

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA 2002-2007



TOMO VI

ANÁLISIS DE DESIGUALDADES E INEQUIDADES EN SALUD EN COLOMBIA



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Bogotá, Diciembre de 2010

Título de la obra: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

ISBN obra completa: 978-958-8717-04-3

- Tomo I: Características sociodemográficas de la población colombiana. ISBN: 978-958-8717-05-0
- Tomo II: Relaciones familiares y salud sexual y reproductiva. ISBN: 978-958-8717-06-7
- Tomo III: Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. ISBN: 978-958-8717-07-4
- Tomo IV: Situación de salud de la infancia. ISBN: 978-958-8717-08-1
- Tomo V: Prestación de servicios de salud. ISBN: 978-958-8717-09-8
- Tomo VI: Análisis de desigualdades e inequidades en salud. ISBN: 978-958-8717-10-4
- Tomo VII: Situación de salud de Colombia 2002-2007: Resumen. ISBN: 978-958-8717-11-1
- Tomo VIII: Análisis de la situación de salud de Colombia 2002-2007: Gestión de Datos.
ISBN: 978-958-8717-12-8

© Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
© Los Autores.

Año de la publicación: 2010

Lugar y fecha de la edición: Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, diciembre de 2011

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Interventoría: Dirección General de Salud Pública – Ministerio de la Protección Social

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA

Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL

Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director General de Salud Pública

VÍCTOR HUGO ÁLVAREZ CASTAÑO

Coordinador de Vigilancia en Salud Pública

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
1803

Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"

ALBERTO URIBE CORREA

Rector

ÁLVARO CARDONA SALDARRIAGA

Decano Facultad Nacional de Salud Pública U. de A.

LUIS ELISEO VELÁSQUEZ LONDOÑO

Vicedecano

CARLOS ROJAS ARBELÁEZ

Director Centro de Investigaciones

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA, PhD.

Directora General

CARLOS ALBERTO TANGARIFE VILLA

Coordinación de Bases de Datos

GLORIA MOLINA MARÍN

JUAN LUIS LONDOÑO FERNÁNDEZ

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA

FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN

DIANA MARCELA MARÍN PINEDA

LUCELLY LÓPEZ LÓPEZ

CINDY MARYEI CRESPO SÁNCHEZ

Edición Académica

LETICIA BERNAL VILLEGAS

Revisión de estilo

ALINA GIRALDO YEPES

Diagramación

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Participantes en el desarrollo del Proyecto ASIS Colombia 2002-2007

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Lenis Enrique Urquijo, Director General de Salud Pública, Comité Técnico ASIS
Víctor Hugo Álvarez Castaño, Coordinador de Vigilancia en Salud Pública - Coordinador de ASIS

María Alexandra Durán, Profesional Especializada Comité Técnico ASIS
Patricia Cifuentes, Profesional Especializada Comité Técnico ASIS

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

María Patricia Arbeláez Montoya, Directora del Proyecto
Germán González Echeverri, Decano 2006-2009
Gloria Molina Marín, Jefe Centro de Investigación 2007-2009
Carlos Eduardo Castro Hoyos, Jefe Centro de Extensión 2006-2009
Carlos Alberto Tangarife Villa, Coordinador Gestión de Datos
Félix Martínez, Investigador Social FEDESALUD

SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACIÓN SEI S.A.

Yimer Yezid Botiva Gutiérrez, Coordinador Integración ENS 2007- ENDS 2005
Hanner Sánchez García, Consultor en Estadística

RECONOCIMIENTOS

Ministerio de la Protección Social

Diego Palacio Betancourt, Ministro de la Protección Social 2003-2010
Gilberto Álvarez Uribe, Director General de Salud Pública 2006-2010

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - COLCIENCIAS

Juan Francisco Miranda, Director General Colciencias 2006-2010
Clara Inés Vargas, Subdirectora de Investigaciones en Salud, Comité Técnico ENS 2007

CENDEX – Pontificia Universidad Javeriana

Jesús Rodríguez García, Director del Proyecto ENS 2007
Fernando Ruiz Gómez, Director de CENDEX, Coordinador de Análisis del Proyecto ENS 2007
Rolando Enrique Peñaloza Quintero, Coordinador Técnico del Proyecto ENS 2007

Observatorio de Salud Pública de Santander

Rafael Ortiz, Director OSPS, Coordinador Recolección RIPS Proyecto ENS 2007

Sistemas Especializados de Información SEI S.A.

José Rafael Arenas Mantilla, Gerente de Operaciones y Logística de encuestas ENS 2007
Luis Carlos Gómez Serrano, Consultor en Muestreo y Estimaciones del Proyecto ENS 2007
Marcela Valencia Suescum, Asesora Diseño y Ajuste de protocolo y formularios ENS 2007

Universidad Nacional de Colombia

Rosa Helena Flórez Mosquera, Directora Salud Pública, Facultad de Medicina UNAL 2003-2005
Carlos Arturo Sarmiento Limas, Coordinador UNAL Protocolo Proyecto ASIS 2003-2005

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Investigadores y miembros de los equipos técnicos participantes

Profesores Universidad de Antioquia

Alexandra Restrepo H.	Andrés Agudelo S.	Julián Vargas J.
Blanca Miriam Chaves G.	Andrés Camilo Jiménez H.	Laura Lucía Cano G.
Blanca Susana Ramírez P.	Aura Ruiz G.	Leidy Cristina Jaramillo M.
Carlos Mario Quiroz P.	Beatriz E. Arroyave P.	Lina María Martínez F.
Carlos Rojas A.	Bibiana Andrea Castro M.	Lorena Andrea Gómez G.
Eliana Martínez H.	Cindy Maryei Crespo S.	Lorena Sánchez D.
Elkin Martínez L.	Carlos Mario Arcila E.	Lucas Restrepo M.
Erika María Montoya V.	Catalina Lopera C.	Lucelly López L.
Fabio León Rodríguez O.	Catalina María Arango A.	Luis Fernando Duque R.
Fernando Peñaranda C.	Clara Cecilia Zuluaga M.	Manuel Antonio Céspedes S.
Germán González E.	Cristina Mejía M.	Marda Ucaris Zuluaga A.
Gloria Escobar P.	Dalila Patricia García R.	Margarita Inés Quiroz A.
Gloria Molina M.	Diana Carolina Ocampo R.	Margarita María Pérez O.
Héctor Byron Agudelo G.	Diana Catalina Mesa L.	Margarita Rosa Díaz B.
Humberto Ramirez G.	Diana Marcela Marín P.	María Isabel Jaramillo A.
Juan Fernando Saldarriaga F.	Diego León Bastidas L.	María Osley Garzón D.
Leonardo Uribe A.	Diego Alejandro Jiménez D.	Martha Claudia González P.
Lisardo Osorio Q.	Diego Mauricio Montoya R.	Martha Lucía Olarte L.
Luis Eliseo Velásquez L.	Dillanelid Cañas B.	Miguel Ángel Mafla P.
Luz Nelly Zapata V.	Doralba Aristizábal J.	Mónica L. Vargas B.
María Isabel Lalinde A.	Doris Cardona A.	Nilton E. Montoya G.
María Luisa Montoya R.	Elsa María Vásquez T.	Nydia S. Caicedo M.
María Patricia Arbeláez M.	Esteban Páez Z.	Omar Ramírez R.
Miriam Bastidas A.	Félix Martínez M.	Paula Andrea Díaz V.
Mónica Lucía Soto V.	Fredy Suárez P.	Paula Andrea Uribe R.
Nora Adriana Montealegre H.	Gilma Stella Vargas P.	Piedad Estrada A.
Rubén Darío Gómez A.	Hernando Guerrero M.	Piedad Roldán J.
Samuel Andrés Arias V.	Ilduara Peña G.	Rosmary Aristizábal G.
Sergio Cristancho Marulanda	Iván Darío Flórez G.	Rubén Darío Manrique H.
Yolanda Lucía López A.	Jairo Ramírez G.	Sandra Milena Agudelo L.
Yomaira Higueta H.	Janeth Pérez G.	Verónica Romero A.
	Javier Mauricio Sierra A.	Walter Alonso Zuluaga R.
	Jenifer C. Lopera C.	Yadira Estrada L.
	Jhojandelli Congote E.	Yamile Andrea Baena H.
	Jhovanny Andrés Cañas P.	Yaneth Pérez G.
	Jorge A. Pulgarín T.	Yomaira Viñas S.
	Jorge Emilio Salazar F.	Yuliana Castaño L.

Otros participantes

Adriana Milena Espinosa L.
Adriana Rocío Roa P.
Alejandra Agudelo M.
Ana Daniela González E.

PRESENTACIÓN

Con el propósito de satisfacer los requerimientos de información sobre la situación de salud de los colombianos, el Ministerio de la Protección Social, en asociación con Colciencias, se dio a la tarea de diseñar y ejecutar un estudio de cobertura nacional que brindara información sobre la morbilidad sentida e institucional, los factores de riesgo y la discapacidad que caracterizan la oferta y demanda de servicios de salud.

Para el efecto se encargó a un equipo de expertos de la Universidad Nacional el diseño del Modelo de Análisis de Situación de Salud, del que se obtuvo el protocolo de la Encuesta Nacional de Salud que la Unión Temporal SEI S.A. y el Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana aplicó durante el 2007 a lo largo de la geografía nacional, de lo cual se ofreció una publicación con los resultados más relevantes.

Con el fin de lograr el propósito de realizar un análisis en profundidad de la situación de salud del país correspondiente al período 2002-2007, el Ministerio de la Protección Social estableció el contrato interadministrativo de cooperación con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, número 519-2008. Dicho análisis se realizó con base en la información de la ENS-2007, la ENDS-2005, las estadísticas vitales, los RIPS, el censo de población de 2005, la encuesta de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia ENSIN 2005, entre otros. Para ello se realizó un control de calidad a los datos y se organizaron bases de datos de tal modo que permitieran un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud.

Esta información, así como las bases de datos que quedan a disposición de la comunidad científica para realizar análisis adicionales, permitirá conocer el perfil de salud-enfermedad de la población colombiana, identificar los problemas de salud más relevantes del país, así como los factores asociados. Este análisis también facilitará el reconocimiento de las desigualdades que se presentan por razones de sexo, edad, raza, distribución geográfica, acceso, uso y calidad de los servicios de salud, lo cual permitirá orientar más efectivamente la política de salud en los diferentes niveles de gobierno, así como las acciones de las entidades públicas y privadas del sector, con el fin de reducir las inequidades existentes y garantizar los derechos en salud de los colombianos.

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA

Ministro de la Protección Social

INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud ASIS¹ fue implementado por el Ministerio de la Protección Social como prioridad en el área de la salud pública en los Planes Estratégicos de Salud, formulados desde el año 2002, con el propósito de establecer y mantener un conocimiento actualizado e integral de la situación de salud de los colombianos.

Este enfoque metodológico propuesto por la OPS/OMS en 1999, como el mejor abordaje para comprender la situación de salud de una población, ha sido incorporado en Colombia con iniciativas que van desde la actualización y publicación periódica, desde el año 2000, de la serie de Datos Básicos de Salud, hasta el planteamiento de un sistema de encuestas periódicas dentro del nuevo Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO, lo cual permite desarrollar un modelo de análisis basado en el conocimiento, caracterización y evaluación de la salud de la población colombiana y de los subgrupos de población que la constituyen, en función de tres dimensiones fundamentales: los daños a la salud, la funcionalidad y la discapacidad de la población, y el comportamiento y la distribución de los factores determinantes del perfil de salud en el país.

La adopción de la propuesta de ASIS como metodología de actualización permanente, sistemática y completa de la información en salud a nivel nacional ha contado con estudios integrales sobre las condiciones de salud de la población colombiana. Entre estos estudios se encuentran el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia e Investigación Nacional de Morbilidad, realizados por el Ministerio de Salud y ASCOFAME en 1965-1966, y el Estudio Nacional de Salud realizado por el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y

¹ El Análisis de Situación de Salud –ASIS– es un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de fuentes de información y estrategias de análisis, que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política, facilitando la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (Definición tomada del Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud, volumen 20 número 3, septiembre de 1999).

ASCOFAME en 1977-80, seguidos en la década de los 90 por otras investigaciones como los Estudios Nacionales de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFREC I en 1993 y ENFREC II en 1998), el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III en 1998), el Estudio Nacional de Salud Mental en 2003 y la serie de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS 1990, 1995, 2000 y 2005), entre otros.

Como parte de este proceso, el Ministerio de la Protección Social propuso el Análisis de la Situación de Salud en Colombia para el período quinquenal 2002-2007, para lo cual se planteó la construcción de un modelo y plan de análisis, cuyo diseño estuvo a cargo de la Universidad Nacional de Colombia.

El modelo del ASIS, definido para dar soporte conceptual al análisis de salud planteado en la primera ilustración,² supone la aproximación sucesiva a la realidad a través de cuatro niveles de análisis de carácter descriptivo.

El primer nivel busca identificar y caracterizar los problemas de salud y los niveles de discapacidad de acuerdo con su magnitud, severidad y estructura demográfica, para priorizar los problemas de salud de cada subgrupo poblacional describiendo su comportamiento epidemiológico. A partir de la información contenida en este nivel se identificaron los problemas de mayor interés en salud pública que debían ser medidos, y se obtuvieron los elementos necesarios que luego sirvieron para definir los contenidos del protocolo y los formularios que fueron diseñados por la Universidad Nacional para la ENS-2007.

El segundo nivel parte de los modelos explicativos vigentes y del desarrollo del conocimiento a la fecha sobre los problemas de salud priorizados, para caracterizar los factores asociados a la incidencia de dichos problemas, las intervenciones sociales implementadas para afrontar el problema bajo análisis y el conocimiento y percepción que la población tiene sobre los problemas, los mecanismos de solución y las barreras existentes en su interacción con los servicios del sector de la salud.

El tercer nivel descriptivo de este estudio se refiere al análisis de desigualdades, que tiene relación con la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre poblaciones de áreas geográficas diversas en función de un factor asociado a la presentación del mismo, sin que en la determinación de estas diferencias medie un criterio de justicia, como ocurre con categorías de importancia del individuo afectado (sexo, edad y factores raciales y genéticos), de la ubicación en un medio geográfico (regiones o departamentos), de concentración poblacional (urbana o rural), de factores de riesgo específicos del medio (la vivienda, el lugar de trabajo y la comunidad), de inclusión en salud (acceso y uso) y sociales (inclusión social).

Finalmente, el cuarto nivel de aproximación descriptiva que da cuenta del análisis de inequidades en materia de salud, se refiere a las disparidades sanitarias que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias, y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de estructuras sociales fundamentales y de instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen, tales como las diferencias relacionadas con el género, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional, el estrato social y el nivel de desarrollo de las regiones.

² Tomado del documento **Encuesta Nacional de Salud 2007. Protocolo de la Encuesta. Bogotá, junio de 2006**, elaborado por el equipo de investigadores de la Universidad Nacional de Colombia.

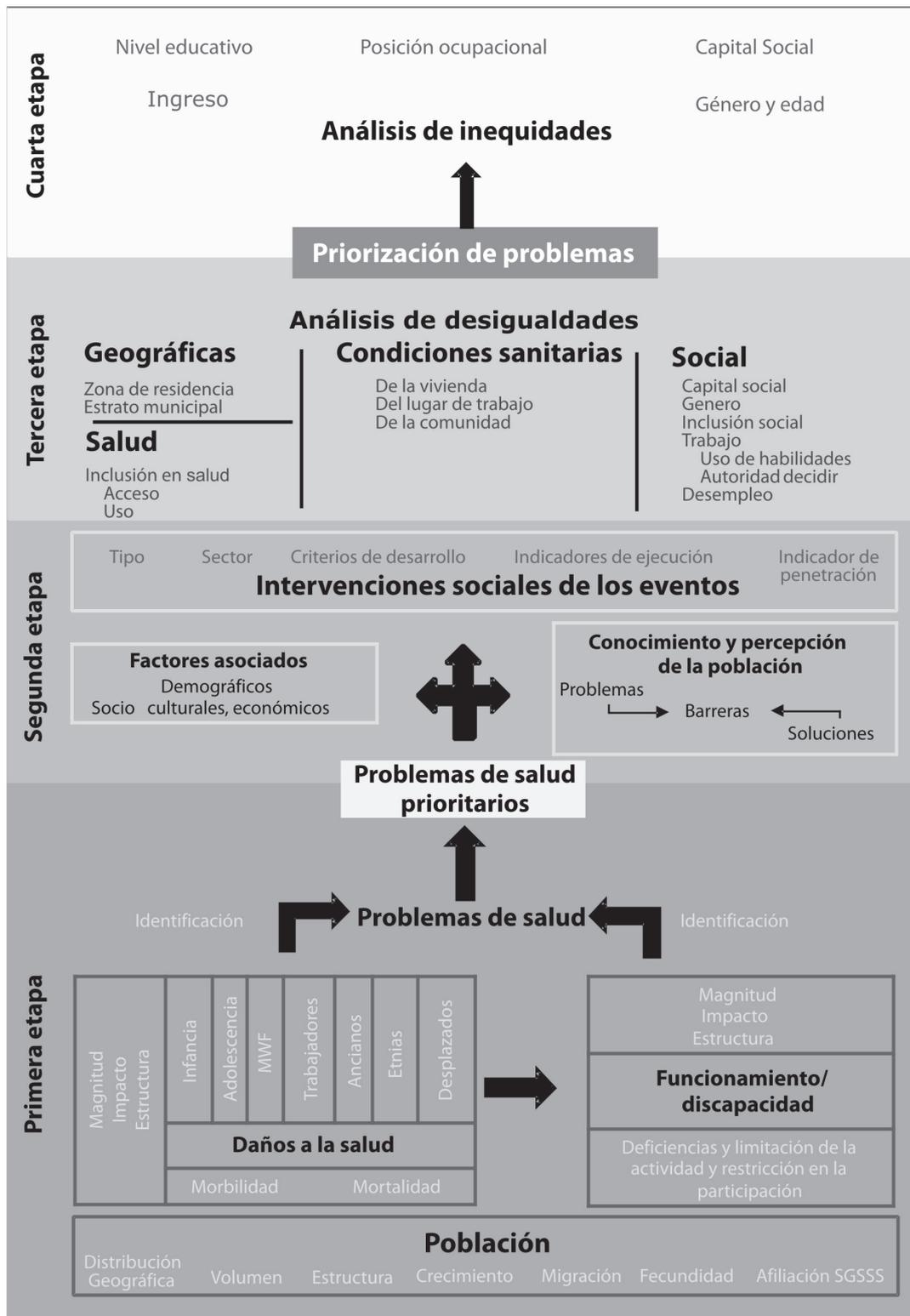


Ilustración 1. Modelo de análisis de la situación de salud

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, 2006.

En este marco, la Encuesta Nacional de Salud ENS-2007 fue concebida como una fuente más de información para el ASIS enfocada al levantamiento de datos poblacionales sobre morbilidad sentida e institucional, funcionamiento y discapacidad; caracterización de la oferta y la demanda de servicios de salud, para complementar el conjunto de información necesaria en la caracterización y análisis de la situación de salud en Colombia.

Para el efecto, el Ministerio de la Protección Social, mediante convenio con Colciencias, contrató con la Pontificia Universidad Javeriana y la firma Sistemas Especializados de Información SEI S.A. de Bogotá la realización de la Encuesta Nacional de Salud ENS-2007, con el objetivo principal de recolectar y analizar información de los hogares, usuarios e instituciones del sistema colombiano de salud para la identificación de la situación de salud del país en los ámbitos nacional, regional y departamental.

Con el fin de lograr el propósito de realizar un análisis en profundidad de la situación de salud del país del 2002-2007 el Ministerio estableció el contrato interadministrativo de cooperación entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia-Facultad Nacional de Salud Pública número 519-2008. Dicho análisis se realizó con base en la información de la ENS-2007, la ENDS-2005, las estadísticas vitales, los RIPS, el censo de población de 2005, la Encuesta de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia ENSIN-2005, entre otros. Previamente al análisis, se realizó un control de calidad a la información, se organizaron las bases de datos y se generó una base de datos que permite un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud. Esta base de datos estará alojada en la plataforma informática del MPS y, mediante el aplicativo diseñado por la FNSP dentro de los términos del convenio, quedará a disposición de diferentes usuarios para obtener tanto los meta como los micro datos de cada fuente y generar archivos que pueden ser procesados en los paquetes estadísticos convencionales para así incentivar la generación de información y la investigación útil para el país.

El análisis de la ENS-2007 incluyó diferentes unidades de observación y su nivel de desagregación estuvo sujeto a la prevalencia de los problemas de salud priorizados por grupo étnico. Los hogares y sus habitantes formaron parte de muestras probabilísticas y para los análisis se aplicaron los correspondientes factores de expansión así como el cálculo de los errores estándar. Las IPS y los usuarios de los servicios de consulta externa, de urgencias y de hospitalización, estuvieron circunscritos a los entes territoriales que hicieron parte de la ENS-2007 y por lo tanto dichas muestras no fueron representativas de sus respectivos universos. Para este análisis también se utilizaron todas las estadísticas vitales proporcionadas por el DANE y la información de RIPS del año 2007.

El análisis se presenta en algunos casos desagregado por departamentos y/o por regiones con base en la distribución que se presenta a continuación:

Región	Subregión / Departamentos
1 Atlántica	1 Guajira, Cesar, Magdalena
	2 Barranquilla y el Área Metropolitana
	3 Atlántico, San Andrés, Bolívar Norte
	4 Bolívar Sur, Sucre, Córdoba
2 Oriental	5 Santanderes
	6 Boyacá, Cundinamarca, Meta
3 Central	7 Medellín y el Área Metropolitana
	8 Antioquia sin Medellín
	9 Caldas, Risaralda, Quindío
	10 Tolima, Huila, Caquetá
4 Pacífica	11 Cali y el Área Metropolitana
	12 Valle sin Cali ni el Litoral Pacífico
	13 Cauca y Nariño sin el Litoral Pacífico
	14 Litoral Pacífico
5 Bogotá	15 Bogotá
6 Orinoquia y Amazonía	16 Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada.

