



BOLETÍN DEL Observatorio

Para la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá D.C.



Diciembre de 2009



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Héctor Zambrano Rodríguez
SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD

Jairo Villamil Hernández
DIRECTOR DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

**Grupo de Investigaciones
y Cooperación**
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
Facultad de Ciencias Económicas

Alvaro Zerda Sarmiento
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS
ECONÓMICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL

Dario Germán Umaña M.
DIRECTOR CID UNIVERSIDAD NACIONAL

Dario Indalecio Restrepo B.
DIRECTOR OBSERVATORIO

CID Centro de
Investigaciones
para el Desarrollo

Índice de protección

Análisis de equidad en salud a través de la ENCV 2007 para Bogotá D.C.

Martha Patricia Martínez Barragán
Miembro del Grupo de Protección Social - CID/UNAL

Según el marco teórico desarrollado por el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y salud, las desigualdades sociales producen también efectos medibles en pérdidas de salud de las personas. Dichas pérdidas de salud son reflejo y consecuencia de la estructura social que prevalece.

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

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

Si las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud, este fenómeno debe ser especialmente mensurable en uno de los países



más inequitativos del mundo. Según las cifras del Índice de Desarrollo Humano, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 1991-2009)¹, Colombia pasó a ser el país más inequitativo de Sudamérica, con un Índice de 0,585 para 2009 y superó a Brasil y Bolivia en los últimos tres años.

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

Resulta conveniente aclarar que la inequidad no está relacionada directamente con la pobreza, pues tal como señala Amartya Sen (Sen 2004)², se requiere que un país sea rico para ser muy inequitativo, para tener mucha riqueza y mucha pobreza juntas, puesto que los países más pobres suelen ser más equitativos.

Evidenciar la relación entre condición de salud y posición social

El análisis de equidad/inequidad en salud se centra para el Observatorio 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. (OPS 1998)³.

Áreas de medición

Igualmente, con base en el desarrollo previo sobre el concepto de equidad en salud, el Observatorio propuso entre las áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social, la respuesta desigual de la sociedad.

Respuesta desigual de la sociedad

Incluye el 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.

Finalmente, se señalaba en el marco teórico que la relación entre posición social y un determinado efecto en salud no es una relación directa, sino que está mediada por causas próximas o riesgos específicos. Sin embargo es posible evidenciar que tanto el efecto en salud como la causa próxima o riesgo específicos tienen relación con la posición social. Por ello es neces-

¹ PNUD Informes de Desarrollo Humano 2003 – 2009

² Sen, Amartya Kumar (2004). Nuevo examen de la desigualdad. Alianza Editorial, S.A.³ OPS 1998. La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director. Washington. 1998.

³ OPS 1998. La situación de salud en la región de las Américas. Informe Anual del Director. Washington. 1998.

rio siempre buscar la relación de la desventaja social con la causa próxima y no sólo con el efecto en salud, recomendación clave para los análisis de equidad en el Observatorio.

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

También debería establecerse en los estudios de equidad el tipo de vinculación laboral y la cobertura de seguros en cada piso; igualmente el tipo de aseguramiento y las barreras de acceso a distintos servicios

en cada piso, o la cobertura de riesgos profesionales y el acceso a protección financiera en la enfermedad o discapacidad en cada piso” (Martínez 2007)⁴.

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

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

La investigación de equidad en salud sobre la Encuesta de Calidad de Vida 2007 para Bogotá

