia científica elaboran informes de investigación dirigidos a público experto en el tema, incluyendo boletines informativos. Los observatorios que practican alianzas con la sociedad civil organizada producen y divulgan revistas de análisis y opinión sobre coyuntura política, así como foros y debates. En el caso de algunos relacionados con el derecho laboral, una función central es producir y divulgar comunicados electrónicos sobre casos específicos y trascendentes de violación de derechos laborales de trabajadores y trabajadoras.

Otra característica importante es que la mayoría de observatorios utiliza medios electrónicos y digitales para comunicarse con un auditorio amplio (foros electrónicos de discusión y chats). En adición a ello, también poseen memoria institucional en formato electrónico de fácil acceso (reportes, boletines, estudios), incluidas bi-

⁸ En <http://www.observatorio.net/>.

⁹ En <http://www.observatoriolaboral.gob.mx/>.

¹⁰ En <http://www.op.gov.mz/>.

bibliotecas virtuales en el tema de trabajo del observatorio. También ponen a disposición, en sus sitios web, un amplio espectro de enlaces (links) con otras instituciones.

Es importante anotar que aun cuando la "observación" es una labor importante de los observatorios, esta tarea no se lleva a cabo en una forma pasiva. La mayoría de observatorios son proactivos en la investigación y observación que realizan y, al mismo tiempo, proveen mensajes claros y contundentes que buscan informar el proceso de desarrollo, implementación y evaluación de la política pública (Hemmings y Wilkinson, 2003; 57:324-326).

Análisis de viabilidad política y técnica de un Observatorio de Inclusión Social de Mujeres Indígenas Rurales en Guatemala

La experiencia (Mcoy David, et al, 2003:273-287) de los países que han buscado reducir las inequidades y la exclusión social indica que existen tres condiciones que son fundamentales: a) la investigación enfocada a dimensionar las inequidades existentes y evaluar las políticas sociales con mayor potencial de lograr cambios, b) acciones que busquen llevar a la práctica los hallazgos investigativos, incluyendo acciones de abogacía e incidencia y c) el hecho de involucrar la ciudadanía en acciones para disminuir las inequidades. Estudios recientes han agregado que las posibilidades de disminuir las inequidades aumentan en aquellos países que poseen un marco legal en el cual se reconoce la problemática de las inequidades y establece metas o intervenciones desde el Estado.

En el caso de Guatemala existe un marco legal que hace plausible abordar las inequidades de género y exclusión social. Este marco está constituido por los acuerdos de paz, que promueven el acceso de las mujeres, en igualdad de condiciones, a la propiedad, al crédito y al trabajo, así como la igualdad de derechos y oportunidades para hombres y mujeres y la revisión de la legislación nacional y sus reglamentos, con el fin de eliminar toda forma de discriminación contra la mujer.

Así mismo, existen políticas públicas que, de una forma u otra, son mecanismos mediante los cuales se pueden implementar intervenciones para mejorar las inequidades de género y la exclusión social. Estas políticas públicas incluyen la Promoción y desarrollo de las mujeres guatemaltecas y el Plan de equidad de oportunidades 2001-2006. Se puede decir, entonces, que existe un marco legal en Guatemala que permite abordar el tema de la exclusión social de las mujeres indígenas.

El marco legal, aun cuando es importante, no es suficiente. Deben existir elementos relacionados con la implementación como son: una capacidad

institucional para abordar (desde la investigación, monitoreo y evaluación) las inequidades en forma efectiva y la participación ciudadana (como opinión pública y electores) para que se coloque la reducción de las inequidades de género y de la exclusión social al frente de la agenda social del país.

La discusión anterior indica que las intervenciones efectivas dirigidas a reducir la exclusión social deben incluir acciones integradas en los campos investigativos, desarrollo de habilidades en actores (gubernamentales y no gubernamentales) y trabajo en colaboración con grupos organizados de la sociedad civil. Esto implica que las organizaciones que intervienen en la promoción de la inclusión social (sea por mandato legal o institucional) deben poseer características e intenciones para el trabajo, en asocio y coordinación intersectorial y multisectorial.

Objetivos

El Observatorio es una lógica de intervención y una herramienta que permite integrar y operar un conjunto de estrategias e intervenciones bajo un propósito común: contribuir a reducir las inequidades socioeconómicas y la exclusión social. En esta línea, los objetivos generales y específicos son los siguientes.

Objetivo general

Mediante una alianza entre actores y actoras de la sociedad civil organizada, academia, sector privado y gobierno, facilitar e integrar acciones de incidencia política dirigidas a reducir la exclusión social de mujeres indígenas rurales.

Objetivos específicos

- ▣ Producir información técnica/científica actualizada y relevante, que permita identificar las brechas de género, étnicas y exclusión social, así como el impacto de las políticas y programas sobre la reducción de dichas brechas.
- ▣ Sistematizar información secundaria que contribuya a un análisis multidisciplinario y multisectorial, de la problemática de exclusión social de mujeres indígenas y rurales.
- ▣ Proveer de evidencia técnica a grupos organizados de base, que sea de utilidad para los procesos de incidencia política.
- ▣ Comunicar los hallazgos y productos del Observatorio a diferentes auditorios, incluido el público experto y no experto en el tema.
- ▣ Interpretar los hallazgos relacionados con la equidad de género y comunicarlos en un contexto de la cotidianeidad de la población y el público no experto.

- ▣ Capacitar a los actores y las actrices de instituciones gubernamentales, gobiernos locales y grupos organizados de la sociedad civil en el uso de la información producida por el Observatorio.

Posibles modalidades

Con base en las experiencias internacional y nacional se pueden identificar cuatro modalidades o tipos de observatorio en función de los actores principales. Cada una de las modalidades, incluidas sus ventajas y desventajas para alcanzar los objetivos del Observatorio (antes descritos), se abordan a continuación.

Estrategia de comunicación de entes gubernamentales

Este tipo de modalidad se da cuando una o varias instituciones gubernamentales utilizan el observatorio como principal estrategia o medio de comunicación de las políticas gubernamentales, sin ninguna o poca participación de entes o actores no gubernamentales. Esta modalidad no posee ventajas, pues si el propósito es comunicar las acciones gubernamentales, estas pueden hacerse a través de los sitios web de los entes gubernamentales o cualquiera de los otros procedimientos ya establecidos. Por otro lado, posee varias desventajas, por ejemplo, si los temas o el debate son dirigidos por entes gubernamentales, probablemente resulte en una convocatoria limitada para otros actores, principalmente provenientes de los movimientos sociales.

Red de investigadores en el tema

La ventaja de esta modalidad es la experticia y capacidad para producir evidencia científica, la cual, dependiendo del prestigio de los investigadores, puede tener una función importante en informar la toma de decisiones alrededor de las políticas públicas. La principal debilidad de un observatorio como red de investigación es la desconexión con los procesos de formación de recursos humanos (universidades, centros de capacitación técnica, etcétera) y de los grupos organizados de la sociedad civil.

Red que vincula academia con movimientos sociales

Establecer el observatorio como una red entre actores de la academia y los movimientos sociales tiene la ventaja de generar una convocatoria importante al integrar las acciones del observatorio alrededor del sentir de actores clave de la sociedad civil. Sin embargo, si existe una desconexión con entes gubernamentales, es posible que el observatorio pueda caer en posiciones percibidas como an-

tagónicas de cualquier esfuerzo gubernamental, sin reconocer avances en las políticas públicas y disposición en los actores gubernamentales. El diálogo entre sociedad civil organizada y gobierno podría también presentar limitaciones por la falta de asocio o vinculación.

Alianza entre movimientos sociales, investigadores, academia e instituciones gubernamentales

Esta modalidad puede aprovechar las ventajas de cada una de las anteriores. Por ejemplo, al mismo tiempo que el observatorio se convierte en un espacio de diálogo entre diferentes actores, también se produce o sistematiza evidencia científica y se puede influir en los contenidos con los que se forma al recurso humano. La participación de organizaciones gubernamentales permite generar un debate alrededor de las políticas públicas, incluida la crítica constructiva. Por tanto, es la modalidad que se sugiere para el trabajo del observatorio.

Es importante notar que la modalidad de alianza de actores ya descrita presenta un reto importante. Las instituciones involucradas, pero principalmente las que liderarán el observatorio, necesitarán habilidades estratégicas para promover un diálogo y consenso entre la diversidad de actores.

Estructura técnica y operativa

En congruencia con el análisis de viabilidad política y técnica, se sugiere que el Observatorio funcione alrededor de cuatro líneas estratégicas: a) investigación, b) fortalecimiento institucional, c) fortalecimiento del marco legal y político y d) fortalecimiento de la participación ciudadana. También se incluyen dos ejes transversales a las líneas estratégicas que son: a) comunicación y b) alianzas estratégicas. Cada una de estas líneas y ejes se describen a continuación (gráfico 1).

Investigación

Dentro de esta línea se busca dimensionar las inequidades de género, étnicas y exclusión social de las mujeres indígenas rurales en Guatemala, así como la efectividad de las políticas públicas para reducirlas. Esta línea estratégica involucra tres tareas principales. La primera es la identificación de prioridades de investigación y promover la investigación en los temas prioritarios que han sido identificados. Por ejemplo, se puede crear un fondo para proyectos de investigación en relación con el tema de inequidades de género y exclusión social. Este fondo apoyaría investigaciones cortas que tengan una relevancia estratégica para el tema de inequidades de género en el país. La segunda tarea relevante es asesorar a las instituciones que producen investigación social en el país (universidades, instituto

de estadística, Ono) para que incluyan la variable de género y de etnia en los estudios que llevan a cabo. La tercera tarea es establecer un centro de documentación (virtual o físico) sobre investigaciones relacionadas con la inequidad de género y exclusión social.

Fortalecimiento institucional

Esta línea busca apoyar el desarrollo de capacidades y habilidades en los diferentes actores institucionales (gubernamentales y no gubernamentales) para abordar la problemática de exclusión social de mujeres indígenas en una forma multisectorial e interdisciplinaria. También incluye la asesoría a las diferentes autoridades para implementar, monitorear y evaluar las políticas sociales, particularmente las relacionadas con la promoción de la equidad de género, étnica e inclusión social. Entre las actividades que se realizarán se encuentran cursos y seminarios de capacitación en temas identificados como clave por el Observatorio o como respuesta a demandas concretas de las instituciones usuarias. Ejemplos de posibles temas son: uso de indicadores de género, equidad e inclusión social para los procesos de planificación, técnicas participativas para el monitoreo de la inclusión social en el nivel local-comunitario, presupuestos participativos en los gobiernos municipales como herramienta de inclusión social, etcétera.

Fortalecimiento del marco legal y político

El propósito de esta línea estratégica es el de influir en el marco legal y político para crear un ambiente favorable hacia la reducción de la exclusión social de mujeres indígenas rurales. En esta línea se incluye asesoría y formación a las autoridades del poder ejecutivo, legislativo y judicial y la formación y asesoría a las autoridades de los gobiernos locales. Otra actividad relevante es un inventario de las políticas sociales en el país y su relación con la inclusión social. El inventario no es únicamente una recopilación de los documentos de las políticas sino que incluye un análisis crítico de las fortalezas y debilidades de las políticas actuales, su inserción en el marco legal del país, integridad y los mecanismos previstos para el monitoreo y evaluación de las mismas. Este inventario hará parte del centro de documentación.

Fortalecimiento de la participación ciudadana

Esta línea estratégica conlleva la implementación de actividades de tipo informativo-educativo (campañas) que buscan posicionar el tema de inequidades de género y exclusión social en la opinión pública. En este componente se hacen notas de prensa, boletines informativos y se resumen los hallazgos de estudios relevantes, con el afán de hacerlos asequibles a públicos no especializados. También se brinda asesoría y capacitación a organizaciones de base y gobiernos

locales para incidir en las agendas políticas, activar el marco legal y ejercer auditoría social y rendición de cuentas. Otra actividad relevante es el levantamiento y la actualización constante de un inventario de grupos organizados de mujeres. Las campañas educativas, contenidos de cursos de formación en incidencia política y el inventario son elementos que estarán a disposición en el centro de documentación virtual y físico del Observatorio.

Comunicación

Los observatorios son, en esencia, una estrategia de comunicación con fines específicos (incidencia política, promoción de redes sociales) y están dirigidos hacia auditorios específicos (tomadores de decisiones, líderes de movimientos sociales y población en general). La comunicación es por tanto un eje transversal que cruza las cuatro líneas estratégicas del Observatorio. Por ejemplo, la línea de investigación necesita tener estrategias de comunicación que le permitan comunicar la evidencia científica, no únicamente a un público experto sino también al no experto que puede utilizar dicha evidencia para activar el marco legal o la incidencia política. Otro ejemplo de la comunicación como eje transversal en el Observatorio sucede cuando la línea de participación ciudadana necesita de estrategias concretas para trasladar y comunicar las percepciones y preocupaciones de la población en un formato lógico que pueda ser interpretado por los investigadores, como un posible tema-problema de investigación.

Para que exista comunicación efectiva entre público experto y no experto se requieren ejercicios de interpretación de doble vía: trasladar la evidencia científica al lenguaje y contexto cotidiano y, al mismo tiempo, trasladar un problema cotidiano a un lenguaje que le permita aplicar rigor científico durante la investigación. Lograr este tipo de comunicación de doble vía demanda estrategias y habilidades de comunicación que no siempre están disponibles en los expertos que producen y reportan evidencia científica, como tampoco en los expertos sociales que entienden y se relacionan con la cotidianeidad de la población. Es por ello que se necesita de un segundo eje transversal como son las alianzas estratégicas.

Alianzas estratégicas

El análisis de viabilidad técnica identificó que para ser efectivos en el accionar hacia las inequidades de género y la exclusión social, las organizaciones requieren de una serie de habilidades y capacidades en campos diversos que deben funcionar de manera integral.

Aun dentro de una misma línea estratégica, se requieren diferentes habilidades y capacidades, por ejemplo, la línea de investigación requiere instituciones y

técnicos-expertos en producción y análisis de datos cuantitativos y cualitativos. La línea de fortalecimiento del marco legal y político requerirá no únicamente experticia en derecho romano occidental, sino también en el sistema jurídico indígena. La línea de fortalecimiento de la participación ciudadana requiere experticia en educación de adultos, así como comunicación en una diversidad de idiomas nacionales (mayas, garífuna y xinca).

Es difícil pensar que una organización o institución específica tendrá todas las habilidades necesarias; por tanto las alianzas estratégicas son un eje transversal que cruza las cuatro líneas estratégicas. En adición a potenciar la cooperación técnica interinstitucional y multisectorial, las alianzas estratégicas también buscan respaldar y legitimar el trabajo del Observatorio ante instituciones gubernamentales, no gubernamentales y la sociedad civil organizada.

Interrelación entre las líneas estratégicas

Las cuatro líneas estratégicas están relacionadas entre sí y son interdependientes. Un ejemplo de la interrelación se presenta cuando la evidencia científica adquirida a través de la línea estratégica de investigación se convierte en insumo para los procesos de capacitación a funcionarios públicos sobre la situación de exclusión social que experimentan las mujeres indígenas rurales. También serán insumos para los grupos organizados de la sociedad civil que realizan auditoría social e incidencia política. El proceso e interacción para fortalecer la participación ciudadana resulta en la identificación de problemas específicos que afectan las oportunidades de las mujeres indígenas del área rural. Estos problemas identificados deben ser incluidos entre los temas sobre los cuales la línea de investigación desarrolla o analiza evidencia científica. El gráfico 1 presenta las interrelaciones entre las líneas estratégicas y los ejes transversales.

Estructura organizativa

Se sugiere que el Observatorio esté organizado alrededor de una estructura organizativa sencilla que incluya un consejo directivo, un consejo académico y socios del Observatorio. Cada uno se describe a continuación.

Consejo directivo

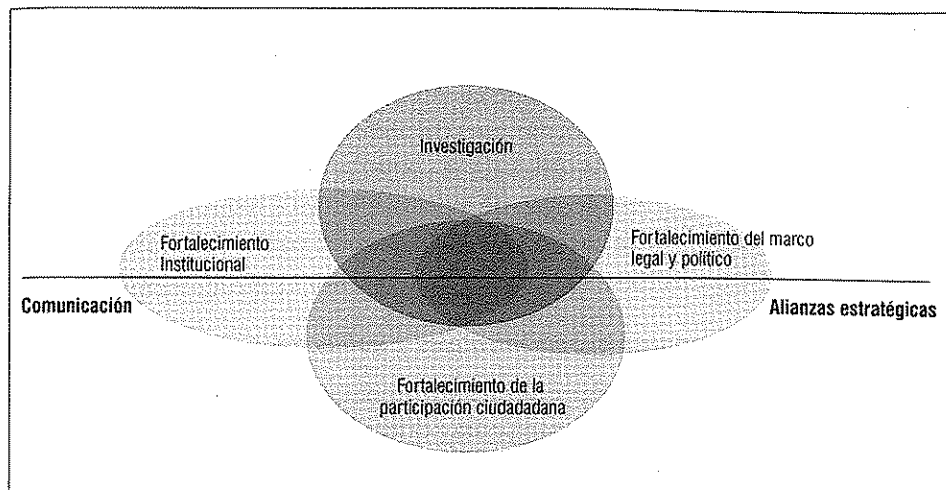
El consejo directivo está conformado por representantes de cada uno de los cinco grupos de organizaciones asociadas del Observatorio. Se sugiere que cada uno de los cinco grupos de socios nombre una persona que los representa en el consejo directivo.

GRÁFICO 1



LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y EJES TRANSVERSALES

del Observatorio de Inclusión Social de Mujeres Indígenas



Fuente: Elaboración de autor.

Consejo académico

Este consejo brinda asesoría técnica y académica a la labor del Observatorio, por ejemplo, en la selección y acuerdo sobre los temas de los reportes analíticos que elabora el Observatorio. Este consejo tiene carácter de asesor sin poder de toma de decisiones. El consejo directivo invita a reconocidos y reconocidas académicos a formar parte del consejo asesor.

Socios

Los socios del Observatorio están organizados en cinco grupos diferentes, lo cual no indica mayor o menor relevancia, sino únicamente para identificar los intereses comunes y diversos que los grupos podrían tener alrededor del Observatorio. Por ejemplo, los grupos organizados de la sociedad civil tendrían interés en el Observatorio como un espacio de incidencia política, mientras que las instituciones gubernamentales tendrían intereses en mejorar el diálogo con actores no gubernamentales e implementar acciones coordinadas en la puesta en marcha de las políticas públicas.

La característica de cada grupo y su relevancia para los propósitos del Observatorio se describen a continuación.

Socios A. Grupos organizados de base comunitaria

Se refiere a grupos que no están formalmente constituidos (con personería jurídica) y que funcionan bajo modalidades de grupos de interés o autoayuda. La importancia de la participación de dichos grupos en el Observatorio es la de mantener la perspectiva del sentir de las mujeres indígenas rurales que sufren exclusión social, como uno de los principales motores del Observatorio. En otras palabras, su accionar debe tomar en cuenta la realidad y el contexto donde sucede la exclusión e implementar acciones que contribuyan de manera efectiva a reducirla. La participación de grupos organizados de base comunitaria también contribuye al propósito de que el trabajo del Observatorio supere ejercicios que sean puramente académicos.

Socios B. Instituciones gubernamentales y gobiernos municipales

La participación de instituciones gubernamentales y gobiernos municipales dentro del Observatorio será necesaria para poder propiciar un diálogo y un debate alrededor de las políticas públicas relacionadas con la promoción de la inclusión social. Al mismo tiempo, este grupo informa a los demás sobre la visión, interés y prioridad de los actores gubernamentales. La participación de instituciones gubernamentales también aumenta el potencial de incidencia política en el accionar del Observatorio.

Socios C. Instituciones no gubernamentales (ONG)

Este grupo incluye instituciones no gubernamentales formalmente establecidas (con personería jurídica) que cuentan con recurso humano cuya profesión es el trabajo en temas de desarrollo e inclusión social.

Socios D. Centros académicos de investigación y formación

Incluye centros especializados de universidades y establecimientos de formación técnica del país. El principal papel de estas instituciones en el Observatorio incluye el apoyo a la producción y sistematización de evidencia científica relacionada con la situación de exclusión social, así como el poder incidir en contenidos curriculares de los procesos de formación del recurso humano del país.

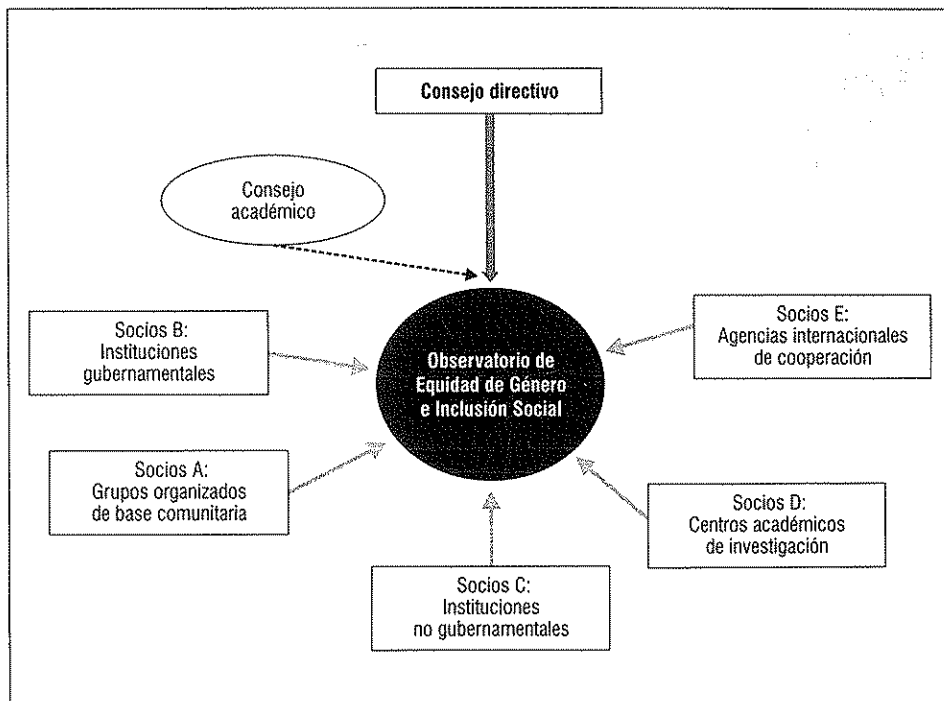
Socios E. Agencias de cooperación internacional

El principal papel de las agencias de cooperación en el Observatorio sería el del respaldo internacional a un esfuerzo de diálogo y cooperación entre actores gubernamentales, academia y sociedad civil organizada. Así mismo, el Observatorio brinda un espacio en donde las agencias internacionales de cooperación puedan tener una mayor incidencia con sus propias agendas de desarrollo y cooperación para el país, principalmente alrededor del tema de desarrollo humano e inclusión social.

Establecimiento del carácter de asociado

Los grupos asociados tendrán esa categoría al contribuir financieramente o en especie (espacio de oficinas, mobiliario, equipo, impresión de materiales) al funcionamiento y sostenimiento del Observatorio. La contribución es en términos de posibilidades y capacidades de cada grupo, por ejemplo, se espera que la contribución de una institución gubernamental o agencia de cooperación, sea sustancialmente mayor a la contribución que pueda brindar un grupo organizado de base comunitaria. El comité directivo redacta y acuerda un reglamento sobre las contribuciones esperadas de los diferentes grupos asociados. El gráfico 2 esquematiza la estructura organizativa del Observatorio.

GRÁFICO 2  **ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL OBSERVATORIO DE EQUIDAD DE GÉNERO E INCLUSIÓN SOCIAL**



Fuente: Elaboración de autor.

Personal ejecutivo

El Observatorio cuenta con un grupo de trabajo ejecutivo. El personal mínimo que se sugiere consiste en:

▣ Coordinador o coordinadora

Tiene como tareas el desarrollo e implementación de la visión estratégica del Observatorio, incluida la identificación de socios potenciales en cada uno de los distintos grupos. El coordinador o la coordinadora tendrá experiencia en la gestión de proyectos multidisciplinarios e intersectoriales, con habilidades para promover el diálogo y un debate informado. Deberá tener una comprensión clara del marco legal y político del país y capacidad para comunicarse con público experto y no experto.

▣ Asistente de coordinación y comunicación

Está a cargo de la operación diaria del Observatorio, incluido el apoyo administrativo y logístico hacia las acciones propias de coordinación y de comunicación (incluye la operación del boletín informativo).

▣ Especialista en comunicación social

Su principal tarea es el desarrollo de estrategias de comunicación que reflejen la visión estratégica del Observatorio y el sentir y consenso de sus diferentes socios. También trabaja en conjunto con las instituciones socias para desarrollar estrategias de comunicación dirigidas a diferentes auditorios (incluidos el diseño y la supervisión del boletín informativo). Se asegura también de implementar estrategias de comunicación que sean transversales en las líneas estratégicas de trabajo.

▣ Investigadores y capacitadores (dos personas)

Su principal tarea consiste en la producción de los reportes analíticos y las directrices técnicas para la búsqueda y sistematización de la información. También tiene un papel importante en el diseño e implementación (cuando sea su área de experticia) de los procesos de capacitación (seminarios, cursos, etcétera) dirigidos a actores institucionales y público en general.

▣ Asistentes de investigación y capacitación (dos personas)

Su principal tarea consiste en aplicar los procesos de sistematización y análisis de información diseñado por los investigadores. También apoya las labores de campo e investigativas que sean requeridas para la elaboración de reportes analíticos. Así mismo, apoya el diseño e implementación de los procesos de formación.

▣ Especialista en sistemas informáticos-web master

Está a cargo de montar el sistema informático requerido para el funcionamiento del Observatorio. También diseña el sitio web tomando en cuenta los insumos de los diferentes socios y es el responsable de actualizarlo y brindar el mantenimiento requerido. Proporciona también mantenimiento preventivo al sistema informático.

▣ Estudiantes de práctica profesional

En adición a los cargos descritos, se sugiere involucrar estudiantes de práctica profesional de cualquiera de las universidades del país. Estos pueden ser de las siguientes áreas: leyes, periodismo, ciencia política, sociología, medicina, economía. Se podrían también tener estudiantes que realizan tesis de investigación de licenciatura en cualquiera de las áreas anteriores o de las maestrías relacionadas con el desarrollo socioeconómico de las universidades del país (salud pública, ciencias de la salud, desarrollo sostenible). El trabajo de los estudiantes con el Observatorio, aparte de su toma de conciencia sobre la situación de exclusión social, les permitirá desarrollar habilidades para incidir en la problemática.

Bibliografía

- Hemmings, J; Wilkinson, J. 2003. What is a Public Health Observatory? *Epidemiol Community Health*;57:324-326.
- Mcoy, et al; 2003. Global Equity Gauge Alliance: Reflections on Early Experiences. *Health Popul Nutr*, 21 de septiembre (3):273-287.



Evaluación del cumplimiento de objetivos sanitarios de equidad en salud en Chile*

Estudio del Observatorio de Equidad en Salud

Iris Delgado** Liliana Jadue***

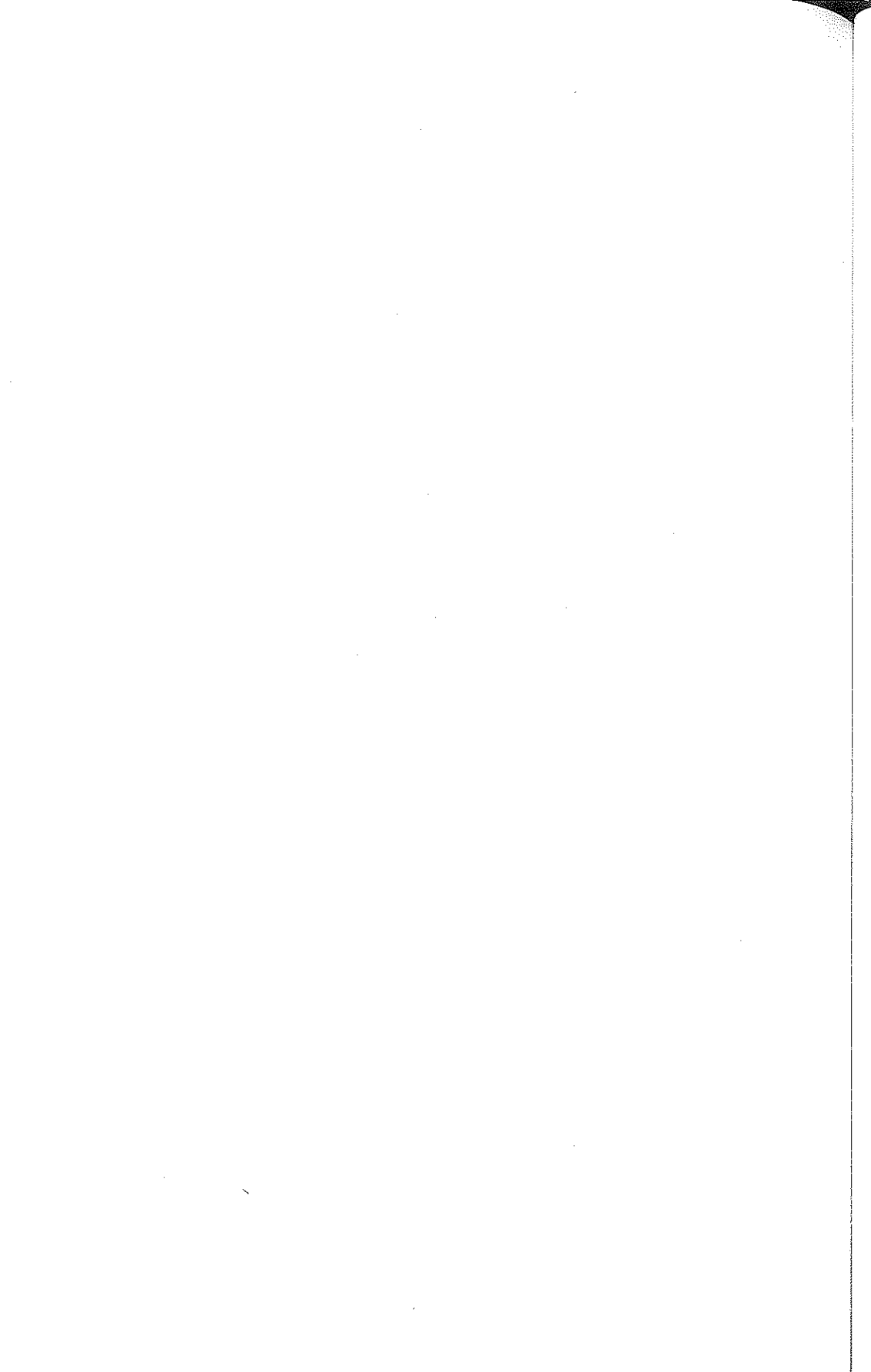


7

* Iniciativa chilena de equidad en salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

** Magíster en Bioestadística.

*** Médica, Magíster en Salud Pública. Directora Instituto de Epidemiología y Políticas de Salud Pública (IePSA).



En el año 2000, el gobierno de Chile, en el contexto de una reforma de salud que se iniciaba, encomendó al Ministerio de Salud la determinación de las metas que orientaran los logros que el país se propondría obtener en un periodo definido, más allá de la contingencia y la discusión acerca de cuáles eran los contenidos, las estrategias y las expectativas que los diferentes actores tenían respecto a la reforma en su conjunto.