El análisis en profundidad de la situación de salud se presenta en ocho tomos: el primero se ocupa de las características sociodemográficas de la población, incluyendo el análisis de las condiciones de los hogares y su entorno, así como de los aspectos principales del acceso, la cobertura y la calidad de los servicios públicos domiciliarios. El segundo se centra en el análisis de la familia, principalmente en las relaciones de pareja, la violencia intrafamiliar y algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva tales como la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual y el cáncer de cérvico-uterino. El tercer tomo presenta las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población general, por grupos de edad y por regiones del país. Igualmente, las características de algunos eventos tales como accidentalidad vial, enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y la obesidad. El cuarto tomo se ocupa de la situación de salud de la infancia en aspectos relacionados con el cuidado del menor, la vacunación y enfermedades tales como la Enfermedad Diarreica Aguda –EDA– y la Infección Respiratoria Aguda-IRA. El quinto analiza la prestación de servicios de salud de atención ambulatoria, obstétrica y de urgencias, así como las acciones de salud pública de los entes municipales; el sexto presenta un análisis de las desigualdades e inequidades en salud; el séptimo presenta una síntesis de los aspectos más relevantes de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Finalmente, el tomo ocho presenta los documentos técnicos y metodológicos de la gestión de los datos.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

TOMO VI

Investigadores y equipo técnico

**CAPÍTULO 1:
LA INEQUIDAD EN SALUD: REFLEJO Y
CONSECUENCIA DE LA INEQUIDAD SOCIAL**

Investigador
Félix León Martínez Martín

**CAPÍTULO 2:
ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN EL ESTADO
DE SALUD PERCIBIDO**

Investigadore
Óscar Fresneda Bautista

Grupo Técnico
César Mauricio López Alfonso
Julio César Torres V.
Viviana Marcela Pérez O.

**CAPÍTULO 3:
ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN LA
DISCAPACIDAD PERCIBIDA**

Investigador
Óscar Fresneda Bautista

Grupo Técnico
César Mauricio López Alfonso
Julio César Torres V.
Viviana Marcela Pérez O.

**CAPÍTULO 4:
ANÁLISIS DE DESIGUALDADES E INEQUIDADES
POR ROBLEMAS DE SALUD.
RIESGO DIFERENCIAL EN ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES.**

Investigador
Carlos Sarmiento Limas

Grupo Técnico
César Mauricio López Alfonso
Julio César Torres V.
Viviana Marcela Pérez O.

**CAPÍTULO 5:
ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN EL RIESGO
DE LESIONES EXTERNAS.
ACCIDENTES DE TRÁNSITO**

Investigador
Félix León Martínez Martín

Grupo Técnico
César Mauricio López Alfonso
Julio César Torres V.
Viviana Marcela Pérez O.

**CAPÍTULO 6:
ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN MORBILIDAD
SENTIDA Y DEMANDA DE SERVICIOS
DE SALUD**

Investigador
Hernando Guerrero Moreno

Grupo Técnico
César Mauricio López Alfonso
Julio César Torres V.
Viviana Marcela Pérez O.

**CAPÍTULO 7:
ANÁLISIS DE DESIGUALDADES SOBRE BARRERAS
DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

Investigador
Hernando Guerrero Moreno

Grupo Técnico
César Mauricio López Alfonso
Julio César Torres V.
Viviana Marcela Pérez O.

**CAPÍTULO 8:
ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD
DE LA POBLACIÓN
COLOMBIANA, AÑO 2006**

Investigador
Hernando Guerrero Moreno

Grupo Técnico
César Mauricio López Alfonso
Julio César Torres V.
Viviana Marcela Pérez O.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1: LA INEQUIDAD EN SALUD: REFLEJO Y CONSECUENCIA DE LA INEQUIDAD SOCIAL

INTRODUCCIÓN	35
OBJETIVOS	37
Objetivo general.....	38
Objetivos específicos	38
METODOLOGÍA	39
MARCO CONCEPTUAL	41
Efectos mensurables en salud	41
El contexto de la inequidad social..	41
El enfoque de equidad en salud. Evidenciar la relación entre condición de salud y posición social.	43
<i>Análisis de desigualdades</i>	43
<i>Análisis de inequidades en salud o del efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la salud</i>	44
Áreas de medición de la inequidad en salud	48
El derecho a la salud y la seguridad social...	49
<i>Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades</i>	50
El enfoque de inequidad versus el enfoque de igualdad de derechos	52
<i>El conocimiento de la inequidad en salud como motor de transformación social</i>	52

La justicia y el saber de las diferencias.. .. .	53
ELEMENTOS TEÓRICOS PARA EL ESTUDIO DE LA EQUIDAD/INEQUIDAD EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007 .. .	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .. .	57

CAPÍTULO 2: ANÁLISIS DE DESIGULDADES EN EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

ANTECEDENTES Y ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS.. .	61
FACTORES ASOCIADOS CON EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO... .	63
Estado de salud, grupos de edad, zona de habitación, sexo y afiliación a la seguridad social en salud	63
Estado percibido de salud y afiliación a la seguridad social en salud	65
Estado percibido de salud, estratos socioeconómicos y años de educación	65
MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .. .	70

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DESIGULDADES EN LA DISCAPACIDAD PERCIBIDA

ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS.	73
DISCAPACIDAD PERCIBIDA RELATIVA A LAS ACTIVIDADES Y LA PARTICIPACIÓN	76
Prevalencia por intensidad, grupos de edad, sexo y zona.	76
Prevalencia de la discapacidad percibida relativa a las actividades y la participación, por intensidad, tipo y grupos de edad	80
Discapacidad física percibida, por factores contextuales asociados	80
Discapacidad y diabetes	81
Discapacidad y accidentes de tránsito	82
Discapacidad y desplazamiento por amenazas contra la vida	82
Discapacidad y habitación en zonas de riesgo.. . . .	83
Discapacidad percibida relativa a las actividades y la participación, por estratos socioeconómicos.. . . .	83
Discapacidad percibida por años de educación	85

ANÁLISIS MULTIVARIADOS SOBRE DISCAPACIDAD PERCIBIDA	86
Modelos logísticos de la discapacidad percibida relativa a las actividades y participación..	87
Discapacidad percibida relativa a las funciones sensoriales.	88
<i>Funciones auditivas.</i>	88
<i>Funciones visuales</i> ...	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE DESIGUALDADES E INEQUIDADES POR PROBLEMAS DE SALUD. RIESGO DIFERENCIAL EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

INTRODUCCIÓN	93
RIESGO DIFERENCIAL PARA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)	94
Caracterización epidemiológica	94
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	95
Viviendas con pisos de tierra	95
Viviendas sin acueducto	97
<i>Porcentaje de viviendas sin acueducto por área y riesgo comparativo</i>	97
<i>Porcentaje de viviendas sin acueducto por tipo de población (número de habitantes) y riesgo comparativo.</i>	98
Viviendas sin recolección de basuras	99
<i>Vivienda por área sin recolección de basuras y riesgo comparativo.</i>	99
Análisis integrado.	101
RIESGO DIFERENCIAL PARA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (IRA)	102
Caracterización epidemiológica	102
Servicios del hogar	103
Energía o combustible que se utiliza para cocinar.....	103
<i>Porcentaje según combustible para cocinar –leña, madera, carbón de leña– por área y riesgo comparativo.</i>	103
<i>Porcentaje según combustible para cocinar –leña, madera, carbón de leña– por región y riesgo comparativo.</i>	105

Nivel educativo más alto alcanzado por la persona que cuida a los niños..	105
<i>Total país</i>	105
<i>Porcentaje de cuidadores de niños sin educación por regiones y riesgo comparativo</i>	105
<i>Porcentaje de cuidadores de niños sin educación por área y riesgo comparativo</i>	105
Análisis integrado.	106
RIESGO COMPARATIVO POR ACCESO DIFERENCIAL A VACUNACIÓN. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)	107
Metas del PAI	107
Enfermedades inmunoprevenibles	108
<i>Porcentaje de no cobertura con todas las vacunas por área y riesgo comparativo</i>	108
<i>Cálculos estadísticos</i>	108
<i>Porcentaje de no cobertura con todas las vacunas por regiones y riesgo comparativo</i>	108
<i>Cálculos estadísticos</i>	108
<i>Porcentaje de no cobertura con todas las vacunas por poblaciones y riesgo comparativo</i>	109
<i>Cálculos estadísticos</i>	110
<i>Porcentaje de no cobertura con todas las vacunas por poblaciones y riesgo comparativo</i>	110
<i>Cálculos estadísticos</i>	110
Análisis de correspondencia para vacunación... ..	110
RIESGO DIFERENCIAL PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	111
Caracterización epidemiológica	111
Relaciones sexuales	112
<i>Porcentaje de relaciones sexuales por área y riesgo comparativo</i>	112
<i>Porcentaje de relaciones sexuales por regiones y riesgo comparativo</i>	112
<i>Porcentaje del no uso del condón en la primera relación sexual por área y riesgo comparativo</i>	113
<i>Porcentaje de no uso del condón en la primera relación sexual por regiones y riesgo comparativo</i>	113

<i>Porcentaje de no uso del condón en la primera relación por tipo de población y riesgo comparativo</i>	113
<i>Porcentaje de no uso del condón en la primera relación sexual por régimen de afiliación y riesgo comparativo</i>	114
Riesgo diferencial para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	114
<i>Factores asociados a la transmisión sexual</i>	114
Relaciones sexuales	116
<i>Porcentaje de relaciones sexuales por área y riesgo comparativo</i>	116
<i>Porcentaje de relaciones sexuales por regiones y riesgo comparativo</i>	116
<i>Porcentaje del no uso del condón en la primera relación sexual por área y riesgo comparativo</i>	116
<i>Porcentaje de no uso del condón en la primera relación sexual por regiones y riesgo comparativo</i>	116
RIESGO DIFERENCIAL PARA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV)	117
Dengue	117
Malaria	117
Análisis de factores de riesgo para ETV	118
Viviendas con paredes inadecuadas: de bahareque sin revocar, madera burda, tabla , tablón, guadua, caña, esterilla, zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico o sin paredes.. ..	118
<i>Porcentaje de viviendas por área con paredes inadecuadas y riesgo comparativo</i>	118
<i>Porcentaje de viviendas con paredes inadecuadas por regiones y riesgo comparativo</i>	118
<i>Factor de riesgo: propiciar en el domicilio la presencia del vector</i>	119
<i>Porcentaje de viviendas que no lavan la alberca por área y riesgo comparativo</i>	119
<i>Porcentaje de viviendas que no lavan la alberca por regiones y riesgo comparativo</i>	119
<i>Porcentaje de viviendas que tienen tanque de agua adicional y no lo mantienen tapado por área y riesgo comparativo</i>	120
<i>Porcentaje de viviendas que tienen tanque de agua adicional y no lo mantienen tapado por regiones y riesgo comparativo</i>	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN EL RIESGO DE LESIONES EXTERNAS. ACCIDENTES DE TRÁNSITO

INTRODUCCIÓN	125
Lesiones no fatales.....	126
Las cifras de la ENS-2007	126
DESIGUALDAD EN EL RIESGO DE ACCIDENTES DE TRANSITO	127
Estadísticas de los accidentes de tránsito	127
Las cifras de la ENS-2007	128
Concentración del riesgo de lesiones en accidentes de tránsito según tipo y gravedad... ..	133
ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS	137
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138

CAPÍTULO 6: ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN MORBILIDAD SENTIDA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

MORBILIDAD SENTIDA	139
Percepción del estado de salud	141
Lesión causada por accidente..	144
Problema mental, emocional o de los nervios.....	146
Incapacidad en el último mes.....	149
Reducción de la actividad diaria	151
Demanda de servicios de salud	152
¿A quién consultó?.....	156
Demanda de servicios de salud cuando hay accidentes	157
Atención del accidente	159
Institución donde se atendió el accidente	159
Aplicación o enjuagues de flúor	162
Acceso a servicios de salud bucal.....	164
¿A quién acude cuando hay problema dental?	164

Hipertensión arterial... ..	165
Número de veces que asistió a control de hipertensión arterial... ..	166
Diabetes... ..	167
Asistencia a control nutricional	167
Asistencia a control de diabetes en los últimos seis meses.	168
Dolor de espalda, nuca o cuello..	170
Solicitud de atención para dolor de espalda, cuello o nuca	170

CAPÍTULO 7: ANÁLISIS DE DESIGUALDADES SOBRE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Razón de no demanda de servicios cuando tenían un problema de salud..	175
Descuento de salario	182
Descuento del salario por la última hospitalización	184
Razones por las que las personas no demandaron servicio cuando tuvieron un accidente..	185
Razones por las que no llevaron a los niños al enjuague con flúor.	186
Razones por las que no consultaron cuando tenían un problema dental	188
Vacunación contra la fiebre amarilla	190
Razones para no ir a control de la hipertensión arterial..	192
Razones para no ir a control de la diabetes	194
Razones que dieron los encuestados para no asistir a consulta para tratar el dolor de espalda, cuello o nuca... ..	196

CAPÍTULO 8: ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA, AÑO 2006

La mortalidad en la población en general	201
Desigualdades en la mortalidad de la población colombiana relacionadas con el tipo de afiliación a la seguridad social en salud (SGSSS)	201
Diferencias en la mortalidad de la población colombiana relacionadas con la afiliación a la seguridad social en salud y la subregión del país..	206
Tasas de mortalidad general estandarizadas por edad y régimen de seguridad social... ..	206

ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO 1.

Cuadro 1.1	Relaciones entre variables de posición social y díadas conocidas causa-efecto en salud.	47
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	----

CAPÍTULO 2.

Cuadro 2.1	<i>Odds ratio</i> e intervalos de confianza obtenidos de un modelo logístico con el estado de salud (regular, malo o muy malo) de la población de 12 y más años en función del estrato socioeconómico, el sexo, los grupos de edad, el tipo de afiliación a la Seguridad Social en Salud y la zona	68
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

CAPÍTULO 3.

Cuadro 3.1	Tipos e intensidad de la discapacidad relativa a las actividades y la participación según las respuestas a las preguntas del capítulo IX de formulario de la Encuesta Nacional de Salud, 2007	75
Cuadro 3.2	OR's e intervalos de confianza obtenidos de un modelo logístico con cualquier grado de discapacidad como variable dependiente (para el nivel de respuesta de presencia de discapacidad) en función de años de educación, sexo, edad y accidentes de tránsito.....	88

CAPÍTULO 4.

Cuadro 4.1	Porcentaje de viviendas con diferentes condiciones ambientales desfavorables. Colombia, 2007.	95
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Cuadro 4.2	Porcentaje de viviendas sin acueducto y su riesgo para EDA.....	97
Cuadro 4.3	Análisis integrado del riesgo de EDA por los diferentes factores determinantes por subregiones.....	101
Cuadro 4.4	Riesgo integrado de los factores determinantes para IRA... ..	106
Cuadro 4.5	Porcentaje por subregiones sin coberturas útiles de vacunación y riesgo para enfermedades inmunoprevenibles.. ..	109
Cuadro 4.6	Porcentaje de primeras relaciones sexuales en las que no se usó condón por número de habitantes y riesgo para ITS... ..	114
Cuadro 4.7	Porcentaje de viviendas con paredes inadecuadas por regiones y riesgo para ETV.....	119
Cuadro 4.8	Porcentaje de población NBI y riesgo para ETV.....	119
Cuadro 4.9	Porcentaje de viviendas con tanque adicional sin tapa y riesgo para ETV.....	120

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO 1.

Gráfico 1.1	Evolución del Índice de Gini en países de Latinoamérica, 2002-2007.	42
Gráfico 1.2	Primeros tres lugares de inequidad por ingresos en Latinoamérica medida por el Índice de Gini, 2003-2009.	42
Gráfico 1.3	Relación entre estado de salud y estatus socioeconómico	45
Gráfico 1.4	Relación de la posición social con la diada causa-efecto conocida de un problema de salud	47

CAPÍTULO 2.

Gráfico 2.1	Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud percibido, según grupos de edad. Colombia, 2007.	63
Gráfico 2.2	Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud percibido, según zonas. Colombia, 2007.	64
Gráfico 2.3	Distribución porcentual de la población por su nivel de su estado de salud percibido, según sexo. Colombia, 2007.	64
Gráfico 2.4	Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud y afiliación a la seguridad en salud. Colombia, 2007.	65
Gráfico 2.5	Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud percibido y estratos socioeconómicos. Colombia, 2007.	66
Gráfico 2.6	Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud percibido y años de educación. Colombia, 2007.	67

CAPÍTULO 3.

Gráfico 3.1	Interacciones entre los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF).....	74
Gráfico 3.2	Prevalencia de la discapacidad percibida relativa a las actividades y participación, por intensidad de la misma y grupo de edad. Colombia, 2007.....	77
Gráfico 3.3	Prevalencia de la discapacidad percibida relativa a las actividades y participación, por intensidad de la misma, zona y sexo. Colombia, 2007.....	78
Gráfico 3.4	Prevalencia de la discapacidad percibida relativa a las actividades y participación en la zona urbana por intensidad de la misma y grupo de edad. Colombia, 2007.....	79
Gráfico 3.5	Prevalencia de la discapacidad percibida relativa a las actividades y participación en la zona rural por intensidad de la misma y grupo de edad. Colombia, 2007.....	79
Gráfico 3.6	Prevalencia de la discapacidad percibida relativa al funcionamiento por intensidad y tipo de la misma. Colombia, 2007.	80
Gráfico 3.7	Prevalencia de discapacidad física para personas de 45 a 69 años, con y sin diagnóstico de diabetes. Colombia, 2007.	81
Gráfico 3.8	Prevalencia de discapacidad física de la población de 12 a 69 años, con y sin accidentes de tránsito. Colombia, 2007	82
Gráfico 3.9	Prevalencia de discapacidad percibida relativa a las actividades y participación, por grupos de edad y estratos socioeconómicos. Colombia, 2007	84
Gráfico 3.10	Prevalencia de discapacidad por grupos de edad y años de educación. Colombia, 2007	85
Gráfico 3.11	Prevalencia de discapacidad severa o extrema por grupos de edad y años de educación. Colombia, 2007.	86

CAPÍTULO 4.

Gráfico 4.1	Riesgo relativo comparativo para enfermedad diarreica aguda por piso de tierra y por áreas.....	96
Gráfico 4.2	Riesgo relativo comparativo para EDA por el piso de tierra de la vivienda y por región	97
Gráfico 4.3	Riesgo para EDA por falta de acueducto por área.....	98

Gráfico 4.4	Riesgo para EDA por falta de acueducto por región	98
Gráfico 4.5	Riesgo para EDA por falta de acueducto y número de habitantes	99
Gráfico 4.6	Riesgo de EDA por no recolección de basuras, según área de residencia.....	100
Gráfico 4.7	Riesgo de EDA por no recolección de basuras, según región.....	100
Gráfico 4.8	Riesgo de EDA por número de habitantes que no poseen servicios de recolección de basuras.....	101
Gráfico 4.9	Análisis integrado del riesgo de EDA por los diferentes factores determinantes por subregiones.....	102
Gráfico 4.10	Riesgo de IRA según combustible para cocinar (leña, madera, carbón de leña) por área	104
Gráfico 4.11	Riesgo para IRA según combustible para cocinar (leña, madera, carbón de leña) por número de habitantes	104
Gráfico 4.12	Riesgo para enfermedades inmunoprevenibles por no coberturas útiles de vacunación por regiones	109
Gráfico 4.13	Riesgo de ITS por no uso del condón en la primera relación sexual según región	113

CAPÍTULO 5.

Gráfico 5.1	Tasa de muertes violentas. Colombia, 2006-2008	125
Gráfico 5.2	Tasa de lesiones no fatales x 100.000, según etiología, 2006-2008	126
Gráfico 5.3	Tasa de lesiones y muertes en accidentes de tránsito 2000-2008.....	127
Gráfico 5.4	Reporte de accidente de tránsito, según condición, por personas de 6 a 65 años, en los años 2005, 2006 y 2007 (parcial). Colombia, 2007	129
Gráfico 5.5	Razones por las cuales se encontraba en la calle en el momento en que ocurrió el accidente, según sexo. Colombia, 2007.....	130
Gráfico 5.6	Accidente de tránsito según medio de transporte habitual al trabajo en relación con el medio de menor accidentalidad (bus, buseta, colectivo) en lo transcurrido de 2007. Colombia, 2007	130
Gráfico 5.7	Diferencia de proporción entre accidentes como peatón y total accidentes por estrato socioeconómico. Colombia, 2007	131
Gráfico 5.8	Diferencia de proporción entre accidentes en moto y total accidentes por estrato socioeconómico. Colombia, 2007	132

Gráfico 5.9	Diferencia de proporción entre accidentes como conductor de vehículo y total de accidentes por estrato socioeconómico. Colombia, 2007.....	132
Gráfico 5.10	Motociclista en el último accidente según estrato socioeconómico. Colombia, 2007	133
Gráfico 5.11	Daños en órganos internos o sangrado interno como consecuencia de último accidente de tránsito, según vehículo en que transitaba. Colombia, 2007	134
Gráfico 5.12	Pérdida temporal o definitiva de la función de un órgano, o parte del cuerpo como consecuencia de último accidente de tránsito, según vehículo en que transitaba. Colombia, 2007	135
Gráfico 5.13	Proporción de accidentes de tránsito relacionados con el trabajo por estrato socioeconómico (último accidente). Colombia, 2007.....	136
Gráfico 5.14	Actividad relacionada con el trabajo en el momento del último accidente y afiliación a riesgos profesionales. Colombia, 2007.....	136

CAPÍTULO 6.