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

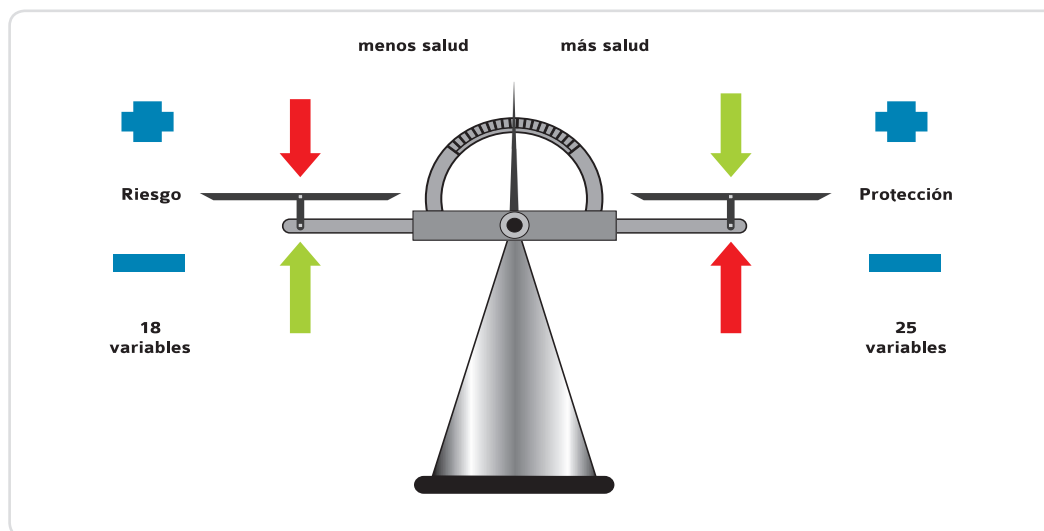
Adicionalmente algunas son objetivas, otras subjetivas, algunas indican daño en salud o discapacidad acumulado, otras problemas inmediatos o en el corto plazo.

⁴ Martínez Félix. 2007. Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud. Revisión conceptual. En Restrepo Dario (E), Equidad y Salud. Debates para la acción. Colección La seguridad Social en la encrucijada. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Secretaría Distrital de Salud. Unibiblos. Gente Nueva Editorial. Bogotá

Por otra parte, la evaluación del fenómeno salud / enfermedad, desde el punto de vista de los determinantes sociales, un punto de vista más amplio, nos permite encontrar en la ECV de 2007 para Bogotá, un importante número de variables para su medición por grupos sociales, especialmente teniendo en cuenta los riesgos y las protecciones (respuesta social) di-

ferenciales por posición social. El esquema siguiente representa el modelo de análisis, una balanza, que a un lado señala el peso de un mayor o menor riesgo, al otro, el efecto de mayores o menores niveles de protección (respuesta social) y en el centro la oscilación del fenómeno salud enfermedad, dependiendo de los pesos específicos de las anteriores.

Índice de deterioro o daño / no deterioro daño (7 variables)



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

A partir de las variables de riesgo se propuso crear un índice de riesgo para ser evaluado por posición social y a partir de las variables de protección o respuesta social otro índice de protección, para el análisis por posición social.

Variables de protección o respuesta social

Índice de protección/desprotección

1. ¿... está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud?
(Instituto de Seguros Sociales –ISS-, Empresa Promotora de Salud –EPS- o Administradora de Régimen Subsidiado -ARS-)
Sí. No. No Sabe
2. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado: (Si tiene carné y lo muestra, transcriba el régimen; si no lo muestra o no tiene, pregunte)
Contributivo? (EPS). Especial? (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Universidades Públicas, Magisterio). Subsidiado? (ARS) . No sabe, no informa .
3. ¿Cuál es la principal razón para que... no esté cubierto por una entidad de seguridad social en salud ?
Falta de dinero. Muchos tramites. No le interesa o descuido. No sabe que debe afiliarse. No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad . Está en espera del carné de la ARS o de la EPS . No hay una entidad cercana. Otra razón, ¿cuál?
_____ .
4. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros de salud tiene ... ?
Póliza de hospitalización o cirugía. Contrato de medicina prepagada. Contrato de plan complementario de salud con una EPS. Otro (seguro estudiantil, ambulancia, etc.). Ninguno.