Después de un periodo de consultas y discusión con especialistas y diversos actores de la comunidad y del país, surgieron como producto los Objetivos sanitarios para la década 2000-2010, que constituyen el conjunto de metas que el país espera lograr durante ese lapso y que son un referente para la acción de la salud pública de todos los chilenos.

Las implicaciones prácticas de la definición de estos objetivos son de una extraordinaria amplitud, ya que, entre otros aspectos, permiten ordenar tanto la acción de los organismos gubernamentales como la de los actores privados de la salud, del mismo modo que orientan a la población respecto de los logros esperados para el periodo.

Con los Objetivos sanitarios para la década 2000-2010 se establece la base de un compromiso del gobierno que posibilita la evaluación y el monitoreo de los cambios en el estado de salud de los chilenos.

Al cabo de la mitad del periodo, es pertinente preguntarse cómo vamos. Por ello, el Observatorio Chileno de Equidad en Salud¹ –que se especializa en la evaluación de los logros en equidad en salud que se obtienen en el país, en disseminar información con base técnica, en proponer medidas que permitan mejorar en los avances obtenidos y, al mismo tiempo, en colaborar con iniciativas similares– busca responder a esta pregunta: ¿se están cumpliendo las metas parciales que permitirán cumplir las metas totales?

Este trabajo se basa en un estudio elaborado por la Iniciativa chilena de equidad en salud (Ices) por encargo del Ministerio de Salud, cuyo propósito es evaluar el cumplimiento del objetivo sanitario número 3 y que consiste en disminuir las inequidades en salud.

¹ En www.equidadchile.cl

Los resultados de este estudio, que se basan en datos oficiales, han sido calificados por el Ministerio de Salud como una herramienta para reafirmar los logros obtenidos, corregir los aspectos deficitarios y establecer los desafíos para lo que queda del periodo. Hacia adelante, se hace evidente la necesidad de continuar con el monitoreo y la evaluación del conjunto de los objetivos de la década 2000-2010 y de aquellos aspectos que no están considerados en sus metas.

Las inequidades en salud son producto, como se ha establecido por diversos estudios, de un conjunto de determinantes sociales que crean las condiciones para que se manifiesten. Chile, como país, debe mirarse a sí mismo para identificar estos determinantes y buscar anular o, al menos, disminuir sus efectos, como su mayor contribución a mejorar las condiciones de salud de la población de la región de América Latina y el Caribe.

Por ello, el análisis de los objetivos sanitarios se complementa con una mirada de contexto sobre algunos de esos determinantes sociales que pueden estar participando en la génesis y desarrollo de las inequidades en salud y que pueden ser intervenidos para cerrar estas brechas.

Inequidades en salud

Equidad en salud y los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de salud (DSS) se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, de acuerdo con Tarlov, como "las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar" (Tarlov A, 1996:71-93). Se incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud (Krieger N, 2001:693-700).

Los factores determinantes de las diferencias individuales de salud son distintos de los factores determinantes de las diferencias entre las poblaciones (Marmot M, 2001:988-989). En este sentido, resulta útil distinguir dos clases de preguntas etiológicas: la primera busca conocer las causas de los casos y la segunda las causas de la incidencia. Cuando se habla de determinantes sociales, se intenta comprender cómo las causas de los casos individuales se relacionan con las causas de la incidencia de la enfermedad en la población (Rose G, 1985).

En este análisis, cuyo objetivo principal es hacer una evaluación de los avances en el cumplimiento de las metas sanitarias fijadas, abordaremos la descripción de la situación de equidad entre grupos poblacionales chilenos, con la comprensión de que utilizar el enfoque del problema desde la perspectiva de los determinantes

sociales es más amplio e incluye elementos y componentes de otros sectores de la sociedad. Se analizarán algunos determinantes, incluidos educación, género, ingresos, sistemas y atención de salud y la pertenencia a pueblos originarios o etnias.

El propósito de este estudio es el de "realizar una evaluación del estado de avance en el cumplimiento de las metas sanitarias en Chile, relacionadas con la equidad en salud, en particular la situación de la mortalidad infantil y la esperanza de Vida según nivel de escolaridad, para el periodo 1999-2003, que corresponde al Objetivo Sanitario III".

Los resultados de este estudio son un importante insumo para definir políticas públicas, con la mirada de la equidad y de los determinantes sociales de salud, para el diseño final de políticas públicas que puedan tener impacto en beneficio de la población.

El documento Objetivos sanitarios para la década 2000-2010 para Chile describe en su capítulo 3 los objetivos sanitarios para reducir las inequidades en salud. Define tres objetivos de impacto y otros de desarrollo (recuadro 1), con sus respectivas áreas de intervención:

- ▣ La reducción de la brecha de mortalidad infantil según el nivel educacional de la madre
- ▣ El incremento de la esperanza de vida para la población de menor nivel educacional
- ▣ La reducción de la brecha de AVPP (años de vida potencial perdidos) en los grupos poblacionales según la comuna de residencia.

Metodología

Para el desarrollo del estudio se utilizan como fuente de información principal los registros de mortalidad y natalidad oficiales proporcionados por el Ministerio de Salud² y la serie de encuestas CASEN³ y también otras publicaciones y fuentes nacionales. Los determinantes sociales cuya situación se describe son los siguientes:

² • Bases de datos de mortalidad para los años 1999, 2000, 2001, 2002 y 2003 y las bases de datos de los nacidos vivos para los años 1999 a 2003, construidas por DEIS-MINSAL.

• Estimaciones de población por sexo y quinquenios de edad por zona, región, comuna y sexo entre 1999 y 2003, realizadas por INE-CELADE.

• Clasificación Internacional de Enfermedades, Código CIE-X, para las causas de muerte en la base de datos de defunciones.

• Estimaciones de población según tramos de escolaridad y sexo del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) construidas con el aporte de un demógrafo.

³ Encuesta CASEN, caracterización socioeconómica nacional. Encuesta de hogares cuyo objetivo es la evaluación de las políticas sociales en aplicación en el país. La muestra es representativa del conjunto de la población del país y se realiza cada dos o tres años, desde 1987. En www.mideplan.cl

- ☒ Educación
- ☒ Género
 - Participación en la fuerza de trabajo
 - Ocupación
 - Ingreso
- ☒ Sistema de salud
- ☒ Autopercepción de salud
- ☒ Acceso a la atención médica
- ☒ Pueblos originarios o etnia.

Recuadro 1 **OBJETIVOS SANITARIOS DE IMPACTO Y DE DESARROLLO PARA REDUCIR LAS INEQUIDADES EN SALUD**

Objetivo III. Inequidades en salud

☒ **Objetivos de impacto**

1. Reducir la brecha de mortalidad infantil entre grupos educacionales extremos.
Meta: Reducir en 10% el diferencial de mortalidad infantil entre hijos de madres de grupos educacionales extremos.
2. Aumentar esperanzas de vida en grupos más desposeídos.
Meta: Aumentar en dos años la esperanza de vida de los grupos más desposeídos.
3. Reducir las diferencias en pérdida prematura de años de vida entre las comunas.
Meta: Disminuir en 30% la brecha de AVPP entre comunas.

☒ **Objetivos de desarrollo**

1. Focalizar en programas destinados a reducir brechas y mortalidad infantil de causas perinatales, congénitas y respiratorias.
2. Focalizar en programas de salud en grupos de menor nivel socioeconómico.
3. Refocalizar el programa de prevención y control de accidentes en hombres jóvenes de nivel socioeconómico bajo.
4. Refocalizar los programas de prevención y control de hipertensión arterial y cáncer cérvico uterino en mujeres de edad media, de nivel socioeconómico bajo.
5. Implementar un programa de prevención y control de cáncer de vesícula y vías biliares focalizado en mujeres con mayor riesgo.
6. Reasignar recursos para aumentar aporte en las áreas geográficas con mayores necesidades.

Indicadores de equidad en salud

Para la construcción de los indicadores relacionados con la mortalidad infantil y la esperanza de vida se procedió según se describe a continuación.

Mortalidad infantil. A partir de las bases de datos de defunciones y nacimientos de los años 1999, 2000, 2001, 2002 y 2003, se calculó la mortalidad infantil total, neonatal e infantil tardía, para el quinquenio observado, según las dimensiones territorial (país, zona, región, comuna), socioeconómica (medida como escolaridad del padre y de la madre) y según las principales causas de muerte por grandes grupos según CIE 10⁴ (causas perinatales, anomalías congénitas; enfermedades respiratorias; traumas; enfermedades infecciosas y otras).

Esperanza de vida. Para cada una de las bases de datos de las defunciones de los años 1999 a 2003, se hizo un análisis descriptivo de la mortalidad, según los distintos niveles de escolaridad alcanzados por cada una de las personas fallecidas mayores de 20 años⁵. Este análisis incluyó la estratificación según sexo, tramos de edad y causas de muerte.

Resultados

Inequidades en condiciones de vida y determinantes del nivel de salud


Educación

Con respecto al nivel de educación, en Chile se observan avances que son notables. El nivel promedio de educación del país ha mejorado, con un incremento en la media de escolaridad que va desde 9,7 años en 1998 a 10,2 años en 2003, en la población mayor de 14 años (cuadro 1). Con la entrada en vigencia de la Ley de Enseñanza Media Obligatoria en el año 2003, que establece como derecho para todas las personas la educación gratuita hasta los doce años de estudios aprobados, este indicador en el nivel nacional debería mostrar mayores logros en los próximos años.

No obstante la buena situación de los indicadores de educación en el nivel nacional, el análisis, según quintil de ingreso y considerando la población mayor

⁴ CIE 10: Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

⁵ Este análisis se aplica solo para los mayores de 20 años, bajo el supuesto de que a esa edad ya se ha alcanzado un nivel de escolaridad de por lo menos trece años.

Cuadro 1  **INDICADORES DE NIVEL DE EDUCACIÓN**
Chile 1990-1998 y 2003

Indicador	1990 %	1998 %	2003 %
Tasa de analfabetismo (mayores de 14 años)	6,3	4,6	4,2
Años promedio de escolaridad (mayores de 14 años)	9,0	9,7	10,2
Cobertura educación básica	96,9	98,3	99,1
Cobertura educación media	80,9	87,2	92,8

Fuente: Censos de población y serie de encuestas CASEN.

de 24 años⁶, muestra que esta ganancia en años promedio de educación, al igual que se ha observado en periodos anteriores, se debe al mayor incremento de la educación en los quintiles superiores, especialmente el cuarto quintil, con incrementos más discretos en los quintiles segundo y tercero y ninguna mejoría en el primer quintil, correspondiente a los hogares de menores ingresos, como se observa en el gráfico 1.

Al observar los promedios de años de educación alcanzados por sexo y quintil de ingreso, se constata el incremento del promedio desde 8,1 a 13,4 años promedio de educación entre el primer y quinto quintil desde 1998 a 2003, según evidencia la serie de encuestas CASEN.

Otro logro a destacar es que al interior de cada quintil, las diferencias por sexo son mínimas y no alcanzan a ser significativas. La igualdad en el nivel educacional de hombres y mujeres se observa ya desde 1998.

Género

Distribución de la población

Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica y epidemiológica avanzada, que se caracteriza por baja natalidad y mortalidad general, y un incremento de la población adulta mayor. Asistimos a un cambio en el perfil de mortalidad y morbilidad, con reducción de la carga de enfermedad por causas infecciosas e incremento de las causas crónicas. El perfil demográfico actual de la población chilena muestra que nacen mayor número de varones, hecho de observación común en todas las poblaciones, que ellos

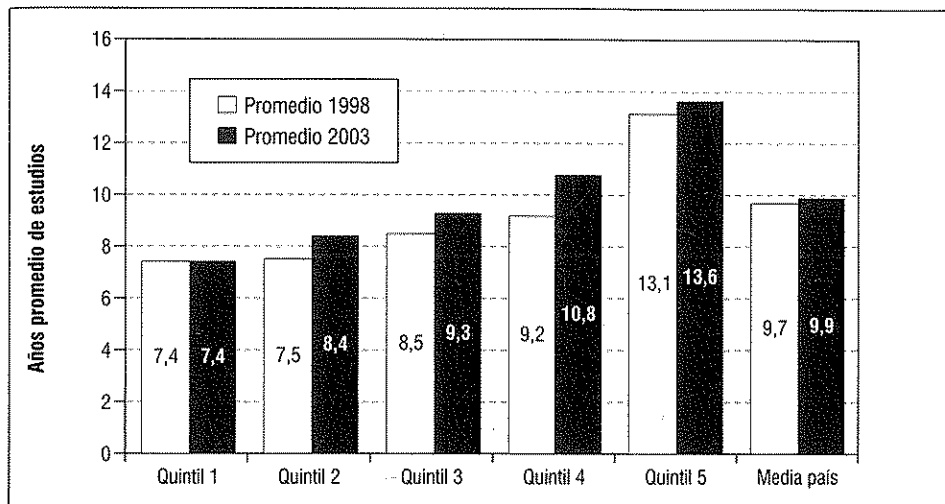
⁶ Cuando se utilizan los quintiles de ingreso como estratificador para comparación, se cambia el universo a población mayor de 24 años, que corresponde al universo que ya ha completado su educación formal y que es la base de la población económicamente activa.

Gráfico 1



ESCOLARIDAD PROMEDIO EN AÑOS, EN POBLACIÓN MAYOR DE 25 AÑOS

Según quintiles de ingreso



Fuente: Encuestas CASEN 1998 y 2003.

fallecen con mayor frecuencia que las mujeres en todas las edades y, a partir de los 30 años, se incrementa la proporción de mujeres en la población general, diferencia que se acentúa después de los 65 años. Hoy los menores de 15 años de edad representan casi el 30,0% de la población y los de 60 y más años el 10,0%. Para el año 2025, los menores de 15 serían el 22,0% y los adultos de 60 y más ascenderán al 18,0%.

▣ Jefaturas de hogar

Chile es un país en el cual observamos un incremento de los hogares cuyo jefe de hogar⁷ es una mujer. Así, desde el año 1990, en la serie de encuestas CASEN, sube de 20,0 a 26,2% la proporción de hogares con jefatura femenina (cuadro 2).

⁷ Definición del Instituto Nacional de Estadísticas: "jefe del hogar" es la persona, hombre o mujer, reconocida como tal por los demás miembros del hogar. En matrimonios o parejas en unión consensual, (convivientes), se aceptará como jefe de hogar a quien declaren como tal. Todo hogar particular debe tener necesariamente un jefe. En caso de que el hogar esté constituido por personas no unidas por parentesco, el jefe es la persona propietaria o arrendataria de la vivienda o la que sea considerada jefe por los demás miembros del hogar.

Basado en lo anterior, en la Encuesta CASEN, se define "hogar" como aquel constituido por una persona o un grupo de personas, con o sin vínculos de parentesco, que comparten vivienda y tienen presupuesto de alimentación común. El "jefe de hogar" es aquel reconocido como tal por los miembros del hogar en el momento de la aplicación del instrumento.


Cuadro 2  **DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES**

Según sexo, del jefe de hogar. 1990-2003

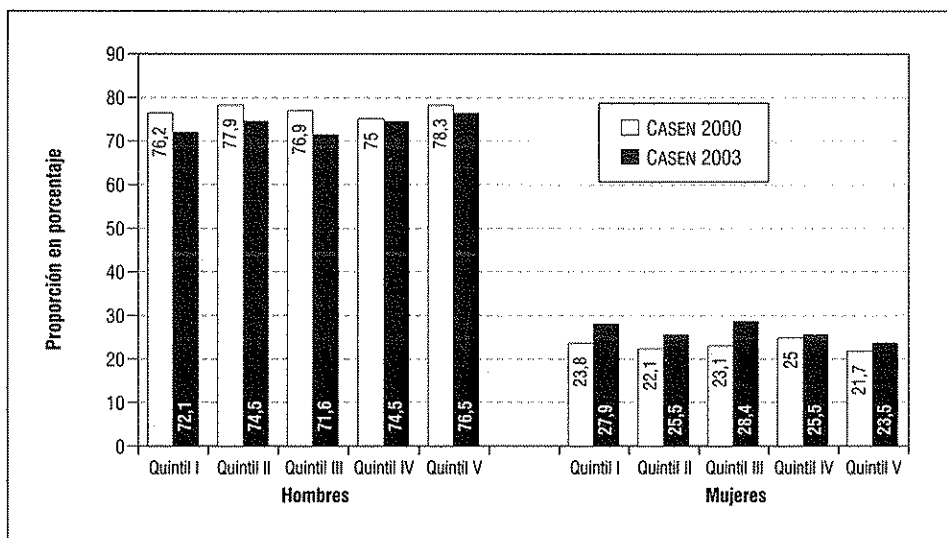
Año	Sexo del jefe de hogar	
	Hombre %	Mujer %
1990	80,0	20,0
1992	79,5	20,5
1994	78,7	21,3
1996	78,1	21,9
1998	77,2	22,8
2000	76,9	23,1
2003	73,8	26,2

Fuente: Encuestas CASEN 2003.

Hay un incremento de las jefaturas femeninas entre 2000 y 2003, que se acentúa en los quintiles de menores recursos (gráfico 2). Esta situación tiene impacto en las familias, pues se ha demostrado que el aporte de las mujeres muchas veces contribuye a que un hogar sobrepase la línea de la indigencia o de la pobreza, a pesar de que ellas reciben ingresos menores que los hombres, en niveles similares de educación.

Gráfico 2  **JEFES DE HOGAR**

Según sexo y quintil de ingresos




Fuente: Encuestas CASEN 2000 y 2003.

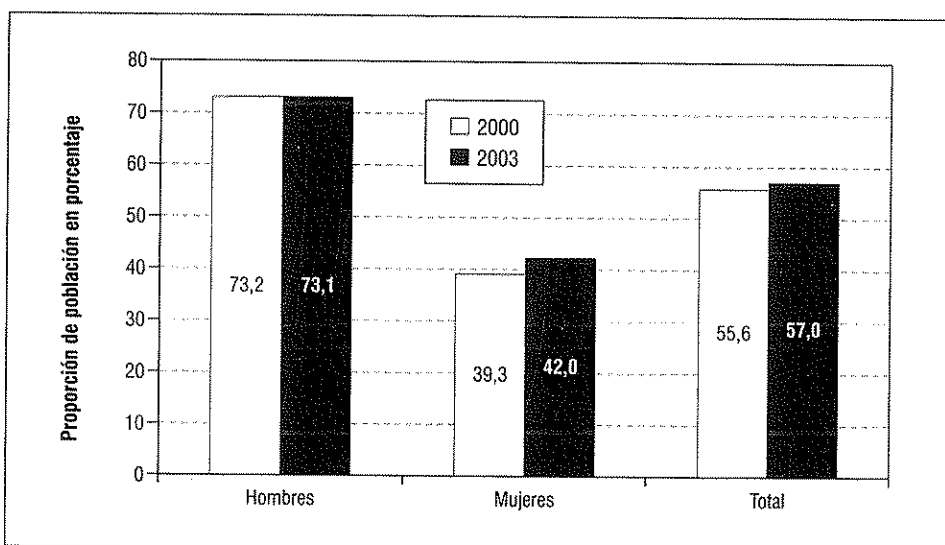
▣ Participación en la fuerza de trabajo

La tasa de participación de la población en el mercado laboral aumentó de 55,6% en el año 2000 a 57,0% en 2003. En el mismo periodo, la tasa de participación de las mujeres creció de 39,3 a 42,0% (gráfico 3). Este aumento significa que aproximadamente 300.000 mujeres se incorporaron a la población económicamente activa (PEA⁸).

Ingreso

Como ya se observa desde hace años en Chile, la distribución de la población según quintiles de ingreso autónomo del hogar no muestra modificaciones entre 1998 y 2003 (gráfico 4). Las familias del quintil más rico disponen de aproximadamente el 50,0% de los ingresos familiares mensuales, en cambio los hogares del quintil más pobre, solo disponen del 6,0%, es decir, de ocho veces menos ingresos que el quintil superior.

Gráfico 3  **TASA DE PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO LABORAL**
Para hombres y mujeres



Fuente: Encuestas CASEN 2000 y 2003.

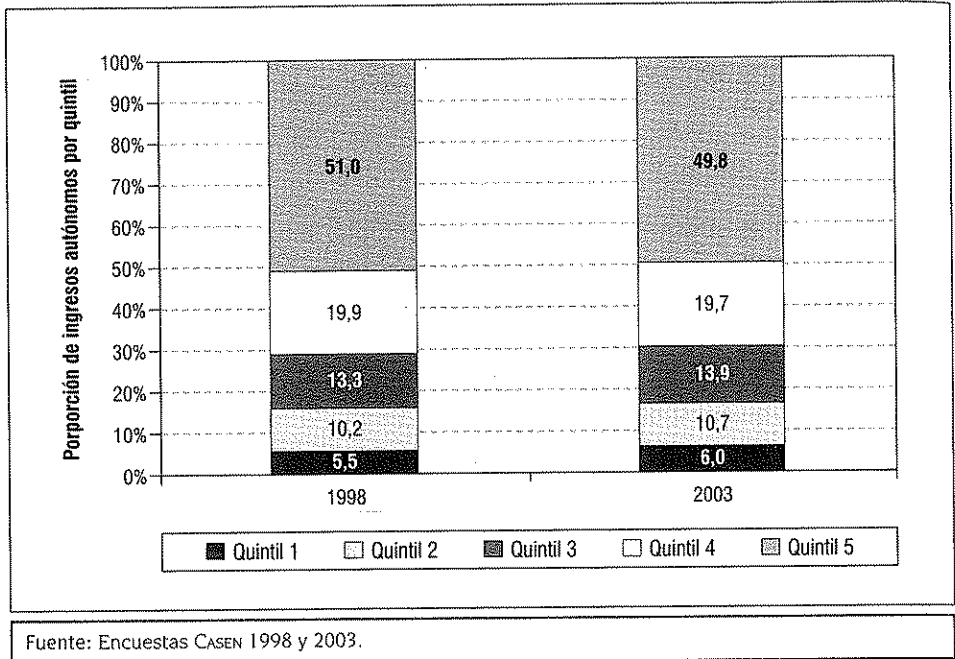
⁸ Población económicamente activa, PEA. Definición del Instituto Nacional de Estadísticas: la constituyen las personas de uno u otro sexo, que proporcionan la mano de obra para la producción de bienes y servicios económicos durante el periodo de referencia elegido para investigar las características económicas. Desde el punto de vista operacional, involucra tanto a ocupados como a desocupados.

Gráfico 4



DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES EN QUINTILES

Según ingreso autónomo mensual promedio del hogar




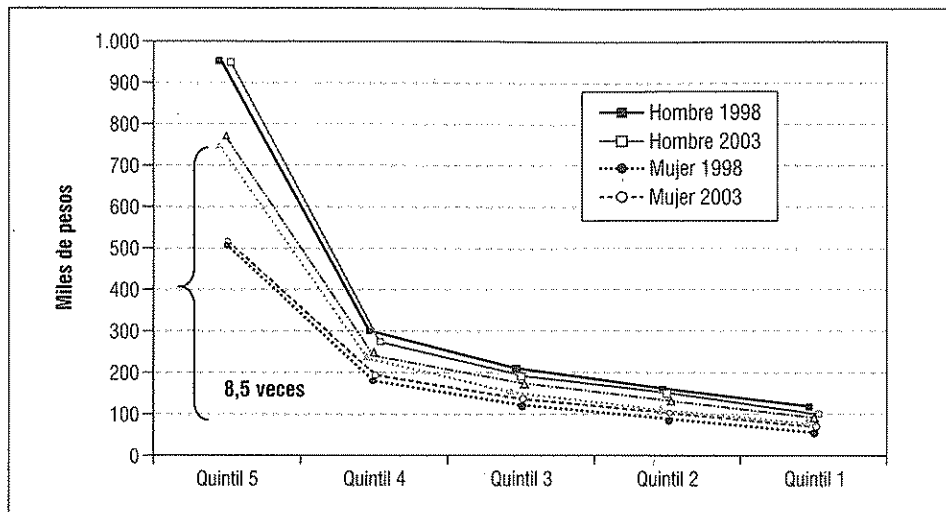
El gráfico 5 muestra que el ingreso promedio total por sexo y quintil varía levemente en algunos quintiles (comparados en moneda del mismo año), en tanto la distribución porcentual se mantiene igual desde 1998 a 2003 y tampoco se modifica la tendencia de mayores ingresos a favor de los hombres en los distintos quintiles de ingreso.

Sistema de salud


Chile tiene un gasto total en salud que alcanza al 3,0% del PIB en 2003 y que se ha mantenido en el mismo valor desde 2001 (cuadro 3). Sin embargo, el gasto en salud, como porcentaje del gasto total, ha crecido del 12,6 al 14,0% desde 1998 a 2003. Estas cifras muestran una recuperación respecto de años anteriores, en los cuales el crecimiento del sector público de salud fue muy escaso y se inserta en el marco del crecimiento global del gasto social en el país.

Desde el punto de vista de la población, la distribución por sistema de aseguramiento en salud muestra una migración de la población desde el sistema privado al sistema público. Según las estimaciones de CASEN, la cobertura global del

Gráfico 5  **INGRESOS POR QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO**
Según sexo (pesos del año 2003)



Fuente: Encuestas CASEN 1998 y 2003.

Cuadro 3  **GASTOS EN SALUD**
Porcentaje del Pib y porcentaje del gasto total

	Porcentaje del Pib					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Porcentaje del Pib						
Salud	2,6	2,8	2,8	3,0	3,0	3,0
Servicios hospitalarios	2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,2
Servicios de salud pública	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Salud NEP*	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
Porcentaje del gasto total						
Salud	12,6	12,4	12,7	13,3	13,4	14
Servicios hospitalarios	9,8	9,6	9,7	10,1	10,1	10,5
Servicios de salud pública	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5
Salud NEP*	2,2	2,2	2,4	2,7	2,8	3,0

* NEP: no especificado en otra partida.

Fuente: Estadísticas de las finanzas públicas 1995-2004. DIPRES, julio 2005^o. (Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, DIPRES. En <http://www.dipres.cl/publicaciones/finanzas.asp>)

sistema público crece de 61,9% en 1998 a 71,6% en 2003 y, por otra parte, el sistema privado se reduce de 23,7% de la población a 16,7% en igual periodo (gráfico 6). También se observa en el periodo una reducción de la población no adscrita a ningún sistema de salud.

Por sexo, la presencia de las mujeres en el sistema público es siempre de mayor magnitud, diferencia que se mantiene en las mismas proporciones a través del periodo de observación, lo cual es consistente con sus remuneraciones más bajas.

Autopercepción de salud

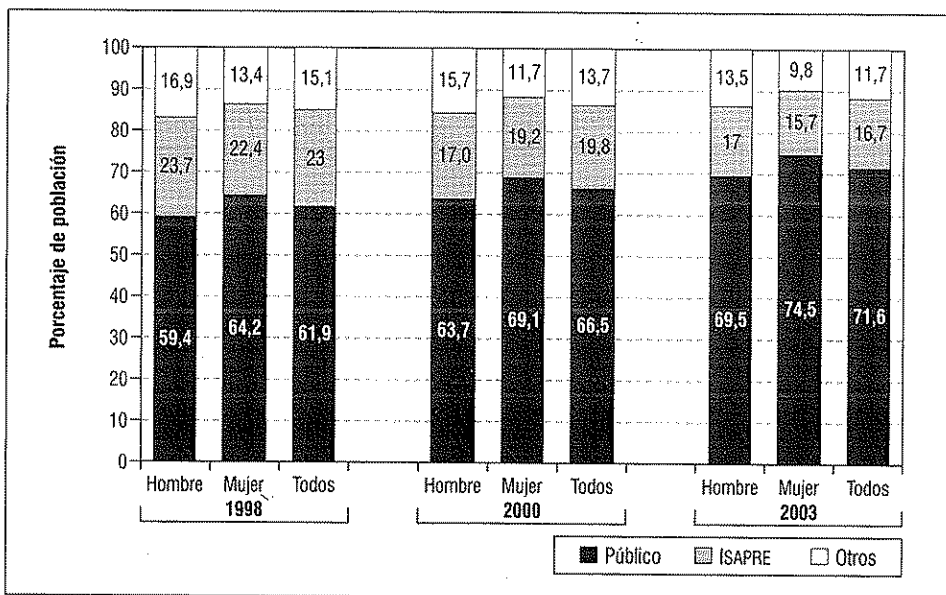
Medir el estado de salud de la población es tarea compleja, y lo habitual es utilizar indicadores de las enfermedades o de las muertes aplicando un concepto "tradicional" de salud como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, es posible aproximarse al problema con un abordaje más "vigente" e intentar medir la "buena salud" o la "calidad de vida" de las personas, concepto que también se asocia a la buena salud, en que las dimensiones utilizadas, entre otras, se refieren a la posibilidad de sentirse satisfechos con la vida propia, desarrollar actividades laborales y personales; sentirse pleno y feliz.

Gráfico 6



POBLACIÓN

Según sistema previsional y sexo



Fuente: Encuestas CASEN 1998, 2000 y 2003.

Para ello, en los últimos años se han utilizado encuestas poblacionales que miden diversas dimensiones de la salud y la calidad de vida utilizando, entre otras, preguntas sobre la autopercepción del estado de salud. Esta medición se ha aplicado en muchos lugares del mundo, con resultados confiables y consistentes, aportando información sobre diversos grupos en la sociedad. Esta es una ventaja adicional del uso de indicadores poblacionales obtenidos por encuestas directas sobre la percepción del estado de salud utilizando un concepto amplio de salud, como el estado de bienestar integral y no sólo la detección de problemas fisiológicos o clínicos.

En Chile la pregunta de autopercepción de salud se aplicó por primera vez en una Encuesta de Hogares en el año 2000, con una formulación directa: "Usted diría que su salud en general es...". Todas las personas de 15 y más años, presentes en el hogar al momento de la encuesta, responden una de las siguientes alternativas: muy buena; buena; regular; mala y muy mala.

Para mostrar los datos, estas categorías se han resumido en tres grupos: buena (que incluye muy buena y buena), regular y mala (que incluye mala y muy mala salud). Estos resultados han servido de línea de base y permiten comparar con otras mediciones nacionales e internacionales.

La autopercepción de salud medida en CASEN 2003 muestra que el 62,9% de la población se declara con buena salud y el 9,2% en el otro extremo, es decir, con mala salud, resultados que son discretamente peores que la observación del año 2000 (Jadue et al, 2004:750-760). Estas diferencias de reducción en 2,3% para la buena salud y de incremento de 2,2% para la mala salud, aunque pequeñas, son significativas en el nivel poblacional. Sin embargo, un factor que puede influir en esta medición es el envejecimiento de la población, pues es sabido que los adultos mayores perciben su salud como más mala en comparación a la población más joven, hallazgo que se corrobora en esta encuesta, conjuntamente con el crecimiento de la proporción de adultos sobre 65 años en el periodo analizado.