Gráfico 6.1	Proporción de personas que perciben su salud como buena o mala por nivel de pobreza. Colombia, 2007	141
Gráfico 6.2	Proporción de personas que perciben su salud como buena o mala por nivel del SISBEN. Colombia, 2007.....	142
Gráfico 6.3	Proporción de personas que perciben su salud como buena o mala según la región de residencia. Colombia, 2007	143
Gráfico 6.4	Proporción de personas que perciben su salud como buena o mala según la actividad desempeñada. Colombia, 2007	143
Gráfico 6.5	Proporción de personas que perciben su salud como buena según la etnia a la que pertenece. Colombia, 2007.....	144
Gráfico 6.6	Proporción de personas que percibieron una lesión causada por accidente o violencia, según el régimen de seguridad social en salud. Colombia, 2007.....	145
Gráfico 6.7	Proporción de personas que percibieron una lesión causada por accidente o violencia, según la actividad económica. Colombia, 2007.....	146
Gráfico 6.8	Proporción de personas que percibieron un problema de salud mental, según nivel de SISBEN. Colombia, 2007	147
Gráfico 6.9	Proporción de personas que percibieron un problema de salud mental, según actividad desempeñada. Colombia, 2007.....	148

Gráfico 6.10	Proporción de personas que percibieron un problema de salud mental, según etnia. Colombia, 2007	148
Gráfico 6.11	Proporción de personas que expresaron haber tenido incapacidad, según nivel educativo. Colombia, 2007	149
Gráfico 6.12	Proporción de personas que expresaron haber tenido uno o más días de incapacidad, según actividad desempeñada. Colombia, 2007	150
Gráfico 6.13	Proporción de personas que expresaron haber reducido su actividad diaria debido a un problema de salud, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007	151
Gráfico 6.14	Proporción de personas que expresaron haber demandado servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según nivel educativo. Colombia, 2007	153
Gráfico 6.15	Proporción de personas que expresaron haber demandado servicios de salud por los problemas de salud en los últimos 30 días, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007	154
Gráfico 6.16	Proporción de personas que expresaron haber demandado servicios de salud por los problemas de salud en los últimos 30 días, según NBI. Colombia, 2007	154
Gráfico 6.17	Proporción de personas que expresaron haber demandado servicios de salud por los problemas de salud en los últimos 30 días, según área de residencia. Colombia, 2007	155
Gráfico 6.18	Proporción de personas que expresaron haber demandado servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según actividad que desempeñaban. Colombia, 2007	156
Gráfico 6.19	Proporción de personas que consultaron a un médico la última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con la salud, según afiliación al SGSSS. Colombia, 2007	157
Gráfico 6.20	Proporción de personas en cada uno de los lugares a donde fue la última vez para el tratamiento de las lesiones sufridas en un accidente, según sexo. Colombia, 2007	160
Gráfico 6.21	Proporción de personas en cada uno de los lugares a donde fue la última vez para el tratamiento de las lesiones sufridas en un accidente, según NBI. Colombia, 2007	161
Gráfico 6.22	Proporción de personas que ha recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año, según nivel educativo. Colombia, 2007	162

Gráfico 6.23	Proporción de personas que ha recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007	163
Gráfico 6.24	Proporción de población en cada una de las personas consultadas para atender alguno de los problemas dentales, de la boca o de las encías que ha tenido en los últimos 30 días, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007	164
Gráfico 6.25	Proporción de personas que asistieron a una consulta de control de hipertensión arterial en el último año, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007	165
Gráfico 6.26	Proporción de personas que asistieron a consulta médica de control de la diabetes en los últimos seis meses, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007	169

CAPÍTULO 7.

Gráfico 7.1	Proporción de personas con diferentes razones para no demandar servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según sexo. Colombia, 2007	176
Gráfico 7.2	Proporción de personas en cada una de las razones expuestas para no demandar servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007	177
Gráfico 7.3	Proporción de personas que en cada una de las razones expuestas para no demandar servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según NBI. Colombia, 2007	178
Gráfico 7.4	Proporción de personas en cada una de las razones expuestas para no demandar servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según área de residencia. Colombia, 2007	179
Gráfico 7.5	Proporción de personas para cada una de las entidades o personas que asumieron la mayor parte del gasto de la atención, según sexo. Colombia, 2007	180
Gráfico 7.6	Proporción de personas para cada una de las entidades o personas que asumieron la mayor parte del gasto de la atención, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007	181
Gráfico 7.7	Proporción de personas a quienes les descontaron el salario por asistir a una consulta, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007	183

Gráfico 7.8	Proporción de personas a quienes les descontaron el salario por asistir a una consulta, según NBI. Colombia, 2007.....	183
Gráfico 7.9	Proporción de personas en cada una de las principales razones señaladas para no hacerle aplicaciones o enjuagues de flúor en los últimos 12 meses al niño o niña, según nivel del SISBEN. Colombia, 2007	187
Gráfico 7.10	Proporción de personas en cada una de las principales razones señaladas para no demandar servicios para atender alguno de los problemas dentales, de la boca o de las encías que ha tenido en los últimos 30 días, según sexo. Colombia, 2007	188
Gráfico 7.11	Proporción de personas en cada una de las principales razones señaladas para no demandar servicios para atender alguno de los problemas dentales, de la boca o de las encías que ha tenido en los últimos 30 días, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007.....	189
Gráfico 7.12	Proporción de personas en cada una de las principales razones señaladas para no hacerse vacunar contra la fiebre amarilla, según nivel educativo. Colombia, 2007	191
Gráfico 7.13	Proporción de personas en cada una de las principales razones señaladas para no ir a control de la hipertensión arterial, según régimen de seguridad social en salud. Colombia, 2007	193
Gráfico 7.14	Proporción de personas en cada una de las razones dadas para no asistir a control de la diabetes en los últimos seis meses, según sexo. Colombia, 2007	195
Gráfico 7.15	Proporción de personas en cada una de las razones dadas para no asistir a control de la diabetes en los últimos seis meses, según régimen de seguridad social en salud. Colombia, 2007	196

CAPÍTULO 8.

Gráfico 8.1	Relación entre tasas de mortalidad de la población afiliada a los regímenes del SGSSS y al régimen especial. Colombia, 2006.....	202
Gráfico 8.2	Tasas de mortalidad específicas para los grupos quinquenales de edad 10 a 39 años por regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. Colombia, 2006	203
Gráfico 8.3	Tasas de mortalidad específicas para los grupos quinquenales de edad mayores los 40 años por regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. Colombia, 2006	204

Gráfico 8.4	Tasas de mortalidad específicas por grupos quinquenales de edad de los mayores de 50 años afiliados al Régimen Contributivo del SGSSS, según sexo y área de residencia. Colombia, 2006.....	204
Gráfico 8.5	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad (x 1.000) por régimen de seguridad social y subregión de residencia. Colombia, 2006	208
Gráfico 8.6	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad (x 1.000) de la población afiliada al régimen contributivo, por sexo, y sobre-mortalidad masculina por subregión del país en el área rural. Colombia, 2006.....	209

CAPÍTULO 1:

**LA INEQUIDAD EN SALUD:
REFLEJO Y
CONSECUENCIA DE
LA INEQUIDAD SOCIAL**

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre equidad en salud se centran en hacer evidente que determinadas condiciones de salud guardan una relación estadísticamente significativa con la pertenencia o la exclusión a un determinado grupo social. Por sus características, el análisis de las inequidades se realiza en función de variables que expresan el orden social, las cuales permiten hacer (a posteriori) un juicio de valor sobre el origen y el carácter injusto de las diferencias (Martínez, 2007:84; Braveman y Gruskin, 2003a:256; OPS, 1998:7-9).

En este primer capítulo se expondrán con amplitud algunos elementos centrales del enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad/inequidad en salud; elementos que hicieron parte del marco teórico del diseño de la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2007 (ENS-2007). En los capítulos siguientes se analizarán, según los parámetros ofrecidos por dicha encuesta, los resultados obtenidos, desde la perspectiva de los determinantes sociales que influyen en las condiciones de salud de los colombianos.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar, con base en la ENS-2007, las relaciones entre las condiciones de salud de los colombianos y las ventajas o desventajas sociales de grupos previamente estratificados según variables que expresan el orden social, así como las diferencias de mortalidad entre estos grupos según las cifras reportadas por el DANE.

Objetivos específicos

- Analizar las diferencias en el estado de salud percibido y la demanda de servicios de salud entre grupos de población estratificados, según variables de posición social.
- Analizar las diferencias de exposición a factores de riesgo de las enfermedades transmisibles entre grupos de población estratificados según variables de posición social, así como en el acceso a la protección específica en vacunación.
- Analizar las diferencias en la incidencia del grupo de lesiones externas –en particular, el derivado de los accidentes de tráfico– y en la exposición a los factores asociados que condicionan el riesgo de sufrir estas lesiones entre grupos de población estratificados según variables de posición social.
- Analizar las diferencias en el acceso y utilización de los servicios de salud entre grupos de población estratificados según variables de posición social.
- Analizar las diferencias en discapacidad percibida entre grupos de población estratificados según variables de posición social.
- Analizar las diferencias en mortalidad entre grupos de población estratificados según variables de posición social, a partir de las estadísticas del DANE.

METODOLOGÍA

En primer lugar se analizaron críticamente las variables indicativas o proxy de posición social disponibles en la ENS-2007, módulos de personas y hogares.

La variable estrato (según recibo de energía eléctrica del hogar) presentó dificultades debido a que la muestra se concentró, en forma importante, en los estratos bajos. Al trabajar las cifras expandidas se tuvo en cuenta la precisión de los resultados en los estratos bajos y el mayor margen de error que pueden arrojar los estratos 5 y 6, los que, por lo tanto, se trabajaron agrupados o se descartaron cuando las frecuencias del fenómeno analizado fueron bajas. Igual fenómeno se presenta con la variable SISBEN, en la que la muestra se concentra también en los niveles 1, 2 y 3.

La variables ingreso y gasto de los hogares no reúnen los requisitos exigidos en otras encuestas nacionales. Existe confusión por el tipo de pregunta entre el ingreso del individuo entrevistado y el ingreso del hogar, pese a que el 90% de las respuestas corresponden al jefe de hogar o al cónyuge.

La variable nivel educativo se re-categoriza mediante la unión de las categorías con menor representación –que inducen mayor margen de error– con las próximas que las puedan incluir (v.gr.: postgrado incompleto con universitaria completa, y preescolar con ninguna), categorías que son de gran importancia para el trabajo en problemas de salud de los adultos. Para toda la población se utiliza el total de años cursados en cada nivel.

Se trabaja la variable clásica área en sus tres categorías: urbana, centro poblado y rural, y los municipios se distribuyen en seis categorías según tamaño poblacional (de acuerdo con las cifras del DANE). Para el análisis de las diferencias regionales, se conservan las regiones y subregiones determinadas en el diseño de la ENS-2007, y se corrige en la base de datos dos municipios situados inadecuadamente debido a la existencia de un homónimo.

Se crea la variable pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), de conformidad con la metodología DNP, dada la existencia de las variables de su composición en la encuesta, que incluye las categorías pobreza, miseria y no pobre.

La variable Afiliación a la Seguridad Social se re-categoriza, y para el efecto se unen las categorías de la variable correspondientes a diversas entidades del Régimen Contributivo y de los Regímenes de Excepción.

Se construye una tabla de datos unificada a partir de las tablas de datos de personas y de hogares, para poder relacionar los fenómenos de salud de las personas con las condiciones sociales, geográficas y de riesgo del hogar. Para cada variable, se conservan los factores de expansión correspondientes a los construidos para cada instrumento de hogares y personas. Se crea una base de datos madre –con 1787 variables y 166.474 registros, para un total de 297.489.038 datos– producto de la unión de las bases M1, Personas, M2, M3 y M4.

Para el análisis de servicios de salud prestados no se realiza ninguna expansión, pues la muestra no reúne los requisitos de rigor. Los análisis de equidad relacionados con la mortalidad corresponden a la base de datos del DANE del año 2006, la más reciente disponible para el estudio.

Se realiza el procesamiento en SPSS versiones 17 y 18.

Las diferencias y desigualdades se establecen mediante la comparación de las tasas o proporciones de los fenómenos en los distintos grupos poblacionales estratificados por las variables de posición social y las variables geográficas.

Para calificar la diferencia de riesgos entre las poblaciones se aplican los procesos estadísticos relacionados con:

Riesgo relativo (*Risk Ratio*), RR, que responde a la pregunta ¿Cuánto riesgo mayor o menor tienen los sujetos o poblaciones expuestos a un factor de riesgo o carentes de un factor protector frente a aquellos que no están expuestos al factor de riesgo y sí tienen acceso a un factor protector? Cuando el RR tiene un valor de 1,0, significa que el riesgo es el mismo en ambos grupos; un valor mayor a 1,0 significa que la exposición a dicho factor incrementa la probabilidad de un evento adverso en la magnitud del resultado, en los sujetos o poblaciones expuestas al factor de riesgo.

Razón de disparidades (*Odds Ratio*), OR: ésta es otra forma aproximada de estimar un riesgo relativo (RR) mediante el cociente entre el número de expuestos y de no expuestos al factor estudiado. Así, un OR de 3 indica que aproximadamente tres personas del grupo expuesto al factor de riesgo sufrirán el evento frente a 1 del grupo no expuesto.

Para determinar si los resultados obtenidos, tanto por RR como por OR, son producto del simple azar o si realmente presentan una diferencia entre los grupos en comparación, se aplica la prueba de significación estadística conocida como Chi cuadrado (basada en la distribución de probabilidades). Cuando los valores p encontrados son menores de 0,05, se considera que el resultado es significativo y se concluye, por lo tanto, que la diferencia encontrada entre los grupos comparados es real.

Las diferencias o desigualdades entre tasas o proporciones se presentan como diferencia de tasas o razón de tasas, y determinan la diferencia del valor promedio o del valor considerado mejor o peor en la variable.

MARCO CONCEPTUAL

Efectos mensurables en salud

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

Por otra parte, 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,
- Las formas de enfermar y morir (conforme a exposiciones a riesgos diferenciales) y
- 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.

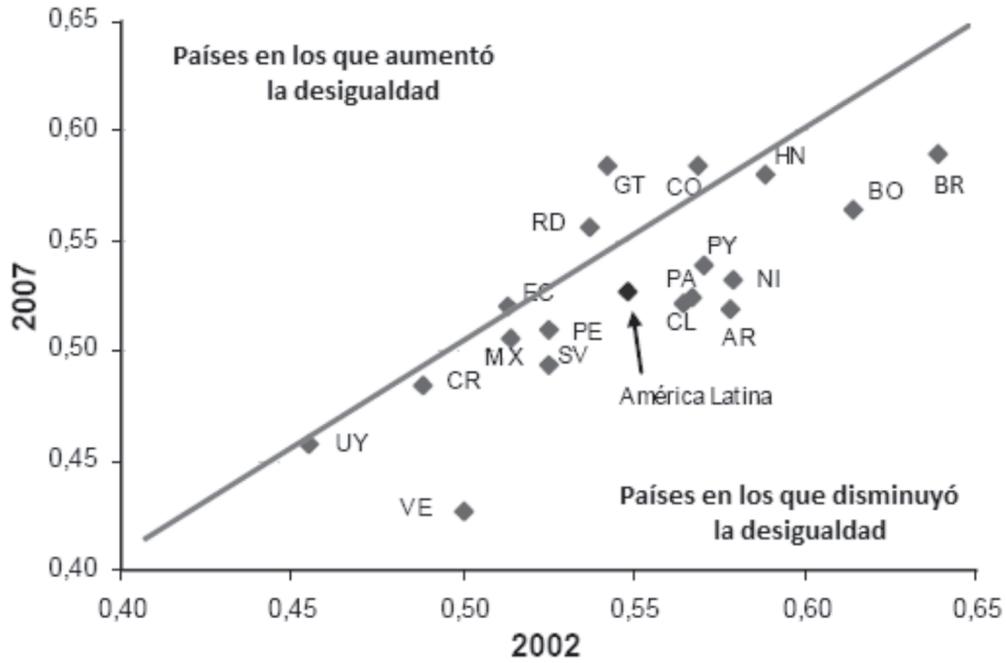
El contexto de la inequidad social

La medición de las pérdidas de salud que producen las desigualdades sociales es particularmente reveladora en los países con grandes inequidades en la distribución de los ingresos. Uno de estos países es Colombia, que en el informe “Panorama Social de América Latina 2008”, de la CEPAL (2009:75-82), aparece como el país con la peor distribución del ingreso en la región –según el indicador (de reciente utilización) diferencia de ingresos entre el 10% más rico de la población y el 40% más pobre–, y en uno de los primeros lugares si se toma en cuenta la relación clásica entre los quintiles 1 y 5 de ingreso (Anexo, Gráfico 1.1).

Cabe señalar que si bien Latinoamérica ha sido reconocida como la región más inequitativa del mundo, en algunos países de la región la situación ha mejorado, no así en Colombia donde, en el periodo 2002-2007, empeoró (CEPAL, 2009:78) (Gráfico 1.1). El índice de Gini –que alcanza el 0,59 en nuestro país–, recién confirmado por la Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP), coincide con la apreciación de la CEPAL (DANE, 2010).

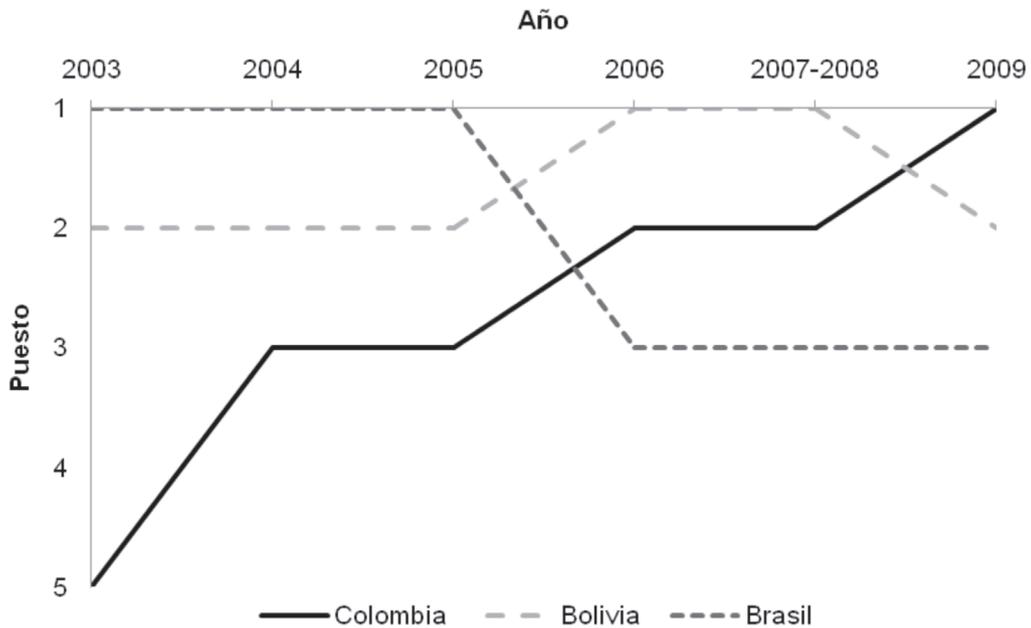
Según las cifras del Índice de Desarrollo Humano (IDH), del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Colombia pasó a ser el país más inequitativo de Sudamérica, con un índice de Gini de 0,585 para 2009 y superó a Brasil y Bolivia en los últimos tres años (PNUD, 1991-2009:8-10) (Gráfico 1.2).

Como consecuencia de lo anterior, Colombia se ha convertido en el “laboratorio ideal” para los análisis de inequidad. Dicho de otra manera: aquí y ahora resultan más relevantes que en cualquier otro lugar y tiempo las investigaciones para medir el impacto de las diferencias sociales sobre la salud.



Fuente: CEPAL, Panorama Social de América Latina-2008

Gráfico 1.1. Evolución del Índice de Gini en países de Latinoamérica, 2002-2007



Fuente: PNUD, Informes de Desarrollo Humano 2003-2009

Gráfico 1.2. Primeros tres lugares de inequidad por ingresos en Latinoamérica medida por el Índice de Gini, 2003-2009

Resulta conveniente aclarar que la desigualdad –tal y como lo señala Amartya Sen (2004: 131-133)– no está directamente relacionada con la pobreza: - un país rico puede ser muy inequitativo, si en el coexisten mucha riqueza y mucha pobreza juntas; por el contrario, un país pobre puede ser más equitativo si sus escasos recursos están mejor distribuidos.

El enfoque de equidad en salud. Evidenciar la relación entre condición de salud y posición social

Como ya se dijo, el análisis de equidad/inequidad en salud busca hacer evidente la relación, estadísticamente significativa, entre una determinada condición de salud y la pertenencia o exclusión a un grupo social específico. Su punto de partida es, por lo tanto, el estudio y la medición de las desigualdades entre grupos previamente estratificados.

Análisis de desigualdades

“Medir las desigualdades, es decir obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es el primer paso para identificar las inequidades en salud” (OPS, 1998:2).

El término *desigualdad* hace referencia 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 y sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si su ocurrencia entre distintos grupos es justa o injusta.

De hecho, el análisis general de la desigualdad tiene que llevarse adelante en muchos casos en términos de grupos –más que en términos de individuos específicos- y debería tender a concentrar la atención a *variaciones entre grupos* (SEN, 2004: 135-136).

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 (Daniels, 2002: 242).

Es claro que existen muchas desigualdades en salud: la edad, el género, las condiciones biológicas o geográficas, entre otras, se traducen naturalmente en desigualdades en salud. Sin embargo, “hablar de desigualdad, no es lo mismo que hablar de inequidad; esta última incorpora en su concepto el valor de justicia” (OPS, 1998:2). Por eso, para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia o injusticia de dichas causas.

Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS:

Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Semejantes diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países... Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son

el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Tradicionalmente, la sociedad ha esperado del sector sanitario que se ocupe de las cuestiones que afectan a la salud y de las enfermedades. Indiscutiblemente, la mala distribución de la atención de salud –el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan– es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la elevada carga de morbilidad causante de índices de mortalidad prematura terriblemente elevados se debe en gran parte a las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. A su vez, la deficiencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política (OMS, 2008:Intr.-1).

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

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

Así, pues, por sus características, el análisis de inequidades se realiza en función de variables que expresan el orden social, las cuales permiten hacer (a posteriori) un juicio de valor sobre el origen y el carácter injusto de las diferencias.

La inequidad en salud no se refiere únicamente a las desigualdades en el acceso y la prestación de servicios de salud:

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 y Evans, 2002: 27).