5. ¿Tiene carné? (Solicitar el carné)
Sí y lo mostró. Sí, pero no lo mostró. No tiene.
6. ¿La empresa donde trabaja lo tiene afiliado a una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), o usted como independiente está afiliado?
Sí. No. No sabe.
7. ¿Para controlar esta enfermedad cada cuanto recibe asistencia o va a la institución de salud?
Varias veces al mes. Una vez al mes. Cada 2 o 3 meses. Cada 4, 5 o 6 meses. Entre 7 y 11 meses. Cada año. Esporádicamente. Nunca .
8. Sin estar enfermo y por prevención, cuáles de los siguientes profesionales de la salud consulta por lo menos una vez al año?
Al médico (general, especialista, oftalmólogo, etc.). Al odontólogo. A la enfermera. Al Nutricionista. Al Optómetra. A ninguno.
9. Para tratar ese problema de salud, ¿Qué hizo principalmente ...?
Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS ó ARS. médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera). Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina Prepagada o Plan complementario de salud (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera). Utilizó servicios médicos particulares (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera). Acudió a una ESE – Empresa Social del Estado – (Hospital o Centro de salud). Acudió a un boticario, farmaceuta o droguista.



Consultó a un tigua, empírico, curandero, yerbero, comadrona. Asistió a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.). Usó remedios caseros. Se autorrecetó. Nada.

10. ¿Cuál fue la principal razón por la cual no utilizó los servicios de una EPS o ARS?

No está afiliado a una EPS o ARS. El centro de atención queda lejos. Falta de dinero para desplazarse. Falta de dinero para el pago de la cuota moderadora. Mal servicio. Cita distanciada en el tiempo. No lo atendieron. Muchos trámites para la cita. Prefiere asistir a medicina prepagada o a médico particular.

11. ¿Cuáles de los siguientes servicios de salud utilizó ... durante los últimos 30 días?

Medicina general o especializada. Odontología. Laboratorio clínico, Rx u otros exámenes. Cirugía ambulatoria. Rehabilitación o terapias. Ninguno.

12. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontólogo?

No. de días _____

13. ¿... fue remitido al especialista?

Si. No.

14. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el especialista? (Si no pidió la cita escriba código 998)

No. de días _____

15. Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a ... por cuenta de la institución a la cual está afiliado?

Sí, todos. Sí, algunos. No.

16. Por que razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?

No están incluidos en el POS. No había los medicamentos recetados. No había la cantidad requerida. Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica. No hizo las gestiones para reclamarlos. Otra ¿cuál? _____

17. En general, como considera la calidad de el (los) servicio(s) médicos utilizados durante los últimos treinta días?

Buena. Regular. Mala.

18. ¿Cuál fue la razón principal por la que ... no solicitó o no recibió atención médica?

El caso era leve. No tuvo tiempo. El centro de atención queda lejos. Falta de dinero. Mal servicio o cita distanciada en el tiempo. No lo atendieron. No confía en los médicos. Consultó antes y no le resolvieron el problema. Muchos trámites para la cita.

19. ¿A Le han aplicado la encuesta del SISBEN, después del 1 de Febrero del 2003?

Si. No.

20. ¿Tiene carné o certificado del Sisbén? (Solicitar el carné o certificado)

Si y lo mostró. Sí, pero no lo mostró. No tiene.

21. Su nivel obtenido a través de la encuesta SISBEN, ¿le ha permitido:

Afiliación al régimen subsidiado? Acceder a programas o subsidios de educación: cupos en colegios o jardines, no pago de matrículas, subsidio educativo, transporte escolar gratuito o subsidiado, morrales, útiles escolares, etc.? Acceder a

otros programas sociales: programas para adultos mayores, programas de madres gestantes, programas de alimentación y nutrición, etc.? Ninguno.

22. ¿ _____ Sabe leer y escribir?

Sí. No.

23.Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por _____ y el último grado aprobado en ese nivel?