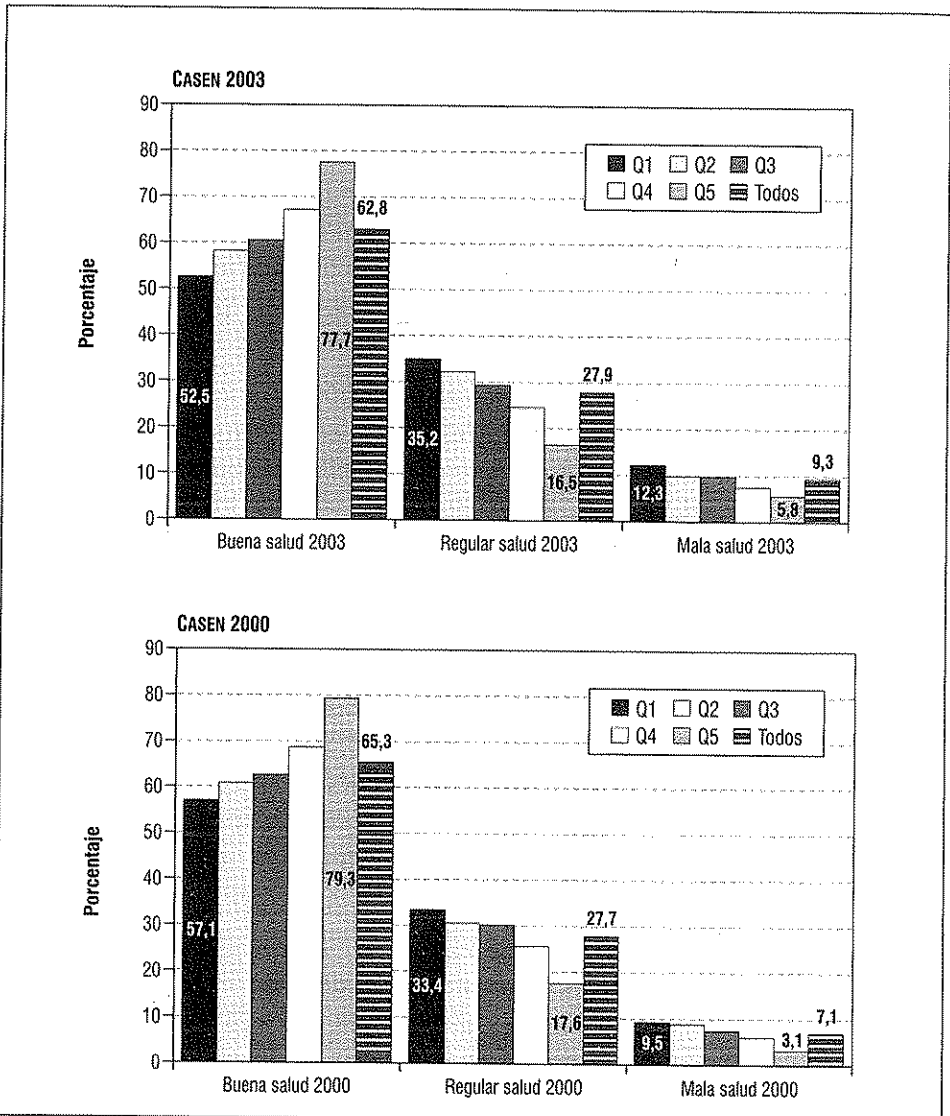
Estos resultados del año 2000 y 2003 (gráfico 7) siguen las mismas tendencias por sexo y quintil de ingresos, en que los hombres y las personas de los quintiles de mayores recursos tienen mejor percepción de su salud, situación que se confirma en otras mediciones realizadas en la Encuesta de Calidad de Vida Ministerio de Salud 2000.

No obstante lo anterior, estos resultados pueden revelar un deterioro de la percepción del estado de salud de los chilenos, y es necesario profundizar estos análisis para confirmar esta observación y vigilar esta tendencia.

Aunque no parece haber duda de la relación entre el ingreso y el nivel de salud de la población, este análisis requiere mayor profundidad y la consideración

de la situación de los individuos en el contexto de su área de residencia o entorno. Chile es un país con grandes diferencias en la distribución de los ingresos e importantes diferencias geográficas, las cuales se han mantenido con pocas variaciones en los últimos años.

Gráfico 7  **AUTOPERCEPCIÓN**
Según quintil de ingresos



Fuente: Encuestas CASEN 2000 y 2003.

Acceso a la atención de salud

En el año 2000 se hizo una modificación al módulo de salud de la Encuesta CASEN y se incorporaron preguntas que permiten evaluar la equidad en el acceso a la atención de salud en la población que ha tenido algún evento de salud en los treinta días previos a la consulta, las cuales se mantuvieron en la aplicación del instrumento en 2003.

Se observó en el año 2003 que el 11,7% de la población declaró haber tenido algún evento de salud en los treinta días previos a la encuesta, sin diferencias importantes por quintil de ingreso. Esta cifra es bastante similar a lo observado en el año 2000, en que alcanzó al 13,2% de la población, con una curva en paralelo, pero ubicada dos puntos porcentuales más abajo.

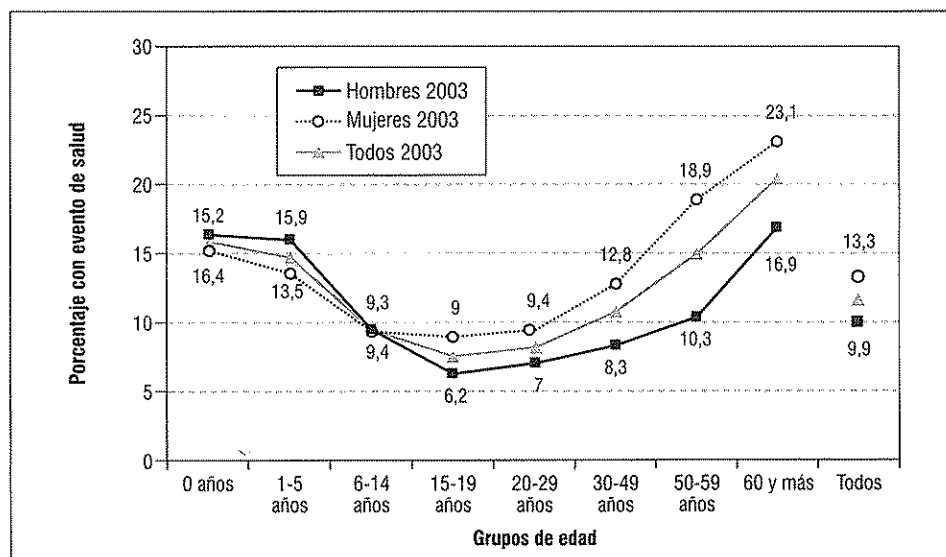
Por grupos de edad, los menores de 5 años y los mayores de 60 son aquellos que han tenido la mayor frecuencia de eventos, grupos etarios que tradicionalmente concentran las mayores necesidades de salud (gráfico 8). Cabe destacar que por sexo, los hombres menores de seis años tienen mayor número de eventos de salud que las mujeres, curva que se invierte a partir de esa edad para mostrar mayores necesidades de salud en la población femenina.

Gráfico 8



PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE PRESENTÓ ENFERMEDAD O ACCIDENTE EN LOS 30 DÍAS PREVIOS A LA ENCUESTA

Según grupos de edad y sexo



Fuente: Encuestas CASEN 1998, 2000 y 2003.

Pueblos originarios o etnias

En Chile, según el censo 2002, la población que se declara perteneciente a etnia originaria corresponde al 5,0% del total del país, es decir, 692.192 personas. La mayor parte de ellas pertenece a la etnia mapuche, sin embargo, se identifican los siguientes grupos: aymara, rapa-nui, quechua, mapuche, coya, kawaskar y yagán. Las etnias que habitan a lo largo de Chile tienen escasa representación, en general, como comunidades con necesidades de salud distintas a las del resto de la población. A pesar de que se reconoce que, usualmente, su situación social y económica está por debajo del nivel promedio del país, la información disponible es escasa y se difunde poco.

En el siguiente análisis se entregan algunos datos sobre la situación de la población perteneciente a etnias, comparados con el resto de la población.

Desde el punto de vista del nivel de educación, se observa que las comunidades étnicas tienen un nivel educacional inferior a la media del país en casi dos años (cuadro 4). Esta situación no puede pasar inadvertida y, dada la relevancia que tiene el nivel educacional como determinante de la salud, las pone en una notable situación de desventaja.

Una consecuencia directa del nivel de educación de la población es su nivel de ingresos y los grupos aborígenes están en una situación de desmedro frente al resto del país. En el gráfico 9, que muestra a la población según su pertenencia a etnias y luego distribuida por quintil de ingresos, se observa que más del 41% de la población de etnia pertenece al quintil de menores ingresos, versus solo el 22% en el resto de la población; en el otro extremo, solo 5,4% se encuentra en el quinto quintil, en comparación con el 16,7% de la población que no pertenece a etnias y que se ubica en el quintil de mayores recursos.

Cuadro 4




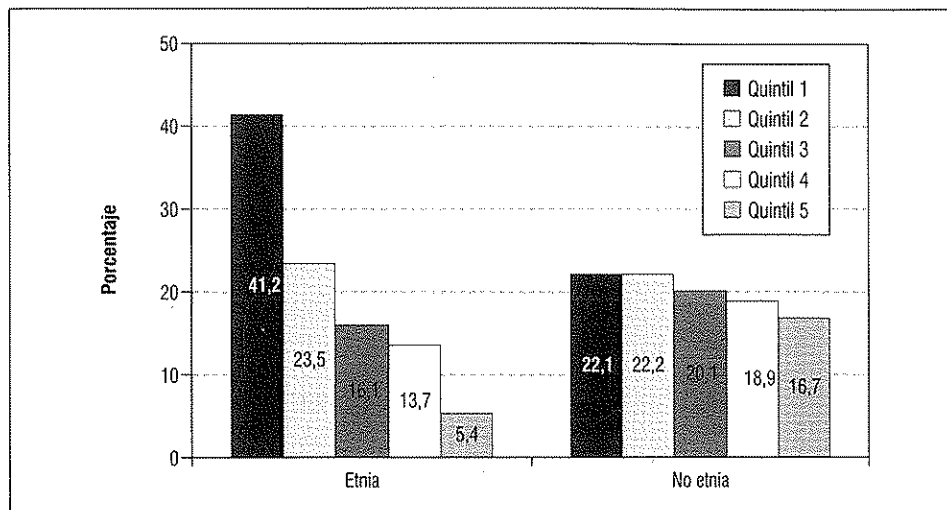
ESCOLARIDAD PROMEDIO

Personas mayores de 14 años pertenecientes a etnia originaria y no pertenecientes a etnia

Etnia	Escolaridad promedio en años
Pertenece a etnia	8,4
No pertenece a etnia	10,3
Total	10,2

Fuente: Encuestas CASEN 2003.

Gráfico 9  **DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN**
Por quintil de ingreso según pertenencia a etnia



Fuente: Encuesta CASEN 2003.

Inequidad en la situación de salud

Mortalidad infantil

Ya desde el año 2000, Chile ha descendido las cifras de mortalidad infantil a solo un dígito. Para el trienio 2001-2003 (gráfico 10) la mortalidad infantil alcanzó 8,2 por 1.000 nacidos vivos (nv), lo que representa una disminución de 17% con respecto al trienio anterior. Esta cifra confirma el mejoramiento sostenido que han experimentado en las últimas décadas los indicadores globales que dan cuenta de la situación general de la salud de la población en Chile.

Sin embargo, la disminución observada no es homogénea cuando se analiza según componente de la mortalidad infantil (gráfico 10). En efecto, ella disminuye de manera global de 9,9 en el trienio 1998-2000 a 8,2 por 1.000 nv en el trienio siguiente, lo que en términos porcentuales representa 24%, mientras que la mortalidad neonatal precoz y neonatal tardía se reducen en 11 y 15%, respectivamente.

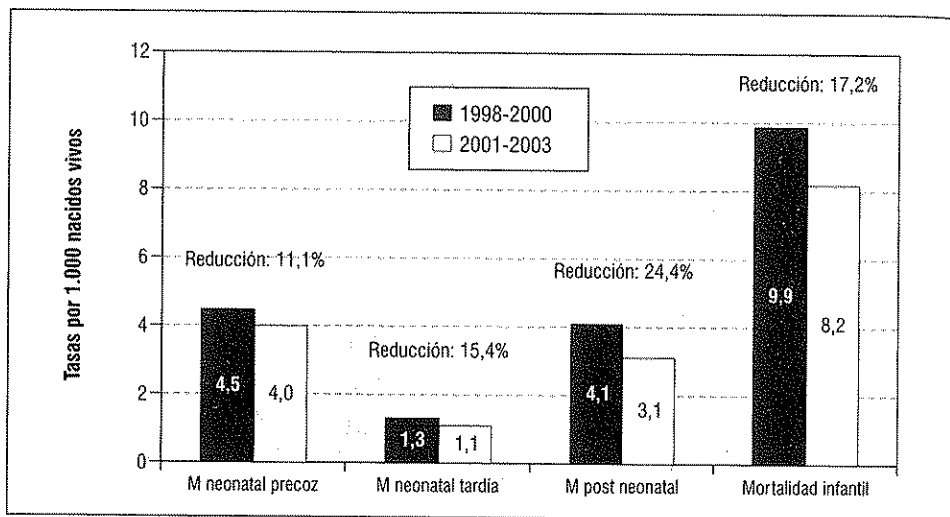
El análisis de la tasa de mortalidad infantil, según el nivel de educación de la madre, hasta ahora ha comparado los grupos extremos de "madres sin escolaridad" versus "madres con 13 ó más años de escolaridad" (cuadro 5). No obstante, gracias a los avances en el nivel de educación de la población chilena, el tamaño

Gráfico 10



TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES

Chile, años 1998-2000 y 2001-2003




Fuente: Estadísticas vitales, MINSAL, 1998 a 2003.

absoluto del grupo "sin escolaridad" se ha reducido notablemente y, por ello, las tasas calculadas son inestables y reflejan más bien la sensibilidad de los cálculos a los números pequeños, que la realidad poblacional. Por esta razón, los cálculos y comparaciones se realizaron identificando a las mujeres con "hasta tres años de escolaridad" como grupo de menor nivel educacional.

Por otra parte, los datos también ponen en evidencia para ambos periodos, que la mortalidad neonatal precoz, habitualmente asociada a causas relacionadas con el niño o con la evolución del embarazo y por ello más dependientes de la calidad y del acceso a la atención médica, es relativamente estable en todos los grupos, con excepción del grupo de mujeres sin escolaridad.

En síntesis, se observa que el riesgo relativo para la mortalidad infantil entre madres de hasta tres años de escolaridad versus madres con más de trece años de educación ha aumentado de 2,6 a 3,0. En otras palabras, esto significa que el diferencial de mortalidad infantil entre grupos educacionales extremos ha aumentado en 15%. Esta situación es distinta en los componentes de la mortalidad. En efecto, el aumento de la brecha se observa principalmente en la componente neonatal precoz y en la postneonatal, mientras que el riesgo de la mortalidad neonatal tardía disminuye de manera importante (3,2 a 1,7) en el periodo observado.

Cuadro 5  **BRECHAS DE MORTALIDAD INFANTIL**

Según educación de la madre por componente de la mortalidad infantil. Chile, 1998-2000 y 2001-2003

Escolaridad de las madres	Mortalidad neonatal precoz		Mortalidad neonatal tardía		Mortalidad postneonatal		Mortalidad infantil Total	
	1998-2000	2001-2003	1998-2000	2001-2003	1998-2000	2001-2003	1998-2000	2001-2003
Hasta 3 años	1,4	1,6	3,2	1,7	4,9	5,0	2,6	3,0
4-6 años	1,6	1,8	2,6	2,4	4,6	4,6	2,6	2,6
7-9 años	1,4	1,4	1,8	2,1	3,6	3,3	2,0	2,0
10-12 años	1,3	1,3	1,5	1,6	2,3	2,3	1,6	1,6
13 y más	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Fuente: Estadísticas vitales, MINSAL, 1998 a 2003.

En relación con el cumplimiento de uno de los objetivos de este estudio que es el de "evaluar el estado de avance en el cumplimiento de las metas sanitarias en Chile, relacionadas con la equidad en salud, en particular la situación de la mortalidad infantil según nivel de escolaridad de la madre, para el periodo 2001-2003", se puede decir que, no obstante la disminución de la mortalidad infantil global, la brecha entre grupos educacionales extremos ha aumentado de 2,6 a 3,0, lo que en términos porcentuales representa un aumento de 15%.

El primer objetivo de impacto relacionado con la mortalidad infantil propuesto en los objetivos sanitarios para el periodo 2000-2010 plantea "Reducir en 10% el diferencial de mortalidad infantil entre hijos de madres de grupos educacionales extremos". Dado que la brecha de mortalidad para el trienio 1998-2000 era de 2,6, en términos concretos esta meta significaba reducir a 2,34 ($2,6 - 0,26 = 2,34$) el diferencial de mortalidad infantil entre hijos de madres de grupos educacionales extremos.

Según el análisis realizado con la información correspondiente al trienio 2001-2003, para alcanzar la meta propuesta⁹ es necesario reducir el diferencial de mortalidad infantil entre grupos extremos de 3 a 2,34. En términos porcentuales esto representa una reducción del 25% en el diferencial entre grupos extremos al año 2010.


Bajo el supuesto de mantener constante la mortalidad infantil observada en el último trienio de los niños de madres con mayor escolaridad, es decir, 5 por 1.000 NV, la mortalidad infantil de madres con menos escolaridad debe reducirse de 15,1 a 11,7 por 1.000 NV.

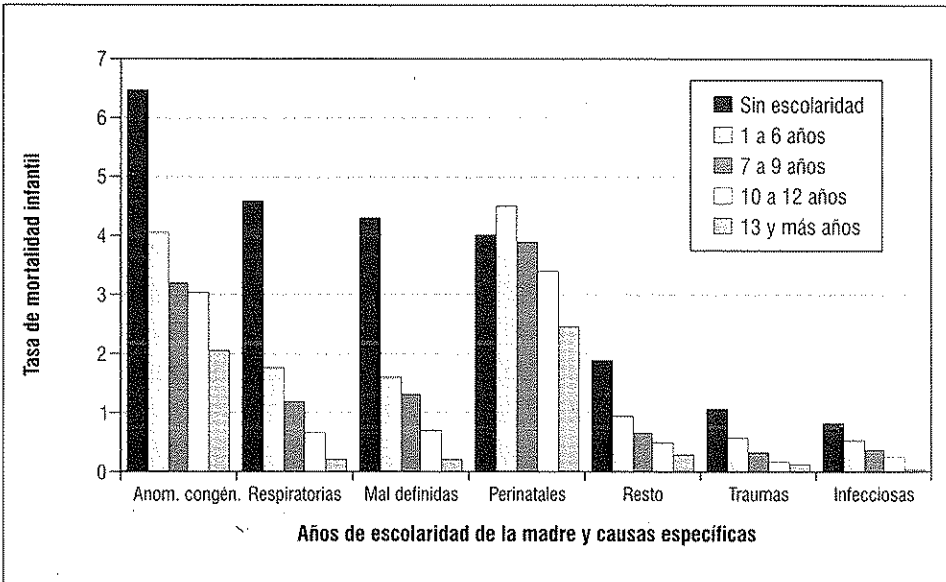
⁹ Objetivos sanitarios 2000-2010.

Inequidades relacionadas con las causas de muerte infantil

La tasa de mortalidad infantil por grupos de causas también varían de acuerdo con el nivel socioeconómico, con una clara tendencia de mayor mortalidad en los niveles más bajos de escolaridad de la madre, para todos los grupos de causas que son catalogadas como "evitables" o "reducibles" (Taucher E, 1978:5-14 y Taucher E; Jofré I, 1997: 1.225-35) (gráfico 11).

Según se observa en el cuadro 6 los mayores riesgos relativos, entre los grupos extremos de escolaridad (hasta tres años versus trece y más años de estudio) para los años 1998-2000, están en las causas: enfermedades respiratorias (10,1); causas mal definidas (6,1); traumatismos (7,0) y enfermedades infecciosas (4,3) lo que da un total de 3.581 muertes atribuibles a estas causas. Sin embargo, el análisis por riesgo atribuible poblacional muestra que después de las enfermedades respiratorias, son las anomalías congénitas y las causas perinatales las de mayor relevancia, seguidas muy de cerca por las causas mal definidas y los traumatismos, pero restando relevancia a la educación de la madre como factor de riesgo modificable en este aspecto para las enfermedades infecciosas.

Gráfico 11  **MORTALIDAD INFANTIL**
Por causas y nivel de instrucción de la madre. Chile, 2001-2003



Fuente: Estadísticas vitales, MINSAL, 2001 a 2003.

Cuadro 6



**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, RIESGO RELATIVO
ENTRE GRUPOS EXTREMOS DE ESCOLARIDAD MATERNA
Y MUERTES ATRIBUIBLES**

Según causas de fallecimiento. Chile 1998-2000

Causas	Tasa mortalidad infantil	Número defunciones	Riesgo relativo*	Riesgo atribuible poblacional %**	Muertes atribuibles
Causas perinatales (P000-P96X)	3,7	2.797	1,9	24,5	685
Anomalías congénitas (Q000-Q99X)	3,3	2.512	1,8	20,6	516
Enfermedades respiratorias (J000-J99X)	1,1	849	10,1	49,9	423
Causas mal definidas (R000-R99X)	0,7	565	6,1	27,1	153
Resto de las causas	0,6	426	2,2	6,2	26
Traumatismos (S000-Y89X)	0,5	365	7,0	22,0	80
Enfermedades infecciosas (A000-B99X)	0,3	251	4,3	9,6	24
Total	10,3	7.765	2,6	61,5	1.908

Fuente: Estadísticas vitales, MINSAL, 1998 a 2000.

* Riesgo relativo (RR): compara niños fallecidos de madres con hasta tres años de escolaridad versus hijos de madres con 13 y más años de estudios.

** Riesgo atribuible poblacional porcentual (RAP%): esta medida permite estimar la proporción de enfermedad en la población que es explicada por la exposición al factor estudiado.

El trienio 2001-2003 muestra una situación menos favorable aún que la observada en el periodo anterior (cuadro 7). Se constata un aumento importante del riesgo relativo en las causas mal definidas (de 6,1 a 13,5); enfermedades respiratorias (10,1 a 12,7) y enfermedades infecciosas (4,3 a 11,7), lo que significa un total de 3.715 muertes atribuibles a estas causas. El riesgo por traumas es la única causa en la cual se observa una disminución importante del diferencial entre grupos extremos de escolaridad en los periodos observados de 7,0 a 3,7.

Esperanza de vida según nivel de educación

Como es ampliamente conocido, la esperanza de vida es considerada como uno de los indicadores que reflejan la situación de salud de una población. En nuestro país, la esperanza de vida al nacer, para el periodo 2000-2005, ya sobrepasó los 77 años, y está para las mujeres por sobre los 80. Sin embargo, estos beneficios no se distribuyen de igual manera entre nuestra población.

El cuadro 8 muestra la esperanza de vida prevista a los 20 años de hombres y mujeres según su nivel educacional. Las personas con menos educación presentan una esperanza de vida inferior a las que tienen más educación, diferencias que van desde 51,8 años a 63,8 en los hombres y 57,2 a 66,8 en las mujeres. Por otra parte, la esperanza de vida aumentó en un año en ambos sexos durante el periodo estu-

Cuadro 7



**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, RIESGO RELATIVO
ENTRE GRUPOS EXTREMOS DE ESCOLARIDAD MATERNA
Y MUERTES ATRIBUIBLES**

Según causas de fallecimiento. Chile 2001-2003

Causas	Tasa mortalidad infantil	Número defunciones	Riesgo relativo	Riesgo atribuible poblacional %	Muertes atribuibles
Causas perinatales (P000-P96X)	3,2	2.365	1,5	30,0	380
Anomalías congénitas (Q000-Q99X)	2,8	2.052	2,5	57,5	703
Enfermedades respiratorias (J000-J99X)	0,6	607	12,7	73,1	185
Causas mal definidas (R000-R99X)	0,8	415	13,5	71,0	338
Resto de las causas	0,5	384	3,7	32,2	57
Traumatismos (S000-Y89X)	0,1	151	3,7	26,1	3
Enfermedades infecciosas (A000-B99X)	0,2	84	11,7	19,2	32
Total	8,4	6.058	3,0	83,6	1.698

Fuente: Estadísticas vitales, MINSAL, 2001 a 2003.

do, pero este aumento es distinto según los años de estudios. En los hombres sin educación se observa más bien una disminución de 0,1 años, mientras que en los que tienen más escolaridad el aumento es de 1,6 años. En las mujeres la tendencia también es clara: a mayor escolaridad mayor aumento en la esperanza de vida.

El cambio de la esperanza de vida en función de la edad temporaria entre los 20 y los 70 años para hombres y mujeres (cuadro 8) entre los dos periodos observados, muestra un descenso de la expectativa de vida en hombres y mujeres sin educación, mientras que en el grupo de más educación hay un aumento de 0,2 y 0,1 años para hombres y mujeres, respectivamente. En otras palabras, las expectativas de vida temporaria del grupo de los hombres sin educación disminuyeron en 0,5 años y en el grupo de más educación aumentaron en 0,2 años. En el caso de las mujeres, las tendencias son las mismas pero las magnitudes son menores.

Estas diferencias están medidas en el universo y por ello, aunque pequeñas, resultan significativas.

Mortalidad de la población mayor de 20 años según causa y nivel de educación

Con respecto a las tasas de mortalidad según nivel educacional y grupo etario, para el periodo 1985-2003 se observa que en general hay una tendencia a la reducción, situación que se repite en casi todos los grupos etarios en las mujeres, especialmente sobre 65 años. Sin embargo, en los hombres, se pueden

Cuadro 8



**EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA
DE 20 A 70 AÑOS**

Según nivel de escolaridad y sexo. Chile 1985 a 2003

	Esperanza de vida temporaria: E(20-70)				
	Total	Sin educación	1-8 años	9-12 años	13 y más años
Hombres					
1985-87	44,5	40,4	43,9	45,3	47,1
1990-92	45,5	40,8	44,5	46,4	47,8
1995-97	45,8	41,8	45,6	45,8	46,4
1998-00	46,0	43,5	44,4	46,4	48,5
2001-03	46,3	43,0	44,4	46,7	48,7
Cambio 98-03	0,3	-0,5	0,0	0,3	0,2
Mujeres					
1985-87	47,2	44,5	46,9	48,0	48,1
1990-92	47,6	44,4	47,2	48,3	48,6
1995-97	47,8	45,7	47,8	47,9	47,9
1998-00	48,0	46,0	47,4	48,3	49,2
2001-03	48,2	45,7	47,5	48,5	49,3
Cambio 98-03	0,2	-0,3	0,1	0,2	0,1
Fuente: Estadísticas vitales, MINSAL, 1985 a 2003.					

distinguir dos claras tendencias, la primera hace relación a un incremento o estancamiento de la mortalidad en los grupos con menos de nueve años de educación, la segunda corresponde a una reducción de las tasas de mortalidad en los grupos con mayor escolaridad. Es posible plantear que aquellas personas con menor nivel de educación son aquellos que conforman las cohortes poblacionales de mayor edad y que ahora están falleciendo. Por otra parte, es importante explicitar que, a diferencia de lo planteado para la mortalidad infantil, la comparación con el grupo de personas "sin escolaridad" todavía es válida ya que se trata de un amplio grupo de la población.

El efecto neto es que las brechas en las tasas de mortalidad entre grupo extremos de educación crecen entre los trienios, tanto para hombres como para las mujeres (cuadro 9). Así, en el trienio 1985-1987, en la cohorte de hombres de 20 a 44 años, la tasa de los sin educación fue 8,9 veces mayor a las tasa del grupo más educado, diferencia que incrementó a once veces en el trienio 2001-2003. Esta situación se repite para los tres grupos de escolaridad y en ambos sexos de manera consistente y explica el menor crecimiento de la esperanza de vida en los grupos menos educados.

MORTALIDAD GENERAL (POR 100.000)
Según grupos de edad y nivel de educación
Chile período 1985-2003



Cuadro 9

	20 a 44 años			45 a 64 años			65 y más años								
	85-87	90-92	95-97	98-00	01-03	85-87	90-92	95-97	98-00	01-03					
Hombres															
Sin educación	6,2	7,6	6,5	4,1	5,4	13,6	14,3	11,7	10,0	10,3	67,9	68,3	57,0	57,8	52,8
1 a 8 años	2,6	2,0	2,3	3,0	3,3	10,9	5,8	9,0	10,8	11,2	59,3	33,2	59,0	64,6	65,7
9 a 12 años	1,7	1,5	1,7	1,7	1,6	12,2	8,1	9,1	6,2	5,9	69,0	54,3	64,4	49,1	41,3
13 y más años	0,7	0,7	1,1	0,5	0,5	5,5	5,0	8,5	2,9	2,4	50,9	42,9	68,8	27,9	21,0
Brecha del trienio	8,9	10,9	5,9	8,2	10,8	2,5	2,9	1,4	3,5	4,3	1,3	1,6	0,8	2,1	2,5
Mujeres															
Sin educación	3,1	2,9	2,4	2,0	2,7	9,8	9,0	6,6	6,3	6,0	65,0	93,6	52,0	51,1	46,6
1 a 8 años	1,1	0,8	0,8	1,1	1,1	6,1	3,5	5,0	5,9	6,0	42,9	35,1	43,1	47,4	48,4
9 a 12 años	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	4,8	4,7	4,3	3,0	3,0	37,8	47,6	36,9	29,4	23,6
13 y más años	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	3,4	4,6	4,6	1,5	1,3	40,6	47,0	46,3	18,2	12,9
Brecha del trienio	7,8	7,3	6,0	10,0	13,5	2,9	2,0	1,4	4,2	4,6	1,6	2,0	1,1	2,8	3,6

Fuente: Estadísticas vitales, MINSAL.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares, las tres causas con las mayores tasas de mortalidad en la población sin educación y con brechas muy amplias con respecto a los más aventajados, son todos problemas de salud en que la literatura ya muestra algunas evidencias que permiten relacionar las condiciones de vida y el estrés asociado a las situaciones de desventaja social con el daño fisiológico que estos problemas pueden desencadenar. El abordaje desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas y en las políticas de salud puede representar una forma de intervenir estos problemas para disminuir y eliminar estas brechas.

Los accidentes de tránsito, causa que lidera las brechas en el último trienio estudiado, cobra mayor importancia cada día en Chile y se observa que es un problema principalmente de los hombres, probablemente adultos jóvenes, quienes contribuyen principalmente a esta desigualdad. Este elemento debe orientar las intervenciones en esta área.

En el análisis de tales brechas es posible argumentar que estas comparaciones pueden estar distorsionadas por las edades de los individuos y el tamaño de los grupos en cada tramo de educación que se presenta. Sin embargo, es necesario considerar que el análisis se realiza sobre la población mayor de 20 años, es decir, sobre los individuos que alcanzaron su mayor nivel educacional.

Resulta interesante observar que las edades promedio muestran que, en la mayoría de las causas, los fallecidos de mayor educación tienen promedios de edad inferiores que los de menor educación, situación que se esperaba resultara en el sentido inverso, dado que la esperanza de vida de la población chilena, en el nivel nacional, ha crecido sobretodo por el aumento de la expectativa de vida de la población de mayor educación. Se necesitarán otros análisis para buscar una explicación a este hecho, probablemente realizando ajustes de las tasas de mortalidad por edad, al interior de cada causa, para controlar el efecto que podrían tener las diferencias atribuibles a esa variable y no a la educación.

Los rangos de edad son similares en la mayoría de los grupos, con límite inferior en la década de los 20 años, dado por la metodología, y muy amplios. Se destacan edades máximas por sobre los 100 años en varios grupos de educación y causas, información que ha sido validada en la base de datos.

Con respecto al tamaño absoluto de los grupos, la distribución por tramo de escolaridad es similar en todas las causas, con la mayor cantidad de fallecidos en el grupo de educación básica completa, y el grupo más pequeño con educación por sobre los 13 años de escolaridad (cuadro 10).