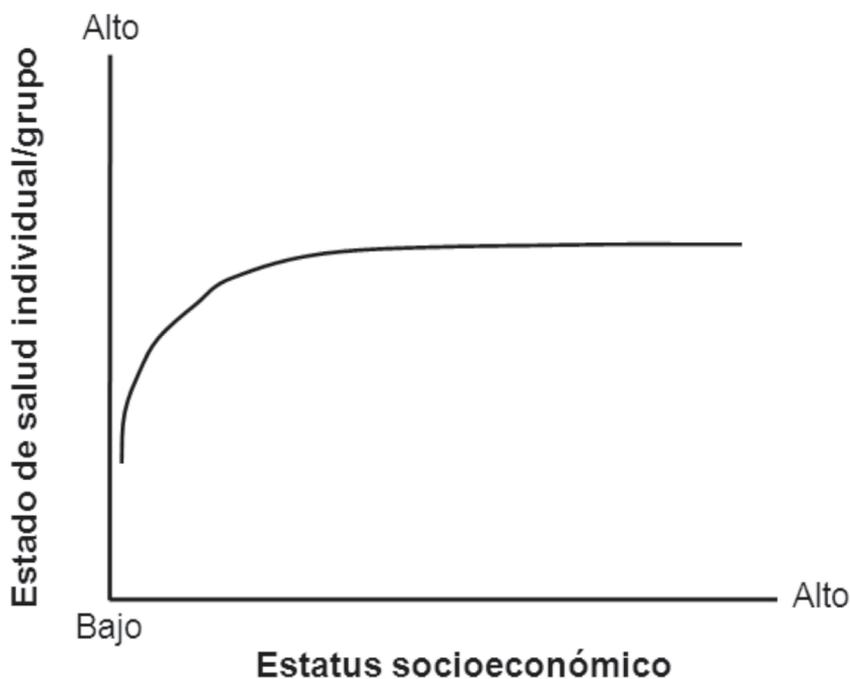
Desde esta perspectiva, el enfoque de equidad en salud se fundamenta en las siguientes premisas:

1- Las desigualdades sociales producen efectos mensurables en pérdidas de salud.

Es posible relacionar las desigualdades sociales con las desigualdades en salud:

La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas (Wagstaff, 2002: 103).

Esta premisa puede expresarse en términos matemáticos; un ejemplo de ello es el gráfico que presenta el gobierno de Canadá en su propuesta para reducir las desigualdades en salud (Ministerio de Salud de Canadá, 2005) (Gráfico 1.3).



Fuente: Reducing Health Disparities –Roles of the Health Sector: Discussion Paper - 2005

Gráfico 1.3. Relación entre estado de salud y estatus socioeconómico

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

En otras palabras, los más ricos, educados, poderosos y sanos de la sociedad tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud en comparación con los más pobres, y este patrón persiste en el tiempo y en todos los lugares (Evans *et al*, 2002:5).

Los gradientes sociales de salud están presentes en todos los países del mundo y no solo en las sociedades “ricas”. 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 (Diderischen *et al*, 2002:13).

Para mayor claridad en este punto, es necesario precisar que existe algún grado de dificultad con la apreciación que define las inequidades en salud como desigualdades “*injustas, innecesarias y evitables*”:

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, injusti-

ficadas, evitables e innecesarias (es decir: que no son ni inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen (Krieger, 2002:10).

La dificultad reside en la posibilidad de interpretar las diferencias sociales como “normales”, pero con resultados injustos sobre los individuos (suerte o vulnerabilidad), razón por la cual las inequidades en salud podrían solucionarse (evitar) sin modificar en absoluto las estructuras de inequidad social que las generan. Se trata, por el contrario, de una organización social injusta que produce resultados correspondientes a dicha estructura de injusticia.

Aunque, por otra parte, el llamado a identificar “lo evitable” bien puede ser interpretado como un criterio de justicia, como un llamado 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.

3- Interesa 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 de los individuos.

Resulta pertinente coincidir con Braveman y Gruskin (2003a:256) en la definición de equidad en salud como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales claves) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales. En el mismo sentido se expresa la OPS:

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, 1998:7).

4- 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, 1998:2).

Pueden llamarse injustos los resultados “dolorosos” de la injusticia social, resultados que no se corrigen actuando sobre ellos, sino modificando la estructura socioeconómica que los genera. Así, por ejemplo, no se trata de “luchar contra la pobreza”, sino contra la estructura de relaciones que la determina; del mismo modo, la inequidad no está en la desnutrición, sino en la sociedad que establece una posibilidad desigual o unas barreras (injustas) para la consecución del ingreso necesario para la subsistencia o el acceso a los alimentos.

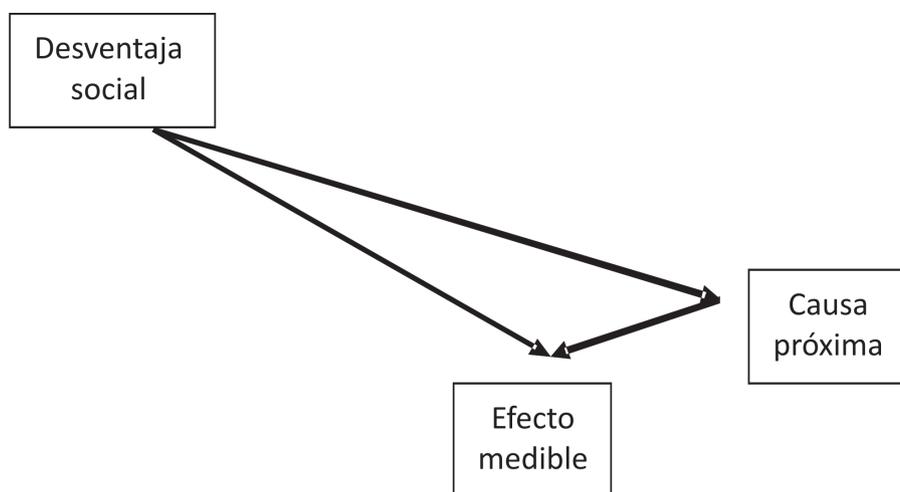
Es indispensable tener en cuenta que la relación entre posición social y un determinado efecto en salud no es una relación directa, sino que está mediada por causas próximas o riesgos específicos. Sin embargo es posible evidenciar que tanto el efecto en salud como la causa

próxima o riesgo específico tienen relación con la posición social (véanse algunos ejemplos en el cuadro 1.1).

Cuadro 1.1 Relaciones entre variables de posición social y díadas conocidas causa-efecto en salud

Condición social	Causa próxima	Efecto en salud
Ingreso	Barrio con problemas sanitarios	EDA
Posición ocupacional	Mensajero en moto	Lesiones tránsito
Estrato	Trabajo sexual	Ca de cuello
Ingreso	Hogar desestructurado	Drogadicción
Posición ocupacional	Obrero construcción	Lesiones
Estrato	Servicio militar	Heridas combate
Nivel educativo	Trabajo con pesticidas	Intoxicación

Por lo tanto, en los análisis de equidad no se trata de realizar investigación causal, sino de poner en evidencia el efecto e impacto de las desventajas sociales en salud. Para el efecto, se mide y analiza estadísticamente la relación de la desventaja social con díadas causa-efecto reconocidas y aceptadas por la literatura científica. Como ejemplo puede verse el documento “The Solid Facts” (OMS, 2003) (Gráfico 1.4).



Fuente: Tomado de “Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud”

Gráfico 1.4. Relación de la posición social con la díada causa-efecto conocida de un problema de salud

Áreas de medición de la inequidad en salud

Luego de revisar distintas propuestas internacionales sobre las formas de abordar e investigar la inequidad en salud, se plantean las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social.¹

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

Las variables proxy de posición social (Índice de Calidad de Vida, estrato, SISBEN²), el ingreso, el nivel educativo y la posición ocupacional son indicadores de las diferencias o desventajas sociales utilizados tradicionalmente en los estudios económicos para definir grupos objetivo que permitan comparar la situación de salud - enfermedad en las cuatro áreas señaladas para la medición de la equidad-inequidad en salud.

Es decir: en la búsqueda de las desigualdades, las oportunidades en salud, las exposiciones a riesgos, la respuesta de la sociedad y los resultados de salud a largo plazo deben analizarse mediante la comparación entre los diferentes estratos, niveles educativos, deciles de ingreso y diferentes posiciones ocupacionales. El gradiente social (contemplado en todos los esquemas como inicio o base del análisis de equidad) debe, pues, ser el campo de medición de las variables de salud-enfermedad, y no una variable más de análisis.

En este planteamiento se separan los indicadores de resultados desiguales de salud de largo plazo –como expectativa de vida, mortalidad temprana, etc.–, 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 áreas de 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 de los resultados desiguales a largo plazo. A diferencia de otras propuestas de análisis de inequidades en salud, se considera que el área de oportunidades se refiere a la posibilidad de construir salud o formar un organismo sano –en particular, en la infancia–, la cual no debe mezclarse con los resultados finales.

¹ Esta propuesta para abordar la investigación sobre equidad-inequidad en salud fue adoptada por el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional, en el diseño del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de la ciudad de Bogotá (Martínez, 2007).

² Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios del Estado, que se aplica en Colombia para focalizar y clasificar a los pobres y otorgarles la afiliación al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud.

En efecto, es evidente que la situación nutricional precaria de un niño aumenta su probabilidad de muerte temprana, pero en la mayoría de los casos tan sólo 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, y aumenta los riesgos de enfermedad. Por lo tanto, esta medición de la construcción de 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 lo que empezó con serias diferencias y desventajas.

Según la OMS (2003:14),

La investigación empírica y los estudios de intervención han demostrado que los cimientos de la salud adulta se construyen en la temprana infancia e incluso en la etapa prenatal. El retraso en el crecimiento y la falta de afecto elevan el riesgo de una salud deficiente para toda la vida, afectan la salud física y el desempeño cognoscitivo y emocional de los adultos... Un pobre desarrollo fetal se traduce en riesgos para la salud en la vida del niño y del adulto. El retardo en el crecimiento durante el primer año se asocia con insuficiente desarrollo y capacidad funcional cardiovascular, respiratoria, pancreática y renal, lo que incrementa los riesgos de enfermedad en el adulto.

Por otra parte, se acepta el área de análisis clásica sobre la exposición desigual a riesgos, entendida, sin embargo, no solo como las exposiciones relacionadas con el trabajo o incluso con la vivienda, el barrio, las condiciones sanitarias, el espacio público o el transporte, sino también como aquellos riesgos relacionados con los comportamientos, la organización macro y microsocial y la cultura, para ser analizados en función de la posición social, ventaja o desventaja social.

Se incluye el concepto “respuesta desigual de la sociedad” para el área aceptada en todas las propuestas conocidas de análisis de inequidad, que incluyen la respuesta desigual del Sistema de Salud. Sin embargo este concepto incluye, además del acceso diferencial a los servicios de salud, la información diferencial que reciben los ciudadanos sobre salud y sus riesgos, las acciones diferenciales en salud pública, las desigualdades en protección social –como cobertura de aseguramiento o riesgos ocupacionales–, el financiamiento desigual, los planes de beneficios diferenciales, la oferta de servicios desigual, la calidad desigual de los mismos, y la existencia o no de políticas que se dirigen a disminuir las inequidades, entre otras.

El derecho a la salud y la seguridad social

Es necesario reconocer que, en general, existe una gran dificultad en la comprensión del derecho a la salud. ¿De qué hablamos cuando mencionamos este derecho?

- ¿Del derecho a crecer y desarrollarnos sanos, a desarrollar capacidades (potencial)?
- ¿Del derecho a lograr la mayor expectativa de vida posible con las mayores capacidades posibles?

- ¿Del derecho a recibir asistencia médica cuando la requerimos?
- ¿Del derecho a acceder a la última tecnología médica?
- ¿Del derecho a conocer la forma adecuada de proteger la salud y evitar riesgos?
- ¿Del derecho a tener una organización social que nos proteja de las enfermedades transmisibles (vacunas, normas sanitarias)?
- ¿Del derecho a tener un sistema de protección social que nos garantice un sistema de financiamiento y provisión de servicios que permita superar las barreras financieras?
- ¿Del derecho a tener un trabajo saludable?
- ¿Del derecho a disfrutar de un completo bienestar social?

Posiblemente a todos los anteriores, con sus importantes subtemas y particularidades, y a otros más que hayan quedado por fuera de la lista.

Ya se ha señalado que cuando se toca el tema de la equidad en salud, se tiende a considerar como aspectos fundamentales el acceso a la asistencia sanitaria y médica y los derechos individuales de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en las desigualdades de salud de las poblaciones, ni a los patrones sociales de salud.

Debe reconocerse, sin embargo, que resulta 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, esto es, la salud como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social. Del mismo modo, resulta estrecho –para el mismo propósito– el concepto de salud entendido como ausencia de enfermedad, es decir referirse a la salud en términos negativos.

Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades

En la línea del pensamiento de Canguilhem (1986:152-154), una definición normativa de salud permite entenderla como *el desarrollo de las capacidades y potencialidades* del cuerpo humano –desde el recién nacido hasta el adulto joven– (las capacidades respiratoria, cardiovascular, neuromuscular, inmunológica, visual, digestiva, afectiva, intelectual, sexual, etc.), de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados, y *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, 1988:115).

Esta definición de salud en términos positivos y medibles permite plantear el derecho a la salud, tanto desde la perspectiva individual como desde los objetivos que debe alcanzar toda sociedad organizada.

Desde la perspectiva individual es posible afirmar que:

- Cada ciudadano tiene derecho a unas condiciones de vida adecuadas para poder contar con una buena salud

Y desde la perspectiva de los objetivos de una sociedad organizada:

- Todos los ciudadanos tienen el derecho a que la organización de la sociedad responda a sus necesidades de salud.

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 respecto a sus derechos.
- El derecho de cada ciudadano de ser informado sobre los riesgos para su salud, y educado en las formas de prevención y cuidado de la salud.

Así planteados, solo resta 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 como obligaciones del estado, que debe procurar, para lograr una situación de equidad, dirigir particularmente su accionar hacia los grupos con mayores desventajas. Dicho de otra manera, para garantizar igualdad en el derecho, el estado debe hacer de los puntos antes señalados obligaciones:

- La obligación de garantizar unas condiciones mínimas a todos los niños –especialmente a aquéllos de los grupos sociales con mayores desventajas–, 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, en particular de aquéllos 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.

Esta perspectiva del derecho –incluso en este nivel de desarrollo– 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, etc.).

El enfoque de inequidad versus el enfoque de igualdad de derechos

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*, 2002:5).

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 (Braveman y Gruskin, 2003b:543).

La OPS 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. [...] 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 (OPS, 1998:13).

Por otra parte, cabe afirmar que las estructuras sociales “injustas o inequitativas” se sostienen con firmeza sobre interpretaciones de los fenómenos sociales convenientes muchas veces a quienes cuentan con mayor poder e influencia o mayores ventajas en la sociedad.

El papel del conocimiento es derrumbar visiones parciales y limitadas de la realidad, abrir nuevas puertas; en el tema de que se trata, develar las consecuencias reales de la organización

social en daños a la salud. Tradicionalmente los fenómenos salud- enfermedad 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. Los análisis de equidad/inequidad en salud arrojan estadísticas que ponen de manifiesto las grandes diferencias en salud en una sociedad derivadas de la posición social, cifras difíciles de controvertir con discursos sobre igualdad o universalidad. Tal es su valor fundamental y su fuerza para la superación de la inequidad social y sus graves efectos sobre la salud de los pueblos.

La justicia y el saber de las diferencias

Según Rosanvallon (1995:57), con el progreso del conocimiento de las desigualdades entre los hombres, es necesario replantear aquella sociedad de iguales donde las diferencias estaban dadas en función del azar. Hoy se sabe que las desigualdades entre los hombres están determinadas por la naturaleza o por el medio social donde su vida transcurre. Estas desigualdades naturales o sociales solo constituyen objeto de acción si se adopta el principio de “igualdad de oportunidades” y se implementan acciones de compensación para lograr una equidad en los resultados.

El velo de la ignorancia (Rawls, 1971:13-14) está irremediabilmente rasgado. La solidaridad está fundada en el tratamiento diferenciado de los individuos y, por lo tanto, ya no puede derivarse de una norma fija o universal o de un llamado a la igualdad de derechos. La concepción dominante de la reducción de las desigualdades asume ahora la forma de una denuncia de las discriminaciones, entendidas en sentido general.

Según la OMS (2008: Intr.):

En el espíritu de la justicia social, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. La Comisión hace un llamamiento a la OMS y a todos los gobiernos para que tomen la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de alcanzar la equidad sanitaria. Es esencial que los gobiernos, la sociedad civil, la OMS y otras organizaciones internacionales se unan para adoptar medidas encaminadas a mejorar la vida de los ciudadanos del mundo. Alcanzar la equidad sanitaria en el lapso de una generación es posible; es lo que hay que hacer y éste es el momento adecuado para hacerlo.

ELEMENTOS TEÓRICOS PARA EL ESTUDIO DE LA EQUIDAD/INEQUIDAD EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007

En el diseño del Análisis de la Situación de Salud de Colombia,³ que incluye la ENS-2007, se señalaba:

Según el Boletín Epidemiológico de la OPS No.3, Vol.20, de septiembre de 1999, “Los análisis de situación de salud (ASIS) son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Los ASIS permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.

Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política. Los ASIS incluyen como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida desiguales y definidas según características específicas tales como sexo, edad, ocupación, etc., que se desarrollan en ambientes específicos. El ambiente constituye el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de los grupos humanos, donde existen complejas relaciones de determinación y de condicionamiento.

De la misma manera, el marco teórico del diseño de la ENS-2007 toma en cuenta dos nuevas miradas –adicionales a las trabajadas y contempladas en los estudios previos de salud del país–. La primera se enuncia como sigue:

Una primera visión de la pérdida de salud desde el punto de vista de la limitación o discapacidad sentida y no sólo desde el ámbito de la enfermedad. Esta aproximación al fenómeno de salud permite captar igualmente una serie de estados crónicos de no salud, de malestares, de disfuncionalidades sentidas, que no son propiamente enfermedades, o que definir las como tales no agrega mayor valor, pero que las personas interpretan claramente como pérdidas de la salud. Tales estados crónicos de disfuncionalidad resultan de una parte altamente predictivos de la demanda de servicios y, de otra, más útiles para determinar la pérdida de salud que las clásicas aproximaciones a morbilidad sentida.

La segunda mirada es la siguiente:

La segunda forma de aproximación al fenómeno salud-enfermedad que se incorpora al Estudio tiene que ver con el concepto de equidad y la nueva perspectiva que se ha

³ Realizado mediante convenio entre el Ministerio de la Protección Social, el INS y la Universidad Nacional de Colombia por el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina.

impuesto a través de la literatura científica en los últimos años para abordar los factores determinantes, superando ampliamente conceptos netamente ambientalistas como los adoptados en nuestro país en la Ley 10 de 1990 [...]. Deja de considerarse los fenómenos sociales como una determinante “ambiental” e igualmente el “comportamiento” tiene una mirada distinta desde la perspectiva del análisis de la exclusión social. El análisis de inequidad se centra en aquellas variables que permiten medir fundamentalmente la exclusión social en un país. En Colombia, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional y el estrato, nivel o condición del hogar parecen ser las más indicadas. 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. Finalmente, cabe incluir en el análisis de equidad las categorías de desigualdad urbano-rural, o incluso una gradualidad en el tamaño de la población urbana del municipio, pues las Encuestas nacionales señalan claramente grandes e injustas diferencias entre estas realidades.

En el Plan de Análisis del Estudio también se señalaba:

Por sus características, el análisis de inequidades se realiza en función de variables que expresen el orden social o la posición social y que permitan hacer un juicio de valor sobre el carácter injusto de las diferencias, en tal sentido el ingreso (por deciles o quintiles), el nivel educativo, la posición ocupacional y el estrato social (SISBEN, NBI), son referencias de importancia para este tipo de análisis.

Con base en el marco teórico y el desarrollo previo, 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 en salud a largo plazo*

La primera premisa de esta propuesta es que la posición social (NBI, estrato, SISBEN) y ocupacional, el nivel educativo y otras variables que expresan el orden social, son los indicadores de las diferencias o desventajas sociales y, por lo tanto, definen los grupos objetivo que permiten comparar la situación de salud-enfermedad en estas cuatro áreas de medición del fenómeno. Estas variables de ventaja o desventaja social constituyen siempre el denominador del análisis, mientras que las cuatro áreas conforman los numeradores para la búsqueda, por ejemplo, de tasas diferenciales.

Si bien la relación entre posición social y un determinado efecto en salud no es directa, sí es posible evidenciar la conexión entre la primera y las causas próximas o riesgos específicos. Ésta es la razón por la cual siempre es necesario buscar la relación de la desventaja social con la causa próxima o exposición diferencial de riesgo, y no sólo con el efecto en salud. Recomendación clave

para los análisis de equidad que no son, entonces, una investigación causal, sino un estudio de la relación entre las desventajas sociales y las díadas causa-efecto de los distintos problemas de salud reconocidas y aceptadas por la literatura científica (una referencia significativa se encuentra en el texto de la OMS (2003), *The solid Facts. Social Determinates of Health*).

Otra recomendación tiene que ver con los análisis geográficos de inequidad. Resultados en salud como la mortalidad infantil, el bajo peso al nacer e incluso la desnutrición, pueden no mostrar una relación directa con el ingreso promedio por departamento, la educación promedio o el índice de vida promedio, dado que éste puede corresponder a una distribución agrupada al centro de la curva (mayoría en ingresos medios) o ser el resultado de la presencia de importantes grupos de ingresos altos y bajos (distribución plana). Los problemas citados se relacionan más con grupos excluidos o pobres absolutos, por lo que el análisis frente a la proporción de pobres absolutos de cada departamento mostrará una relación más clara que frente al promedio de ingreso.

Para el caso de la respuesta desigual de la sociedad, debe siempre considerarse como causa próxima de desigualdad en acceso o calidad la variable “afiliación al Sistema General de Seguridad Social”, con sus diferencias entre regímenes y sus componentes –riesgos de salud, incapacidad, licencia de maternidad, invalidez, vejez y muerte–.

Es preciso aclarar que el progresivo camino de desagregación de los problemas de salud, mediante su caracterización, la medición de las desigualdades en subgrupos poblacionales y el análisis de los factores de riesgo y los factores asociados específicos en el Estudio, no pretende ir más allá de un proceso descriptivo que pone en evidencia, mediante métodos estadísticos, una serie de concentraciones de los fenómenos y las asociaciones con sus medidas de significación.

Existe siempre el peligro –y debe advertirse de antemano– de identificar automáticamente los factores asociados (aun si tienen significación estadística) como factores determinantes, lo que puede conducir a muchas falacias.

El ejercicio respecto a los indicadores claves de inequidad permitirá señalar asociaciones más fuertes de un problema o un indicador de salud con el nivel educativo, el ingreso, la posición ocupacional o el NBI. Esto permitirá a los investigadores y al país plantear nuevas hipótesis. Sin embargo, llegar a concluir que la asociación más significativa en una regresión o en un análisis multivariado señala la causa del problema o explica realmente el fenómeno requiere serios análisis epidemiológicos.