Ninguno. Preescolar. Básica Primaria (1 a 5). Básica secundaria y media (6 a 13). Técnico. Tecnológico. Universitaria sin título. Universitaria con título. Postgrado sin título. Postgrado con título. Nivel _____ Último grado aprobado _____

24. ¿Conoce usted la existencia de los Comedores Comunitarios?

Sí. No.

25. Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES ¿alguna persona de 18 años y más del hogar, ha acudido a un Comedor Comunitario o ha recibido una canasta

de alimentos o un bono para comprarlos?

Sí. No.

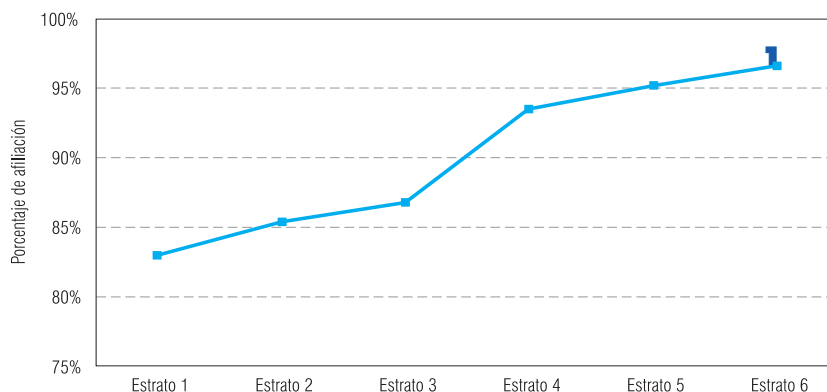
Crónicos adultos mayores y discapacitados

26. Quién se ocupa principalmente del cuidado de ...?

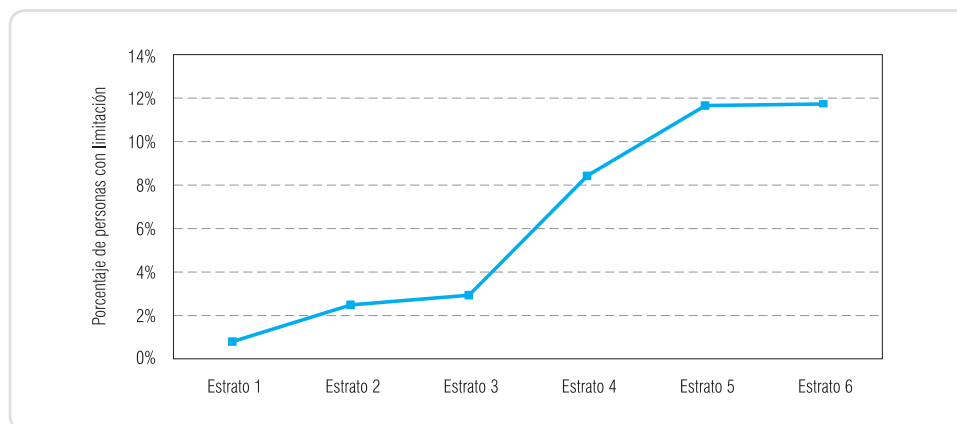
Una persona de este hogar (remunerada o nó). Una persona de otro hogar, no remunerada. Una persona remunerada, de otro hogar. Una institución contratada para ello. No requiere atención permanente. No tiene quien lo cuide.