Cuadro 10

**BRECHAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS**

Según nivel de educación, ordenadas según riesgo relativo (RR)
Chile, trienio 1998-2000

Causas y códigos CIE-10	Población total, 1998-2000					RR sin escolaridad versus 13 y más años
	Tasas de mortalidad según causas y años de estudio					
	Ninguno	1-8 años	9-12 años	13 y más	Total	
Demencia, (F00-F03))	22,5	9,1	2,0	0,7	5,3	31,9
Ira, (J00-J20;J40-J42)	242,4	102,9	23,4	8,1	59,9	29,8
Cerebrovasculares, (I60-I69)	262,6	136,3	36,3	12,3	78,8	21,3
Diabetes, (E10-E14)	64,8	45,5	10,6	3,7	24,6	17,6
Cirrosis, (K70;K74;K76)	57,3	61,3	16,0	4,7	32,3	12,3
Cardiopatía isquémica, (I20-I25)	207,1	138,3	44,6	19,2	81,5	10,8
Homicidios, (X85-Y09)	5,7	8,0	3,9	0,7	4,8	8,0
Suicidios, (X60-X84)	14,1	16,7	9,7	4,0	11,3	3,5
Accidentes tránsito, (V01-V99)	21,4	23,4	16,2	7,5	17,3	2,8
Hepatitis, (B15-B19)	0,4	1,4	0,8	0,2	0,9	1,5
VIIH-SIDA, (B20-B24)	1,5	5,1	5,6	2,1	4,5	0,7

Fuente: Estadísticas vitales, MINSAL.

Al igual que en el análisis anterior, es posible identificar causas con brechas elevadas que se asocian a enfermedades crónicas cuyo abordaje debe incluir otras estrategias por fuera del sector salud, además de la atención médica para reducir estas diferencias. Es posible identificar problemas que se asocian con condiciones y estilos de vida, cuyo mejoramiento depende del trabajo con otros sectores de la sociedad. Así, surge con mayor importancia la necesidad de hacer promoción de la salud y educación en estilos de vida saludable.

Chile tiene un Plan nacional de promoción de salud, que se aplica, principalmente, a través de Vida Chile, organismo que convoca al sector salud en todos sus niveles y otras organizaciones fuera del sector, cuyo ámbito de acción se relaciona con los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, el desafío para tener impacto en la salud de la población, es llegar realmente a la población más necesitada, con menor nivel de educación, pues la mayoría de las estrategias de promoción se ubican en el marco de la educación, las cuales, hasta ahora, han mostrado escaso impacto en estos grupos de la población (cuadros 11 y 12).

Cuadro 11



BRECHAS DE RIESGO RELATIVO (RR)

Según tramos de escolaridad para las 20 primeras causas de mortalidad en población mayor de 20 años, ordenadas por RR entre grupos extremos de educación. Chile, trienio 1998-2000

Causas y códigos CIE-10	Total país 1998-2000 Tasas de mortalidad según años de estudio					RR sin escolaridad versus 13 y más años
	Ninguno	1-8 años	9-12 años	13 y más	Total	
Causas mal definidas y no especificadas (R99X)	95,5	16,2	2,5	0,9	11,6	101,2
Cáncer de esófago (C159)	18,8	7,7	1,3	0,3	4,3	61,5
Desnutrición proteico calórica (E46X)	10,9	4,2	0,8	0,2	2,4	52,8
Senilidad (R54X)	33,2	10,7	1,9	0,7	6,3	48,2
Enfermedad cardíaca hipertensiva (I110, I119)	30,3	14,8	3,0	0,7	8,2	41,1
Hipertensión esencial (primaria) (I10X)	13,6	6,0	1,2	0,4	3,4	36,3
Insuficiencia cardíaca (I500, I509)	33,9	14,2	2,9	0,9	8,1	35,9
Secuelas de enfermedad cerebrovascular (I694)	21,6	8,9	2,1	0,6	5,2	35,4
Cáncer de vías biliares (C249)	11,8	5,4	1,4	0,3	3,1	35,2
Enf. pulmonares obstructivas crónicas (J448, J449)	42,7	18,6	3,9	1,3	10,7	32,0
Demencia (F03X)	13,5	5,5	1,2	0,4	3,2	31,9
Accidente cerebrovascular agudo (I64X)	82,9	35,8	7,9	2,6	20,6	31,6
Neumonía y bronconeumonía (J180, J189)	131,1	54,1	12,0	4,3	31,6	30,7
Sepsis (A419)	11,8	5,0	1,3	0,4	3,0	30,7
Infección de vías urinarias (N390)	9,2	5,6	1,5	0,3	3,1	26,7
Cáncer de vesícula biliar (C23X)	22,6	13,6	3,1	0,9	7,4	25,9
Infarto cerebral (I639)	8,6	4,1	1,1	0,4	2,4	21,9
Aterosclerosis general (I709)	7,8	4,3	0,9	0,4	2,4	20,9
Cáncer de estómago (C169)	52,5	31,4	7,9	2,5	17,5	20,8
Insuficiencia renal crónica (N189)	8,7	5,7	1,6	0,5	3,2	18,4

Fuente: Estadísticas vitales, MINSAL.

Cuadro 12

**BRECHAS DE RIESGO RELATIVO (RR)**

según tramos de escolaridad para las 20 primeras causas de mortalidad en población mayor de 20 años, ordenadas por RR entre grupos extremos de educación. Chile, trienio 2001-2003

Causas y códigos CIE-10	Total país 2001-2003					RR sin escolaridad versus 13 y más años
	Tasas de mortalidad según años de estudio					
	Ninguno	1-8 años	9-12 años	13 y más	Total	
Causas mal definidas y no especificadas (R99X)	116,1	20,2	2,4	1,1	13,2	107,6
Senilidad (R54X)	33,8	13,4	2,1	0,5	6,9	66,8
Desnutrición proteico calórica (E46X)	16,8	5,9	0,8	0,3	3,1	63,0
Secuelas de enfermedad cerebrovascular (I694)	46,4	21,3	3,7	1,0	10,8	47,7
Cáncer de esófago (C159)	29,5	14,0	2,0	0,7	6,9	45,2
Enfermedad cardíaca hipertensiva (I110, I119)	82,6	44,6	7,4	1,9	21,9	43,4
Neumonía y bronconeumonía (J180, J189)	136,4	56,8	10,0	3,2	29,7	43,2
Demencia (F03X)	68,5	29,6	5,5	1,6	15,5	43,2
Enf. pulmonares obstructivas crónicas (J448, J449)	85,9	40,9	7,1	2,1	20,7	41,6
Accidente cerebrovascular agudo (I64X)	121,9	59,5	11,8	3,4	30,7	36,2
Insuficiencia cardíaca (I500, I509)	61,0	33,2	7,1	1,8	17,0	34,7
Sepsis (A419)	5,3	3,2	0,6	0,2	1,6	30,7
Cáncer de vesícula biliar (C23X)	35,8	25,5	5,1	1,2	12,4	29,6
Cáncer de vías biliares (C249)	15,5	9,8	2,0	0,6	4,8	27,1
Infección de vías urinarias (N390)	15,6	11,3	2,3	0,7	5,5	24,0
Cáncer de estómago (C169)	84,0	57,1	12,8	3,8	28,6	22,4
Cáncer de cuello uterino (C539)	16,2	12,5	3,7	0,7	6,5	21,7
Aterosclerosis general (I709)	5,7	2,8	0,6	0,3	1,5	21,5
Insuficiencia renal crónica (N189)	16,6	12,4	3,0	0,9	6,2	18,4
Cirrosis hepática alcohólica (K703, K709)	22,4	26,4	6,0	1,2	12,4	18,3

Fuente: Estadísticas vitales, MINSAL.

Conclusiones

Chile ha experimentado importantes avances sociales y económicos que ayudan a comprender la buena situación general de los indicadores de salud de la población. La comparación del nivel de logro de indicadores globales, tales como la esperanza de vida y la mortalidad infantil, con respecto al resto de los países del mundo, incluso con los países desarrollados, nos ubica entre los primeros lugares en América Latina. Los logros pueden explicarse por diversas razones, entre otras, por los importantes cambios en la situación de contexto que vive nuestro país y relacionados directamente con los determinantes sociales de la salud, como la educación, el avance en términos de disminución de brechas según género, la disminución de la pobreza e indigencia, la preocupación por mejorar el acceso y calidad del sistema del salud y otros que se mencionan más adelante.

El nivel de educación de la población chilena en los últimos años ha experimentado grandes logros; la educación básica ha alcanzando cobertura casi universal (99,1%) y hubo un cierre de la brecha de los años promedios de educación entre hombres y mujeres. El promedio educacional del país alcanza actualmente niveles altos y la tasa de analfabetismo ha disminuido sistemáticamente en los últimos años. Aunque aún persisten diferencias del nivel de escolaridad entre quintiles de ingreso, la nueva ley que extiende la educación obligatoria a doce años, tendrá impacto principalmente en las cohortes más jóvenes y en los grupos de menos ingresos, logros que debieran reflejarse en los próximos años.

Desde el punto de vista de las diferencias de género, hay cambios evidentes, con un incremento de las mujeres jefas de hogar y un aumento importante de la participación de la mujer en la población económicamente activa. Esto le ha permitido generar sus propios recursos, aumentando sus niveles de autonomía personal y económica. El aumento de la cantidad de empleos para las mujeres no se ha traducido necesariamente en un mejoramiento de la calidad de estos, además de la ya conocida brecha salarial entre hombres y mujeres, que alcanza hasta un 30%. La desigualdad de ingresos con los hombres del mismo nivel de educación persiste, principalmente, en los quintiles de mayores ingresos. Es aún un desafío para las autoridades y para la sociedad en su conjunto mejorar las condiciones de calidad del empleo, en especial en lo que hace relación con las características de inestabilidad, falta de protección social y bajos ingresos.

Con referencia al sistema de salud, en los últimos años se observa una migración de la población al seguro público, siete de cada diez personas pertenecen al FONASA y el resto se distribuye principalmente en las diversas Isapre. Es importante destacar que uno de cada diez chilenos (9%), declara no estar adscrito a

ningún seguro de salud. La adscripción al FONASA es diferente según sexo y grupos etarios. La distribución del aseguramiento, según edad, muestra que la población al envejecer y pasar de una edad laboralmente activa a la condición de inactiva, reduce su adscripción al seguro privado y es el seguro público el que los acoge.

La Encuesta CASEN 2003 muestra que más del 60% de la población declara tener una salud buena o muy buena salud. Esta percepción es distinta según sexo, edad, tipo de seguro y nivel de escolaridad e ingresos. El acceso a los servicios y el nivel de salud medido mediante la percepción de necesidad muestran que la amplia mayoría (73%) satisface sus necesidades. Las razones para la no satisfacción se distribuyen principalmente entre problemas económicos y, en menor medida, debido a falta de acceso y rechazo de la atención dentro del sistema de salud.

En este sentido, la aplicación del plan Ges (antes AUGE)¹⁰ con el sistema de garantías explícitas en salud apunta a cerrar las brechas en términos de acceso y oportunidad en la atención. Además, esta debe ser de buena calidad y con un costo controlado, desde la perspectiva del usuario, para dar protección financiera a las familias frente a los problemas de salud. Para efectos de evaluación del impacto, la puesta en marcha del plan Ges para 40 problemas de salud y con cobertura a toda la población chilena, solo lleva algunos meses de aplicación¹¹, por lo cual sus resultados aún no son evaluables y es un desafío disponer de la voluntad política, de los recursos y de la información que permita hacer una evaluación tanto del proceso como del impacto en los grupos que más lo requieren.

La población perteneciente a las etnias originarias constituye aún un grupo prioritario y un reto para las políticas sociales, pues en todos los indicadores de bienestar ese grupo muestra logros menores que el resto de la población. El abordaje de su situación de salud debe, además, realizarse en un marco sociocultural que sea satisfactorio y aceptable para ellos.

La mortalidad infantil en Chile en el último trienio disminuyó a 8,2 niños por 1.000 nacidos vivos. Sin embargo el diferencial de mortalidad entre hijos de madres de grupos educacionales extremos aumenta. Esto significa que en los próximos años los programas orientados a disminuir estas inequidades debieran específicamente apuntar a los grupos de mayor riesgo, como son las mujeres embarazadas de más bajo nivel de escolaridad, probablemente pertenecientes a etnias y que residen en comunas con bajos promedios de ingresos autónomos.

¹⁰ El plan de atención de salud con "acceso universal y garantías explícitas" (AUGE), hoy ha modificado su denominación a plan Ges o plan con "garantías explícitas en salud".

¹¹ El plan Ges entró en vigencia en los sistemas de salud público y privado el 1 de julio de 2005, con 25 problemas de salud, y el 1 de julio de 2006 se amplió a 40 problemas de salud. En www.minsal.cl

Para el sistema de salud chileno es posible identificar anticipadamente a esta población e intervenir con estrategias que protejan al binomio madre-hijo, insertándolo adecuadamente en la red de protección social, ya sea pública o privada, para mejorar sus condiciones de vida y asegurar su bienestar.

En relación con la esperanza de vida, la población ha alcanzado el nivel de los países desarrollados y en el último trienio, globalmente, se observa un aumento para hombres y mujeres. Desde el punto de vista de la equidad, el análisis, según nivel de escolaridad, muestra que en el grupo de los hombres sin educación hay una leve disminución de la esperanza de vida temporaria a los 20 años. En las mujeres, el aumento global observado se explica principalmente por la ganancia en los grupos de mayor educación.

El análisis por causas específicas de muerte muestra que las personas menos educadas mueren de enfermedades crónicas, como cáncer y enfermedades cardiovasculares o por accidentes, lo que debería orientar la asignación de recursos en salud a estos problemas específicos, pero sin perder de vista que las intervenciones o políticas deben apuntar a aspectos más amplios que se relacionan con los determinantes sociales de la salud.

Los indicadores relacionados con algunos de los determinantes sociales presentados en este documento continúan su tendencia al mejoramiento. Sin embargo, constituye todavía un desafío para autoridades y la sociedad en su conjunto poder disminuir las brechas de desigualdad y erradicar las inequidades que aún persisten en la población de nuestro país. En otras palabras, es necesario atender a "las causas de las causas" (Rose G, 1992) y, además, es importante abordar el gradiente socioeconómico en relación con salud, que constituye un modelo más integral para intervenir las inequidades de salud (Jadue L y Marín F, 2005:10).

Bibliografía

- DIPRES. 2005. Estadísticas de las finanzas públicas 1995-2004. Julio.
- Jadue, L; Delgado, I; Sandoval, H; Cabezas, L; Vega, J; 2004. Análisis del nuevo módulo de salud de la Encuesta CASEN 2000. *Rev. Med. Chile*, 132:750-760.
- Jadue, L; Marín, F (editoras). 2005. *Determinantes sociales de la salud en Chile, en la perspectiva de la equidad*. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud. Santiago: 10.
- Krieger, N. 2001. A Glossary for Social Epidemiology. *J Epidemiology Community Health*; 55:693-700.
- Marmot, M. 2001. Economic and Social Determinants of Disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(10):988-989.
- Rose, G. 1985. Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1).
- Rose, G. 1992. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford University Press. Oxford.
- Tarlov, A. 1996. Social Determinants of Health: The Sociobiological Translation. En Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). *Health and Social Organization*. Londres, Routledge:71-93.
- Taucher, E; Jofré, I. 1997. Mortalidad infantil en Chile: el gran descenso. *Rev. Med. Chile*, 125: 1.225-35.
- Taucher, E. 1978. Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas. CELADE, serie A, 162:5-14.

Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004)*

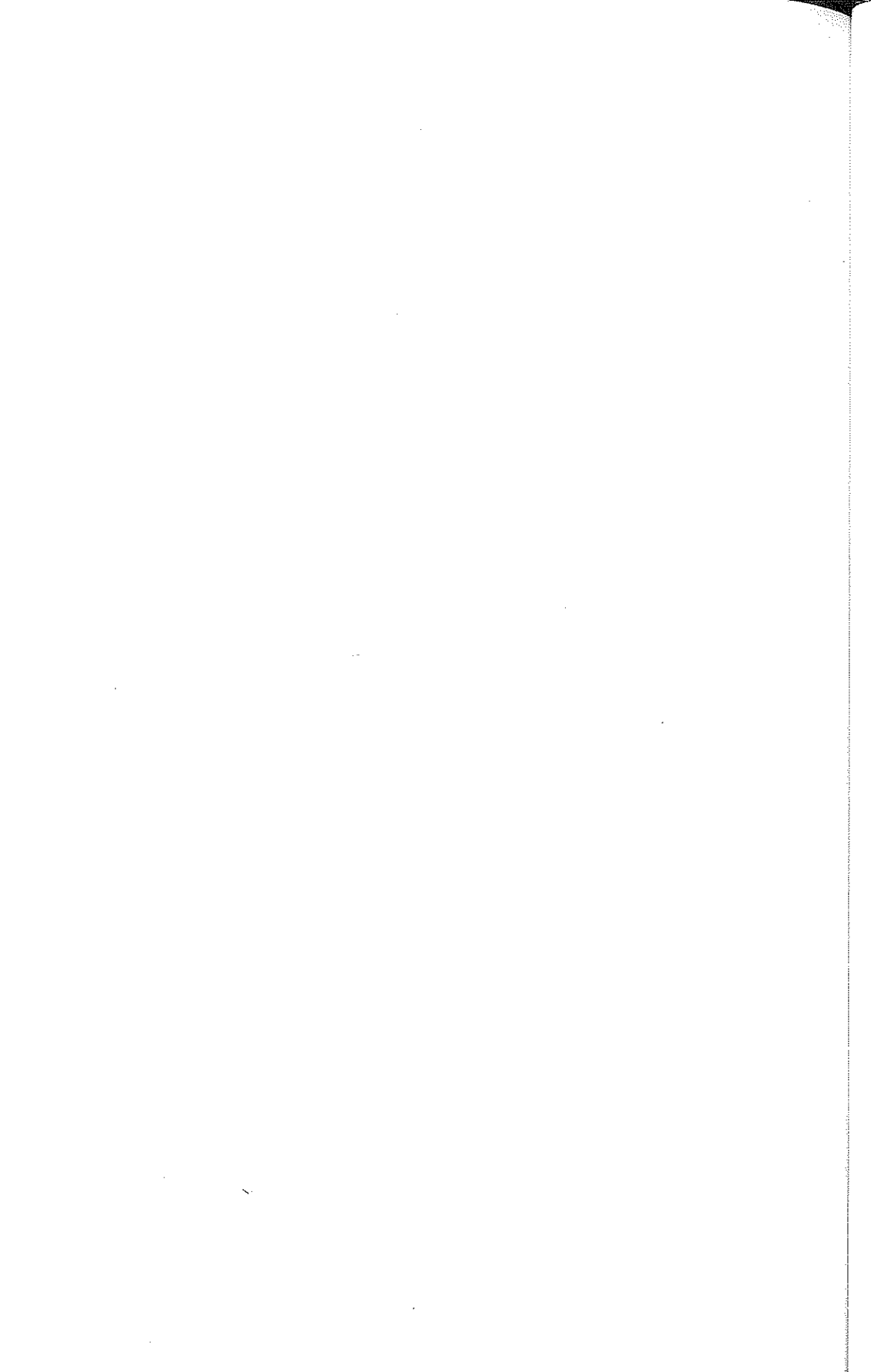
Óscar Fresneda** Félix Martínez***



* Se agradecen los comentarios de los profesionales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a versiones anteriores del trabajo, que permitieron mejorar algunas de sus partes. Los aportes de Mario Hernández fueron valiosos para la definición de aspectos metodológicos del estudio.

** Sociólogo. Magíster en Economía. Investigador del Grupo de Protección Social del CIO de la Universidad Nacional. Profesor de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia.

*** Médico. Magíster en Salud Pública. Investigador del CIO y vicepresidente de Fedesalud.



Este trabajo analiza, bajo la perspectiva de la equidad, el comportamiento de las tasas de mortalidad evitable de Bogotá, durante el periodo 1998-2004. Dentro de un escenario marcado por la disminución de estas tasas, en consonancia con tendencias en el comportamiento de la pobreza y la distribución de ingresos en la ciudad, el estudio constata la asociación entre los diferenciales de la mortalidad evitable y distintas dimensiones de las condiciones socioeconómicas de la población del Distrito Capital y de sus localidades de residencia.

Las desigualdades encontradas en torno a un fenómeno que no debería existir, dan pie para postular la persistencia de circunstancias de discriminación social sobre el más fundamental de los derechos humanos: el derecho a la vida. Los análisis llevan a concluir igualmente que no puede establecerse un efecto favorable del régimen subsidiado de salud en los niveles de mortalidad evitable, lo que genera un cuestionamiento a esta modalidad de aseguramiento en salud en la capital del país.

Fuentes de información y metodología

El estudio se basa en la información proveniente de los certificados de nacimientos y defunciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), aportados por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), para el periodo 1998-2004. Los archivos de estos certificados utilizados son definitivos para los años 1998 a 2002 y preliminares para 2003 y 2004.

Se obtuvieron las tasas de mortalidad evitable para tres conjuntos de la población: mortalidad materna, de menores de un año y de menores de cinco años. Para la estimación de las tasas se siguieron cuatro pasos:

- ▣ Definición de mortalidad evitable
- ▣ Obtención de frecuencias del total de nacimientos y de muertes evitables
- ▣ Corrección de la omisión en la información para las clasificaciones utilizadas y agrupación de información
- ▣ Cálculo de tasas.

Definición de mortalidad evitable

En seguimiento de orientaciones internacionales, se consideraron como evitables las muertes a las cuales, de acuerdo con los certificados de defunciones, se les asignó como *causa básica* alguno de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) incluidos en la agrupación 6-67 de la organización Mundial de la Salud, Oms, (cuadro 1). De acuerdo con esa agrupación, dentro de la mortalidad evitable se diferenció la mortalidad materna y la de menores de cinco años por EDA (enfermedad diarreica aguda), IRA (infección respiratoria aguda). Además, se contabilizaron como muertes evitables las de niños causadas por enfermedades inmuno-prevenibles¹.

Obtención de frecuencias

Se obtuvieron frecuencias de ocurrencia de los nacimientos y las defunciones evitables para las categorías de análisis de localidad y afiliación a la seguridad

Cuadro 1



CAUSAS BÁSICAS DE MUERTES CONSIDERADAS EVITABLES Según CIE 10

EDA		
GRUPO A2	A00, A02-A09	Otras enfermedades infecciosas intestinales
IRA		
GRUPO H1	J00-J06	Infección respiratoria aguda del tracto superior
GRUPO H2	J20-J21	Bronquitis aguda y bronquiolitis
GRUPO H3	J12-J18	Neumonía
GRUPO H4	J10-J11	Influenza
MORTALIDAD MATERNA		
GRUPO M2	O20, O46, O67, O72	Hemorragia del embarazo y el recién nacido
GRUPO M3	O13-O16, O21	Toxemia del embarazo
GRUPO M4	O85-O92, A34	Complicaciones del puerperio
GRUPO M5	O10-O12, O22-O75, O80-O83, O95-O97, minus (O46, O67, O72)	Otras causas obstétricas directas
GRUPO M6	O98-O99	Causas obstétricas indirectas
Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).		

¹ En el cuadro A del anexo I se encuentra la relación detallada de los códigos de enfermedades (CIE 10) que fueron tratadas como *evitables* en este trabajo.

social en salud de la madre para los tres grupos de población. Para la mortalidad materna y la de menores de un año se contabilizaron igualmente las frecuencias desagregadas por nivel educativo, estado conyugal y grupos de edad de la madre.

Corrección de omisiones

Para la corrección de las omisiones en las variables de desagregación utilizadas (localidad, nivel educativo, estado civil, edad y afiliación a la seguridad social en salud de la madre) se llevó a cabo una distribución proporcional de los casos omitidos (incluidos en las alternativas de omitido o sin información) de acuerdo con las respuestas obtenidas para los años 2003 y 2004.

Se optó por este procedimiento bajo la consideración de que la recolección ha venido teniendo mejorías en los últimos años, especialmente para el tratamiento de variables como la de afiliación a la seguridad social en salud.

Cálculo de tasas

Las tasas de mortalidad materna y de menores de un año se obtuvieron como el cociente de las muertes, para grupo y año, sobre los nacimientos del mismo grupo y año. Para el cálculo de las tasas de mortalidad de los menores de cinco años se utilizó como denominador el total de nacidos vivos en el periodo 1998-2004, tanto para el conjunto de la ciudad como para cada una de las desagregaciones. Se consideró que este agregado representaba adecuadamente el tamaño de la población menor de cinco años.

Dado que las localidades con cifras muy pequeñas afectan los cálculos, se agrupan las localidades Santa Fe, Mártires, Antonio Nariño y Candelaria en una sola categoría, a la cual se denomina "Localidades Centro". Los niveles educativos de preescolar y primaria incompleta se agruparon igualmente para el análisis.

Análisis de resultados


En esta sección se analizan los resultados obtenidos para la estimación de las tasas de mortalidad evitable y su relación con variables socioeconómicas que permitan sacar conclusiones sobre la equidad en salud.

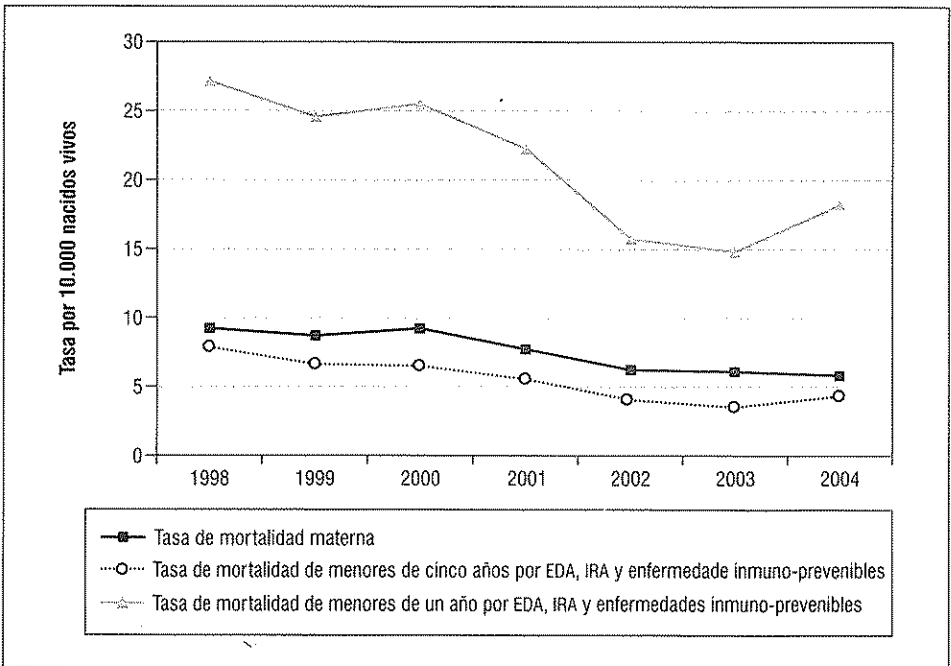
Se parte de describir las tendencias generales de la evolución de los niveles de mortalidad evitable entre 1998 y 2004, para abordar a continuación las tendencias de la mortalidad materna, la mortalidad de menores de cinco y la de menores de un año.

La mortalidad evitable 1998-2004: tendencias generales


La evolución general de las tasas de mortalidad evitable sigue una tendencia descendente durante el periodo de análisis, en las tres medidas utilizadas en el estudio: tasas de mortalidad materna y de menores de cinco y un año. El recorrido que siguen las tasas es similar: los mayores niveles se registran en 1998, disminuyen en 1999 y aumentan en 2000. A partir de entonces tienen una tendencia a la baja. Las tasas de menores de uno y cinco años aumentan nuevamente en 2004 (cuadro 2, gráfico 1). Como resultado, las tasas de mortalidad materna bajan 36% durante los años analizados, las de menores de cinco años 44% y las de menores de un año 33%.

La trayectoria de las tasas guarda relación con el curso seguido por las medidas de pobreza extrema (indigencia, según la metodología de los ingresos) y de intensidad de la pobreza. También está asociada con el grado de concentración de

Gráfico 1  **TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE**
1998-2004. Bogotá



Fuente: Certificados de nacimientos y defunciones DANE, Sds. Procesamiento Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Cid.

Cuadro 2  **TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE
(POR 10.000 NACIDOS VIVOS)**
1998-2004. Bogotá

Años	Tasa de mortalidad materna	Tasa de mortalidad de menores de cinco años*	Tasa de mortalidad de menores de un año*
1998-2004	7,1	4,8	19,4
1998	9,2	7,9	27,2
1999	8,7	6,6	24,6
2000	9,2	6,5	25,5
2001	7,7	5,6	22,3
2002	6,2	4,0	15,7
2003	6,1	3,5	14,8
2004	5,8	4,4	18,2

Fuente: Certificados de nacimientos y defunciones DANE, Sds. Procesamiento Cid.

los ingresos, expresado por el coeficiente de Gini, tanto en el nivel general como al interior de los pobres (gráficos 2 a 9)². Dentro del recorrido temporal examinado, las asociaciones expresan tendencias de corto plazo que requieren de constataciones más detalladas en un horizonte más amplio. Insinúan que, a mayores niveles de indigencia, mayor intensidad de la pobreza y mayor concentración del ingreso, hay más altas probabilidades de mortalidad materna. Y señalan, igualmente, que el comportamiento de los niveles de las tasas es afectado por variaciones coyunturales de la pobreza y la desigualdad. Se destacan así posibles vínculos entre los fenómenos sanitarios y las condiciones de equidad del conjunto de la sociedad.

Es mayor la correspondencia entre las tasas de mortalidad evitable y la medida de intensidad de la pobreza, que entre ellas y la medida de extensión de la pobreza extrema (indigencia). Esta situación indicaría que las tasas son más sensi-

² La información sobre el porcentaje de población indigente, medida de intensidad de la pobreza y los coeficientes de Gini de Bogotá y de los pobres se toma del trabajo Indicadores Sociales para Bogotá, 1990-2003. Departamento Administrativo de Planeación Distrital, DAPP, Cid, Universidad Nacional. No se dispone de medidas comparables para 2004. La medida de intensidad de pobreza o brecha estandarizada del ingreso (I) se define como la razón entre la diferencia entre la línea de pobreza y el ingreso medio de los pobres, y la línea de pobreza. Expresa la proporción del ingreso necesario para que los pobres dejen de serlo, en relación con el valor de la línea de pobreza. Da cuenta de la magnitud del faltante de los ingresos que requieren los pobres para dejar de serlos. El coeficiente de Gini del ingreso de los pobres da cuenta de la desigualdad dentro de ellos. (Véase sobre las medidas de pobreza Sen, 1981 y Foster y Sen, 2001).

bles a los niveles de ingreso de los pobres, que a su extensión. Ya que los sectores en condiciones más críticas de pobreza son los más vulnerables, es la intensidad de la pobreza, y no tanto su extensión, la condición que afecta la evolución de los niveles de mortalidad evitable. La asociación entre esta mortalidad y la desigualdad en el ingreso de los pobres (coeficiente de Gini dentro de los pobres) estaría expresando otra faceta del mismo fenómeno.