De conformidad con lo señalado, los resultados del análisis quedan expresados tan sólo en términos descriptivos, de medidas de asociación y riesgos relativos, encontrados y abiertos a la investigación para cada uno de los problemas de salud analizados. La valoración de dichas medidas de asociación y su significación estadística es un camino que deben construir los grupos de investigación del país, para quienes la información que arroja este estudio puede convertirse en una fuente casi inagotable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Braveman, P. y Gruskin, S. (2003a). "Defining equity in Health. Theory and Methods". En: *Journal of Epidemiology Community Health*, 57:254-258.

_____ (2003b). "Pobreza, equidad, derechos humanos y salud". En: *Bull World Health Organ* [online], 81(7):539-545.

Canadá, Ministerio de Salud (2005). *Reducing Health Disparities –Roles of the Health Sector: Discussion Paper 2004*. Prepared by the Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Health.

Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico VII*. México: Siglo XXI.

CEPAL (2009). *Panorama Social de América Latina 2008*. Naciones Unidas: Santiago de Chile. pp.75-81.

DANE (2010). *Indicadores de Pobreza, Indigencia y Desigualdad 2009. Declaración del Comité de Expertos MESEP*. Misión para el empalme de las series de empleo, pobreza y desigualdad. [Sitio disponible en]:http://www.dane.gov.co/files/noticias/Declaracion_MESEP_2009.pdf Daniels, N. (2002). "Rawls's Complex Egalitarianism". En: Freeman, S. (ed.) *The Cambridge Companion to Rawls*. Cambridge University Press. Cambridge U.K.

Diderichsen, F., Evans, T. y Witehead, M. "Bases sociales de las disparidades en salud". En: *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, OPS, Publicación Científica y Técnica No.585. Washington, D.C.

Evans, T., Margaret, W., Diderichsen, F., Bhuiya, A. y Wirth, M. (eds). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, OPS, Publicación Científica y Técnica No.585. Washington, D.C.

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

Martínez, F. (2007). "Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud". En: Restrepo, D. (ed.). *Equidad y Salud. Debates para la acción*. Secretaría Distrital de Salud, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas-Universidad Nacional de Colombia. Colección la seguridad social en la encrucijada. Bogotá. pp.69-101.

_____ (1988). "Aportes a la discusión sobre el concepto de salud y enfermedad". En: *Revista Facultad de Salud Pública*, Medellín, 11(1):98-116.

OMS (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra.

_____ (2003). *The solid Facts. Social Determinates of Health*. Wilkinson, R. y Marmot, M. (eds.) Regional Office for Europe. World Health Organization. 2nd edition. OMS 2003.

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

Peter, F. y Evans, T. (2002). "Dimensiones éticas de la equidad en salud". En: Evans, T., Margaret, W., Diderichsen, F., Bhuiya, A. y Wirth, M. (eds). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, OPS, Publicación Científica y Técnica No.585. Washington, D.C.

PNUD (1991-2009). *Colombia. Desarrollo humano*. Informes de Desarrollo Humano PNUD 1991-2009. [Sitio disponible en]: <http://www.saludcolombia.com/actual/Salud%2084/Colombia%20IDH.pdf>

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Rosanvallon, P. (1995). *La Nueva Cuestión Social. Repensar el Estado Providencia*. Buenos Aires, Ediciones Manantial.

Sen, A. (2004). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial.

Wagstaff, A. (2002). "Poverty and health sector inequalities". En: *Bulletin of the World Health Organization*, 80:97-105.

CAPÍTULO 2:

**ANÁLISIS DE
DESIGUALDADES EN
EL ESTADO DE SALUD
PERCIBIDO**

ANTECEDENTES Y ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

Este capítulo explora la relación entre el estado de salud, expresado por la autopercepción de los individuos, y variables constitutivas de su posición social. Se plantea como hipótesis que los factores sociales ejercen una determinación sobre los resultados de salud, y que estos resultados son diferenciales de acuerdo con el puesto que ocupan las personas dentro de la estratificación social. Las desigualdades sanitarias vinculadas con factores socioeconómicos son calificadas como injustas e inequitativas, en tanto se apartan de lo que postulan los derechos humanos fundamentales (Braveman y Gruskin, 2003: 255).

Entre los estudios realizados por el proyecto *Análisis de la Situación de Salud Colombia 2002-2007* (ASIS, 2009), el examen del estado de salud percibido bajo esta perspectiva constituye un complemento a otras formas de abordar el tema.

En diferentes investigaciones a nivel internacional se ha encontrado una asociación entre el estado de salud, expresado en la percepción, y variables socioeconómicas relativas al nivel del ingreso, las condiciones de vida familiar, el medio donde se vive, los niveles educativos y el grado de desigualdad en los ingresos (Rossi *et al*, 2007:74-76). En un análisis sobre cinco países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay; Jewell *et al*, 2006) se establece que la relación entre indicadores socioeconómicos y la autopercepción en salud, encontrada en todos ellos, está mediada por factores como la buena nutrición, mayores niveles educativos, tener un estilo de vida activo y estar satisfechos con el nivel de ingreso actual (Rossi *et al*, 2007:74 y ss.).

En el caso colombiano, González *et al* (2005) analizan, para Bogotá, la relación entre el nivel de ingreso de los hogares, la distribución del ingreso y la percepción que tienen las personas sobre su estado de salud, utilizando la información de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003. Concluyen que el nivel del estado percibido de salud está determinado, en forma importante, por el nivel y la distribución del ingreso dentro de la comunidad.

En la literatura especializada se encuentran distintas aproximaciones en torno al significado y calidad de la información sobre el estado percibido de salud. En general, se reconoce su carác-

ter subjetivo y sus limitaciones para dar cuenta del estado real de la salud. Los estudios desde la economía de la salud muestran, sin embargo, que esta medida “constituye un indicador confiable y muy frecuentemente utilizado para medir la salud de los individuos. Por otra parte, este tipo de medida discreta captura información importante, y es un buen predictor de la mortalidad” (Rossi *et al*, 2007:78-79). A través de diversas investigaciones se ha sustentado que “medir la percepción personal de salud es útil como un indicador global del nivel de salud de la población, que refleja elementos tanto sociales y de salud. Analizar estos factores asociados con la expresión de distintos niveles de salud, permite ampliar las perspectivas para la identificación de necesidades en salud y la evaluación de los programas e intervenciones dirigidas a este grupo poblacional” (Gallegos *et al*, 2006:793).

Amartya Sen (2001:76) plantea la necesidad de evaluar la salud tanto a partir de las visiones internas (“lo que el paciente piensa de su estado”) y la externa (los “resultados médicos vistos desde fuera”). La primera es limitada, sobre todo en la valoración de la gravedad de la enfermedad y el pronóstico al que puede llevar. Pero no es posible desconocer que cuestiones subjetivas como el daño y el dolor son características centrales de las enfermedades. Su conclusión es que “las dos perspectivas son importantes y la cuestión consiste en adoptar un enfoque lo bastante amplio como para disponer de un marco con la información adecuada”.

El debate en torno a este indicador no está cerrado. El análisis exploratorio que se realiza considera que, a pesar de las limitaciones que tiene para expresar el estado objetivo de salud, da cuenta de algunas de sus características y de la forma como la población, desde su posición social particular y sus limitaciones de información, valora su propia situación.

En una perspectiva descriptiva, este análisis se inicia ilustrando las diferencias que se presentan en la percepción de salud por grupos de edad, sexo, zona de residencia y forma de afiliación a la seguridad social en salud. Posteriormente presenta los contrastes en las frecuencias relativas en la calificación del estado de salud por dos variables que captan las jerarquías en las posiciones sociales, desde un enfoque gradacional (Ossoski, 1963:145, Wright, 1979: 5-6): el estrato socioeconómico para servicios públicos domiciliarios y los años de educación.¹

En la sección final se evalúa el efecto de las distintas variables analizadas sobre el estado de salud, controlando el efecto de unas sobre otras (factores de confusión). Para ello se utilizó la técnica estadística de regresión logística, tomando como variable dependiente el estado de salud agrupado en dos categorías: regular, mala y muy mala, de una parte, y buena y muy buena, de otra.

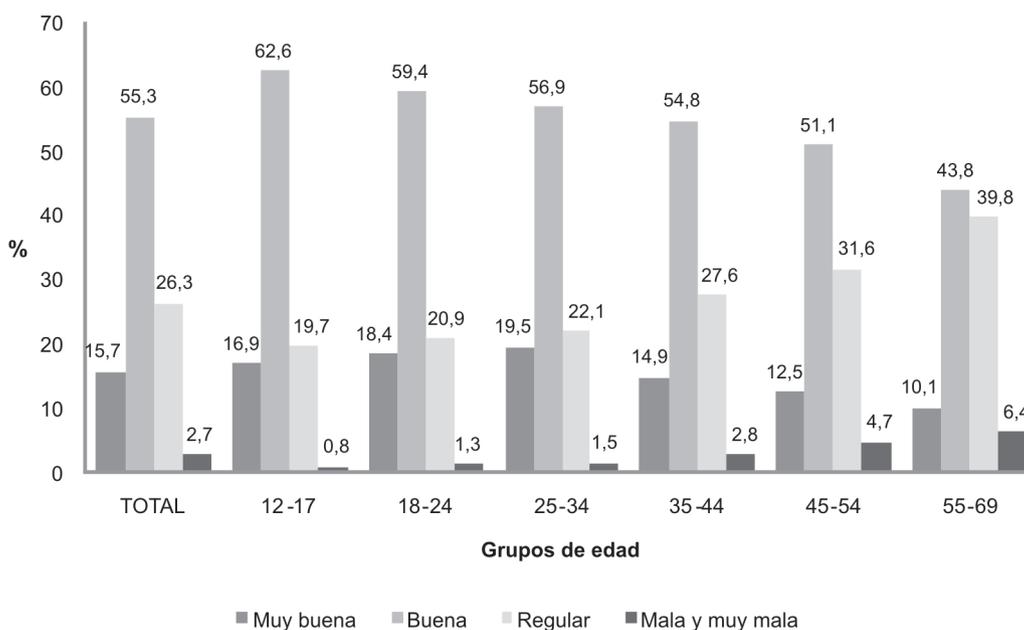
¹ La información presentada se obtuvo de un procesamiento especial de los archivos de la Encuesta Nacional de Salud, 2007 (ENS-2007), utilizando los factores de expansión del formulario o módulo 2. Para la realización de los ejercicios estadísticos contenidos en la sección final del capítulo se contó con la asesoría del estadístico César López.

Se seleccionaron los dos modelos que presentaron los mejores ajustes. En el primero las variables independientes tomadas en cuenta son: estrato socioeconómico, sexo, grupos de edad, forma de afiliación a la seguridad social en salud y zona. En el segundo se mantuvieron las mismas variables, con la excepción del estrato socioeconómico, que fue reemplazada por la de años aprobados de educación formal.

FACTORES ASOCIADOS CON EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

Estado de salud, grupos de edad, zona de habitación, sexo y afiliación a la seguridad social en salud

De acuerdo con lo esperado, el nivel de estado de salud percibido varía con la edad: a medida que aumenta la edad se hace mayor la proporción de población que percibe su estado de salud como regular o malo, y disminuye la que lo percibe como bueno o muy bueno. Los cambios se hacen más marcados a partir de los 35 años². Se capta así el deterioro natural de la salud a lo largo del ciclo de vida y el efecto acumulado de las exposiciones diferenciales (Gráfico 2.1).

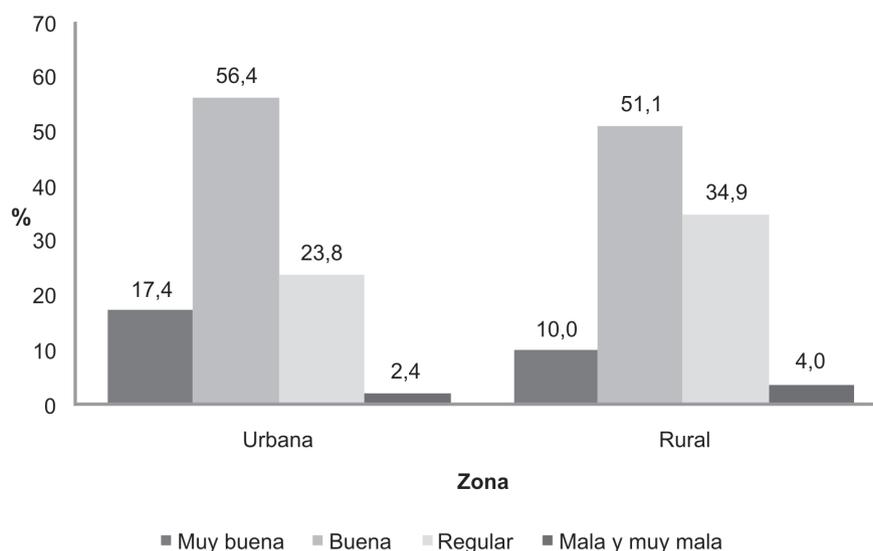


Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 2.1. Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud percibido, según grupos de edad. Colombia, 2007

² La información se refiere a la población de 5 a 69 años.

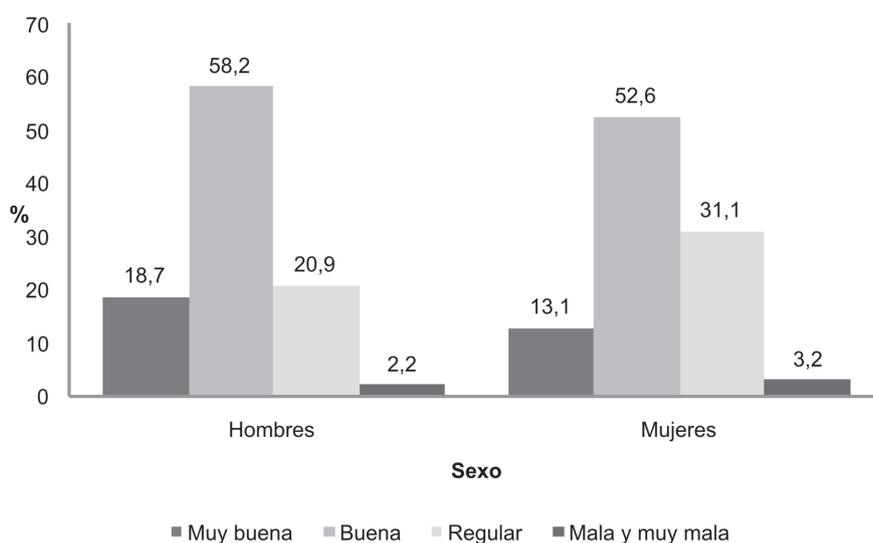
La proporción de población en los niveles de salud muy bueno y bueno es mayor en las zonas urbanas (cabeceras municipales) que en las rurales (resto). Esta situación podría ser el resultado de condiciones de desventaja en la vida campesina, manifiestas en factores como la cobertura de servicios de agua y alcantarillado, la afiliación a la seguridad social, el acceso a los servicios de salud y la predominancia de trabajos que requieren esfuerzo físico (Gráfico 2.2).



Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 2.2. Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud percibido, según zona. Colombia, 2007

También se encuentran diferencias entre las percepciones sobre el estado de salud de los hombres y las mujeres, siendo más favorables las de la población masculina. El 77% de los hombres y el 66% de las mujeres se encuentran en las categorías de muy buena y buena salud (Gráfico 2.3).

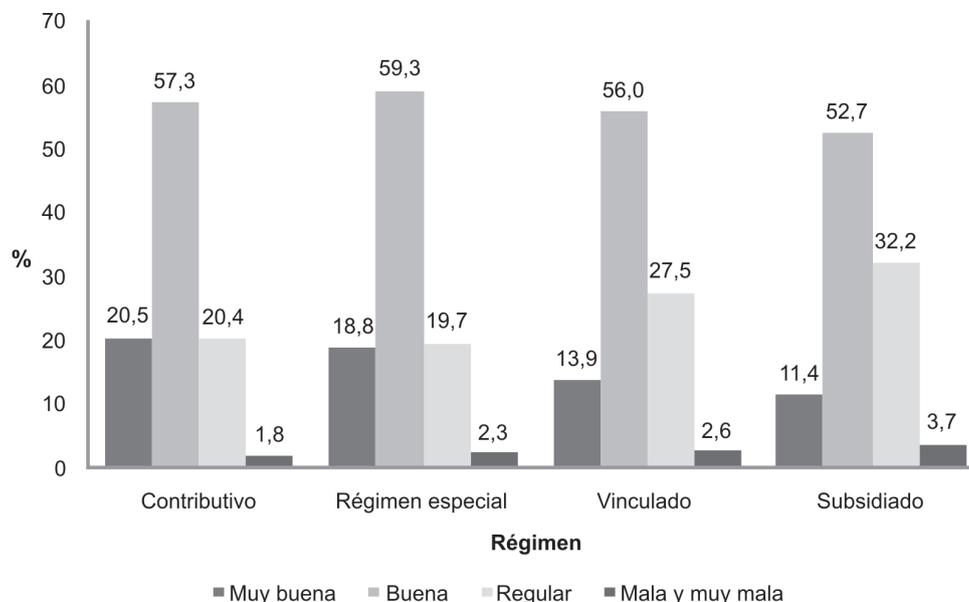


Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 2.3. Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud percibido, según sexo. Colombia, 2007

Estado percibido de salud y afiliación a la seguridad social en salud

Los afiliados al régimen contributivo y a los regímenes especiales presentan las frecuencias relativas más altas en los estados de salud calificados como muy buenos y buenos. Los no afiliados (vinculados) tienen condiciones mejores que los afiliados al régimen subsidiado, quienes informan las condiciones más negativas (Gráfico 2.4).



Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

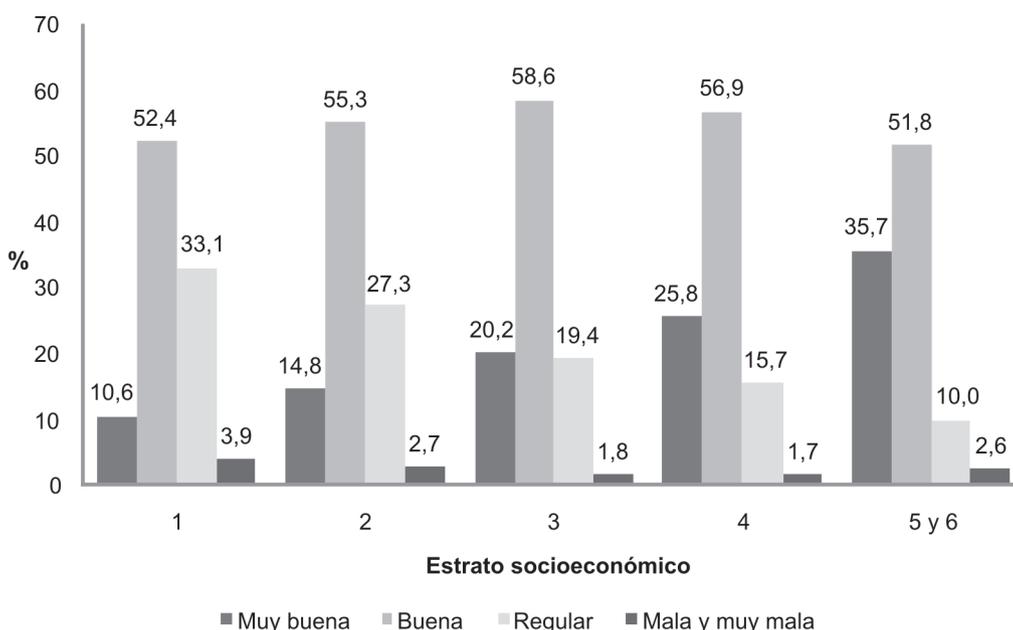
Gráfico 2.4. Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud y afiliación a la seguridad en salud. Colombia, 2007

La afiliación a la seguridad social ofrece, en principio, ventajas para el acceso a servicios médico y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, los no afiliados a la seguridad social en salud tienen una proporción de población más elevada en los niveles buenos y muy buenos de estado percibido de salud (70%), que los afiliados al régimen subsidiado (64%). Tal circunstancia puede ser efecto de la mala calidad de los servicios de este régimen, de la composición social de sus afiliados, o de diferencias en la estructura etaria de las poblaciones. Factores similares pueden estar tras las diferencias, de menor magnitud, entre los afiliados a los regímenes especiales, con ventajas en los servicios que reciben, y los afiliados al régimen contributivo.

Estado percibido de salud, estratos socioeconómicos y años de educación

Las diferencias en la distribución de los niveles del estado de salud por estrato socioeconómico insinúan la asociación entre factores de diferenciación social y salud.

La información de la ENS-2007 muestra una clara tendencia a percibir como mejores los estados de salud a medida que el estrato es más elevado, lo que da bases para plantear una relación de dependencia entre ambos fenómenos (Gráfico 2.5).



Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

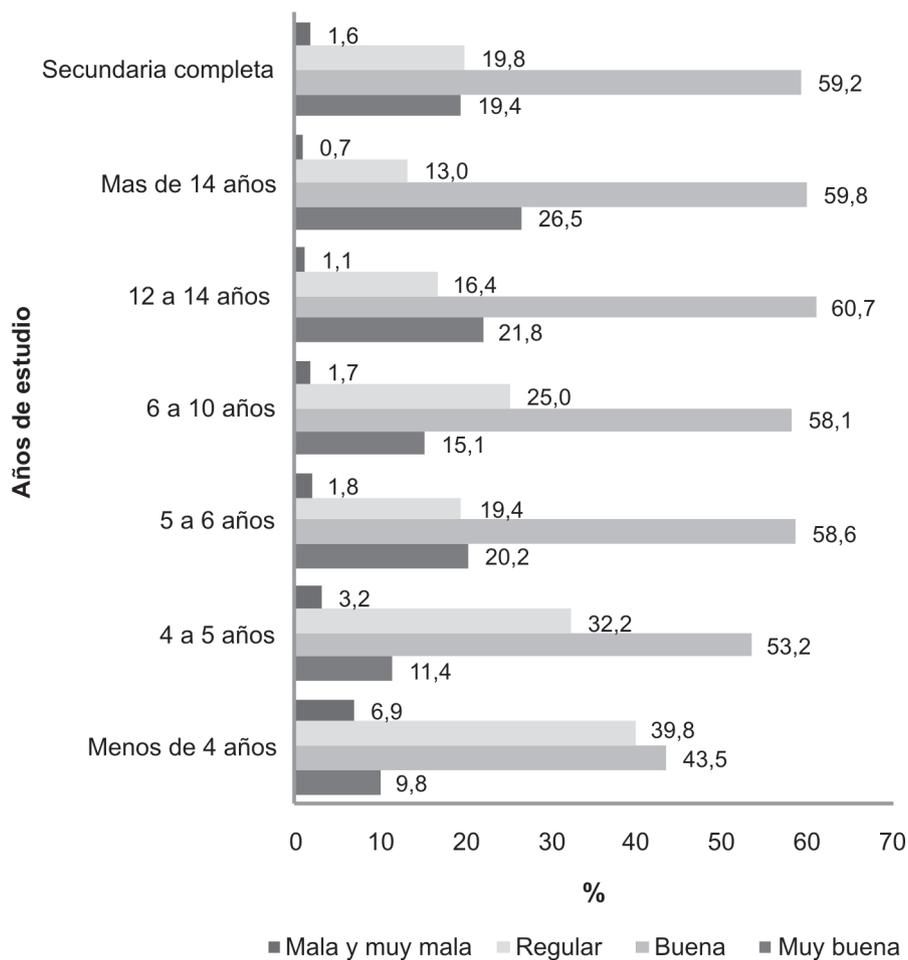
Gráfico 2.5. Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud percibido y estrato socioeconómico. Colombia, 2007

Las diferencias por años de educación son más protuberantes y ofrecen nueva evidencia para apoyar esta hipótesis. En este caso las tendencias son nítidas: el estado de salud asciende consistentemente con el nivel socioeconómico, captado en la escolaridad lograda por las personas (Gráfico 2.6).

MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

La asociación simple, a través de tablas de contingencia, entre el estado de salud y las variables tomadas en cuenta deja interrogantes sobre la influencia real ejercida por ellas. Así, por ejemplo, una diferencia en la pirámide poblacional de los grupos de acuerdo a su estrato socioeconómico, podría estar –debido a esta variable– en la base de las desigualdades en el estado de salud.

En una aproximación exploratoria, la utilización de modelos de regresión logística permite establecer el efecto de cada factor considerado, aislándolo de la influencia de las otras variables, y tener una percepción del peso de cada una de ellas sobre el estado de salud.



Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 2.6. Distribución porcentual de la población por nivel de su estado de salud percibido y años de educación. Colombia, 2007

El primer modelo establece que la población de 55 a 69 años tiene más riesgo de percibir su estado de salud como regular o malo que la población de 6 a 11 años (*odds ratio* de 3,44), que las mujeres tienen más riesgo que los hombres de alcanzar este mismo estado (*odds ratio* de 1,54) y los habitantes de las zonas rurales más riesgo que los de las zonas urbanas (*odds ratio* de 1,24; Cuadro 2.1).³

³ Tanto en este ejercicio como en el segundo, los modelos en su conjunto y cada uno de los parámetros estimados para las distintas variables son significativos a un nivel de significación de 0,05, con las pruebas usuales. No se utilizaron ponderadores (factores de expansión) en los ejercicios y no se incluyeron las observaciones con datos faltantes en las variables consideradas, ni las que correspondían a personas sin clasificación en estrato socio-económico.

Cuadro 2.1 Odds ratio e intervalos de confianza obtenidos de un modelo logístico con el estado de salud (regular, malo o muy malo) de la población de 12 y más años en función del estrato socioeconómico, el sexo, los grupos de edad, el tipo de afiliación a la Seguridad Social en Salud y la zona

Factores asociados	OR ¹	IC _{95%} ²
Estrato		
Uno	1,52	[1,40-1,66]
Dos	1,28	[1,19-1,39]
Cinco	0,47	[0,33-0,71]
Tres	1,00	
Sexo		
Hombre	1,00	
Mujer	1,54	[1,46-1,63]
Grupos de edad		
6 a 11	1,00	
12 a 17	0,98	[0,91-1,07]
18 a 24	1,11	[1,00-1,24]
25 a 34	1,35	[1,23-1,50]
35 a 44	1,76	[1,60-1,94]
45 a 54	2,30	[2,08-2,55]
55 a 69	3,44	[3,10-3,82]
Régimen de afiliación		
Reg. Contributivo	1,00	
No afiliados: Vinculados	1,46	[1,35-1,59]
Reg. Subsidiado	1,58	[1,48-1,70]
Reg. Especiales	1,01	[0,88-1,16]
Zona		
Urbana	1,00	
Rural	1,24	[1,16-1,33]

1. **OR:** Odds Ratio ajustado por los otros factores, calculado a partir de una regresión logística
2. **IC:** Intervalo de confianza del 95% para el OR

Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Los resultados de este modelo señalan el peso importante que la edad juega en la explicación del estado de salud, especialmente a partir de los 35 años. Sustentan también el papel destacado de las otras variables independientes del modelo: el sexo, el estrato socioeconómico y el tipo de relación con la seguridad social en salud.

El segundo modelo (Anexo, Cuadros 2.2 y 2.3) corrobora las conclusiones del primero, para “explicar” las diferencias en el estado de salud percibido, en relación con las variables demográficas, la zona y la relación con la seguridad social. Su aporte se encuentra en destacar la influencia que para este efecto tiene la escolaridad alcanzada. Las personas con menos de cuatro años aprobados de educación formal tienen un riesgo mayor de percibir su salud como regular o mala que las personas con 14 y más años de educación (odds ratio de 3,03), y para quienes han cursado solo la primaria el riesgo de estar en esa situación es superior respecto a las que han aprobado más de tres años de educación superior (odds ratio de 2,59; Anexo, Cuadro 2.3).

El estado de salud percibido es un fenómeno complejo que recibe influencia simultánea de factores de distinta naturaleza. Aislado el efecto de otras variables que lo influyen, la posición social, a través de indicadores “proxy” (estrato socioeconómico y nivel educativo), jugaría un papel destacado en su explicación, de acuerdo con los ejercicios realizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASIS, Universidad de Antioquia (2009). *Morbilidad sentida en Colombia, 2007*, Medellín.

Braveman, P. y Gruskin, S. (2003). "Defining equity in health". En: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:254-258.

Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F. y Wirth, M. (eds.) (2001). *Desafío a la falta de equidad en salud, de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, OPS.

Jewell, T., Rossi, M. y Triunfo, P. (2007). "El estado de salud del adulto mayor en América Latina". En: *Cuadernos de Economía*, 46:148-167. Bogotá: Universidad Nacional.

Rossi, L., Tellechea, F., Tramontin, F. y Triunfo, P. (2007). "El estado de salud de los uruguayos". En: *Estudios de economía*, 34(1):73-96. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Gallegos, K., García, C., Durán, C., Reyes, H. y Durán, L. (2006). "Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México". En: *Revista Saúde Pública*, 40 (5):792-801.

González, J. I., Sarmiento, A., Alonso, C. E., Angulo, R. y Espinosa, A. (2005). "Efectos del nivel del ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: análisis para el caso de Bogotá". En: *Revista Gerencia y políticas de salud*, 9:120-140. Bogotá: Universidad Javeriana.

Ossowski, S. (1963 [1956]). *Class Structure in the Social Consciousness*. Routledge, Londres (Reimpreso en 1968).

Sen, A. (2001). "Evaluación de la divisoria de salud". En: Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F. y Wirth, M. (eds.) (2001). *Desafío a la falta de equidad en salud, de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller, OPS. Capítulo 6, pp.75-81.

Wright, E. (1979). *Class Structure and Income Determination*. New York: Academic Press Inc.

CAPÍTULO 3:

ANÁLISIS DE

DESIGUALDADES EN

LA DISCAPACIDAD

PERCIBIDA

ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

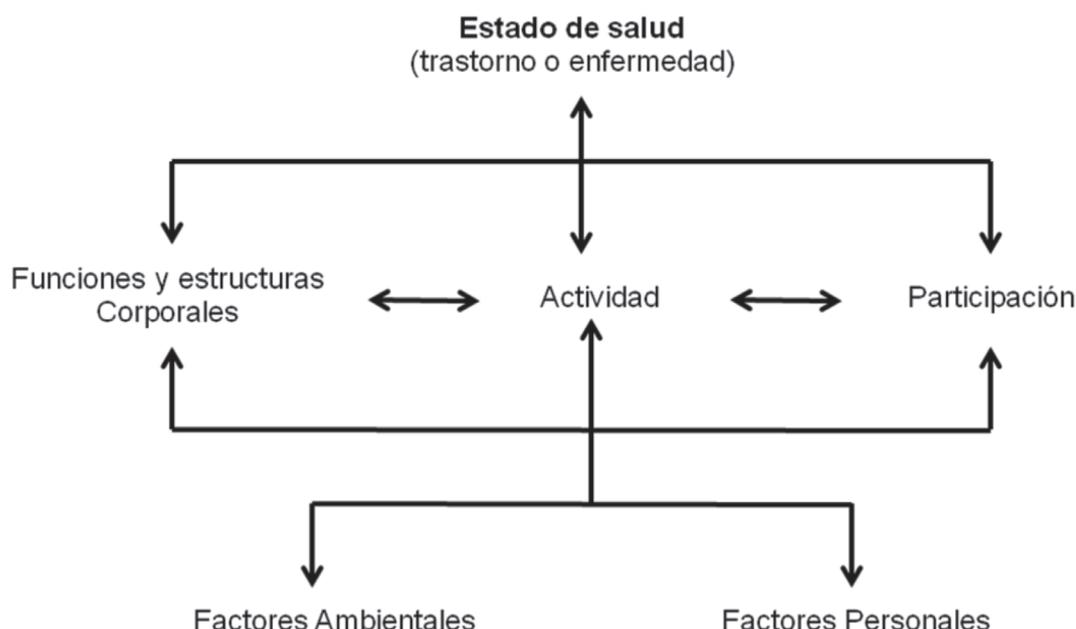
En este capítulo se hace un análisis exploratorio sobre las inequidades en la discapacidad percibida en la población de 12 a 69 años, basado en la información de la Encuesta Nacional de Salud del año 2007 (ENS-2007).¹

Siguiendo las orientaciones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF o CIDDM-2) de la OMS, se considera la discapacidad como un término genérico referido a los aspectos negativos de la salud; así comprendida, constituye la otra cara de la moneda del funcionamiento, que expresa los aspectos positivos de la salud (cfr. OMS, 2001: 5 y 8 y ss.).

La CIF se basa en un esquema conceptual, que incluye múltiples interacciones entre dimensiones y áreas y deja de lado planteamientos anteriores de la OMS sobre la discapacidad en una perspectiva de causalidad lineal (Gráfico 3.1; Egea y Sarabia, 2001: 20-21). En el esquema, la salud es elemento clave que relaciona el funcionamiento y la discapacidad: “El funcionamiento y la discapacidad en la persona se concibe como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales” (OMS, 2001:6). El *funcionamiento* designa todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano. La *discapacidad*, como otro término genérico, recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano (Egea y Sarabia, 2001: 19-20; OMS, 2001: 8 y ss.). “Los Factores Contextuales representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los factores ambientales y los factores personales que pueden tener un impacto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados relacionados con la salud de esta persona” (OMS, 2001:14).

¹ La información de la encuesta analizada se obtuvo utilizando los factores de expansión del formulario (módulo) 2.

Con tal referente se analiza, en primer lugar, la discapacidad en dos de los ámbitos que engloba el término en esa clasificación: el relativo a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, y el relativo a las limitaciones para llevar a cabo actividades, y las restricciones para tener una participación social adecuada (OMS, 2001:6).



Fuente: OMS, 2001

Grafico 3.1. Interacciones entre los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)

La sección siguiente analiza la discapacidad percibida en relación con el dominio de las actividades y participación, en los temas considerados en la ENS-2007. La tercera sección se refiere a las deficiencias en funciones y estructuras corporales.

Operativamente, la discapacidad relativa a las actividades y la participación se definió consultando las preguntas del capítulo XI (Funcionamiento y discapacidad sentida) del formulario 2 de la ENS-2007. Para el análisis se diferenciaron las discapacidades bajo dos criterios: el tipo de actividades o participación afectado, de una parte, y la intensidad o gravedad que tienen, de otra. Con el primer criterio se determinan tres tipos agregados de las actividades y la participación: la discapacidad mental (aprendizaje y aplicación de conocimientos), la física (movilidad, cuidado personal, vida doméstica) y la social (interacciones y relaciones interpersonales). Con el segundo criterio, que considera lo que la CIF denomina la cuantificación de los factores a través de calificadores (OMS, 2001:20-23), se distinguió la discapacidad severa o extrema de la moderada, de acuerdo con las respuestas obtenidas en la encuesta.²A través de esta división se expresa el grado en que

² Después de un análisis de las frecuencias de estas preguntas por grupos de edad de la población, se decidió no tomar en cuenta para el análisis las respuestas que calificaban como leves las dificultades en los funcionamientos

existen limitaciones relativas a la actividad, o restricciones en la participación (OMS, 2001:12-13). También se tomaron en cuenta las preguntas generales referidas a la forma como esas limitaciones y restricciones afectan emocionalmente a las personas o interfieren en su vida en forma severa o extrema, para identificar la presencia de discapacidad y calificar su nivel de gravedad.

En el Cuadro 3.1 se encuentra el lugar que, en esta doble clasificación, se dio a las respuestas obtenidas en la encuesta para la discapacidad desde el punto de vista de la actividad y la participación.³

Cuadro 3.1 Tipos e intensidad de la discapacidad relativa a las actividades y la participación según las respuestas a las preguntas del capítulo IX de formulario de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Pregunta del formulario	Física		Mental		Social		Discapacidad	
	Severa o extrema	Moderada						
h2_1102a. Dificultad mantenerse concentrado			X				X	
h2_1104a. Dificultad aprender algo nuevo			X				X	
h2_1107a. Dificultad estar de pie	X	X					X	X
h2_1111a. Dificultad caminar largo periodo	X	X					X	X
h2_1112a. Dificultad bañarse	X	X					X	X
h2_1113a. Dificultad vestirse	X	X					X	X
h2_1120a. Dificultad realizar actividades casa	X	X						X
h2_1125a. Dificultad para realizar actividad diaria	X						X	
h2_1115a. Dificultad para relacionarse con personas que no conoce					X		X	
h2_1116a. Dificultad para mantener una amistad					X		X	
h2_1127. Dificultad para participar actividades comunidad					X		X	
h2_1134a. Grado en que las dificultades de salud han interferido en la vida							X	X
h2_1134b. Grado en que las dificultades de salud lo han afectado emocionalmente							X	

ni las que calificaban esas dificultades como moderadas (Cuadro 3.1). De esta forma se buscó centrar el análisis en las discapacidades más significativas y que no presentaban ambigüedad en las respuestas obtenidas en el cuestionario con situaciones transitorias que no se consideran como expresiones de discapacidad.

³ Esta clasificación fue construida conjuntamente con el doctor Félix León Martínez (MD, Msc. en Salud Pública.).

El examen de la prevalencia de la discapacidad en funciones y estructuras corporales se restringe a las funciones sensoriales que son investigadas en la ENS-2007 (visuales y auditivas), y para la calificación de su gravedad o intensidad son utilizadas, en forma simplificada, las escalas consideradas en el cuestionario (Capítulo XI, Módulo 2: pregunta 1141 sobre capacidad auditiva, y preguntas 1143 y 1144 sobre capacidad visual).

Siguiendo el modelo general para el análisis de las inequidades en salud, se exploran las asociaciones entre diferentes categorías que expresan la posición social de las personas, y los déficits o limitaciones que dan lugar a la discapacidad. En los términos de la CIF 2, se aborda bajo esta perspectiva el tercer ámbito de análisis de los “factores contextuales” (ambientales y personales) que, bajo una óptica de equidad social, están asociados con la discapacidad (Gráfico 3.1; OMS, 2001:6).

DISCAPACIDAD PERCIBIDA RELATIVA A LAS ACTIVIDADES Y LA PARTICIPACIÓN

Para el análisis de este tipo de discapacidad se parte de considerar su extensión relativa por sexo, zona y grupos de edad. A continuación son examinadas las diferencias que exhibe la prevalencia del fenómeno de acuerdo con factores asociados o contextuales de orden sanitario (diabetes) y del contexto social y hábitat de las familias (accidentes de tránsito, desplazamiento y habitación en zonas de riesgo).

Los acápites siguientes se refieren a las desigualdades en la prevalencia de discapacidad percibida de acuerdo con variables socioeconómicas que diferencian a la población (estrato socioeconómico, años de educación) y que manifiestan su posición social. La parte final de la sección incluye los resultados de análisis estadísticos multivariados (análisis de correspondencia múltiple y regresiones logísticas) para ilustrar, en forma integrada, las asociaciones que existen entre la presencia de discapacidad, las desigualdades sociales y los factores asociados con los déficits en la salud, a través de las variables captadas por la encuesta.

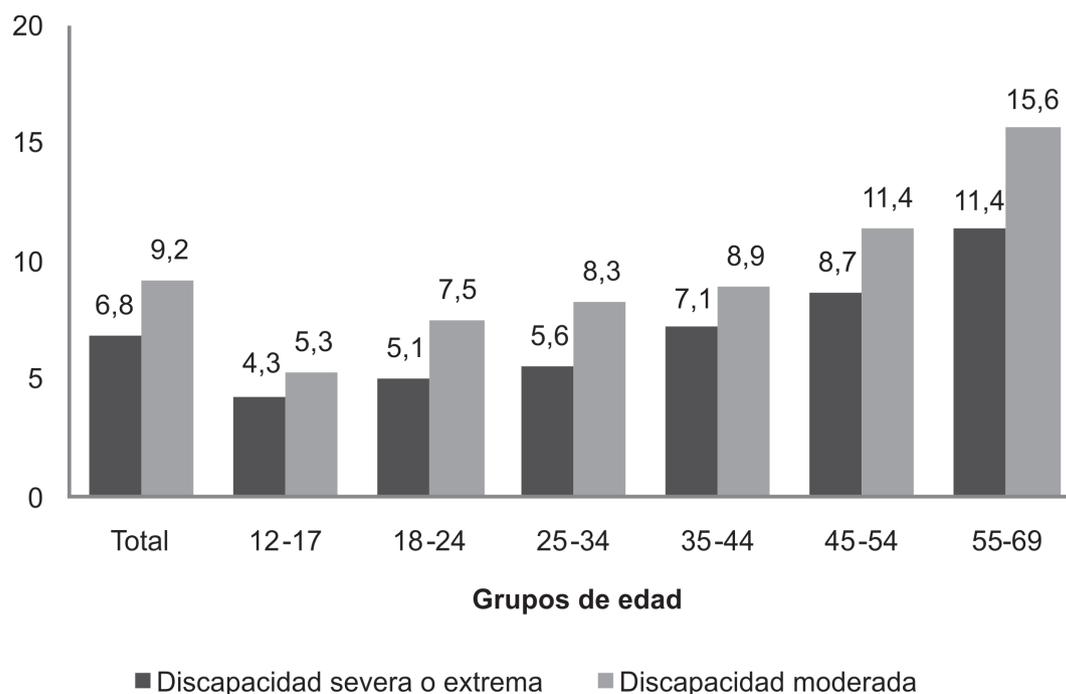
Prevalencia por intensidad, grupos de edad, sexo y zona

La prevalencia total de la discapacidad relativa a las actividades y la participación de la población de 12 a 69 años es de 16,1%, la de incapacidad severa o extrema de 6,8%, y la de la discapacidad moderada de 9,2%.⁴ A través de la encuesta (según los factores de expansión del Módulo 2) se

⁴ En Vásquez (s.f.) se presenta una tabla en la cual la prevalencia de discapacidad en Colombia, para el total de la población, es de 12%. Con base en los resultados del Censo General de 2005, se estima que el 6,4% de la población

estima que 2 millones 140 mil personas sufren de discapacidad severa o extrema, y 2 millones 900 mil de discapacidad moderada.

Como es de esperar, los niveles del porcentaje y la intensidad de personas con discapacidad aumentan con la edad, especialmente a partir de los 34 años (Gráfico 3.2 y Anexo, Cuadro 3.1). En el grupo poblacional de 12 a 17 años, cerca del 10% presenta discapacidad con algún nivel de gravedad; y en el de 55 a 69 años, el 27% de la población está afectada por el fenómeno. La prevalencia de discapacidad es, para esta última población, de 11,4% para la incapacidad severa o extrema y de 15,6% para la moderada.