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

Afiliación a la seguridad social por estrato



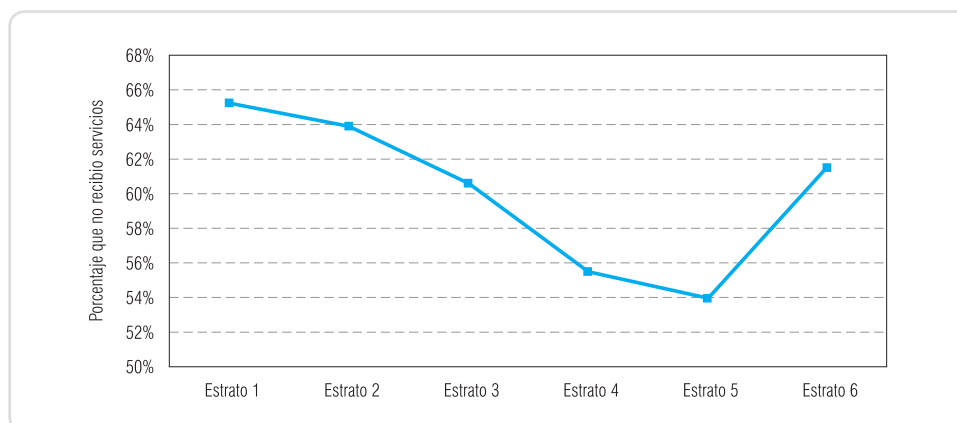
Personas con limitación permanente con apoyo institucional o personal pagado por estrato



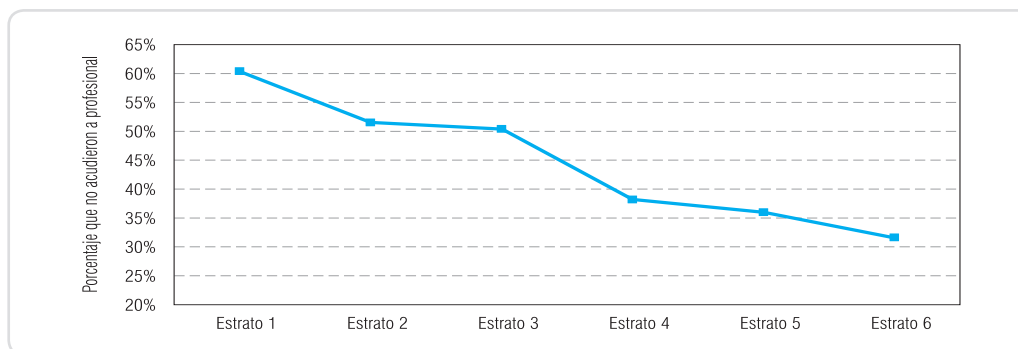
Incluye esta medición los apoyos pagados de personas o instituciones a los discapacitados y no incluye los de hogar o vecinos no pagados

La demanda y acceso desigual a los servicios de salud por posición social se evidencian en los siguientes gráficos.

Porcentaje de personas que no recibieron servicios de salud en los últimos 30 días por estrato

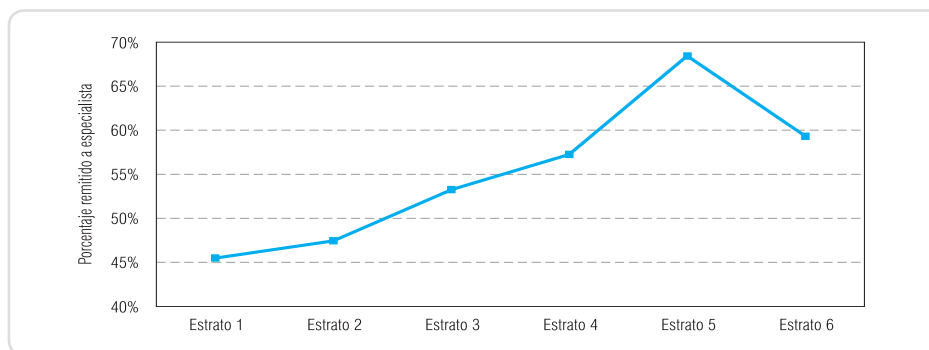


Proporción de personas que no consultaron ningún profesional de la salud por estrato