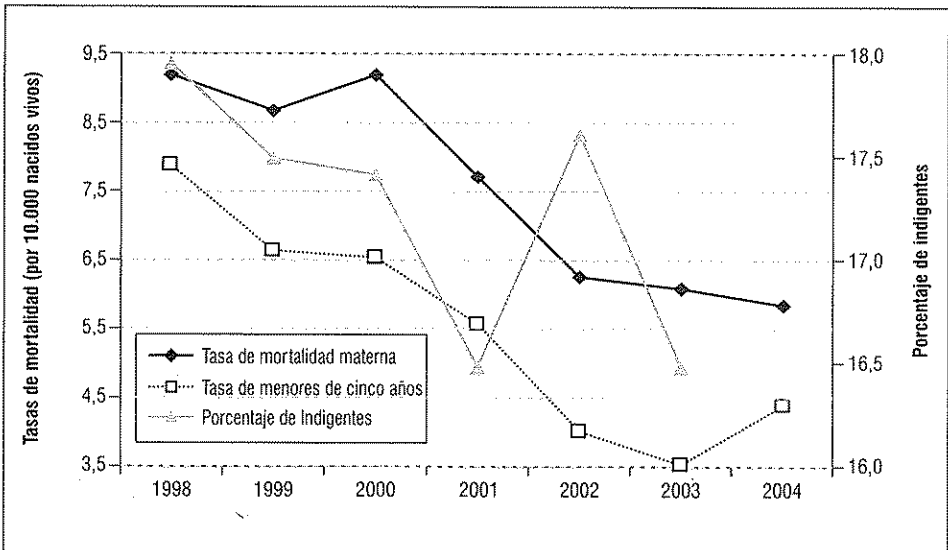
La asociación entre las variaciones en el coeficiente de Gini del conjunto de la ciudad y las de los niveles de la mortalidad evitable insinúa los vínculos entre los factores inmediatos que determinan los grados de esta mortalidad y los movimientos coyunturales de concentración de ingresos. Sobre esta base, los temas de la equidad general y de la salud, para fenómenos como la mortalidad, encuentran una posible interrelación concreta. Bajo esta visión, los asuntos sanitarios se vinculan con las condiciones generales de la sociedad y rebasan el campo de las acciones de prevención y atención.

Gráfico 2




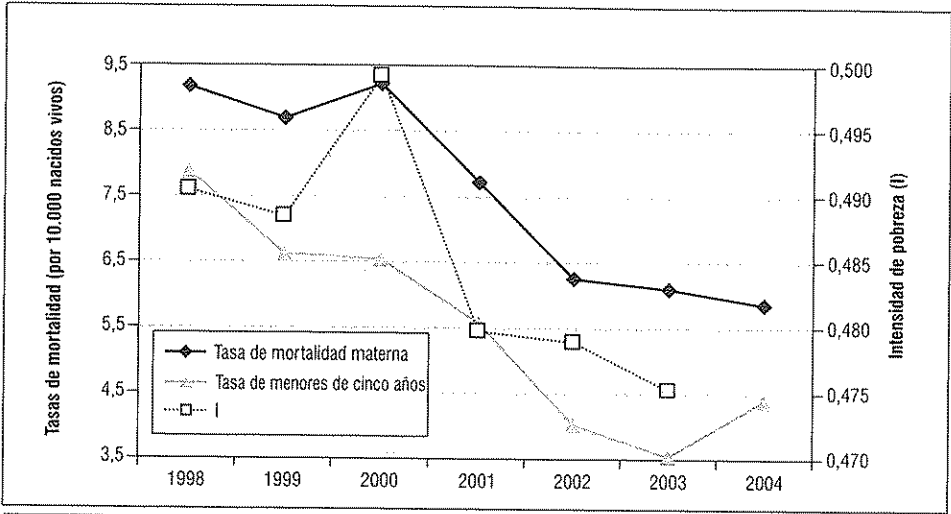
TASAS DE MORTALIDAD MATERNA Y EVITABLE DE MENORES DE CINCO AÑOS Y PORCENTAJES DE POBLACIÓN BAJO LA LÍNEA DE INDIGENCIA (LI)

1998-2004. Bogotá




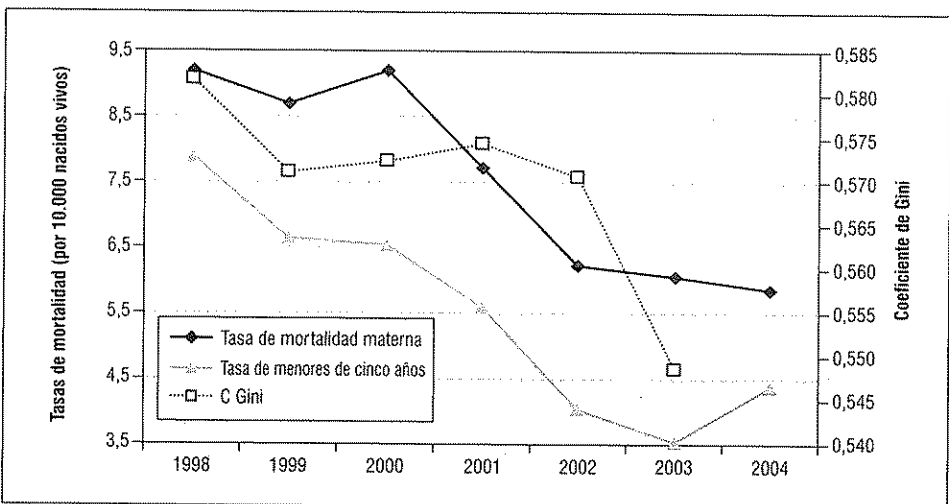
Fuente: DANE, Sds, DAPD. Procesamiento Ctp.

Gráfico 3  **TASAS DE MORTALIDAD MATERNA Y EVITABLE DE MENORES DE CINCO AÑOS Y BRECHA ESTANDARIZADA DEL INGRESO O MEDIDA DE INTENSIDAD DE POBREZA (I)**
1998-2004. Bogotá



Fuente: DANE, Sds, DAPD. Procesamiento Cid.

Gráfico 4  **TASAS DE MORTALIDAD MATERNA Y EVITABLE DE MENORES DE CINCO AÑOS Y COEFICIENTE DE GINI**
1998-2004. Bogotá

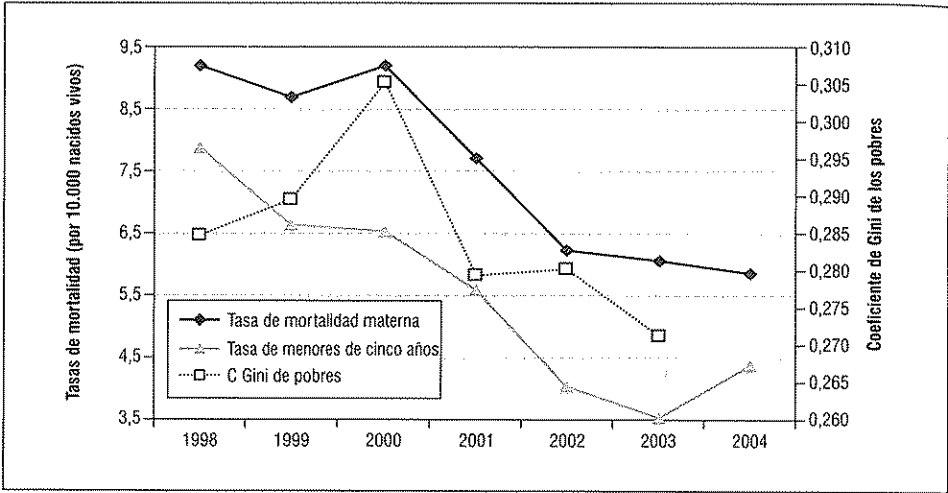


Fuente: DANE, Sds, DAPD. Procesamiento Cid.

Gráfico 5



TASAS DE MORTALIDAD MATERNA Y EVITABLE DE MENORES DE CINCO AÑOS Y COEFICIENTE DE GINI EN LOS POBRES
1998-2004. Bogotá

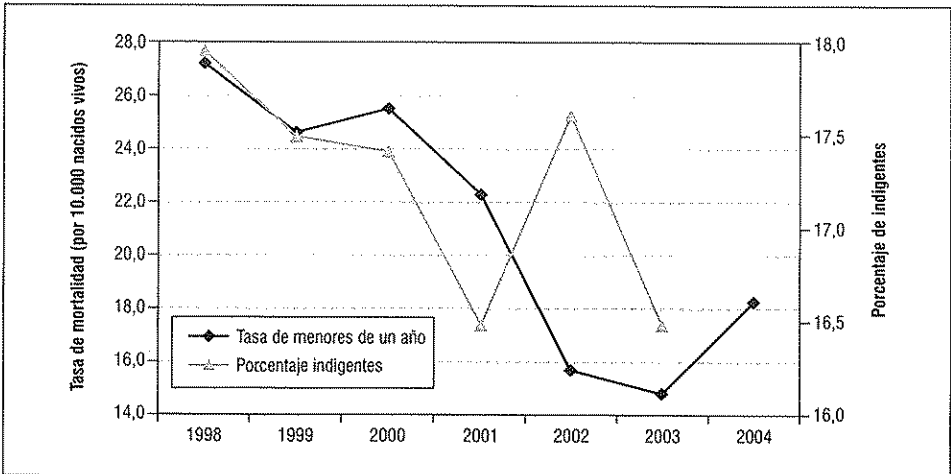


Fuente: DANE, SDS, DAPD. Procesamiento Cid.

Gráfico 6



TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO Y PORCENTAJES DE POBLACIÓN BAJO LA LÍNEA DE INDIGENCIA (Li)
1998-2004. Bogotá

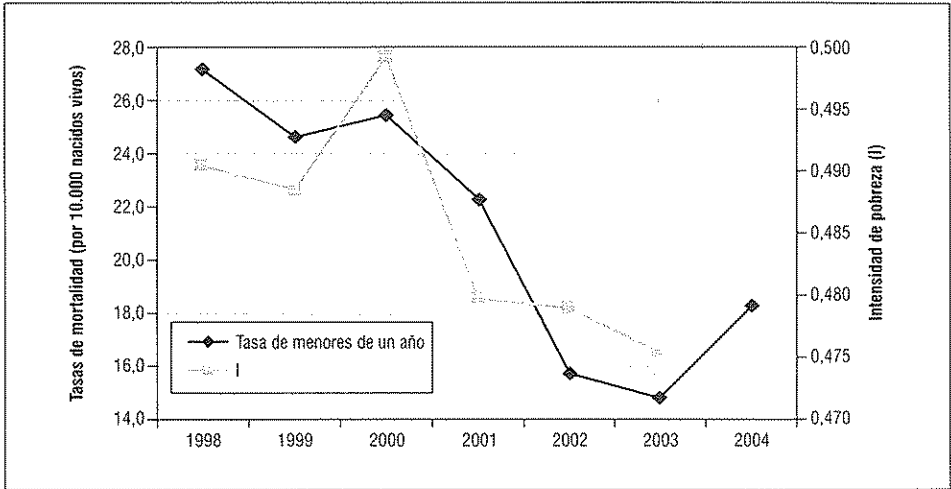


Fuente: DANE, SDS, DAPD. Procesamiento Cid.

Gráfico 7



TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO Y BRECHA ESTANDARIZADA DEL INGRESO O MEDIDA DE INTENSIDAD DE POBREZA (I)
1998-2004. Bogotá

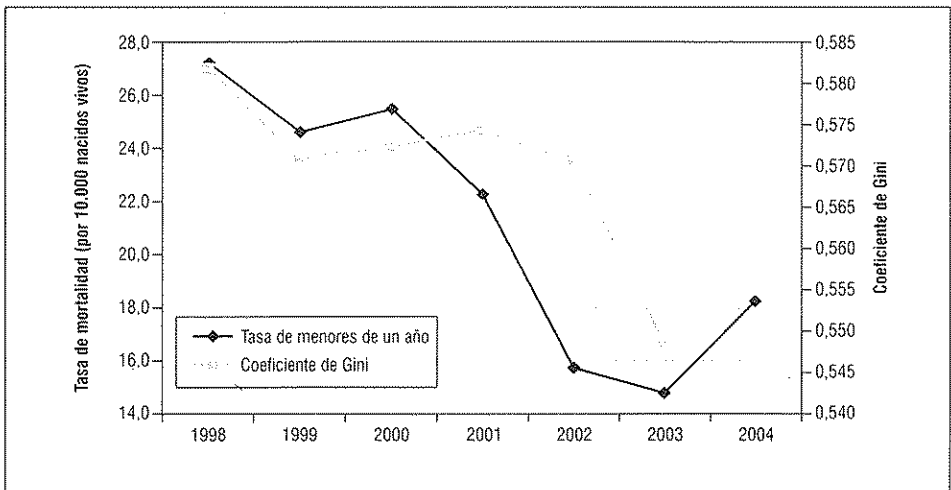


Fuente: DANE, Sds, DAPD, Procesamiento Cid.

Gráfico 8



TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO Y COEFICIENTE DE GINI
1998-2004. Bogotá

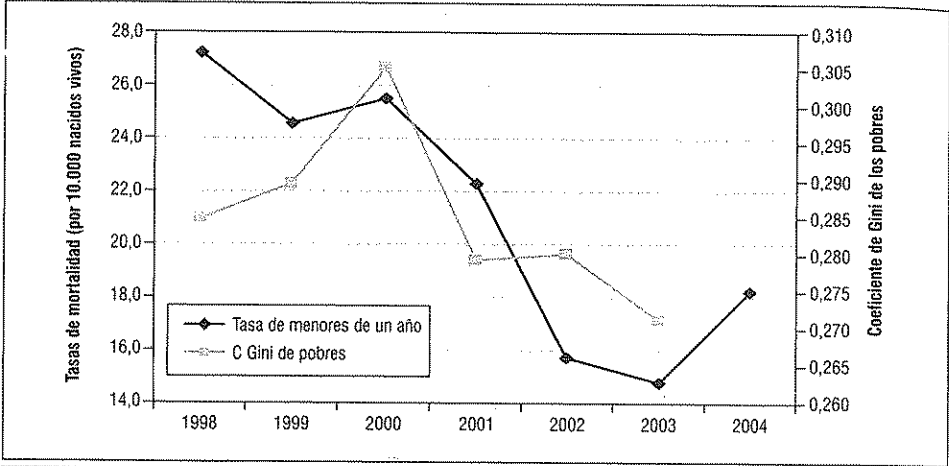


Fuente: DANE, Sds, DAPD, Procesamiento Cid.

Gráfico 9



TASAS DE MORTALIDAD MATERNA Y EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO Y COEFICIENTE DE GINI EN LOS POBRES 1998-2004. Bogotá



Fuente: DANE, SDS, DAPD. Procesamiento Cid.

La mortalidad materna

Dentro del conjunto de los países, Colombia tiene todavía una tasa de mortalidad materna elevada (Departamento Nacional de Planeación, DNP, Programa Nacional de Desarrollo Humano, Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio). En 2000 la tasa de mortalidad materna del país era de 13 por 10.000 nacidos vivos, mientras que en Suecia era de 0,2 y en Noruega de 1,6. En relación con otros países de América Latina, Colombia tiene una tasa de mortalidad materna superior a la del promedio regional y su nivel es más alto que el de Uruguay, país con una tasa de 2,7, Chile con una de 3,1, Cuba con 3,3, Costa Rica con 4,3, Argentina con una de 8,2, México con 8,3. Dentro de los países con menor PIB per cápita Venezuela tiene un tasa de 9,6 y Honduras una de 11 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, Informe Mundial de Desarrollo Humano, 2005).

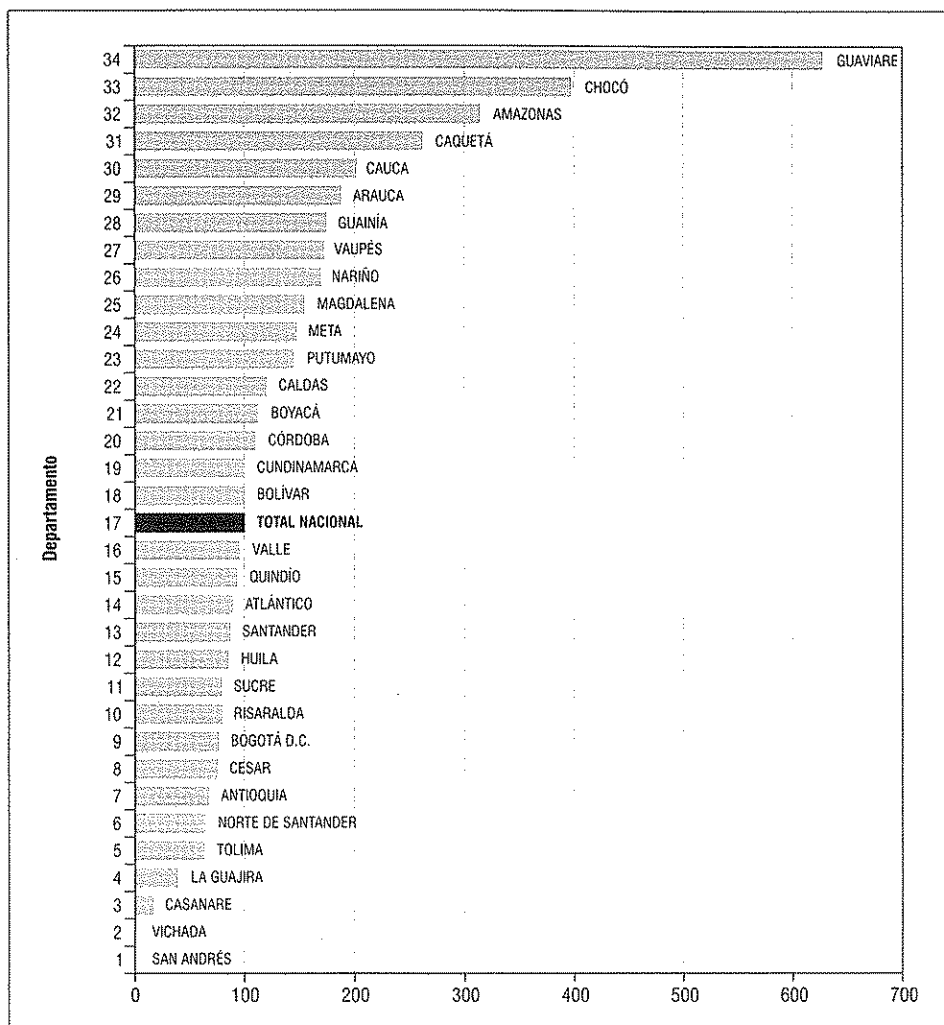
En el contexto nacional la tasa de mortalidad materna de Bogotá se encuentra dentro de los niveles más bajos, aunque es superior a la de departamentos con menor nivel de ingresos y mayor grado de ruralidad como Antioquia, Norte de Santander y Tolima. Tal situación señala la posibilidad de que disminuya a través de una mejora en la calidad de los servicios (gráfico 10).

Las tasas de mortalidad materna disminuyeron en Bogotá de 9,2 por 10.000 nacidos vivos en 1998 a 5,8 en 2004. En términos absolutos, las muertes maternas

Gráfico 10



**TASAS DE MORTALIDAD MATERNAS
POR DEPARTAMENTOS 2001**
(Por 100.000 nacidos vivos)



Fuente: DANE, SDS, DAPD. Procesamiento Cid.

se redujeron a la mitad. En 1998 se registraron 125 muertes de este tipo y 66 en 2004 (cuadro 3).

Además de los condicionantes sociales relativos a la pobreza y la distribución de los ingresos considerados anteriormente, existen factores demográficos que favorecen la disminución del número de muertes maternas. El constante decrecimiento de las tasas de fecundidad, que se expresa en el cada vez menor nú-

mero de nacimientos de madres residentes en la ciudad, es uno de ellos. La menor fecundidad lleva a reducir la población en riesgo. Entre 1998 y 2004 el número anual de nacidos con madre residente en Bogotá bajó en 23.000 casos, a pesar del aumento de la población femenina en edad reproductiva.

La disminución de las muertes maternas por causa

La disminución del número de muertes maternas en Bogotá obedece principalmente al descenso en las ocasionadas por cuatro tipos de causas (cuadro 4):

- ▣ *Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa* (código O14 de la Clasificación Internacional de Enfermedades), que aporta el 34% de la disminución entre 1998 y 2004
- ▣ *Eclampsia* (O15), que influye en el descenso del número de muertes maternas en 20%
- ▣ *Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto* (O96), que contribuye al descenso del número de muertes en 10%
- ▣ *Muerte obstétrica de causa no especificada* (O95), que expresa el mejoramiento en la especificación de las causas de muerte, incide en 14% del cambio.

En ellas se concentra el 78% de la disminución en el número de muertes maternas. Se destaca, de otro lado, que el número de muertes causadas por *Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio* (O99) presenta un aumento, que afecta el 14% del efecto total en la disminución.

Determinantes relacionados con las condiciones sociales: el nivel educativo de las madres

Las diferencias en las tasas de mortalidad materna por nivel educativo de la madre ilustran la forma como se expresan los factores de desigualdad social en este fenómeno. La magnitud de las tasas disminuye a medida que la educación formal de las mujeres es mayor. Las tasas de mujeres con educación preescolar o primaria incompleta son más bajas, sin embargo, que las de mujeres con educación primaria completa (gráfico 11).

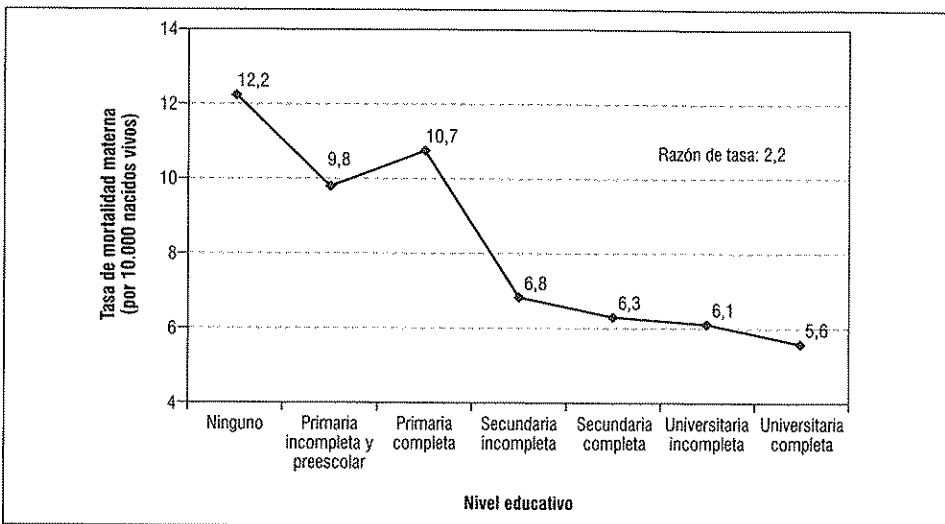
La relación entre la escolaridad de las mujeres y su nivel socioeconómico se expresa en que a medida que los ingresos de los hogares son mayores tiende a ser elevado el número de años de educación formal que poseen (gráfico 12)³. Las diferencias en la educación están asociadas con las condiciones del estándar de vida que dependen del nivel de ingresos, representan además la desigualdad en la

3 La información proviene del procesamiento efectuado por el CIO a los archivos de la encuesta de Calidad de Vida de 2003. Los ajustes del ingreso de la encuesta fueron efectuados por la Misión de Pobreza del Dnp.

distribución de un recurso del que dependen las posibilidades de participación y de respuesta ante situaciones que afectan la salud.

Gráfico 11  **TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE**

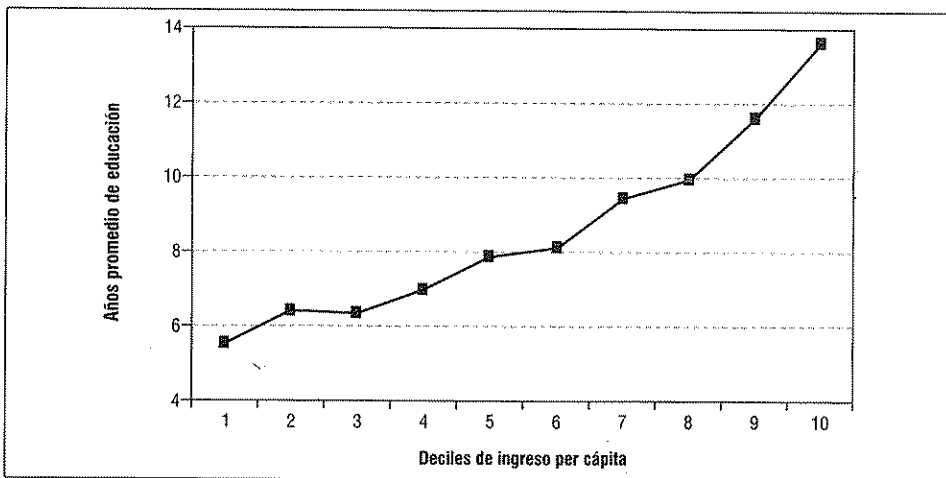
Promedio 2000-2004. Bogotá



Fuente: DANE, SDS, DAPD. Procesamiento Cid.

Gráfico 12  **AÑOS PROMEDIO DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS**

2003. Bogotá



Fuente: Encuesta de calidad de vida, DANE - 2003. Procesamiento Cid.



Cuadro 3

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA POR LOCALIDAD, ESTADO CIVIL, NIVEL EDUCATIVO Y RÉGIMEN DE AFILIACIÓN DE LA MADRE

(Por 10.000 nacidos vivos). 1998-2004. Bogotá

	Nacimientos					Muertes maternas					Tasas de mortalidad materna por 10.000														
	Total 2000-2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 2000-2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 2000-2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Total	583.919	135.983	25.623	122.863	119.352	115.275	113.527	12.902	412	125	109	113	92	72	89	66	71	9,2	8,7	9,2	7,7	6,2	6,1	5,8	
Localidad																									
USAQUÉN	31.016		7.365	6.796	6.496	6.187	5.885	5.652	22		7	8	4	2	5	2	7,0	10,1	12,3	6,7	3,3	8,5	3,6		
CHAPINERO	10.080		2.184	2.030	2.117	2.094	2.061	1.778	6		2	0	3	1	1	1	6,2	9,7	0,5	14,7	4,8	4,9	5,7		
SAN CRISTÓBAL	43.133		9.390	9.625	8.823	9.086	7.898	7.701	26		7	6	6	3	4	8	6,1	7,2	5,8	6,4	3,4	5,1	10,5		
USME	32.511		6.657	6.869	6.628	6.426	6.277	6.312	31		5	8	7	7	6	2	9,5	8,2	12,3	11,2	11,0	9,6	3,3		
TUNJUELITO	21.438		4.836	4.696	4.105	4.012	4.253	4.372	17		4	4	4	5	3	1	8,2	8,8	9,0	10,3	12,5	7,1	2,4		
BOSA	49.004		9.954	9.660	9.394	9.695	9.706	10.349	42		6	13	9	9	4	8	8,7	5,7	13,1	9,2	9,2	4,1	7,8		
KENEDY	70.770		14.265	14.925	14.721	13.649	13.835	13.640	57		13	11	9	11	12	13	8,1	9,5	7,6	6,3	8,2	8,7	9,7		
FONTEBÓN	25.763		5.537	5.447	4.966	5.178	5.045	5.127	15		4	5	4	3	1	2	6,0	7,5	9,5	8,4	5,8	2,0	3,9		
ENGATIVÁ	65.810		14.049	13.621	13.593	12.980	12.819	12.797	50		8	13	18	5	7	7	7,5	5,6	9,3	13,0	3,9	5,5	5,6		
SUBA	73.103		14.861	14.597	14.857	14.428	14.443	14.778	36		19	8	5	6	10	7	4,9	12,8	5,4	3,3	4,2	6,9	4,8		
BARRIOS UNIDOS	10.080		2.487	2.311	2.236	2.022	1.852	1.658	5		3	3	0	0	1	1	5,2	12,5	13,4	0,5	0,1	5,4	6,1		
TEUSAJUELLO	8.350		2.120	1.896	1.987	1.739	1.396	1.352	5		1	2	2	0	0	1	6,1	5,0	10,8	10,4	0,0	0,0	7,5		
PUENTE ARANDA	20.921		5.139	4.492	4.175	4.085	4.150	4.019	13		7	2	5	3	0	3	6,4	14,0	4,8	12,4	7,4	0,0	7,5		
BAFAEL URIBE	35.371		7.624	7.144	7.102	7.285	6.942	6.898	30		5	12	5	5	4	3	8,4	7,1	17,3	7,6	6,9	5,8	4,4		
CIUDAD BOIVAR	55.966		12.098	11.959	11.836	10.201	11.137	10.834	37		11	11	9	6	7	5	6,7	8,9	8,9	7,3	6,0	6,3	4,7		
LOCALIDADES																									
CENTRO (1)	30.307		6.901	6.735	6.262	5.969	5.761	5.581	18		5	6	1	5	4	1	5,8	7,7	9,3	2,0	8,4	6,9	1,9		
SUMAPAZ	296		154	59	73	39	67	56	0		0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		

Continúa en la siguiente página

/	Nacimientos					Muertes maternas					Tasas de mortalidad materna por 10.000															
	Total 2000-2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 2000-2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 2000-2004									
Nivel educativo de la madre																										
Ninguno	2.456	668	574	525	483	486	501	460	3	0	1	0	2	0	0	0	12,2	0,0	0,0	19,0	0,0	41,1	0,0	0,0		
Primaria incompleta y preescolar	32.312	9.656	8.618	7.345	6.787	6.359	5.991	5.831	32	8	8	9	8	3	5	9,8	8,8	9,3	10,5	12,8	12,2	4,4	8,1	4,4	8,1	
Primaria completa	65.095	18.354	16.384	15.506	14.049	12.956	12.206	11.379	71	26	26	16	15	10	9	10,7	14,2	15,9	13,8	11,6	11,5	7,9	7,9	7,7		
Secundaria																										
incompleta	176.559	44.649	41.899	39.467	38.040	35.664	33.644	31.724	122	34	31	35	24	21	21	6,8	7,6	7,5	8,8	6,2	6,0	6,2	6,0	6,2	6,6	
Secundaria completa	180.876	37.204	34.104	35.706	35.491	35.718	36.406	37.556	114	34	22	30	29	17	22	6,3	9,1	6,6	8,4	8,1	4,7	6,1	4,7	6,1	4,2	
Universitaria																										
incompleta	46.224	9.954	9.406	9.302	9.365	9.030	9.215	9.323	28	10	8	5	4	5	8	6,1	9,5	8,2	5,6	5,5	4,9	5,6	4,9	5,6	8,9	
Universitaria completa	77.397	15.498	14.639	14.993	15.147	15.062	15.565	16.629	43	13	13	10	5	8	8	5,6	8,6	9,1	8,5	6,4	3,1	5,4	4,5	4,5		
Estado civil de la madre																										
Soltera	105.328	20.131	21.483	21.862	21.400	21.291	20.922	19.844	100	21	23	37	18	15	16	14	9,5	10,4	10,5	17,1	8,2	7,0	7,6	7,0	7,0	
Casada	160.475	42.841	36.996	35.721	33.528	31.469	30.226	29.531	115	40	33	38	31	13	19	15	7,2	9,3	8,9	10,5	9,2	4,1	6,3	5,1	6,3	
Viuda	1.316	347	344	299	271	287	211	247	1	0	1	0	0	0	0	1	8,9	0,9	30,7	0,5	2,0	1,1	1,5	41,8		
En unión libre	312.698	71.642	65.777	64.951	63.231	61.437	61.432	62.548	189	63	52	33	44	43	33	36	6,0	8,8	7,8	5,2	6,9	7,0	5,4	5,8		
Separada o divorciada	4.102	1.022	1.023	931	912	791	736	732	7	1	1	5	0	1	1	0	17,5	10,1	10,3	53,9	0,6	13,0	14,0	0,4		

Continúa en la siguiente página



	Nacimientos					Muertes maternas					Tasas de mortalidad materna por 10.000						
	Total 2000- 2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 2000- 2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 2000- 2004
Régimen de seguridad social																	
Contributivo	334.340	85.742	73.231	70.653	68.692	66.822	63.609	64.563	196	59	54	63	47	30	29	27	5,9
Subsidiado	130.182	29.667	27.727	26.011	24.691	25.323	26.817	27.341	126	44	40	31	26	23	24	23	9,7
Vinculado	119.397	20.574	24.664	26.199	25.968	23.130	23.101	20.998	90	22	16	19	19	19	16	16	7,6
Grupo de edad de la madre																	
10 a 14 años	2.470	594	624	541	512	447	481	488	3	0	1	1	0	1	0	1	12,1
15 a 19 años	102.256	24.050	22.953	21.963	21.438	20.244	19.610	19.002	35	16	7	9	4	11	4	7	3,4
20 a 24 años	164.858	37.633	35.079	34.440	33.297	32.681	32.406	32.133	84	25	19	24	14	14	17	15	5,1
25 a 29 años	136.957	33.370	29.926	28.932	27.874	26.559	26.577	27.016	84	25	28	23	24	11	14	12	6,1
30 a 34 años	103.780	24.974	22.411	22.202	21.462	20.511	20.093	19.521	83	28	26	24	20	13	11	15	8,0
35 a 39 años	58.021	12.332	11.795	11.849	11.726	11.739	11.322	11.304	84	23	19	23	23	13	13	12	14,5
40 a 44 años	14.542	2.804	2.619	2.710	2.889	2.927	2.863	3.152	36	7	8	9	6	8	9	4	24,8
45 y más años	935	226	217	226	164	167	174	205	3	1	1	0	1	1	1	0	32,1
									3	1	1	0	1	1	1	0	48,2
									3	1	1	0	1	1	1	0	60,0
									3	1	1	0	1	1	1	0	57,6

Fuente: Procesamiento del CIP a los archivos de la Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Incluye ajuste por omisión en algunas categorías de clasificación.