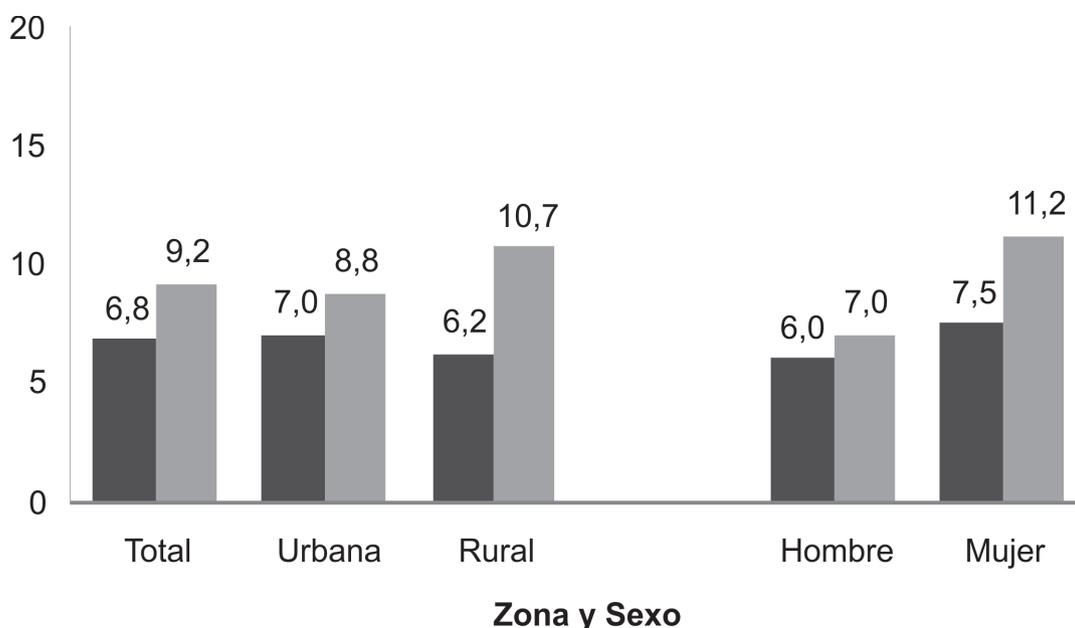


Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 3.2. Prevalencia de la discapacidad percibida relativa a las actividades y participación, por intensidad de la misma y grupo de edad. Colombia, 2007

colombiana presenta discapacidad –entendida como algún tipo de limitación de las personas para ver, caminar, oír, usar brazos y manos, hablar, entender o aprender, relacionarse con los demás y para su autocuidado (DANE, 2006: diapositiva 4; Ministerio de la Protección Social, s.f.: 1). La discapacidad así considerada mezcla aspectos de déficit de funciones corporales y de actividad, participación. Es evidente la falta de correspondencia con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, a pesar de las diferencias en cuanto a la población considerada (12 a 69 años en la encuesta y población total en el censo). Sobre las diferencias en la medición de la discapacidad y la discrepancia entre fuentes de información véase: Banco Interamericano de Desarrollo, [Sitio disponible en]: http://www.iadb.org/sds/soc/site_6215_s.htm#Prevalencia, y Banco Mundial, [Sitio disponible en]: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:21249181~menuPK:282717~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282699,00.html>

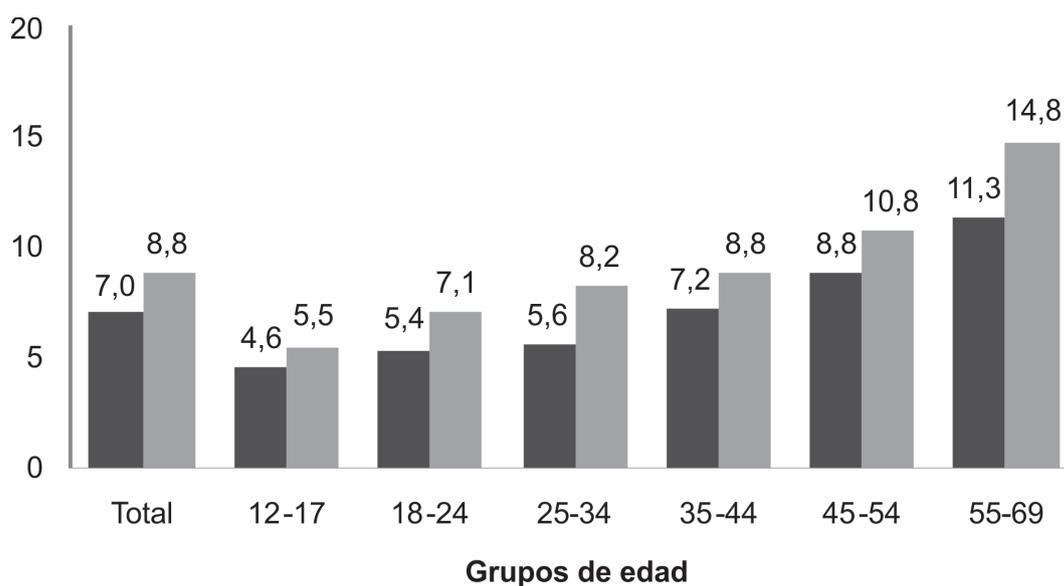
Se encuentran diferencias en las prevalencias entre las zonas urbanas (cabeceras municipales) y rurales (resto de municipios) y entre los sexos. El porcentaje de discapacidad severa o extrema de las mujeres es de 7,5% y la de los hombres de 6%; la de la población urbana es de 7,2% y la de la rural de 6,2%. Las mayores prevalencias de la discapacidad femenina –a partir de los 18 años– se explican posiblemente por las complicaciones en el embarazo o el parto (Ministerio de la Protección Social, s.f.:1). Para todos los grupos de edad, las más altas prevalencias en las zonas urbanas obedecen, probablemente, a los mayores riesgos que se presentan en las ciudades (Gráficos 3.3 a 3.5; Anexo, Cuadro 3.1 y Gráficos 3.1 y 3.2). Dada la concentración de la población del país en las zonas urbanas (cabeceras municipales), más de tres cuartas partes de los discapacitados se encuentran en ellas (3.870.000 personas).



■ Discapacidad severa o extrema ■ Discapacidad moderada

Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

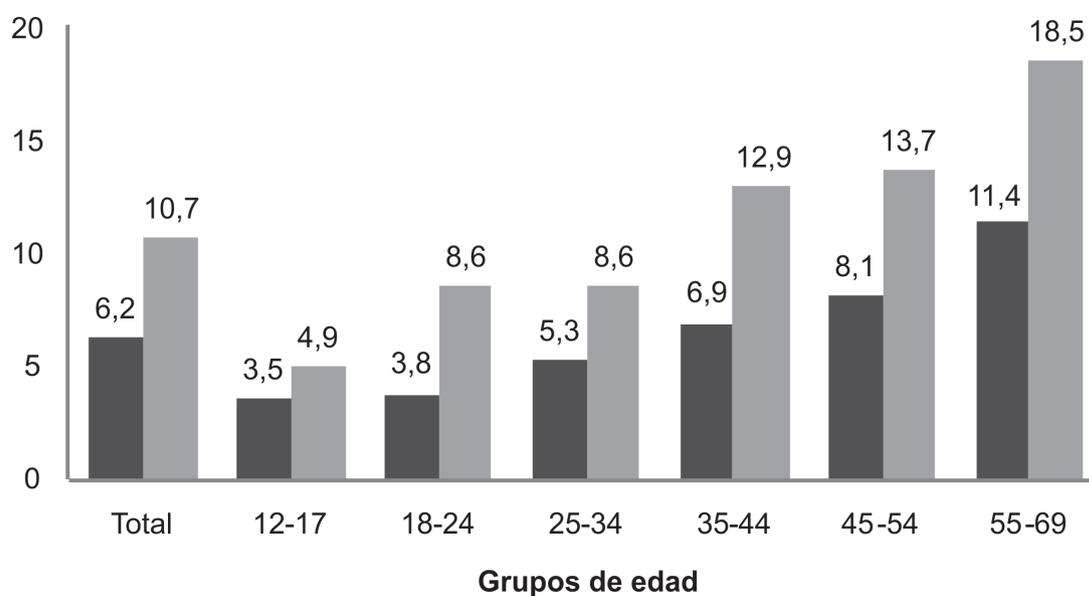
Gráfico 3.3. Prevalencia de la discapacidad percibida relativa a las actividades y participación, por intensidad de la misma, zona y sexo. Colombia, 2007



■ Discapacidad severa o extrema ■ Discapacidad moderada

Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 3.4. Prevalencia de la discapacidad percibida relativa a las actividades y participación en la zona urbana por intensidad de la misma y grupo de edad. Colombia, 2007



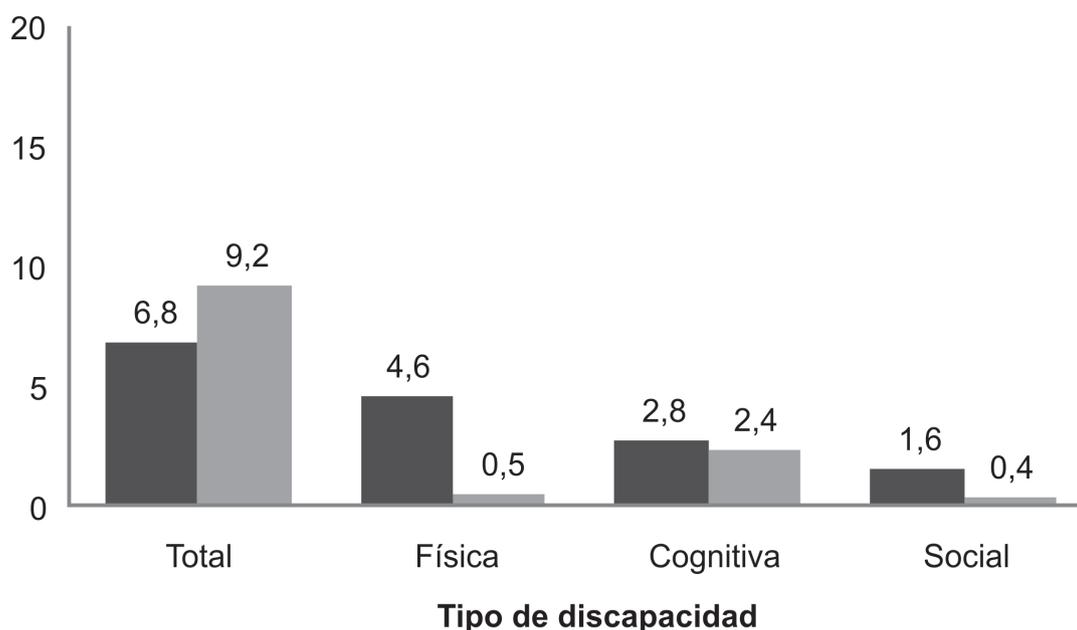
■ Discapacidad severa o extrema ■ Discapacidad moderada

Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 3.5. Prevalencia de la discapacidad percibida relativa a las actividades y participación en la zona rural por intensidad de la misma y grupo de edad. Colombia, 2007

Prevalencia de la discapacidad percibida relativa a las actividades y la participación, por intensidad, tipo y grupos de edad

En la discapacidad severa o extrema predomina la de tipo físico (movilidad, cuidado personal, vida doméstica), cuya prevalencia es del 4,6%, y en la moderada, la cognitiva (2,4%). La discapacidad social (interacciones y relaciones interpersonales) tiene la más baja frecuencia: 1,6% la severa o extrema y 0,4% la moderada (Gráfico 3.6 y Anexo, Cuadro 3.2).



■ Discapacidad severa o extrema ■ Discapacidad moderada

Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 3.6. Prevalencia de la discapacidad percibida relativa al funcionamiento por intensidad y tipo de la misma. Colombia, 2007

Se observa también un incremento de la prevalencia de las incapacidades física y cognitiva a medida que aumenta la edad (Anexo, Cuadro 3.2, Gráficos 3.3 y 3.4). En la discapacidad física predomina la severa o extrema, y en la cognitiva la prevalencia de la moderada presenta niveles inferiores –aunque cercanos– a la de mayor gravedad.

Cada uno de estos tipos de discapacidad afecta en forma diferente las capacidades de las personas y tienen factores particulares que las determinan.

Discapacidad física percibida, por factores contextuales asociados

En este apartado se examina la asociación entre tres factores contextuales –investigados por la ENS-2007– y la prevalencia de la discapacidad física. Según las hipótesis del modelo de análisis

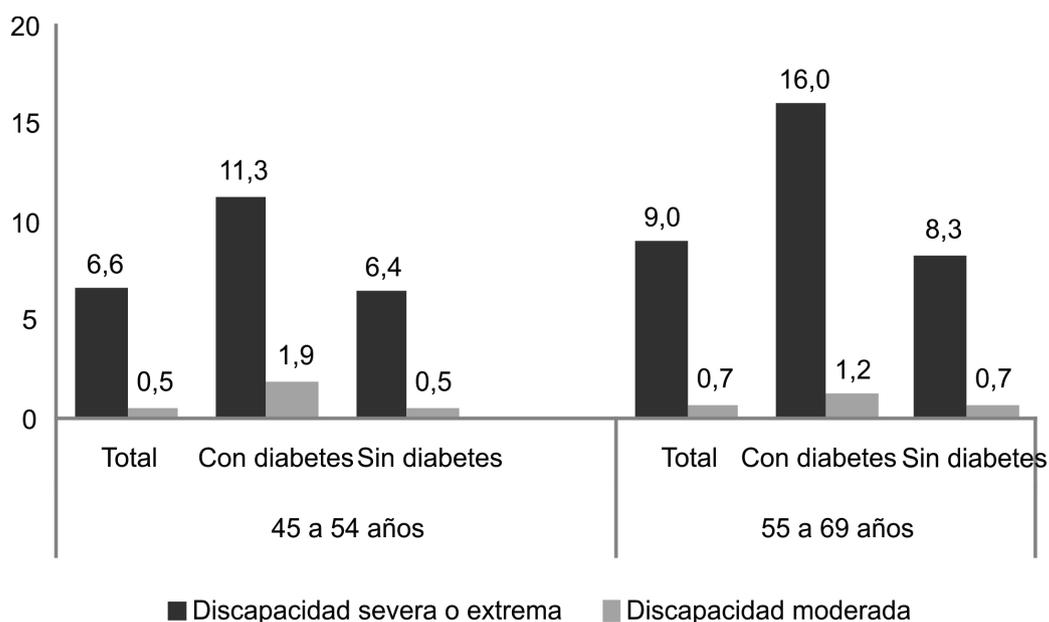
sobre la equidad, estos factores juegan el papel de determinantes intermedios en tanto influyen, con relativa autonomía, la presencia de discapacidad y, al mismo tiempo, están determinados por la posición social.

Entre los factores considerados en la encuesta se encuentra uno de carácter sanitario: la existencia de diabetes,⁵ y particularmente de la de tipo 2. Se toman en cuenta otros factores que expresan eventos de distinto orden del contexto social en que viven las personas: accidentes de tránsito, desplazamiento por el conflicto armado y habitación en zonas de riesgo.

Discapacidad y diabetes

En el total nacional, la prevalencia de discapacidad física en la población de 12 a 69 años que ha recibido diagnóstico de diabetes es de 14,8%, con niveles similares en las zonas urbana y rural (Anexo, Cuadro 3.3).

El 8,6% de la población de 45 a 69 años con discapacidad física informa haber tenido un diagnóstico médico de diabetes (tipo 2). Su prevalencia de discapacidad física severa o extrema es el doble de la de las personas sin diagnóstico de diabetes: 14,3% frente a 7,2% de los no diabéticos. Estos resultados insinúan la asociación entre ambos fenómenos para la población en este tramo de edad (Gráfico 3.7 y Anexo, Cuadro 3.3).



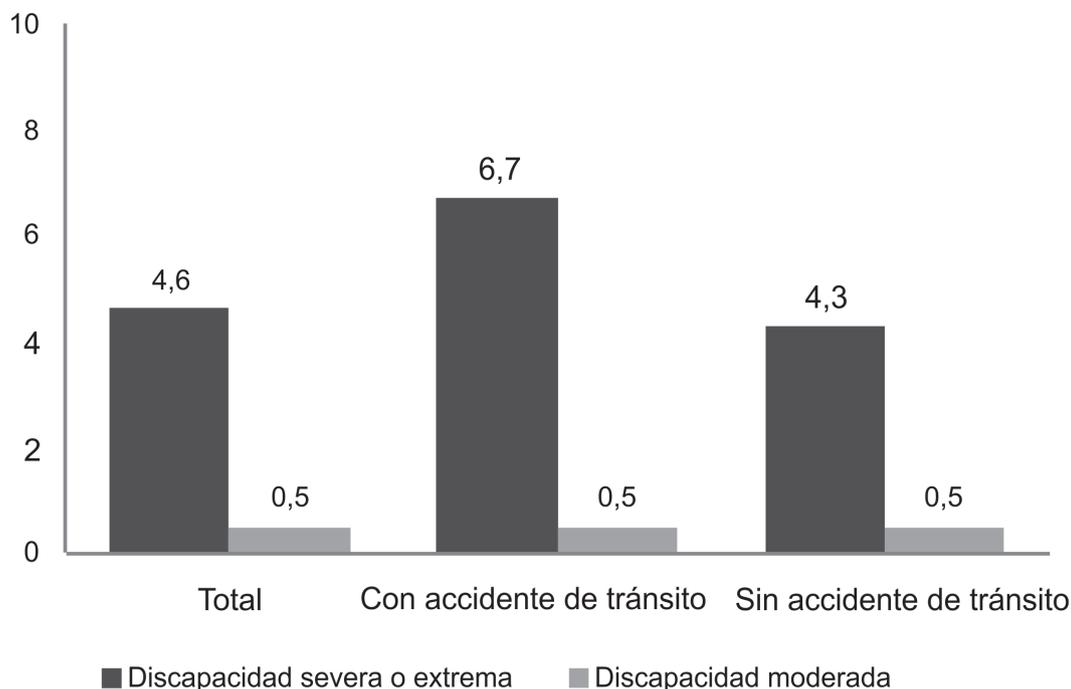
Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 3.7. Prevalencia de discapacidad física para personas de 45 a 69 años, con y sin diagnóstico de diabetes. Colombia, 2007

⁵ La ubicación como factor contextual de la diabetes obedece al enfoque de análisis adoptado. En otra perspectiva este factor estaría ubicado dentro del estado de salud.

Discapacidad y accidentes de tránsito

De otra parte, el 18% de la población entre 12 y 69 años con discapacidad física informa haber tenido un accidente de tránsito durante su vida. La prevalencia de discapacidad es también apreciablemente superior (6,7%) a la de aquella que no ha tenido tal tipo de accidentes (4,3%). Se ilustra así la posible magnitud del efecto de esos eventos sobre la discapacidad (Gráfico 3.8 y Anexo, Cuadro 3.3).



Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 3.8. Prevalencia de discapacidad física de la población de 12 a 69 años, con y sin accidentes de tránsito. Colombia, 2007

La menor prevalencia de la discapacidad física en las zonas rurales expresa los menores riesgos que tiene su población respecto a la urbana. Entre estos riesgos se encuentran los debidos al transporte automotor. Una expresión de esta situación se encuentra en que el 19,5% de los discapacitados físicos de la zona urbana han tenido accidente de tránsito, mientras que en la rural esta proporción es de 13,5%. Bajo otra perspectiva, la gravedad de los efectos es mayor en las zonas urbanas: la prevalencia de discapacidad física severa o extrema de quienes han sufrido accidentes es de 7% en las zonas urbanas y de 5% en las rurales (Anexo, Gráfico 3.5).

Discapacidad y desplazamiento por amenazas contra la vida

La encuesta no indaga directamente por la forma como han sido afectados los hogares en sus condiciones de salud por la violencia relacionada con el conflicto interno existente en el país. Se

pregunta solo por los cambios de residencia –desde el año 2003– debidos a amenazas contra la vida por parte de grupos armados.⁶ A este respecto, y según la información de la encuesta, 516.000 personas de 12 a 69 años, el 1,6% de la población, ha sido desplazada. La prevalencia de discapacidad física percibida de las personas de familias que han migrado debido a estas amenazas (8,7%) es más de dos veces superior a las que no las han tenido (4,1%). Lo cual constituye un signo de los posibles efectos de la violencia sobre las condiciones sanitarias de la población. Llama la atención que es en las mujeres en quienes los efectos de este fenómeno son más sensibles: la prevalencia de discapacidad física femenina es de 10,4% y la masculina de 6,7% (Anexo, Cuadro 3.4).

Discapacidad y habitación en zonas de riesgo

Se encuentran igualmente diferencias significativas en la prevalencia de la discapacidad física entre habitantes en zonas de riesgo (5,9%) y quienes no habitan en ellas (4,4%) (Anexo, Cuadro 3.5). De cerca de 6 millones de personas de 12 a 69 años, el 19% de ellos vive en estas zonas de acuerdo con la información de la encuesta. Las diferencias en la extensión de la discapacidad no son, necesariamente, una expresión de los efectos de estos riesgos –que pueden ser causados por factores socioeconómicos asociados con los pobladores de estos lugares–, sin embargo dan cuenta de factores asociados con la discapacidad y con las condiciones de vida de esas poblaciones, captando en alguna medida los efectos propios de las zonas de riesgo.

Discapacidad percibida relativa a las actividades y la participación, por estratos socioeconómicos

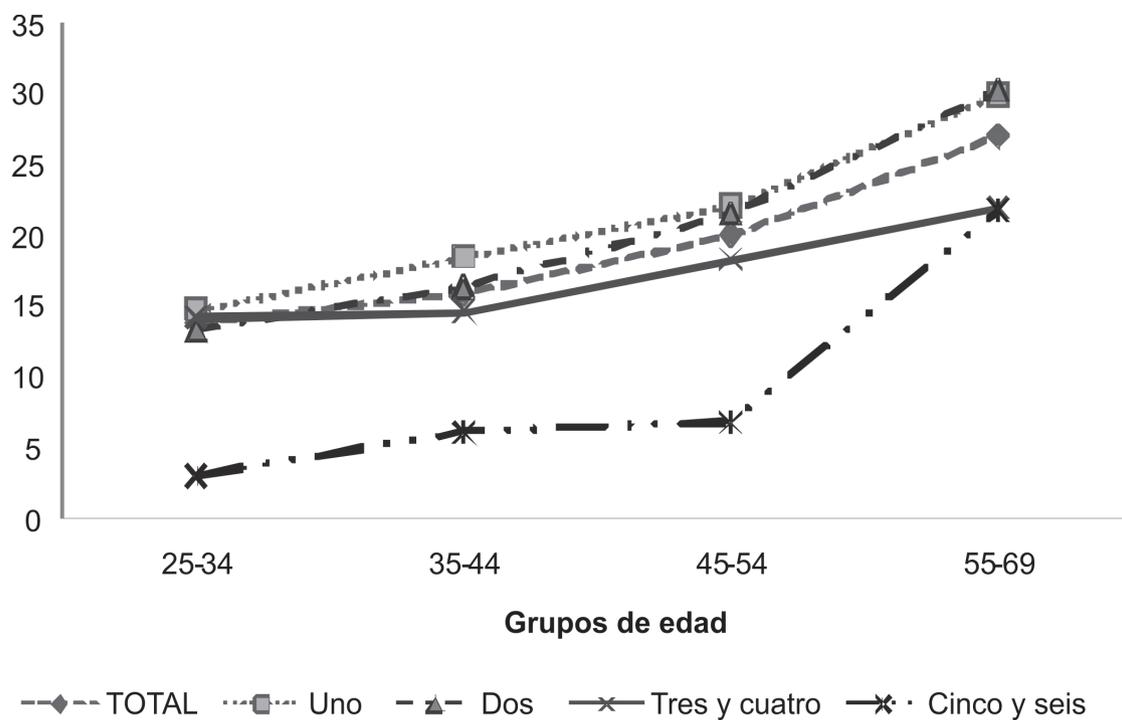
Para la exploración de la asociación entre la discapacidad y la posición social se recurre a dos variables: el estrato socioeconómico, como indicador asignable al hogar, y los años de educación de la persona.

A nivel nacional, la prevalencia de la discapacidad percibida severa o extrema y moderada es semejante entre las personas de los estratos socioeconómicos 1 y 2, con los valores más altos (9,7%). Disminuye en los estratos 3 y 4 (8,5%) y llega a su punto inferior en los estratos 5 y 6 (6,6%) (Anexo, Gráfico 3.6 y Cuadro 3.6).