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

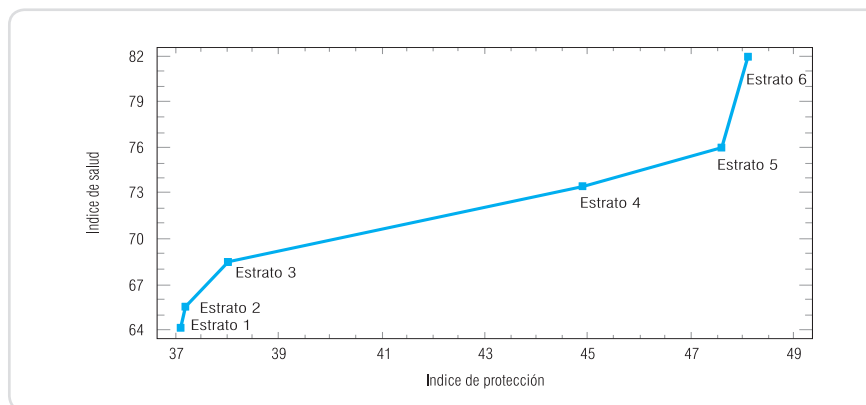
Porcentaje de remisión a especialista en último daño de salud por estrato



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

Por último se relacionan los índices de salud y protección por estrato socioeconómico, que demuestra como los estratos más altos tienen más protecciones o mejor respuesta social frente a la enfermedad y también una mejor condición de salud. Al contrario los estratos bajos, menores protecciones y peor condición de salud.

Relación entre los promedios de los índices de salud y protección según estrato socioeconómico

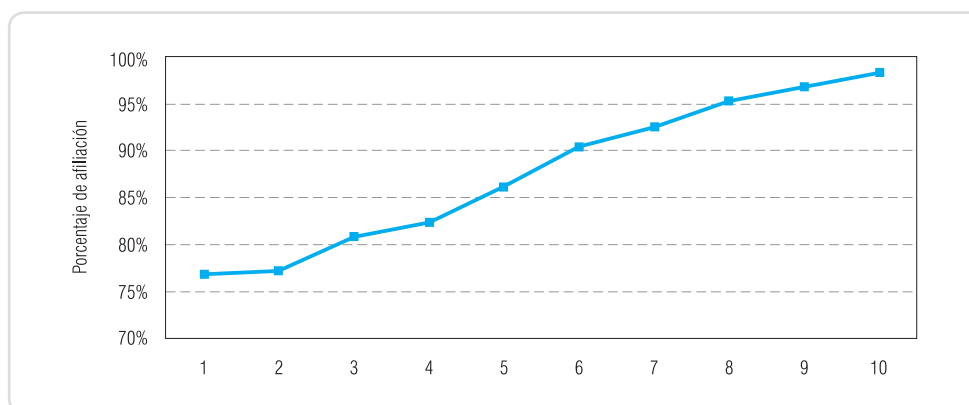


Índice compuesto de calidad de vida, contrastación con variables de protección o respuesta social

Finalmente se revisa el índice compuesto de calidad de vida contra algunas variables de protección, que aun-

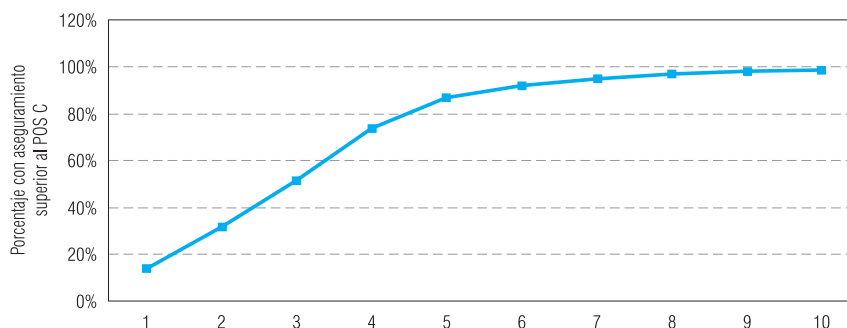
que están contenidas en el mismo, debido a la cantidad de variables incluidas en este índice puede estudiarse independientemente su relación.