Cuadro 4



MUERTES MATERNAS POR CAUSA BÁSICA

1998-2004. Bogotá

Denominación de la causa básica	Código causa básica	Total 1998-2004	Año								Diferencia 1998-2004	% de diferencia en variación total
			1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004			
Total		646	125	109	113	92	72	69	66	59	100,0	
Embarazo ectópico	000	15	3	1	3	3		2	3	0	0,0	
Otros productos anormales de la concepción	002	3			2	1				0	0,0	
Aborto espontáneo	003	2				2				0	0,0	
Aborto médico	005	7	1	3			1	1	1	0	0,0	
Otro aborto	006	16	3	2	3		5	1	2	1	1,7	
Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada	011	2	1	1						1	1,7	
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) sin proteinuria significativa	013	7	1	4				1	1	0	0,0	
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa	014	152	35	21	21	21	20	19	15	20	33,9	
Eclampsia	015	66	14	17	19	4	5	5	2	12	20,3	
Hipertensión materna no especificada	016	5	4		1					4	6,8	
Complicaciones venosas en el embarazo	022	5	1	3	1					1	1,7	
Infecciones de las vías genitourinarias en el embarazo	023	7	4	1	1				1	3	5,1	
Atención materna por otras complicaciones relacionadas con el embarazo	026	1				1				0	0,0	
Atención materna por presentación anormal feto	032	1	1							1	1,7	
Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	034	1	1							1	1,7	
Atención materna por otros problemas fetales, conocidos o presuntos	036	2				1		1		0	0,0	
Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas	041	2			2					0	0,0	
Ruptura prematura de las membranas	042	1	1							1	1,7	
Trastornos placentarios	043	2	1	1						1	1,7	
Placenta previa	044	5	2				1	1	1	1	1,7	
Desprendimiento prematuro de la placenta	045	9	1	1	3	1	2		1	0	0,0	
Hemorragia anteparto no clasificada en otra parte	046	1	1							1	1,7	

Continúa en la siguiente página

Cuadro 4 CONTINUACIÓN


Denominación de la causa básica	Código causa básica	Total 1998-2004	Año							Diferencia 1998-2004	% de diferencia en variación total
			1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		
Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	062	24	5		6	1	3	6	3	2	3,4
Trabajo de parto y parto complicados por hemorragia intraparto no clasificados en otra parte	067	1			1					0	0,0
Otro trauma obstétrico	071	9		2	2	2	1	1	1	-1	-1,7
Hemorragia postparto	072	57	6	13	10	13	7	3	5	1	1,7
Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	073	8	1	2	1	3	1			1	1,7
Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto no clasificadas en otra parte	075	4	2	1		1				2	3,4
Sepsis puerperal	085	24		5		7	4	2	2	-2	-3,4
Otras infecciones puerperales	086	1			1					0	0,0
Complicaciones venosas en el puerperio	087	5	1	2		2				1	1,7
Embolia obstétrica	088	27	4	4	3	5	6	2	3	1	1,7
Complicaciones del puerperio no clasificadas en otra parte	090	5		1	1	2	1			0	0,0
Muerte obstétrica de causa no especificada	095	50	15	2	5	7	5	9	7	8	13,6
Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto	096	13	8	2				1	2	6	10,2
Muerte por secuelas de causas obstétricas directas	097	1			1					0	0,0
Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	098	2			1				1	0	0,0
Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	099	103	8	20	21	15	10	13	16	-8	-13,6

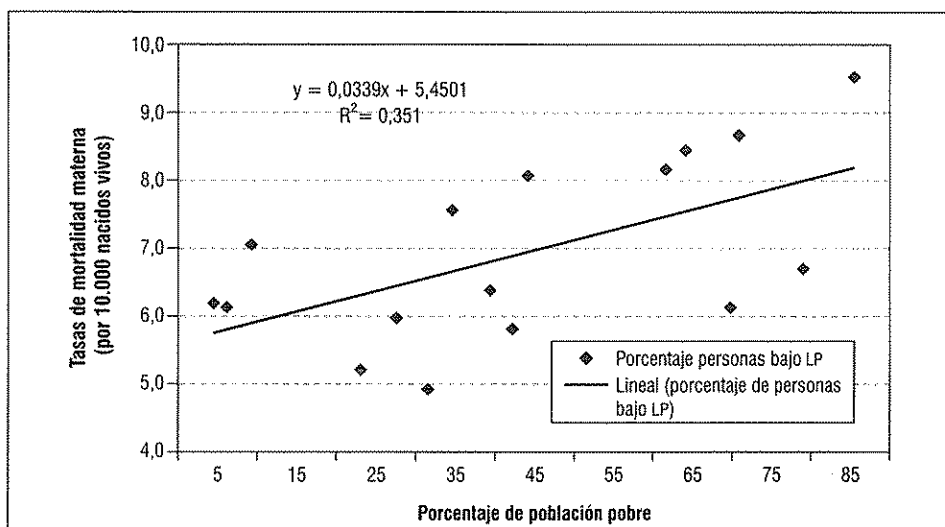
Fuente: Procesamiento del Cid a los archivos de la Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Incluye ajuste por omisión en algunas categorías de clasificación.

Factores asociados con la ubicación espacial en una ciudad segmentada

Las desigualdades entre las tasas de mortalidad materna por localidades están asociadas con diferencias socioeconómicas propias de una ciudad donde existe una clara segmentación espacial. Aunque existe una amplia heterogeneidad social al interior de las localidades, las condiciones promedio de ellas permiten distinguir importantes inequidades asociadas al lugar de residencia de las personas.


Para ilustrar la correlación entre los niveles de esas tasas y las desigualdades entre localidades se recurre a tres indicadores: la proporción de personas en pobreza (bajo la línea de pobreza), el ingreso medio corriente y el promedio de personas por sanitario (gráficos 13 a 15)⁴. El primero señala la fracción poblacional que carece de ingresos para obtener una canasta básica de bienes y servicios. El segundo expresa los recursos monetarios medios de las personas y el tercero indica las condiciones habitacionales en el uso de servicios básicos.

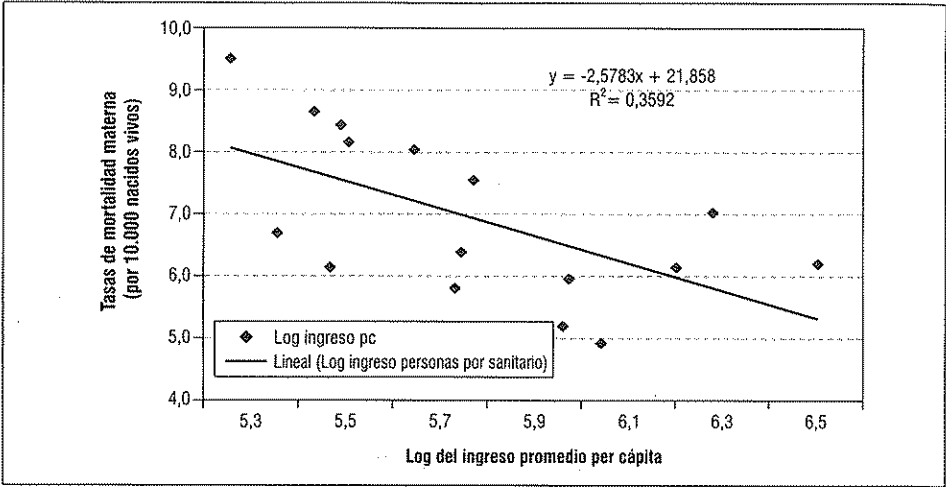
Gráfico 13  **TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (PROMEDIO 1998-2004 Y PORCENTAJES DE PERSONAS BAJO LA LÍNEA DE POBREZA (LP) 2004**
Por localidades. Bogotá




Fuente: Archivos Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago, CID-DAPD.

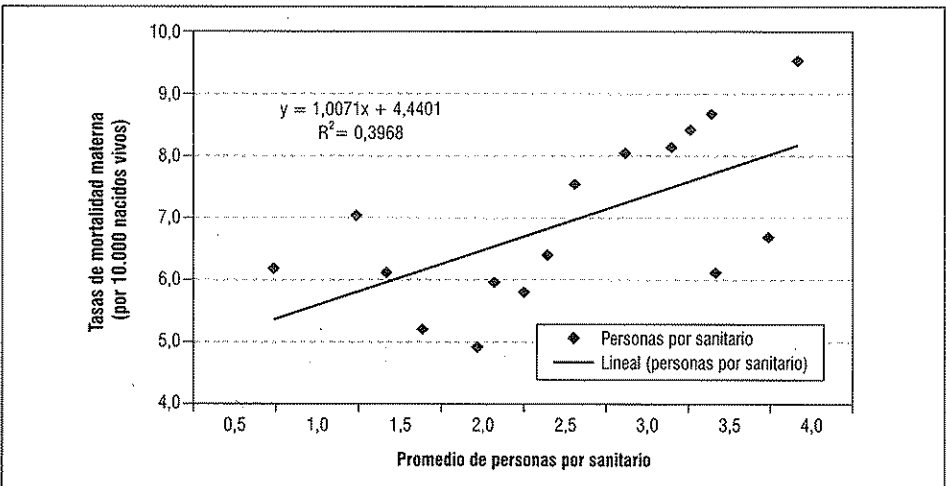
⁴ Estos indicadores corresponden a 2004 y son obtenidos de la Encuesta de Capacidad de Pago realizada por el CIP de la Universidad Nacional, por encargo del DAPD. Para el análisis de la relación entre la tasa de mortalidad materna y los ingresos se utiliza el logaritmo de esta variable.

Gráfico 14  **TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (PROMEDIO 1998-2004) E INGRESO PER CÁPITA (LOGARITMO), 2004**
 Por localidades. Bogotá



Fuente: Archivos Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago, CID-DAPD.

Gráfico 15  **TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (PROMEDIO 1998-2004) Y PROMEDIO DE PERSONAS POR SANITARIO, 2004**
 Por localidades. Bogotá




Fuente: Archivos Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago, CID-DAPD.

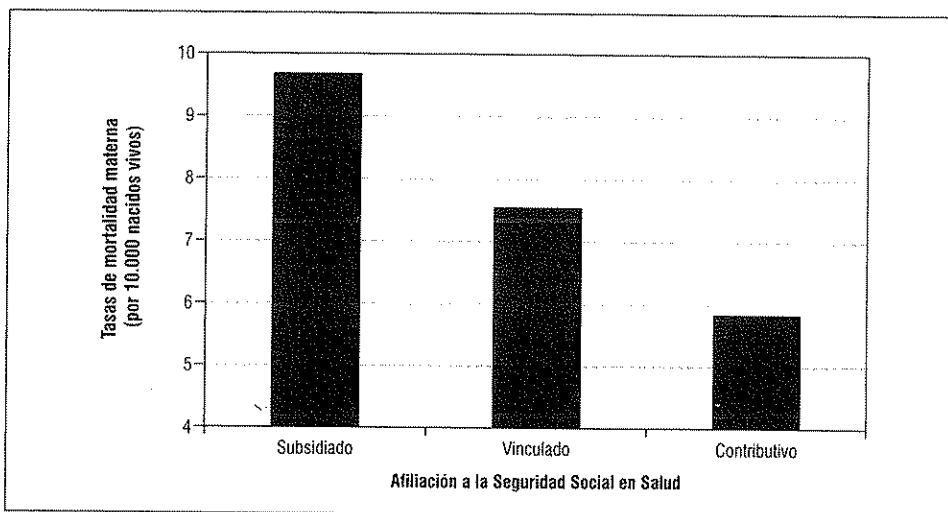
Los coeficientes de determinación entre las tasas de mortalidad materna y los indicadores seleccionados, incluidos en los gráficos, se encuentran entre 0,4 y 0,35, lo que señala el grado de asociación entre las variables. Aunque los valores de estos coeficientes son relativamente bajos, en los tres casos las asociaciones tienen el sentido esperado: a medida que las condiciones de los hogares empeoran, tiende a aumentar la tasa de mortalidad materna. Se pone de presente así la dependencia de los niveles este tipo de mortalidad y condiciones relativas a los niveles de ingreso, pobreza y facilidades en el acceso a servicios domiciliarios.

Tasa de mortalidad materna y relación de la madre con el Sistema de Seguridad Social en Salud

Se encuentran diferencias significativas en las tasas de mortalidad materna de acuerdo con el régimen de seguridad social a que pertenecen las madres (gráfico 16). Las tasas de mujeres afiliadas al régimen subsidiado (9,7) son 1,6 veces mayores que las de afiliadas al régimen contributivo (5,9).

Llama la atención que las tasas de la mortalidad materna sean 1,3 mayores entre las mujeres registradas en el régimen subsidiado que entre las "vinculadas", sin afiliación a ninguno de los regímenes de la seguridad social.

Gráfico 16  **TASAS DE MORTALIDAD MATERNA POR AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LAS MADRES**
(Promedio 1998-2004). Bogotá




Fuente: Archivos Sbs de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

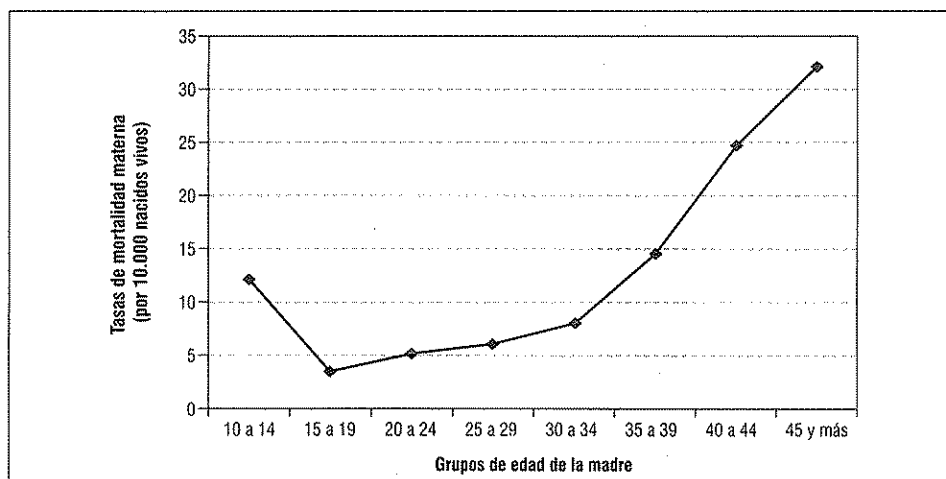
Cabría preguntar si la diferencia obedece específicamente a la situación particular de servicios a los vinculados en Bogotá o a mayor concentración de pobreza y desventajas sociales en el grupo del régimen subsidiado con respecto al grupo de vinculados.

Aunque es un asunto que requiere de un examen más detallado y debe constatarse con información de mejor calidad, el análisis de los datos lleva a reafirmar esta conclusión⁵ que pone los resultados de la aplicación de la Ley 100 de 1993 en situación de cuestionamiento. Si en las mujeres sin aseguramiento de Bogotá hay más bajas tasas de mortalidad materna que entre las afiliadas al régimen subsidiado, entonces ¿cuáles son las ventajas del aseguramiento subsidiado a este respecto?

Diferencias por grupos de edad de la edad de la madre

La edad de la madre es una variable que determina el nivel de riesgo en el embarazo, parto y posparto. En los embarazos en adolescentes y mujeres de más de 40 años los riesgos son mayores. La situación se refleja en las más altas tasas de mortalidad infantil en menores de 15 años y mayores de 35 en Bogotá (gráfico

Gráfico 17  **TASAS DE MORTALIDAD MATERNA
POR GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE**
(Promedio 1998-2004). Bogotá



Fuente: Archivos Sds de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

⁵ La conclusión se obtiene tanto de los datos sin ajuste por omisión de respuesta, como de las dos opciones de ajuste que se ensayaron para obtener los resultados aquí comentados. Las mayores tasas en las afiliadas al régimen subsidiado con respecto a las vinculadas se encuentran persistentemente en todos los años analizados, incluidos 2003 y 2004, cuando las tasas de no respuesta en la variable de régimen de aseguramiento son considerablemente menores.

17). Estas diferencias pueden expresar, no obstante, circunstancias que afectan el acceso de las mujeres en mayor riesgo a los cuidados que requieren. En tal sentido señalarían una discriminación que merece ser analizada y tratada.

Vulnerabilidad social: el estado civil

Las diferencias en las tasas de mortalidad materna en Bogotá, según el estado conyugal de las madres, evidencian otras facetas de las inequidades en la salud. Las tasas de las mujeres separadas o divorciadas son 2,4 veces mayores que las de las casadas y 2,9 veces mayores que aquellas que viven en unión libre (razón de tasa; gráfico 18). Estas desigualdades insinúan posibles vínculos entre circunstancias de la vida familiar y condiciones de atención en el embarazo, parto y posparto de las mujeres.

El hecho está asociado igualmente con diferencias en la composición por edad de los grupos de mujeres según su estado civil. La proporción de madres con 35 y más años⁶ es, en las separadas o divorciadas, de 25%, mientras en las casadas es de 20%, en las viudas de 19%, en las que viven en unión libre de 10% y en las solteras del 6% (gráfico 18). Estas diferencias forman parte de la explicación sobre los altos niveles de muertes maternas dentro de las separadas y divorciadas y las mayores tasas entre casadas que entre las que viven en unión libre.

Tasa de mortalidad materna y atención prenatal

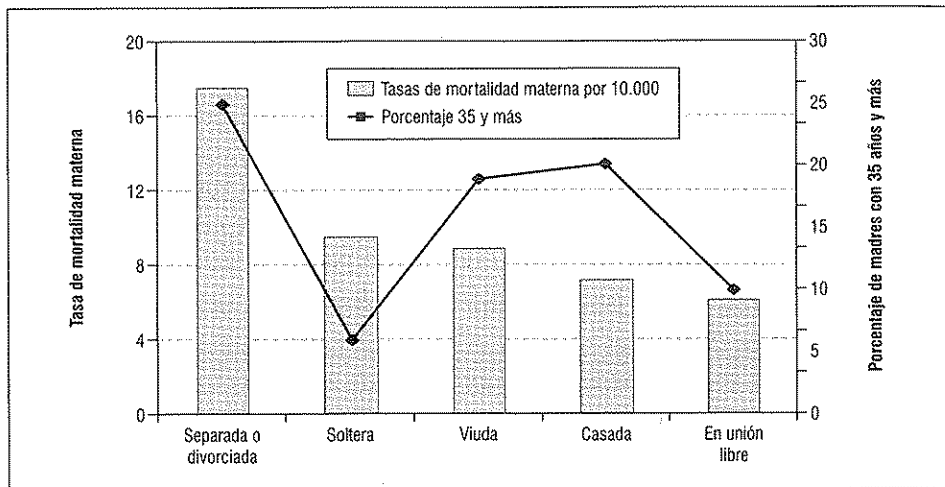
Se encuentra una asociación negativa entre los porcentajes de mujeres que no han tenido atención médica, acorde con los estándares establecidos, durante el embarazo (menos de seis consultas y sin ninguna consulta⁷) y los niveles educativos de las madres, lo que indica la relación entre la condición social y el acceso a los servicios de salud. Las desigualdades en la atención adecuada y su relación con las variaciones en la tasa de mortalidad materna ilustran la asociación entre un determinante social, que se expresa en el nivel educativo, y determinantes intermedios que operan en el acceso en los servicios de atención (gráfico 19). Las inequidades en la posición social, captadas por el nivel educativo, se reflejan en mecanismos como la frecuencia de las consultas prenatales en las mujeres embarazadas, lo cual lleva a que las tasas de mortalidad materna presenten los diferenciales analizados.

Estas interdependencias no son tan claras al examinar el comportamiento de las variables en relación con el estado conyugal de las madres (gráfico 20) y con la localidad de residencia (gráfico 21), lo que lleva a postular que hay otras circunstancias que actúan como factores intermedios en los efectos de inequidad en las tasas de mortalidad materna.

⁶ El porcentaje de madres con 35 y más años se obtuvo de los certificados de nacimientos y corresponde al promedio 2000-2004.

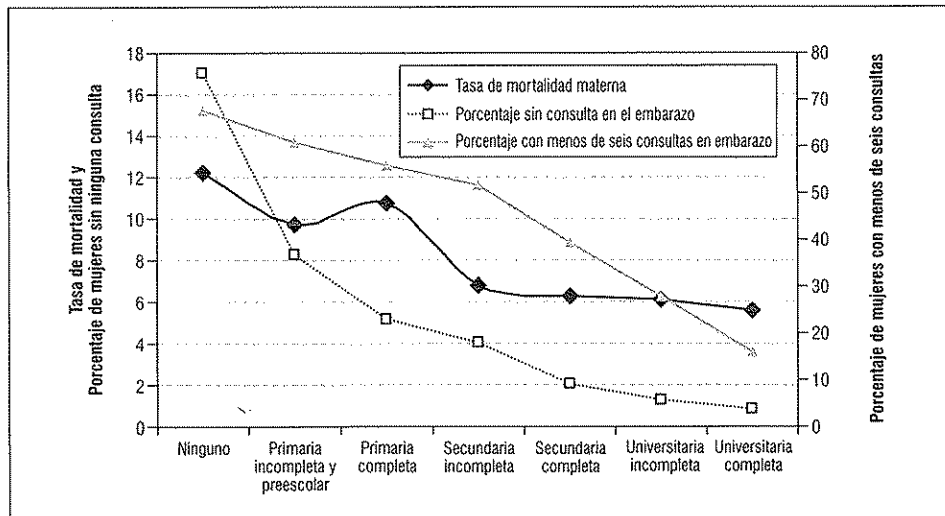
⁷ Estos indicadores se obtienen del procesamiento, efectuado por el Cid, de los certificados de nacimientos para el conjunto del periodo 2000 a 2004.

Gráfico 18 TASAS DE MORTALIDAD MATERNA Y PORCENTAJES DE MADRES CON 35 Y MÁS AÑOS, POR ESTADO CONYUGAL (Promedio 2000-2004). Bogotá



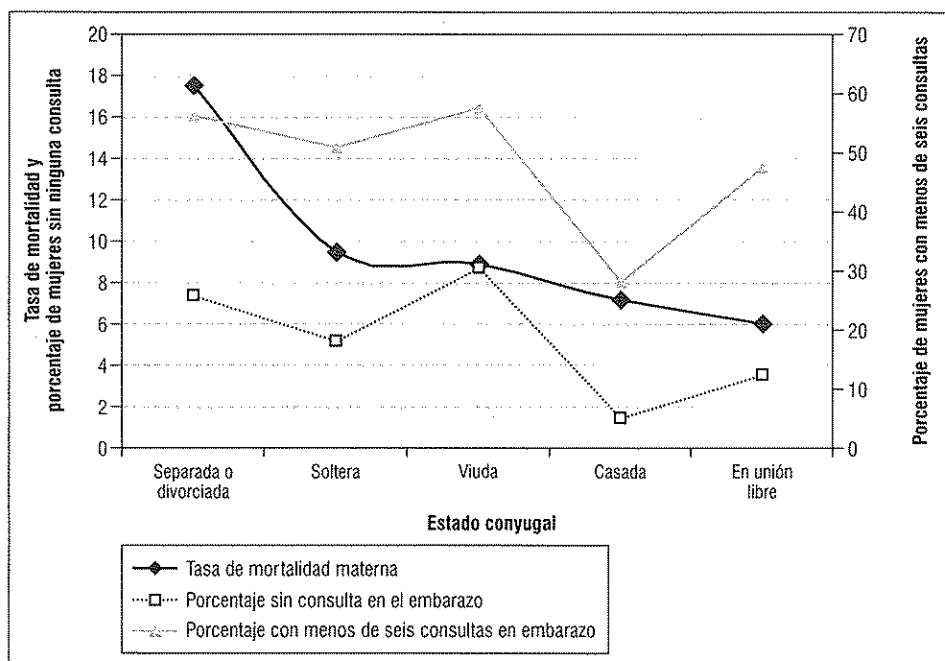
Fuente: Archivos Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

Gráfico 19 TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (PROMEDIO 2000-2004) Y PORCENTAJES DE MADRES SIN ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL ADECUADA Por nivel educativo. Bogotá



Fuente: Archivos Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

Gráfico 20 **TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (PROMEDIO 2000-2004) Y PORCENTAJES DE MADRES SIN ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL ADECUADA**
SIN ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL ADECUADA
 Por estado conyugal. Bogotá



Fuente: Archivos Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

En lo que se refiere a la forma de vinculación con el Sistema de Seguridad Social en Salud, las proporciones de mujeres con atención por debajo de los estándares (menos de seis consultas en el embarazo) y sin ninguna consulta tienen valores semejantes entre las mujeres "vinculadas" y las afiliadas al régimen subsidiado. Aquí se observa una vez más que las maternas afiliadas al régimen subsidiado no tienen garantizado mejor acceso ni mejor servicio que las no aseguradas (gráfico 22).

La mortalidad evitable de menores de uno y cinco años

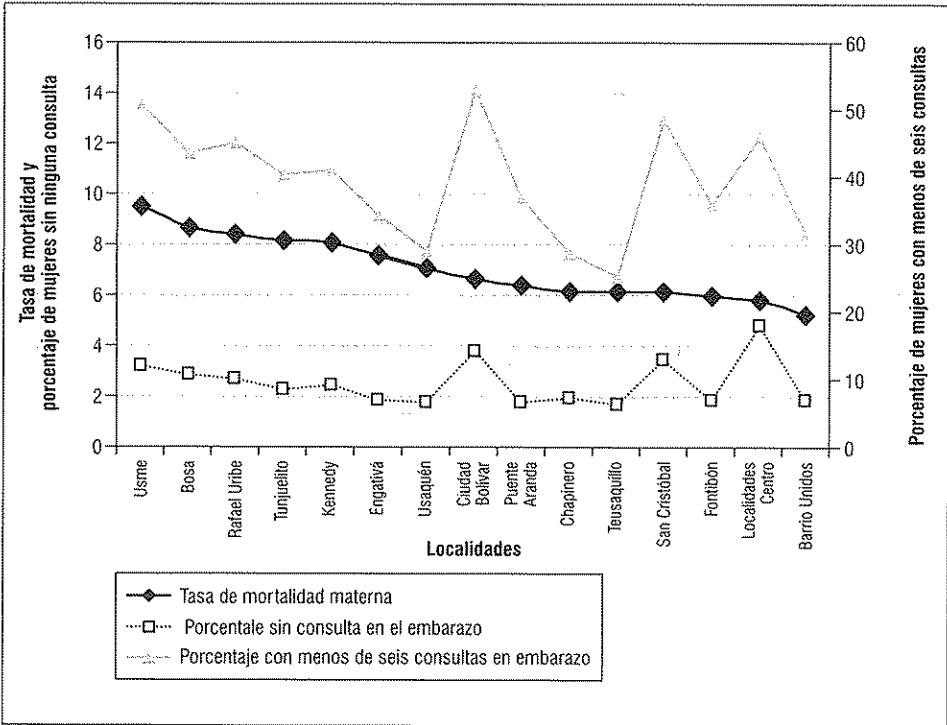
La disminución de las muertes evitables en menores de uno y cinco años

Tanto el número de muertes evitables de niños menores de un año, como el de menores de cinco, disminuyó dentro del periodo 1998-2004 en 44%. Las muer-

Gráfico 21



**TASAS DE MORTALIDAD MATERNA
(PROMEDIO 2000-2004) Y PORCENTAJES DE MADRES
SIN ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL ADECUADA**
Por localidad. Bogotá



Fuente: Archivos Sds de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

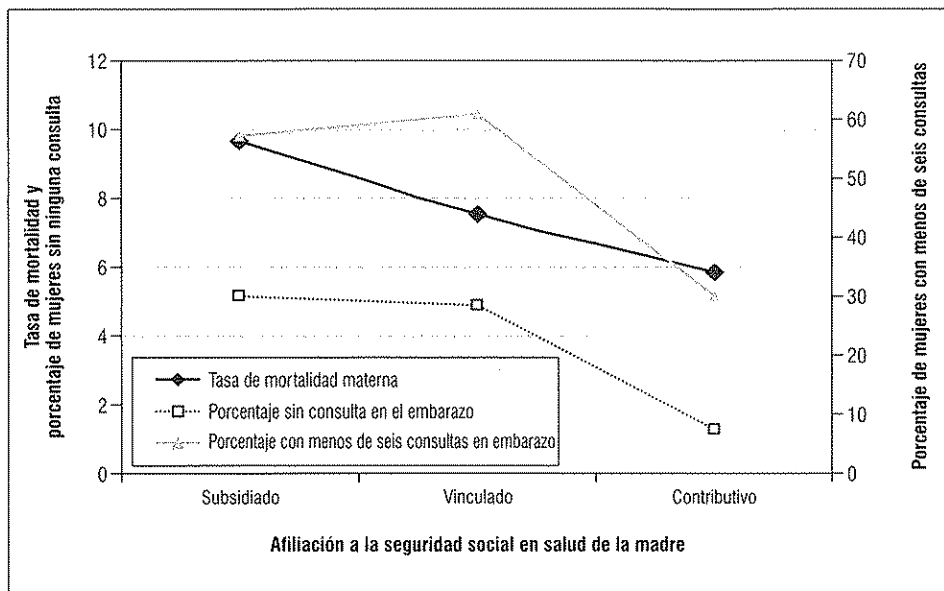
tes de menores de un año pasaron de 370 en 1998 a 206 en 2004 y el recorrido de las de menores de cinco años fue de 461 a 256 (cuadros 5 y 6). Este comportamiento está afectado por la caída de la tasa de fecundidad ya mencionada.

Para el conjunto de los años analizados, las muertes por IRA (infección respiratoria aguda) constituyen el 79% de las muertes evitables dentro de los dos grupos de edad de los niños; las muertes por EdA (enfermedad diarreica aguda) el 19% y por enfermedades inmuno-prevenibles cerca del 2% restante. Dentro de las muertes evitables la participación de las ocasionadas por IRA aumentó, pasando de 73% a 85%, en detrimento de la participación de las causadas por EdA que evolucionó del 24% al 13%. La participación de las muertes causadas por enfermedades inmuno-prevenibles se ha mantenido entre el 1 y el 2,7%. Mientras que el número de muer-

Gráfico 22



**TASAS DE MORTALIDAD MATERNA
(PROMEDIO 2000-2004) Y PORCENTAJES DE MADRES
SIN ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL ADECUADA**
Por afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud Bogotá



Fuente: Archivos Sds de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

tes evitables por IRA disminuyó el 36%, las debidas a EDA disminuyeron cerca de 70% (cuadro 7).

*Determinantes relacionados con las condiciones sociales:
el nivel educativo de la madre*

Como en el caso de la mortalidad materna, las tasas de mortalidad evitable de menores de un año guardan asociación con los niveles educativos de las madres (gráfico 23). La tasa de los que tienen madre sin ningún nivel educativo es superior, en más de nueve, veces a los hijos de madres con educación superior incompleta. La asociación no es perfecta en tanto no en todos los casos las tasas disminuyen con el aumento del nivel educativo, pero la tendencia es clara e indica la inequidad relacionada con una variable relacionada con la posición social.

(por 10.000) 1998-2004. Bogotá

Localidad	Nacimientos					Muertes de menores de cinco años por EdA, Ica y enfermedades inmuno-prevenibles					Tasas por 10.000														
	Total	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
	2000-2004	135.983	125.623	122.863	119.352	115.275	113.527	112.902	1.405	461	387	381	326	256	207	256	4,8	7,9	6,6	6,5	5,6	4,0	3,5	4,4	
Total	583.919	583.919	583.919	583.919	583.919	583.919	583.919	583.919	1.405	461	387	381	326	256	207	256	4,8	7,9	6,6	6,5	5,6	4,0	3,5	4,4	
Localidad																									
Usaquén	31.016	7.365	6.796	6.496	6.187	5.885	5.652	5.3	17	10	11	17	7	13	4	3,4			16,9	25,4	12,1	22,4	7,4	7,4	
Chapinero	10.080	2.184	2.030	2.117	2.094	2.061	1.778	20	7	7	2	4	10	1	3	4,1			10,4	19,5	48,3	5,1	17,1	17,1	
Santa Fe	13.598	2.721	2.940	2.655	2.741	2.754	2.508	37	16	13	11	6	4	7	7	5,4			38,8	24,2	16,1	26,0	28,5	28,5	
San Cristóbal	43.133	9.390	8.625	8.823	9.086	7.898	7.701	127	51	43	33	29	18	17	28	5,9			34,6	33,3	20,1	22,2	37,0	37,0	
Usme	32.511	6.557	6.869	6.628	6.426	6.277	6.312	105	27	21	25	40	11	13	16	6,5			36,2	60,2	16,9	21,2	25,9	25,9	
Tunjuelito	21.438	4.836	4.696	4.105	4.012	4.253	4.372	45	16	14	6	10	11	4	15	4,2			11,8	23,4	28,3	9,9	34,8	34,8	
Bosa	49.004	9.954	9.660	9.394	9.895	9.706	10.349	106	46	34	23	30	16	17	19	4,3			23,8	32,1	18,2	17,9	18,7	18,7	
Kennedy	70.770	14.285	14.925	14.721	13.649	13.835	13.640	157	41	49	52	32	23	22	28	4,4			35,1	22,1	17,1	15,6	20,2	20,2	
Fenitbón	25.763	5.537	5.447	4.966	5.178	5.045	5.127	37	13	8	10	10	8	5	3	2,9			18,8	20,6	15,9	10,1	6,0	6,0	
Engativá	65.810	14.049	13.621	13.593	12.980	12.819	12.797	131	49	37	38	25	23	20	23	4,0			28,1	18,6	17,9	16,0	18,3	18,3	
Saba	73.103	14.861	14.587	14.857	14.428	14.443	14.778	145	39	40	38	38	23	16	28	4,0			26,2	25,8	16,1	11,4	19,3	19,3	
Barrios Unidos	10.080	2.487	2.311	2.236	2.022	1.862	1.658	18	7	9	6	2	7	1	2	3,6			26,3	9,4	35,0	5,6	12,3	12,3	
Teusaquillo	8.350	2.120	1.896	1.967	1.739	1.395	1.352	11	6	3	4	4	0	1	2	2,7			21,5	20,8	0,5	7,4	15,0	15,0	
Mártires	8.148	1.879	1.732	1.550	1.426	1.719	1.721	32	12	10	6	7	6	7	5	7,9			36,6	47,6	44,5	41,5	29,8	29,8	
Antonio Nariño	6.715	1.712	1.620	1.596	1.214	1.092	1.193	17	9	7	4	5	5	2	1	5,2			25,2	31,9	41,9	18,6	8,7	8,7	
Puente Aranda	20.921	5.139	4.492	4.175	4.085	4.150	4.019	47	17	9	12	8	9	6	10	4,5			27,7	20,3	23,2	14,9	25,3	25,3	
Candelaria	1.846	590	443	461	589	195	158	6	4	1	1	2	1	1	1	6,7			23,9	44,7	18,0	52,3	64,6	64,6	
Rubén Uribe	35.371	7.624	7.144	7.102	7.285	6.942	6.898	105	25	21	26	15	17	17	28	5,9			36,8	21,7	23,7	25,2	41,3	41,3	
Ciudad Bolívar	55.965	12.098	11.959	11.836	10.201	11.137	10.834	205	59	47	70	39	33	34	30	7,3			58,3	32,9	32,1	30,2	27,4	27,4	
Sumapaz	296	154	59	73	39	67	56	0	2	0	0	0	0	0	0	0,0			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Régimen de seguridad social																									
Subsidiado	130.182	29.667	27.727	26.011	24.691	25.323	26.817	27.341	615	180	160	151	128	101	98	137	9,4		12,1	11,5	10,4	8,0	7,3	10,0	10,0
Vinculado	119.937	20.574	24.664	26.199	25.968	23.130	23.101	20.998	554	197	154	168	134	86	78	88	9,3		19,1	12,5	10,3	7,4	6,7	8,4	8,4
Contributivo	334.940	85.742	73.231	70.653	68.692	66.822	63.609	64.563	237	84	73	62	64	48	31	31	1,4		2,0	1,8	1,9	1,4	1,0	1,0	1,0

Fuente: Procesamiento del CIO a los archivos de la Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Incluye ajuste por omisión en algunas categorías de clasificación. (Incluye las localidades de La Candelaria, Santa Fe, Mártires y Antonio Nariño).



Cuadro 6

TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO POR NIVEL EDUCATIVO, ESTADO CIVIL, RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL Y GRUPO DE EDAD DE LA MADRE

Bogotá. 1998-2004.

Localidad	Nacimientos					Muertes evitables de menores de un año					Tasas por 10.000 nacidos vivos																				
	Total 2000-2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 2000-2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 2000-2004														
Total	583.919	135.983	125.623	122.863	119.352	115.275	113.527	112.902	1.134	370	309	313	266	181	168	206	19,4	27,2	24,6	25,5	22,3	15,7	14,8	18,2							
Localidad																															
USAQUEEN	31.016	7.365	6.796	6.496	6.187	5.885	5.652	44	7	9	13	5	11	4	14,1	9,3	13,9	20,7	8,6	19,0	7,4										
CHAPINERO	10.080	2.184	2.030	2.117	2.094	2.061	1.778	14	6	2	3	5	1	3	14,3	28,5	10,4	14,7	24,3	5,1	17,2										
SANTA FE	13.598	2.721	2.940	2.655	2.741	2.754	2.508	31	12	11	5	3	5	6	23,0	42,7	38,5	20,1	11,8	18,7	24,5										
SAN CRISTÓBAL	43.133	9.390	9.625	8.823	9.086	7.898	7.701	98	35	26	21	14	15	21	22,7	37,2	27,1	23,9	15,2	19,6	27,9										
USME	32.511	6.657	6.869	6.628	6.426	6.277	6.312	85	15	19	35	7	12	12	26,0	23,0	27,3	52,4	10,2	19,6	19,5										
TUNJUELITO	21.438	4.836	4.696	4.105	4.012	4.253	4.372	41	10	5	9	8	4	15	19,2	20,8	9,7	20,9	21,0	10,0	34,9										
BOSA	49.004	9.954	9.660	9.394	9.895	9.706	10.349	74	25	31	20	12	10	12	15,2	25,3	20,4	20,9	12,6	10,6	11,9										
KENNEDY	70.770	14.265	14.925	14.721	13.649	13.835	13.640	124	40	42	28	20	16	17	17,5	27,9	28,1	19,0	14,5	11,9	12,8										
FONTEBON	25.763	5.537	5.447	4.966	5.178	5.045	5.127	31	5	8	10	5	4	3	11,9	9,7	15,1	20,6	10,0	8,1	6,0										
ENGATIVA	65.810	14.049	13.621	13.593	12.980	12.819	12.797	109	33	29	22	17	19	23	16,6	23,6	21,4	16,3	13,0	14,5	17,6										
SUBA	73.103	14.861	14.597	14.857	14.428	14.443	14.778	115	31	30	32	18	12	22	15,7	20,8	20,6	21,6	12,3	8,6	15,2										
BARRIOS UNIDOS	10.080	2.487	2.311	2.236	2.022	1.852	1.658	14	8	6	1	5	1	1	14,1	32,6	26,2	4,7	24,9	5,5	6,2										
TEUSQUILLO	8.350	2.120	1.896	1.967	1.739	1.396	1.352	8	3	4	3	0	0	1	9,7	14,4	21,3	15,4	0,1	0,1	7,5										
MARTÍRES	8.148	1.879	1.732	1.550	1.426	1.719	1.721	30	9	5	7	6	7	4	37,1	45,8	30,8	47,3	43,8	41,6	24,1										
ANTONIO NARIÑO	6.715	1.712	1.620	1.596	1.214	1.032	1.193	11	5	3	3	3	2	0	16,7	23,9	18,9	19,2	25,1	18,6	0,2										
PUENTE ARANDA	20.921	5.139	4.492	4.175	4.065	4.159	4.019	38	5	11	6	7	3	8	18,3	9,0	25,2	20,0	17,7	7,6	20,3										
CANDELARIA	1.846	590	443	461	589	195	158	5	1	1	2	1	1	1	0	27,7	17,9	23,3	44,0	17,4	51,9	0,9									
RAFAEL URIBE	35.371	7.624	7.144	7.102	7.285	6.942	6.898	88	17	24	13	15	13	22	24,8	22,2	33,7	18,4	20,3	19,4	32,6										
CIUDAD BOLÍVAR	55.966	12.098	11.959	11.836	10.201	11.137	10.834	173	40	57	30	29	29	29	30,9	33,1	47,4	25,1	28,7	25,8	26,6										
SUMAPAZ	296	154	59	73	39	67	56	0	2	0	0	0	0	0	0,0	129,7	0,0														

Continúa en la siguiente página

	Nacimientos										Muertes evitables de menores de un año										Tasas por 10.000 nacidos vivos				
	Total	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
	2004								2004								2004								
Nivel educativo de la madre																									
Preescolar	1.562	287	205	204	203	285	236	634	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Primaria completa	66.095	18.354	16.384	15.506	14.049	12.956	12.206	11.379	242	86	59	68	65	35	33	41	36.6	46.8	36.2	43.8	46.6	27.0	26.8	36.1	
Primaria incompleta	30.750	9.369	8.412	7.141	6.584	6.074	5.755	5.197	97	41	34	32	17	20	14	13	31.4	43.2	41.0	44.3	26.3	33.6	24.0	25.7	
Secundaria completa	180.876	37.204	34.104	35.706	35.491	35.718	36.406	37.556	318	90	75	76	71	54	48	68	17.6	24.1	22.0	21.4	19.9	15.1	13.2	18.2	
Secundaria incompleta	178.559	44.649	41.089	39.487	38.040	35.664	33.644	31.724	313	98	100	94	77	50	48	44	17.5	22.0	23.9	23.9	20.2	14.0	14.1	14.0	
Universitaria completa	77.397	15.498	14.639	14.933	15.147	15.062	15.565	16.629	93	25	18	23	17	12	18	23	12.1	15.8	12.6	15.4	11.3	7.8	11.8	13.9	
Universitaria incompleta	46.224	9.954	9.406	9.302	9.355	9.030	9.215	9.323	44	14	13	13	12	4	5	11	9.5	14.5	14.1	13.7	12.9	3.9	5.0	11.7	
Ninguno	2.456	668	574	525	483	486	501	460	27	17	8	7	7	6	3	5	11.7	250.2	141.8	131.2	134.8	128.8	56.1	107.6	
Estado civil de la madre																									
Soltera	105.328	20.131	21.483	21.862	21.409	21.291	20.922	19.844	226	65	60	55	54	39	35	42	21.4	32.2	27.8	25.2	25.0	18.5	17.0	21.1	
Casada	160.475	42.841	36.996	35.721	33.528	31.468	30.226	29.531	221	76	62	68	52	34	27	40	13.8	17.7	16.9	19.0	15.5	10.8	9.0	13.4	
Viuda	1.316	347	344	299	271	287	211	247	6	0	3	4	2	0	0	0	45.6	0.0	87.2	133.6	73.7	0.0	0.0	0.0	
En unión libre	312.698	71.642	65.777	64.051	63.231	61.437	61.432	62.546	667	220	178	178	155	106	104	124	21.3	30.7	27.1	27.7	24.5	17.2	16.9	19.9	
Separada o divorciada	4.102	1.022	1.023	931	912	791	736	732	15	9	5	8	3	2	1	0	36.5	91.9	51.8	88.8	35.2	27.7	15.5	2.0	
Régimen de seguridad social																									
Contributivo	334.340	85.742	73.231	70.653	68.692	66.822	63.609	64.553	473	134	130	118	100	72	74	107	14.1	15.6	17.8	16.7	14.6	10.8	11.7	16.6	
Subsidiado	130.182	29.667	27.727	26.011	24.691	25.323	26.817	27.341	470	166	120	144	109	72	70	74	36.1	55.9	43.4	55.2	44.3	28.4	26.3	27.2	
Vinculado	119.397	20.574	24.664	26.199	25.968	23.130	23.101	20.998	192	70	59	51	56	37	23	24	16.1	34.2	23.8	19.5	21.6	16.0	10.0	11.6	
Grupo de edad de la madre																									
10 a 14 años	2.470	584	624	541	512	447	481	488	7	2	1	2	1	1	2	0	28.2	33.1	9.7	29.9	28.6	29.9	46.9	6.0	
15 a 19 años	102.256	24.050	22.953	21.963	21.438	20.244	19.610	19.002	240	76	58	57	62	43	37	41	23.5	31.7	25.1	25.9	29.0	21.3	18.8	21.6	
20 a 24 años	164.958	37.633	35.079	34.440	33.297	32.681	32.406	32.133	360	110	95	97	85	52	56	69	21.8	29.3	27.0	28.3	25.5	16.0	17.2	21.6	
25 a 29 años	136.957	33.370	29.926	28.932	27.874	26.559	26.577	27.016	280	81	70	77	56	36	38	43	18.3	24.2	23.5	26.6	20.0	13.4	14.4	16.1	
30 a 34 años	103.780	24.974	22.411	22.202	21.452	20.511	20.093	19.521	156	58	45	47	30	28	20	32	15.1	23.1	20.3	21.0	13.8	13.6	10.1	16.4	
35 a 39 años	58.021	12.332	11.795	11.649	11.726	11.739	11.332	11.384	85	32	29	24	19	16	10	17	14.6	26.0	24.9	19.9	16.1	13.2	8.6	15.0	
40 a 44 años	14.542	2.804	2.619	2.710	2.689	2.927	2.863	3.152	30	11	10	5	12	5	5	3	20.6	38.8	37.5	17.9	42.9	17.1	16.7	9.1	
45 a 54	935	226	217	226	164	167	174	205	6	0	1	5	1	0	0	0	64.2	0.0	46.2	221.6	61.0	0.0	0.0	0.0	

Fuente: Procesamiento del Cier a los archivos de la Sds de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Incluye ajuste por omisión en algunas categorías de clasificación.

Cuadro 7



**MUERTES EVITABLES DE MENORES DE CINCO AÑOS
Y DE UN AÑO, POR TIPO DE CAUSA BÁSICA Y AÑO**
Bogotá. 1998-2004

Años	Muertes evitables de menores de cinco años				Muertes evitables de menores de un año			
	Total	IRA	EDA	Muertes por enfermeda- des inmuno-prevenibles	Total	IRA	EDA	Muertes por enfermeda- des inmuno-prevenibles
Total	2.253	1.783	436	34	1.813	1.427	352	34
1998	461	340	111	10	370	271	89	10
1999	387	312	71	4	309	252	53	4
2000	381	300	77	4	313	241	68	4
2001	326	262	57	7	266	217	42	7
2002	235	185	48	2	181	138	41	2
2003	207	165	39	3	168	134	31	3
2004	256	219	33	4	206	174	28	4
Total	100,0	79,1	19,4	1,5	100,0	78,7	19,4	1,9
1998	100,0	73,8	24,1	2,2	100,0	73,2	24,1	2,7
1999	100,0	80,6	18,3	1,0	100,0	81,6	17,2	1,3
2000	100,0	78,7	20,2	1,0	100,0	77,0	21,7	1,3
2001	100,0	80,4	17,5	2,1	100,0	81,6	15,8	2,6
2002	100,0	78,7	20,4	0,9	100,0	76,2	22,7	1,1
2003	100,0	79,7	18,8	1,4	100,0	79,8	18,5	1,8
2004	100,0	85,5	12,9	1,6	100,0	84,5	13,6	1,9

Fuente: Archivos Sds de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Procesamiento Cid.

Mortalidad evitable de niños y condiciones de la localidad de residencia

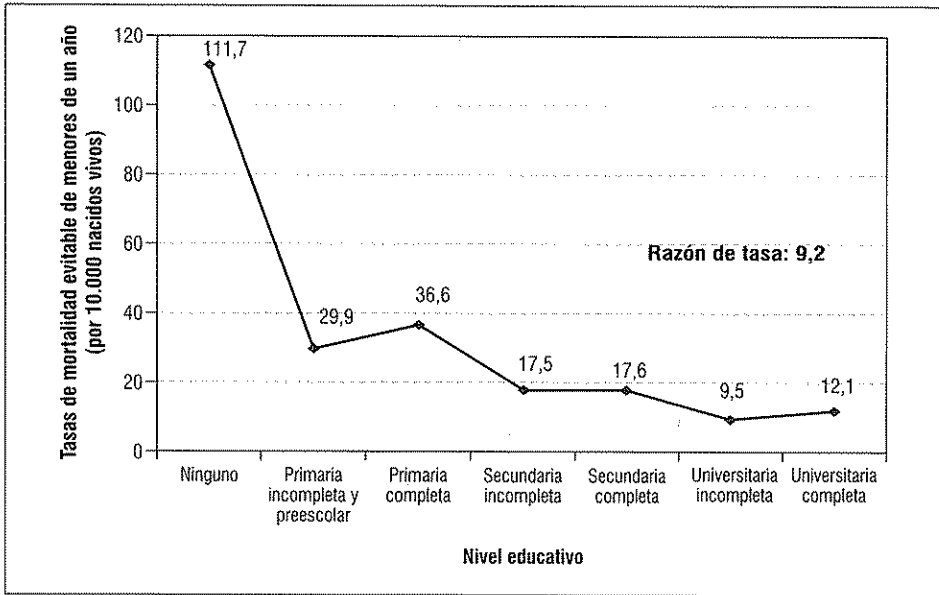
Dado que no se cuenta en la fuente primaria con información sobre las muertes infantiles que permita evidenciar la aparición diferencial del fenómeno entre grupos contruidos, según variables de posición social o ventaja/desventaja social, con el fin de establecer las interdependencias entre los niveles de mortalidad infantil y la pertenencia a grupos de altos y bajos ingresos, de mayor o menor nivel educativo u otras variables significativas, se optó por establecer, para las localidades de Bogotá, la asociación estadística que presentan las tasas de mortalidad con indicadores socioeconómicos facilitados por la Secretaría de Salud y otras entidades del Distrito⁸.

⁸ "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" (Macintyre S. 2002:10).

Gráfico 23



TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO, POR NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE
(Promedio 2000-2004). Bogotá

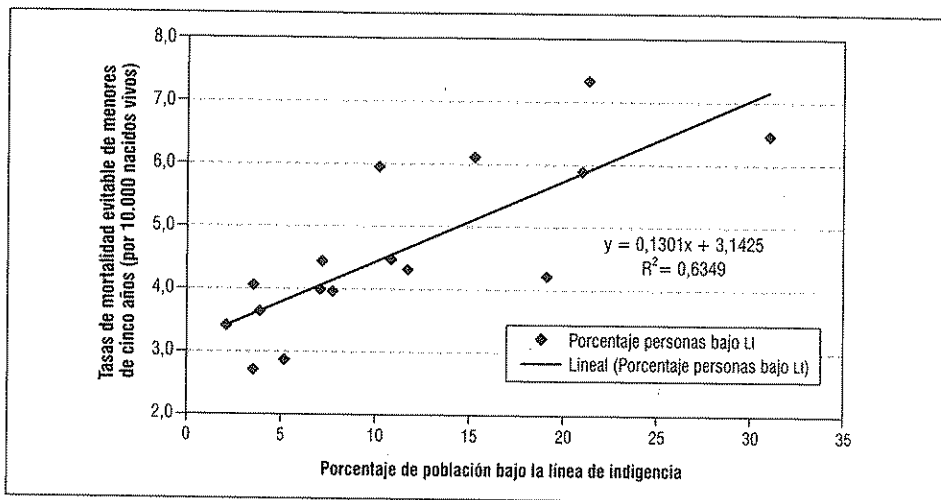


Fuente: Archivos Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

Las tasas de mortalidad evitable de los niños menores de un año y de cinco años tienen una alta correlación con indicadores que expresan diferencias en la posición social, entre localidades. Para el ejercicio se utilizaron indicadores relacionados con distintas dimensiones de la calidad de vida: porcentajes de población en indigencia (pobreza crítica), de hogares en hacinamiento crítico, en que algún miembro no hubiera consumido ninguna de las tres comidas, uno o más días de la semana, y con educación promedio de cuatro o menos años en mayores de doce⁹. En todos los casos se encuentran asociaciones significativas entre los indicadores analizados y las tasas de mortalidad por causas evitables en menores de cinco años y menores de un año, por localidad. Los coeficientes de determinación (R_2) son, sin excepción, superiores a 0,49 (gráficos 24 a 31). Estos resultados constituyen indicios claros de las consecuencias de las inequidades sociales sobre los diferenciales de la mortalidad infantil en Bogotá.

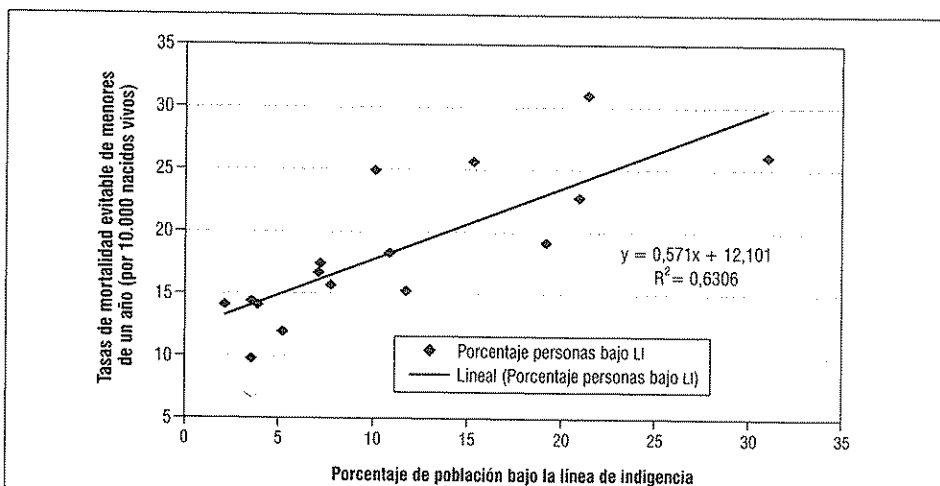
⁹ El indicador de indigencia se obtuvo de la Encuesta de Capacidad de Pago (2004). Los restantes provienen de la Encuesta de Calidad de Vida del año 2003.

Gráfico 24 TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE CINCO AÑOS (PROMEDIO 1998-2004) Y PORCENTAJES DE PERSONAS BAJO LA LÍNEA DE INDIGENCIA (LI) 2004
Por localidades. Bogotá



Fuente: Archivos Sbs de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago 2004 y Encuesta de Calidad de Vida 2003.

Gráfico 25 TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE CINCO AÑOS (PROMEDIO 1998-2004) Y PORCENTAJES DE PERSONAS BAJO LA LÍNEA DE INDIGENCIA (LI) 2004
Por localidades. Bogotá



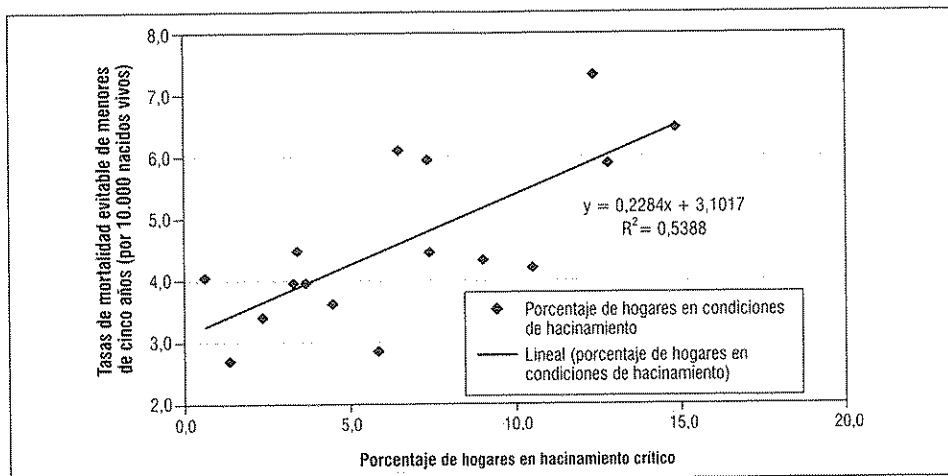
Fuente: Archivos Sbs de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago 2004 y Encuesta de Calidad de Vida 2003.

Gráfico 26



**TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES
DE CINCO AÑOS (PROMEDIO 1998-2004) Y PORCENTAJES
DE HOGARES EN HACINAMIENTO CRÍTICO 2003**

Por localidades. Bogotá



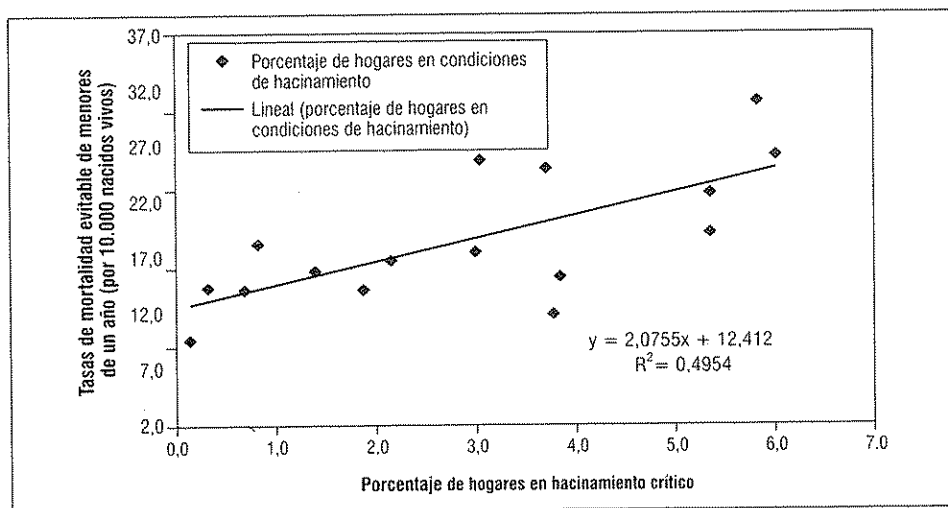
Fuente: Archivos Sbs de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago 2004 y Encuesta de Calidad de Vida 2003.

Gráfico 27



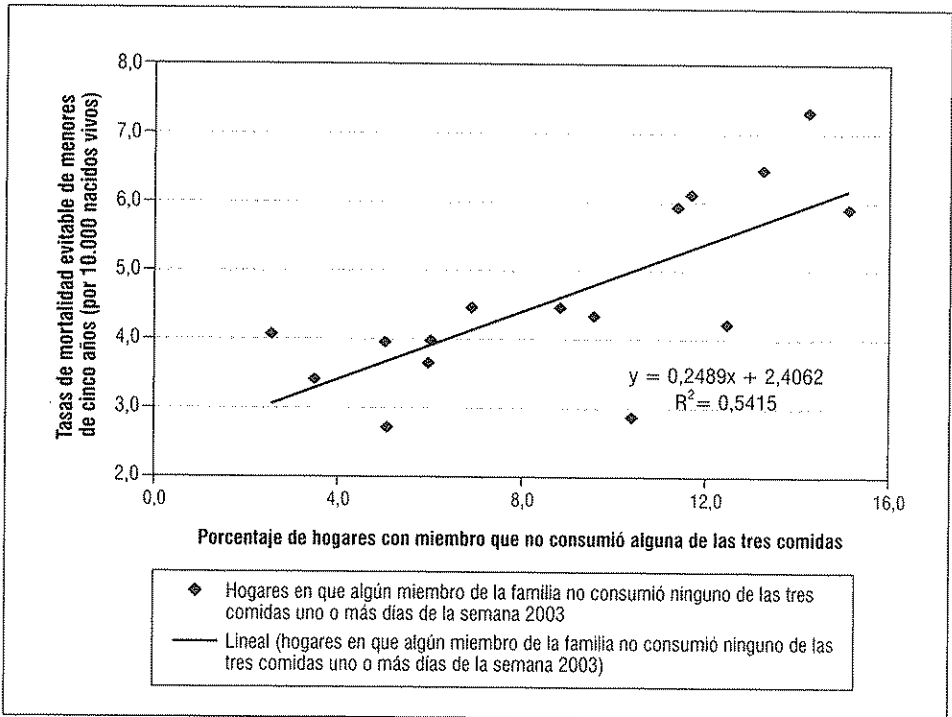
**TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES
DE UN AÑO (PROMEDIO 1998-2004) Y PORCENTAJES
DE HOGARES EN HACINAMIENTO CRÍTICO 2003**

Por localidades. Bogotá




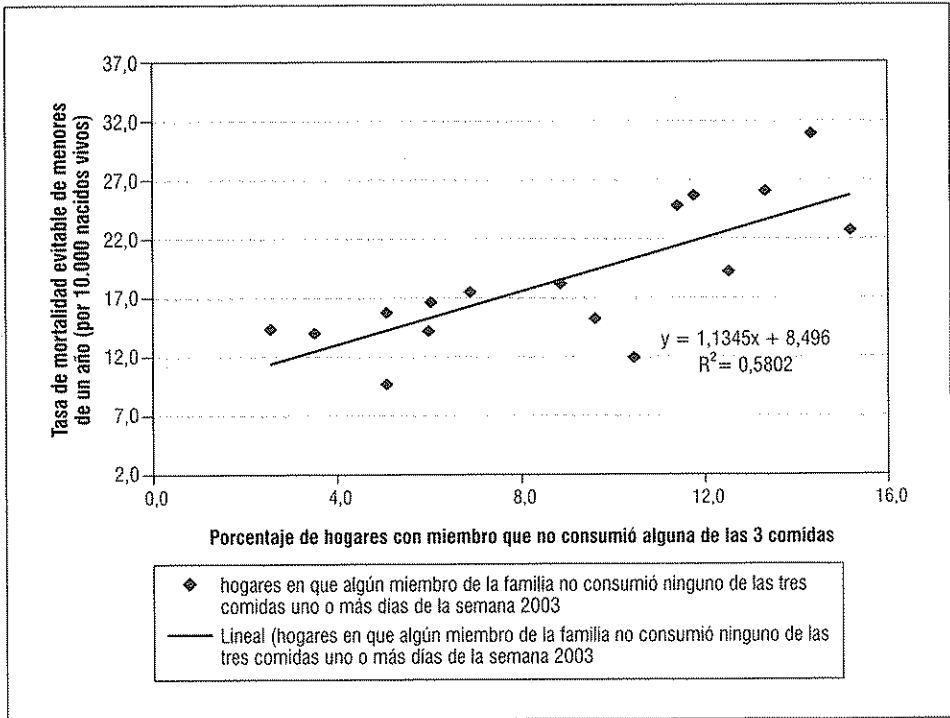
Fuente: Archivos Sbs de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago 2004 y Encuesta de Calidad de Vida 2003.