Afiliación por deciles de calidad de vida



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

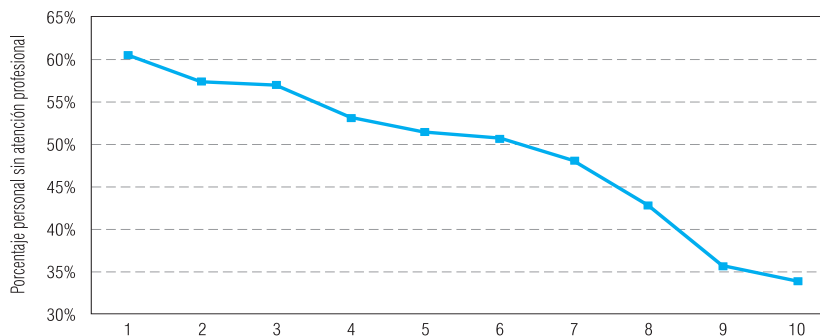
Aseguramiento con POS Contributivo o superior por índice de calidad de vida



Por otra parte que el acceso a un POS completo o superior aumenta con una gran pendiente entre los deciles con menor calidad de vida, desde un 15% en

el primer decil de calidad de vida hasta un 85% en el quinto y que se horizontaliza en los quintiles superiores en cifras entre el 92 y el 99%.

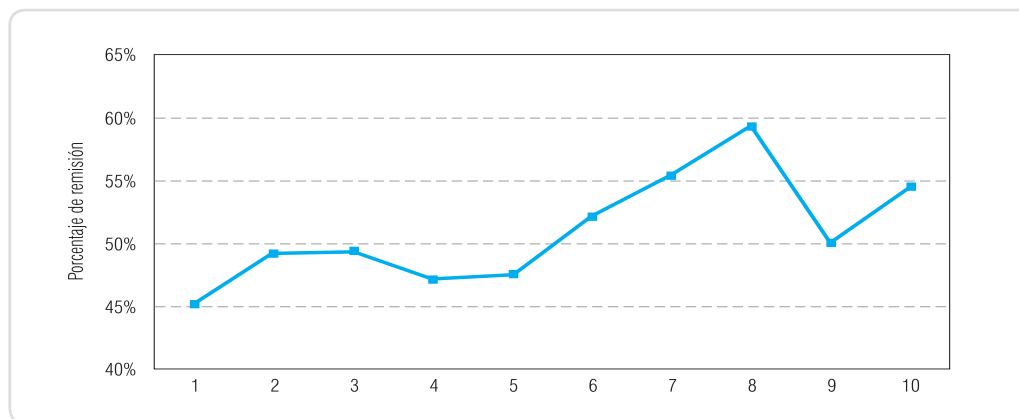
Personas sin atención por profesional de la salud en el año por deciles de índice de calidad de vida



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

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

Remision a especialista por deciles, índice de calidad de vida



Conclusiones

La disponibilidad de un conjunto de variables más amplio para la construcción de los índices de riesgo y protección, permite evaluar la inequidad en salud mucho mejor en el ámbito de los determinantes de salud que en el ámbito de salud (variables de enfermedad o discapacidad, es decir daño o deterioro) en la ENCV, pues se dispone de variables muy limitadas para medir este último ámbito.

La investigación valida firmemente la relación entre posición social y salud, entre calidad de vida y salud, entre posición social y calidad de vida, comprobando un pa-

trón de vinculación sistemática de una peor salud con posiciones sociales sucesivamente más bajas en una sociedad fuertemente desigual y estratificada.

La investigación muestra una relación más fuerte aún entre posición social y riesgos para la salud y entre posición social y protecciones (respuesta social), demostrando que a medida que se desciende en la posición social se incrementan los riesgos para la salud y se tienen menos protecciones para enfrentar la enfermedad. Por el contrario, las posiciones más altas presentan un menor riesgo y muchas más protecciones.