Gráfico 28 **TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE CINCO AÑOS (PROMEDIO 1998-2004) Y PORCENTAJES DE HOGARES EN QUE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA NO CONSUMIÓ NINGUNA DE LAS TRES COMIDAS, UNO O MÁS DÍAS DE LA SEMANA 2003**
 Por localidades. Bogotá




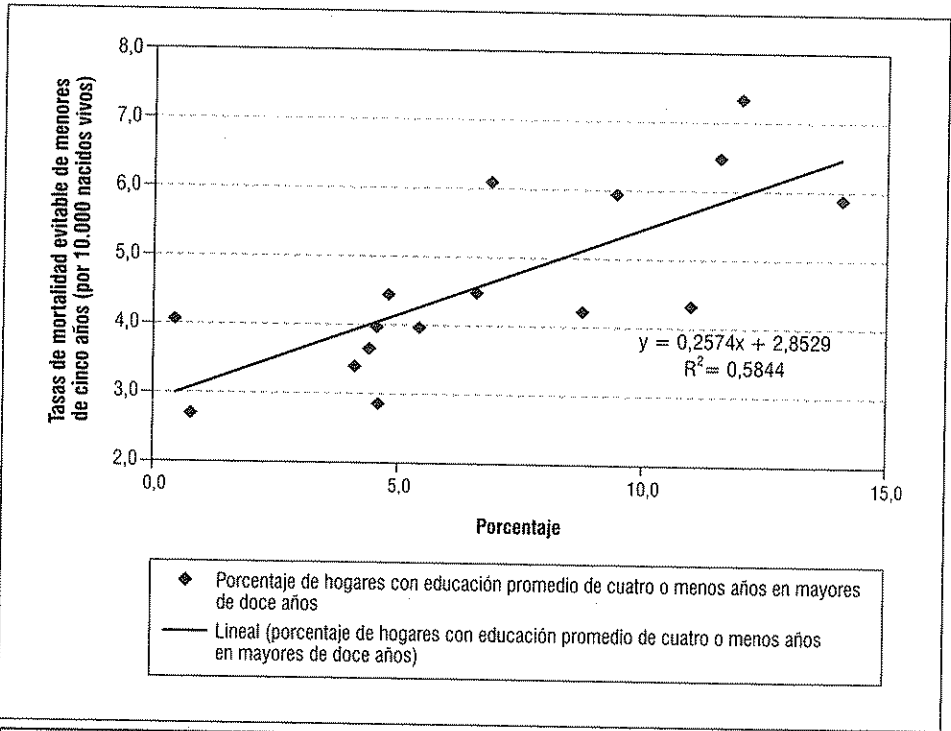
Fuente: Archivos Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago 2004 y Encuesta de Calidad de Vida 2003.

Gráfico 29  **TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO (PROMEDIO 1998-2004) Y PORCENTAJES DE HOGARES EN QUE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA NO CONSUMIÓ NINGUNA DE LAS TRES COMIDAS, UNO O MÁS DÍAS DE LA SEMANA 2003**
Por localidades. Bogotá



Fuente: Archivos Sbs de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago 2004 y Encuesta de Calidad de Vida 2003.

Gráfico 30  **TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE CINCO AÑOS (PROMEDIO 1998-2004) Y PORCENTAJES DE HOGARES CON EDUCACIÓN PROMEDIO DE CUATRO O MENOS AÑOS, EN MAYORES DE 12 AÑOS 2003**
 Por localidades. Bogotá



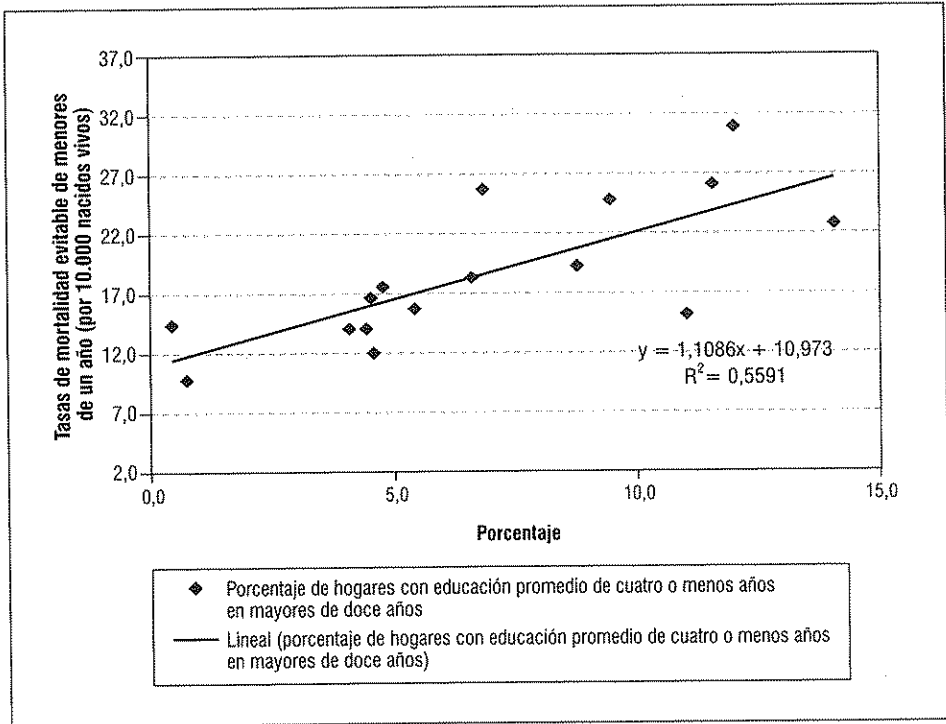
Fuente: Archivos Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago 2004 y Encuesta de Calidad de Vida 2003.

Gráfico 31



TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO (PROMEDIO 1998-2004) Y PORCENTAJES DE HOGARES CON EDUCACIÓN PROMEDIO DE CUATRO O MENOS AÑOS, EN MAYORES DE DOCE AÑOS 2003

Por localidades. Bogotá



Fuente: Archivos Sps de registros de nacimientos y defunciones del DANE. Encuesta de Capacidad de Pago 2004 y Encuesta de Calidad de Vida 2003.

Tasa de mortalidad evitable de niños y relación de la madre con la Seguridad Social en Salud


Las tasas de mortalidad evitable son más bajas en los menores de cinco y de un año con madre afiliada al régimen contributivo de salud. Son más elevadas en niños de madre afiliada al régimen subsidiado que entre los de madre que carece de afiliación (vinculadas), aunque en magnitud diferente, según los grupos de edad considerados (gráfico 32). En las tasas de menores de un año hay significativas diferencias entre las dos formas de relación con la seguridad social. Las de los niños de madre afiliada al régimen subsidiado son de 36 por 10.000 y las de madre vinculada de 16 por 10.000. En el caso de los niños menores de cinco años las tasas de mortalidad, para estas dos formas de relación con la seguridad social, son muy similares, lo que quiere decir que no hay un efecto apreciable de la afiliación a ese régimen sobre la mortalidad en los cinco primeros años de vida. Estos resultados cuestionan nuevamente los logros del régimen subsidiado sobre la equidad en la salud. Cabe preguntar, sin embargo, una vez más, si parte de estas diferencias obedecen a la forma particular de prestación de los servicios a los vinculados en Bogotá, o a la mayor concentración de pobreza y desventajas sociales en el grupo afiliado al régimen subsidiado.

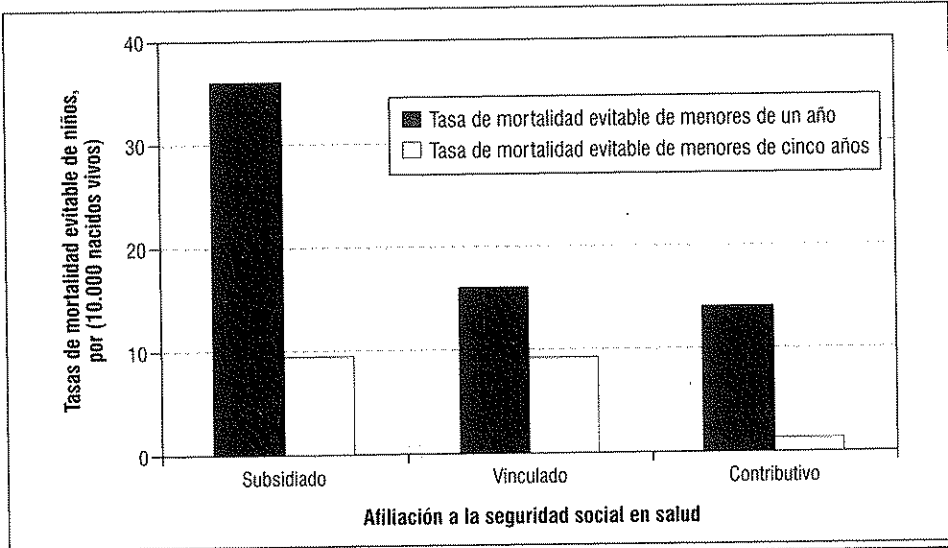
Diferencias por grupos de edad de la madre

La tasa de mortalidad evitable de menores de un año varía notablemente de acuerdo con la edad de la madre. Es de 28 por 10.000 en los hijos de madre menor de 15 años, disminuye a 15 para los de madre entre 35 y 39 años, aumenta a 20 para los de madre entre 40 y 44 años y llegan a 64 para los que la tienen de más de 45 años (gráfico 33). Este recorrido muestra el efecto de los riesgos perinatales diferenciales por edad de la madre y seguramente la asociación, ya mencionada, entre la edad de las madres y su estado conyugal. Como en lo referente a la mortalidad materna, las diferencias encontradas en las tasas señalan posibilidades inequitativas de acceso a los servicios de salud materno infantiles para contrarrestar los riesgos superiores de determinados sectores sociales. Igualmente debe analizarse la concentración de embarazos adolescentes en los grupos sociales más desaventajados, que igualmente confirmaría una situación de inequidad.


Vulnerabilidad social: el estado civil

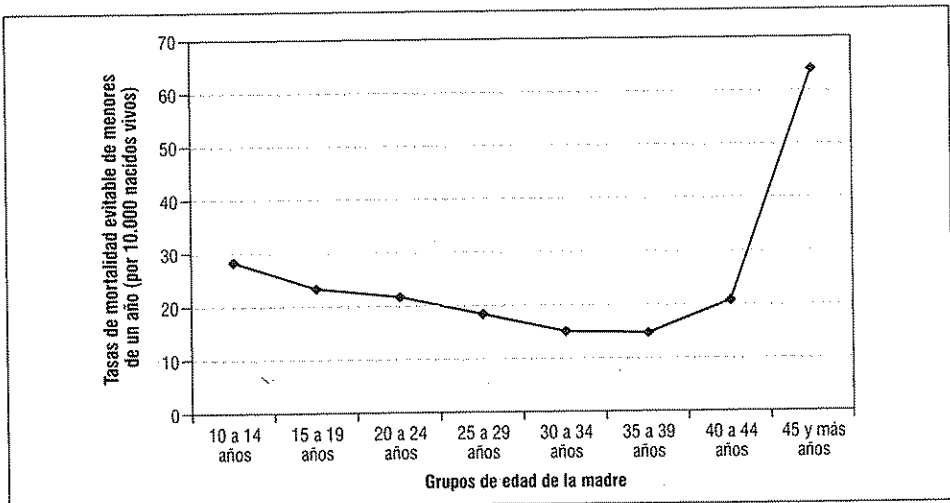
La tasa de mortalidad evitable de los menores de un año, por estado conyugal de las madres, es mayor en los hijos de mujeres sin pareja, aunque en orden distinto al de las tasas de mortalidad materna: de viudas, con tasa de 46 por 10.000, de separadas o divorciadas con tasa de 36 y de solteras con tasa de 21. En la mortalidad de menores de un año es más alta la mortalidad de niños con madre en unión libre (21), que con madres casadas (13) (gráfico 34).

Gráfico 32  **TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO Y MENORES DE CINCO AÑOS, POR AFILIACIÓN DE LA MADRE A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**
(Promedio 1998-2004). Bogotá



Fuente: Archivos Sbs de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

Gráfico 33  **TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO POR GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE**
(Promedio 1998-2004). Bogotá

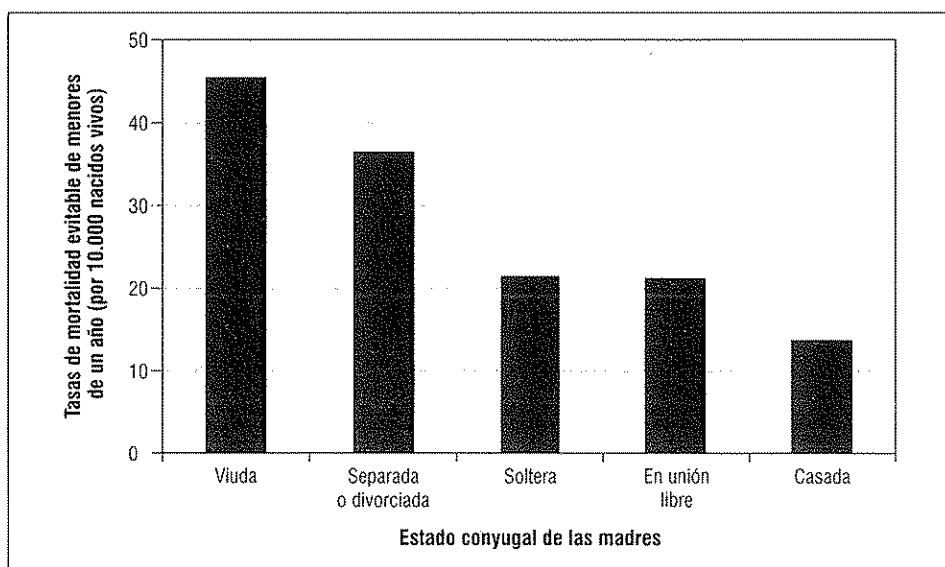


Fuente: Archivos Sbs de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

Gráfico 34



TASAS DE MORTALIDAD EVITABLE DE MENORES DE UN AÑO POR ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE
(Promedio 1998-2004). Bogotá



Fuente: Archivos Sbs de registros de nacimientos y defunciones del DANE.

Conclusiones

Una primera conclusión del análisis es la necesidad de mejorar las informaciones de base de los registros. Bogotá está en capacidad de tener mejores controles sobre la información que certifique la plena cobertura de los registros y que eviten las omisiones en las preguntas que permiten el análisis de temas clave para el análisis de la equidad, como es el de la mortalidad evitable.

Del análisis de la información se destacan las conclusiones siguientes:

- ▣ La trayectoria de las tasas de mortalidad evitable guarda relación con el curso seguido por las medidas de pobreza extrema y de intensidad de la pobreza. También está asociada con el grado de concentración de los ingresos, expresado por el coeficiente de Gini, tanto en el nivel general como al interior de los pobres. Se destacan así posibles vínculos entre los fenómenos sanitarios y la forma como evolucionan las condiciones de equidad del conjunto de la ciudad.
- ▣ Las diferencias en las tasas de mortalidad materna por nivel educativo de la madre ilustran la forma como se expresan los factores de desigualdad social en este fenómeno. La magnitud de las tasas disminuye a medida que la educación formal de las mujeres es mayor. La asociación entre la escolaridad femenina y su nivel socioeconómico, expresado en términos de niveles de ingresos, permite establecer un vínculo entre posiciones sociales, con diferentes posibilidades de participación y de respuesta ante situaciones que afectan la salud, y las probabilidades de sobrevivencia, expresadas en los niveles diferenciales de las tasas de mortalidad materna.
- ▣ La asociación negativa entre los porcentajes de mujeres que no han tenido atención médica, acorde con los estándares establecidos, durante el embarazo (menos de seis consultas y sin ninguna consulta) y los niveles educativos de las madres, indica la forma como la condición social determina el acceso a los servicios de salud. Las desigualdades en la atención adecuada y su relación con las variaciones en la tasa de mortalidad materna ilustra la asociación entre un determinante social, que se expresa en el nivel educativo, y determinantes intermedios que operan en el acceso en los servicios de atención. Las inequidades en la posición social, captadas por el nivel educativo, actúan a través de mecanismos como la frecuencia de las consultas prenatales en las mujeres embarazadas. El efecto de estas interacciones son los diferenciales analizados en las tasas de mortalidad materna.

- ▣ Como en el caso de la mortalidad materna, las tasas de mortalidad evitable de menores de un año guardan asociación con los niveles educativos de las madres. La tasa de los que tienen madre sin ningún nivel educativo es superior en más de nueve veces con respecto a los hijos de madres con educación superior incompleta. La asociación no es perfecta, en tanto no en todos los casos las tasas disminuyen con el aumento del nivel educativo, pero la tendencia es clara e indica la inequidad relacionada con una variable relacionada con la posición social.

- ▣ La correlación encontrada entre las tasas de mortalidad evitable de los niños menores de un año y de cinco años y diferentes indicadores de las condiciones sociales de las localidades donde habitan expresan también la determinación que ejercen condiciones relacionadas con la posición social sobre los diferenciales en las condiciones de salud y la esperanza de vida de la población. Las tasas de mortalidad evitable de los niños menores de un año y de cinco años tienen una alta correlación con indicadores que expresan diferencias en la posición social, entre localidades. Para el ejercicio se utilizaron indicadores relacionados con distintas dimensiones de la calidad de vida: porcentajes de población en indigencia (pobreza crítica), de hogares en hacinamiento crítico, en que algún miembro no hubiera consumido ninguna de las tres comidas, uno o más días de la semana, y con educación promedio de cuatro o menos años en mayores de doce. En todos los casos se encuentran asociaciones significativas entre los indicadores analizados y las tasas de mortalidad por causas evitables en menores de cinco años y menores de un año, por localidad. Los coeficientes de determinación (R_2) son, sin excepción, superiores a 0,49 y en ocasiones superiores a 0,6, lo que demuestra la dependencia de las variaciones en las tasas de mortalidad por localidad, de variables relacionadas con la posición social.

Este primer estudio de mortalidad materna e infantil por causas evitables deja a su vez una serie de inquietudes en las que se requiere profundizar, por ejemplo, las relacionadas con los resultados por régimen de afiliación a la seguridad social o las características de las madres con embarazos en etapas muy tempranas con mayor tasa de mortalidad de menores de un año o las asociaciones entre la mortalidad y la estructura de la familia y el trabajo de los padres.

Cuadro A

**ENFERMEDADES EVITABLES**

Según el Código en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

Código CIE 10	Denominación
Mortalidad materna	
A35	Otros tétanos
000	Embarazo ectópico
002	Otros productos anormales de la concepción
003	Aborto espontáneo
005	Aborto médico
006	Otro aborto
007	Intento fallido de aborto
010	Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio
011	Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada
012	Edema y proteinuria gestacional [inducidos por el embarazo] sin hipertensión
013	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa
014	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa
015	Eclampsia
016	Hipertensión materna no especificada
021	Vómitos excesivos en el embarazo
022	Complicaciones venosas en el embarazo
023	Infecciones de las vías genitourinarias en el embarazo
024	Diabetes mellitus en el embarazo
025	Desnutrición en el embarazo
026	Atención materna por otras complicaciones relacionadas con el embarazo
028	Hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre
029	Complicaciones de la anestesia administrada durante el embarazo
030	Embarazo múltiple
031	Complicaciones específicas del embarazo múltiple
032	Atención materna por presentación anormal feto
033	Atención materna por desproporción
034	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre
035	Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta
036	Atención materna por otros problemas fetales, conocidos o presuntos
040	Polihidramnios
041	Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas
042	Ruptura prematura de las membranas
043	Trastornos placentarios
044	Placenta previa

Continúa en la siguiente página

Cuadro A  **CONTINUACIÓN**

Código CIE 10	Denominación
045	Desprendimiento prematuro de la placenta
046	Hemorragia anteparto no clasificada en otra parte
047	Falso trabajo de parto
048	Embarazo prolongado
060	Parto prematuro
061	Fracaso de la inducción del trabajo de parto
062	Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto
063	Trabajo de parto prolongado
064	Trabajo de parto obstruido debido mala posición y presentación anormal del feto
065	Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna
066	Otras obstrucciones del trabajo de parto
067	Trabajo de parto y parto complicados por hemorragia intraparto no clasificados en otra parte
068	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal
069	Trabajo de parto y parto complicados por problemas del cordón umbilical
070	Desgarro perineal durante el parto
071	Otro trauma obstétrico
072	Hemorragia postparto
073	Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia
074	Complicaciones de la anestesia administrada durante el trabajo de parto y el parto
075	Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto no clasificadas en otra parte
085	Sepsis puerperal
086	Otras infecciones puerperales
087	Complicaciones venosas en el puerperio
088	Embolia obstétrica
089	Complicación de la anestesia administrada durante el puerperio
090	Complicaciones del puerperio no clasificadas en otra parte
091	Infecciones de la mama asociadas con el parto
092	Otros trastornos de la mama y de la lactancia asociados con el parto
095	Muerte obstétrica de causa no especificada
096	Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto
097	Muerte por secuelas de causas obstétricas directas
098	Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio
099	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio

Continúa en la siguiente página

Cuadro A



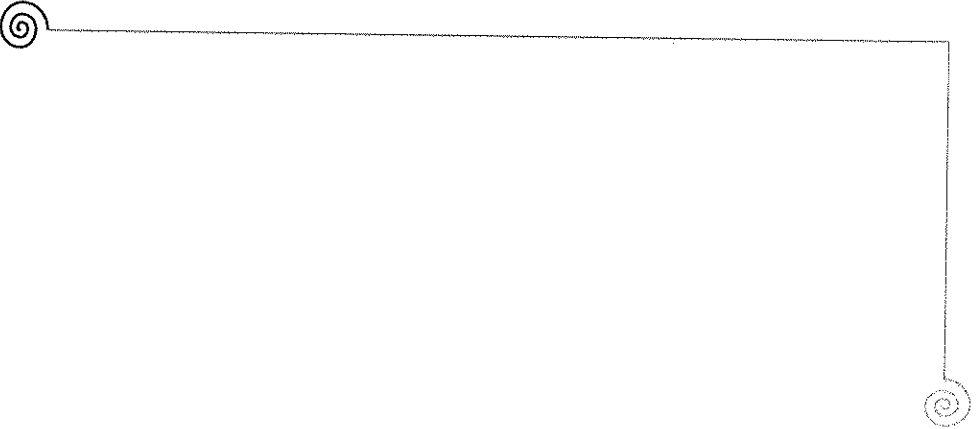
CONTINUACIÓN

Código CIE 10	Denominación
Mortalidad de menores de cinco años	
E0A	
A00	Cólera
A02	Otras infecciones debidas a Salmonella
A03	Shigelosis
A04	Otras infecciones intestinales bacterianas
A05	Otras intoxicaciones intestinales bacterianas
A06	Amebiasis
A07	Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios
A08	Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
J0A	
J00	Rinofaringitis aguda
J01	Sinusitis aguda
J02	Faringitis aguda
J03	Amigdalitis aguda
J04	Laringitis y traqueitis agudas
J05	Laringitis obstructiva aguda (Crup) y epiglottitis
J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados
J10	Influenza debida a virus de la influenza identificado
J11	Influenza debida a virus no identificado
J12	Neumonía viral no clasificada en otra parte
J13	Neumonía debida a Streptococcus Pneumoniae
J14	Neumonía debida a Hemophilus Influenzae
J15	Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte
J16	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte
J17	Neumonía en enfermedades clasificadas en otra parte
J18	Neumonía organismo no especificado
J20	Bronquitis aguda
J21	Bronquiolitis aguda
Inmuno-prevenibles	
A33	Tétanos neonatal
A35	Otros tétanos
A36	Difteria
A37	Tos ferina (tos convulsiva)
B05	Sarampión
B06	Rubeola (sarampión alemán)

Bibliografía

- Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (Global Equity Gauge Alliance - GEGA). 2003. El monitoreo de la equidad: conceptos, principios y pautas. Durban: GEGA, Consorcio de Sistemas de Salud.
- Foster, J; Sen, A. 2001. La desigualdad económica después de un cuarto de siglo. Anexo a la edición ampliada del libro de Sen, *La desigualdad económica*. Edición del Fce, México DF:228 y ss.
- Macintyre, S. 2002. *Social Inequalities and Health in the Contemporary World*. Citado por Krieger N. Glosario de epidemiología social. En OPS-OMS. *Boletín epidemiológico*. Junio; 23 (2).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1998. La situación de salud en la región de las Américas. *Informe anual del director*. Washinton, D.C. OPS-OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2005. Priorities for Research to Take Forward the Health Equity Policy Agenda. Bull World Health Org.
- PNUD, 2005. Informe Mundial de Desarrollo Humano.
- Sen, A. 1981. *Poverty and Famines. An Ensay on Entitlement and Deprivation*. Claredon Press, Oxford.
- Sistema de Naciones Unidas y CEPAL, DNP/PNUD, ACCI, GTZ. 2004. *Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio*. Bogotá.
- WHO (Commission on Social Determinants of Health). Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. 2005. Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health. Draft.

Glosario de siglas





ACCI	Agencia Colombiana de Cooperación Internacional
ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ACESI	Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos
ACHC	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
AFP	Administradoras de fondos de pensiones
APS	Atención primaria en salud
ARP	Administradoras de riesgos profesionales
ARS	Administradoras del régimen subsidiado
ASOFONDOS	Asociación Colombiana de Administradoras de Pensiones
AUGE	Plan de atención en salud con acceso universal y garantías explícitas en salud (Chile, hoy día conocido como plan Ges)
AVPP	Años de vida potencial perdidos
BCG	
BIRF	Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento
CASEN	Caracterización socioeconómica nacional (Encuesta)
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CGN	Gobierno central nacional
CGR	Contraloría General de la República
CID	Centro de Investigaciones para el Desarrollo
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CLACSO	Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales

CNRV	Centro Nacional de Referencia contra la Violencia
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
COLCIENCIAS	Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CRUP	Laringitis obstructiva aguda (por su sigla en inglés)
DABS	Departamento Administrativo de Bienestar Social
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DAPD	Departamento Administrativo de Planeación Distrital
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información de Salud (Chile)
DIPRES	Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda (Chile)
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DSS	Determinantes sociales de salud
DTP	Antidiftérica-antitetánica-antipertusis
ECH	Encuesta Continua de Hogares
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
EDA	Enfermedad diarreica aguda
ENH	Encuesta Nacional de Hogares
EPS	Entidades promotoras de salud
ERA	Enfermedad respiratoria aguda
ESES	Empresas Sociales del Estado
FCE	Fondo de Cultura Económica
FEDESALUD	Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social
FENALCO	Federación Nacional de Comerciantes
FIDUFOSYGA	Consortio Fiduciario del Fosyga
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud (Chile)
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
FVP	Fondo de Ventas Populares
GCN	Gasto central de la nación

GEGA	Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (por su sigla en inglés)
GES	Plan con garantías explícitas en salud
GESTARSALUD	Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud
GTZ	Cooperación Técnica Alemana
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ICES	Iniciativa Chilena de Equidad en Salud
Icv	Índice de Calidad de Vida
IDIPRON	Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud
IEPSA	Instituto de Epidemiología y Políticas de Salud Pública (Chile)
IHEAL	Instituto de Altos Estudios de América Latina (por su sigla en francés)
INE	Instituto Nacional de Estadísticas (Chile)
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Instituciones prestadoras de salud
IRA	Infecciones respiratorias agudas
ISAPRE	Institución de salud previsional (Chile)
ISS	Instituto de Seguros Sociales
Ivc	Inspección, vigilancia y control
LGTB	Lesbianas, gays, transexuales y bisexuales
LI	Línea de indigencia
LP	Línea de pobreza
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MERP	Misión contra la Pobreza y la Desigualdad
MINSAL	Ministerio de Salud (Chile)
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
Nv	Nacidos vivos
OCSE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (por su sigla en inglés)
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas



OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAB	Plan de atención básica
PDH	Programa de Desarrollo Humano
PEA	Población económicamente activa
PET	Población en edad de trabajar
PIB	Producto interno bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Pos	Plan Obligatorio de Salud
PROFAMILIA	Asociación Probienestar de la Familia Colombiana
Ps	Protección social
PVAP	Pérdida de vida atribuible poblacional
RAP%	Riesgo atribuible poblacional porcentual
RIPS	Registros individuales de prestación de servicios de salud
Rr	Riesgo relativo
Rs	Régimen subsidiado
SDH	Secretaría de Hacienda de Bogotá
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SGSSS	Sistema general de seguridad social en salud
SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional
SPS	Sistemas de protección social
SSS	Seguridad social en salud
SUPERSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
TES	Títulos de Tesorería
Tm	Tercer Mundo Editores
UpC	Unidad de pago por capitación
UpZ	Unidades de planeación zonal

La equidad en salud se ha convertido en un referente internacional ineludible para las políticas y los sistemas de salud. El reconocimiento de la existencia de desigualdades injustas y evitables en la salud de grupos humanos, derivadas de ventajas y desventajas sistemáticas entre ellos, se ha convertido en un reto para las sociedades del siglo XXI, no solo para los países pobres.

En medio de este contexto internacional, desde finales de 2005 se está construyendo la propuesta de creación y operación de un Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá, el cual se proyecta hoy como un instrumento de transformación de la ciudad en función de la equidad.

El Observatorio mide, analiza, investiga, evalúa y recomienda políticas. Más allá, sirve de instrumento para estimular el debate público sobre las causas de las inequidades y las acciones a emprender. Mediante varios instrumentos de comunicación convoca a la movilización social e institucional en pro de la equidad. Una escuela en formación de derechos para la equidad completa el arsenal de instrumentos proactivos del Observatorio, y hace énfasis en la producción social de conocimiento sobre expectativas, ejemplos, propuestas y concepciones de equidad en calidad de vida y salud.