Por grupos de edad se mantienen –como tendencia– las diferencias de prevalencias entre los estratos según su orden, tanto para la discapacidad agregada como para la severa o extrema, en las zonas urbanas y en las rurales (Gráfico 3.9; Anexo, Gráfico 3.7 y Cuadros 3.6 a 3.8). Las diferencias

⁶ En un documento del Ministerio de la Protección Social (s.f.) se menciona la violencia y el conflicto armado como una de las principales causas de la extensión de la discapacidad.

más marcadas se encuentran entre la prevalencia de discapacidad de los estratos 5 y 6 y la de los restantes estratos. Entre los estratos intermedios las diferencias son de menor magnitud. Son señales tanto de la forma como las inequidades sociales podrían estar afectando los niveles de salud de la población, independientemente de su composición étnica, como de la mayor concentración de los posibles efectos de factores sociales sobre las poblaciones con mayor desventaja.



Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

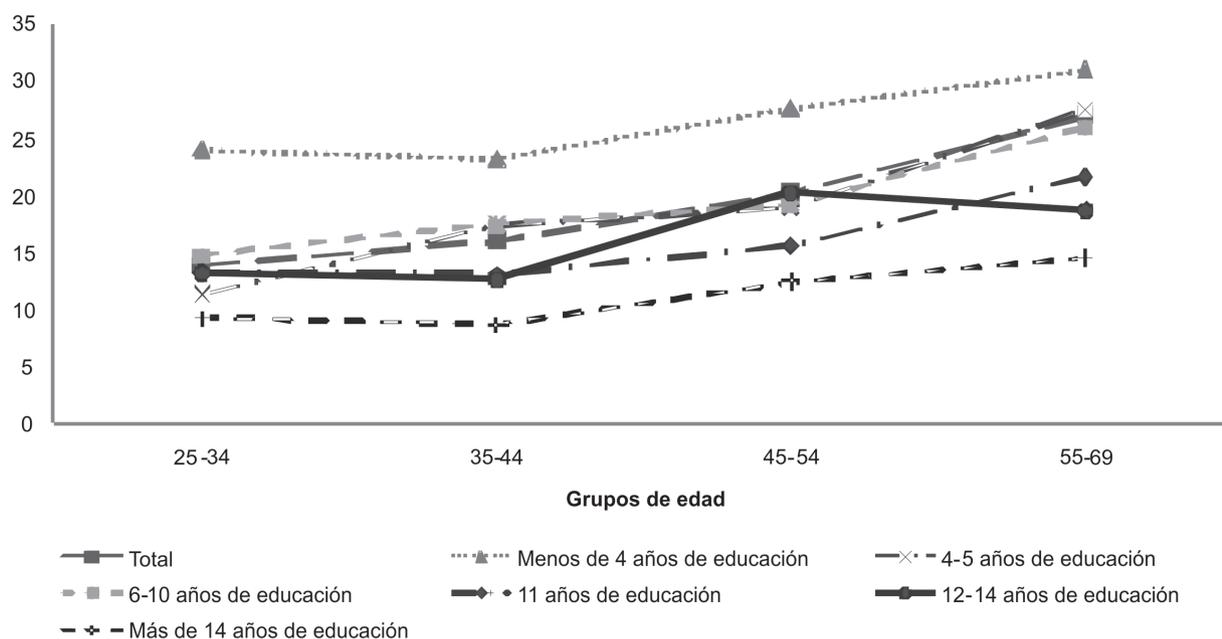
Gráfico 3.9. Prevalencia de discapacidad percibida relativa a las actividades y participación, por grupos de edad y estratos socioeconómicos. Colombia, 2007

Las razones de la prevalencia de la discapacidad percibida entre la población del estrato 1 y la de los estratos 5 y 6 indican la magnitud de las inequidades a este respecto (Anexo, Cuadros 3.6 a 3.8 y Gráficos 3.8 y 3.9): la prevalencia de discapacidad severa o extrema entre la población del estrato 1 –en el grupo de edad de 35 a 45 años– es 6,9 veces más alta que la de los estratos 5 y 6. Para los tramos de edad de 45 a 54 y de 55 a 69 años son, en su orden, 2,8 y 1,5 veces superiores. En las zonas urbanas las diferencias tienden a ser más protuberantes que en la rural.

Estos resultados pueden ser interpretados en un doble sentido: o bien como una influencia de las condiciones diferenciales de condiciones de vida sobre la discapacidad, o bien, en sentido inverso, como un efecto de la presencia de discapacidad de algún miembro del hogar sobre la situación y las posibilidades de las familias.

Discapacidad percibida por años de educación

Se encuentran diferencias en los porcentajes de población con discapacidad asociadas con los años de educación que han aprobado. Como tendencia –con algunas excepciones– puede afirmarse que a más años de escolaridad corresponde una menor prevalencia de discapacidad percibida, tanto en los diferentes grupos de edad como en las zonas urbana y rural (Gráficos 3.10 y 3.11; Anexo, Cuadros 3.9 a 3.11). La magnitud de las inequidades se expresa en las razones de tasa entre la prevalencia de la población con menos de 4 años de educación y la de aquella que tiene 14 y más (Anexo, Cuadros 3.9 a 3.11, Gráficos 3.10 a 3.12). La prevalencia de discapacidad severa o extrema de las personas de 35 a 44 años con menor escolaridad es 5 veces mayor que la del grupo con igual edad y mayor escolaridad. Y para las edades superiores es más de 2 veces superior.

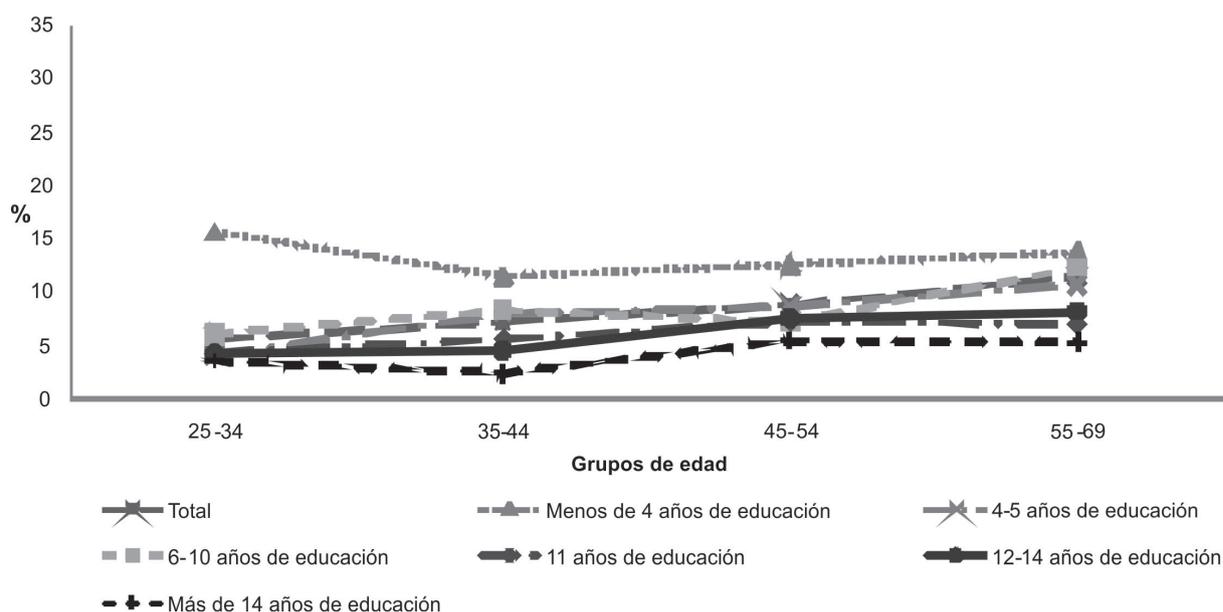


Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 3.10. Prevalencia de discapacidad por grupos de edad y años de educación. Colombia, 2007

En las zonas urbanas la magnitud de las diferencias es mayor en el grupo de 35 a 44 años, y en las rurales en el grupo de 55 a 69 años.

Las diferencias en los años de educación entre discapacitados y no discapacitados tienen también una doble interpretación: de un lado, muestran las situaciones de discapacidad como un resultado influenciado por los bajos niveles educativos; y del otro, sugiere la discriminación de que son objeto los discapacitados para lograr niveles educativos semejantes a los del resto de la población. Posiblemente las dos líneas de interpretación sean válidas, dada la dinámica de causalidades circulares que refuerza las desigualdades sociales.



Fuente: Cálculo de los investigadores a partir de la Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 3.11. Prevalencia de discapacidad severa o extrema por grupos de edad y años de educación. Colombia, 2007

ANÁLISIS MULTIVARIADOS SOBRE DISCAPACIDAD PERCIBIDA

Las técnicas estadísticas multivariadas ayudan a ver la asociación entre la discapacidad y las variables sociales que, como hipótesis, tienen una influencia en su presencia, controlando el efecto de variables demográficas. Son útiles, además, para tener una percepción del grado de asociación entre las variables consideradas.

El gráfico 3.13 del Anexo, obtenido de un análisis de correspondencia múltiple con los datos de la encuesta, ofrece una visión panorámica sobre los factores asociados con la discapacidad relativa a las actividades y participación. Como variables activas se utilizaron el estrato socioeconómico, los grupos de edad, los rangos de años de educación y la discapacidad; y como suplementaria la presencia de diabetes. En dicho gráfico se ilustra, de una parte, la relación trivial entre la presencia de discapacidad relativa a capacidad y la edad; y de otra, destaca la asociación entre la presencia de discapacidad y variables socioeconómicas relacionadas con la posición social: estrato socioeconómico, años de educación, zona de residencia.

El eje horizontal, que capta el 14,3% de la inercia, expresa la contraposición entre la población menor de 18 años (situados en el óvalo de la izquierda) y los demás segmentos de la población. El vertical representa el 12,7% de la inercia y expresa, a la vez, la intensidad de la discapacidad y el ordenamiento de los grupos de edad mayores de 18 años en un sentido ascendente (de abajo hacia arriba).

En los cuadrantes superiores del gráfico cartesiano se encuentran las categorías asociadas con los dos niveles de incapacidad: 45 y más años, cinco y menos años de educación, diabetes tipo 2, estrato 1 (elipse en la parte de arriba del gráfico). Se pone de presente la correspondencia entre un factor sanitario asociado con la discapacidad, la diabetes en mayores de 40 años, el estrato socioeconómico inferior, la baja escolaridad y la discapacidad.

En el cuadrante inferior derecho (óvalo inferior) se encuentran las categorías de población juvenil y adulta con menor grado de asociación con la discapacidad: estratos 3 a 6, escolaridad de 11 y más años, edades de 18 a 34 años.

Modelos logísticos de la discapacidad percibida relativa a las actividades y participación

Para explorar la relación entre la presencia de discapacidad y factores que expresan la posición social y algunos otros intermedios o contextuales a los que está asociada, se probaron diferentes modelos de regresión logística.⁷ En ellos se tomó como variable dependiente la presencia de discapacidad en forma dicotómica (presencia y no presencia, para el nivel de respuesta de presencia de discapacidad) y como variables independientes las de carácter demográfico (edad, sexo), de estratificación o posición social (estrato socioeconómico, años de educación) y de factores contextuales asociados (zona, diabetes, accidentes de tránsito, desplazamiento, habitación en zonas de riesgo).

De los modelos probados se presentan dos: el primero tiene como variable dependiente la discapacidad severa o aguda, y el segundo cualquier grado de discapacidad (para el nivel de respuesta de presencia de discapacidad).⁸ Los coeficientes estimados en el primer modelo se presentan en el Cuadro 3.12 del Anexo y los *Odds Ratio*⁹ estimados y sus límites de confianza se encuentran en el cuadro 3.13 del Anexo.

Los Odds Ratio obtenidos del primer modelo muestran que la presencia de discapacidad es 35% veces mayor (OR 1,35) entre las mujeres que entre los hombres, 56% veces mayor (OR 1,56) en las zonas urbanas que en las rurales, y 77% (OR 1,77) mayor entre quienes tienen diabetes tipo 2 con respecto a quienes no padecen la enfermedad. A medida que aumenta la edad se incrementa el riesgo de que se presente discapacidad, y a medida que crece el número de años de educación aprobados disminuye el riesgo de que tenga lugar ese evento (Odds Ratio menores que uno).

⁷ Para la realización de los ejercicios estadísticos contenidos en esta sección se contó con la asesoría del estadístico César López.

⁸ Los análisis fueron realizados sin ponderar las observaciones. Los modelos en su conjunto y los parámetros estimados son significativos a un nivel de confianza de 0,05, con las pruebas usuales.

⁹ “Una OR (Odds Ratio) es un cociente de dos odds. Una odds es una palabra inglesa que significa ventaja y que expresa el resultado del cociente entre los que han experimentado un determinado suceso y los que no. La OR se calcula haciendo un cociente entre las odds de cada uno de estos dos grupos, y las odds se calculan haciendo un cociente entre los individuos que han sufrido el suceso y aquellos que no lo han sufrido dentro de su mismo grupo” (Tebé y Schiaffino, 2006:25)

El ejercicio ratifica asociaciones ya puestas de presente a través de las tablas de contingencia. No obstante, aportan al análisis en dos sentidos: de una parte, ilustran el efecto de cada variable al tiempo que controlan el de las otras, es decir teniendo en cuenta los factores de confusión; de la otra, ilustra la magnitud de la influencia propia de cada factor sobre la presencia de la discapacidad.

Los resultados del segundo modelo muestran igualmente que las mujeres tienen un mayor riesgo a la discapacidad (OR 1,685), y cosa similar ocurre con quienes han tenido accidentes de tránsito (OR 1,397). El riesgo a la discapacidad aumenta con la edad y disminuye con los años de educación (el cuadro 3.2 contiene los OR's, con la discapacidad de cualquier tipo o intensidad como variable dependiente –nuevamente para el nivel de respuesta de presencia de discapacidad– y el cuadro 3.14 del Anexo contiene los coeficientes estimados).

Se ratifica la asociación entre las condiciones socioeconómicas, que expresan la posición social, y factores intermedios asociados con la presencia de la discapacidad.

Cuadro 3.2. OR's e intervalos de confianza obtenidos de un modelo logístico con cualquier grado de discapacidad como variable dependiente (para el nivel de respuesta de presencia de discapacidad) en función de años de educación, sexo, edad y accidentes de tránsito

Factores asociados	OR ¹	IC _{95%} ²
Mujer	1.685	[1,46-1,94]
Edad	1.024	[1,02-1,03]
Años de educación	0.984	[0,96-1,00]
Si accidente de transito	1.397	[1,19-1,64]

1. OR: Odds Ratio ajustado por los otros factores, calculado a partir de una regresión logística.

2. IC: Intervalo de confianza del 95% para el OR

Discapacidad percibida relativa a las funciones sensoriales

La encuesta analiza los déficits en las funciones sensoriales auditivas y visuales, que son descritas en esta sección.

Funciones auditivas

La prevalencia del déficit de funciones auditivas, para la población de 12 a 69 años, es de 7,4%. Aumenta con la edad, desde 4% para el grupo de 12 a 17 años, hasta 16,8% para el de 55 y más.¹⁰

¹⁰ El porcentaje del total de la población con limitaciones para oír obtenido de la información del Censo de 2005 es de 1,1 (DANE, 2006). Esta cifra no concuerda con la información que arroja la ENS-2007.

No se presentan diferencias apreciables en los niveles de la prevalencia entre las zonas urbanas y rurales, ni entre hombres y mujeres (Anexo, Cuadro 3.15 y Gráfico 3.14).

Las prevalencias entre los estratos 1 y 2 son similares en todos los grupos de edad. Las del estrato 3 tienen niveles más bajos, y en los estratos 5 y 6 alcanzan sus niveles inferiores (Anexo, Cuadro 3.16, Gráfico 3.15). Este resultado sugiere, una vez más, una posible influencia de factores socioeconómicos sobre la presencia de las deficiencias auditivas.

Funciones visuales

Para el total nacional, las prevalencias de limitaciones visuales y ceguera, estimadas con la información de la ENS-2007, son de 13,2% y 1,5%, respectivamente.¹¹ A partir de los 34 años aumentan con la edad, hasta alcanzar el 22,3% las limitaciones visuales y el 3,8% la ceguera (Anexo, Cuadro 3.17 y Gráfico 3.16).

Desde los 35 años las prevalencias de ambos fenómenos son mayores en las zonas rurales que en las urbanas. Se observa también que desde esta edad sus niveles son más elevados en las mujeres que en los hombres (Anexo, Cuadro 3.17, Gráficos 3.17 y 3.18). Estas diferencias se corresponden con factores de riesgo diferenciados entre los grupos poblacionales comparados.

La influencia de las condiciones socioeconómicas sobre las dificultades visuales y la ceguera queda insinuada por los diferenciales que se encuentran entre las prevalencias de estas formas de discapacidad en las funciones corporales de los estratos socioeconómicos (Anexo, Cuadro 3.18 y Gráfico 3.19). De forma regular, estas prevalencias disminuyen a medida que el estrato es más alto. Y este comportamiento se repite en todos los grupos de edad. En tanto que la prevalencia de limitaciones visuales es de 15,6% en el estrato 1, en los estratos 5 y 6 es de 8,7%. Y la ceguera afecta al 1,7% de la población del estrato 1 y al 0,9% de la de los estratos superiores.

También a este respecto la interpretación puede hacerse en un doble sentido. De un lado, como la determinación que ejerce una condición de salud, la incapacidad, sobre las capacidades y logros en el plano social. En este caso opera un mecanismo de discriminación social sobre las personas con discapacidad. Y, en sentido contrario, como el efecto de las desigualdades sociales sobre las prevalencias diferenciales por posición social. En el complejo espacio de las relaciones entre salud y condiciones sociales, cada uno de los dos enfoques aporta un segmento explicativo mediante retroalimentaciones circulares. En el texto se ha hecho énfasis en la segunda línea de análisis.

¹¹ El porcentaje de personas con limitaciones para ver, de acuerdo con el censo de 2005, es de 1,1%. Una vez más las diferencias entre las cifras censales y las de la encuesta son grandes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Egea, C. y Sarabia, A. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*, Murcia. [Sitio disponible en]: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/ClasificacionesOMSDiscapacidad.pdf>.

DANE (2006). "Discapacidad. Personas con limitaciones permanentes". [Sitio disponible en]: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16168DocumentNo4204.PDF>.

Ministerio de la Protección Social (s.f.). '*Colombia Inclusiva*' por un país para todos. [Sitio disponible en]: www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/informe_pandi.doc.

OMS: Organización Mundial de la salud (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIDDM-2), Borrador Final*. Ginebra.

Tebé, C. y Schiaffino, A. (2006). "Conceptos y métodos en evaluación Odds ratio y riesgos relativos: ¿son, se utilizan y miden lo mismo?" En: *Informatiu AATRM*, 39. Barcelona. [Sitio disponible en]: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/html/es/dir384/doc10762.html>.

Vázquez, A. (s.f.). *La discapacidad en América Latina*. PAHO. [Sitio disponible en]: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>.

CAPÍTULO 4:

ANÁLISIS DE

DESIGUALDADES E

INEQUIDADES POR

PROBLEMAS DE SALUD.

RIESGO DIFERENCIAL EN

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

INTRODUCCIÓN

Como se describe al inicio de este tomo, las desigualdades sociales producen efectos mensurables en pérdidas de salud de las personas. Dichas pérdidas son, a la vez, reflejo y consecuencia de la estructura social prevaleciente y condicionan:

- El desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos desde el nacimiento,
- Las formas de enfermar y morir (conforme a exposiciones a riesgos diferenciales) y
- 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.

De conformidad también con el marco teórico, para abordar e investigar la inequidad en salud se tiene en cuenta las siguientes áreas de medición relacionadas con la posición (ventaja o desventaja) social:

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

Este capítulo hará énfasis en el análisis de la exposición diferencial de las poblaciones a factores de riesgo ampliamente conocidos, tales como las causas próximas de las enfermedades transmisibles y la respuesta desigual de la sociedad en el acceso a la vacunación.

Las personas de los estratos más bajos de la escala social y quienes viven en la zona rural o en áreas dispersas suelen estar sometidas a un riesgo mayor de padecer enfermedades graves y muertes prematuras que quienes viven en los estratos superiores o en la zona urbana.

Para calificar la diferencia de riesgos entre las poblaciones se aplican los procesos estadísticos relacionados con:

Riesgo relativo (*Risk Ratio*) –en adelante RR–, que responde a la pregunta: ¿Cuánto mayor o menor riesgo tienen los sujetos expuestos a un factor de riesgo o carentes de un factor protector frente a aquellos que no están expuestos al factor de riesgo y sí tienen acceso a un factor protector? Cuando el RR tiene un valor de 1,0 significa que el riesgo es el mismo en ambos grupos;

un valor mayor a 1,0 significa que la exposición a dicho factor incrementa la probabilidad de un evento adverso en los sujetos o poblaciones expuestas al factor de riesgo en el valor del exceso de la unidad.

Razón de disparidades (*Odds Ratio*) –en adelante OR–, que es una forma aproximada de representar un riesgo epidemiológico mediante el cociente que se obtiene en la relación del número de expuestos y no-expuestos a un factor de riesgo entre los enfermos y los sanos.

Para determinar si los resultados obtenidos tanto por RR como por OR señalan una diferencia real entre los grupos comparados, es necesario aplicar una prueba de significación estadística como lo es el chi cuadrado. Cuando los valores encontrados en el valor p de la prueba son menores a 0,05 se considera que el resultado es significativo y que, por lo tanto, la diferencia encontrada entre los grupos comparados es real y no se debe al azar.

RIESGO DIFERENCIAL PARA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

Caracterización epidemiológica

Según el Instituto Nacional de Salud (2007:5), el 88% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento y una higiene deficientes; si estos factores fueran corregidos habría una reducción entre el 21% y el 32% de la morbilidad por diarrea. Por otra parte, medidas de higiene como la educación sobre el tema y la insistencia en el hábito de lavarse las manos pueden reducir el número de casos de diarrea hasta en un 45%.

En la última década del siglo XX, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) fue uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo y una de las principales causas de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años; la mayor morbilidad y mortalidad las sufren los niños menores de 2 años: se estima que entre el 80% y el 90% de las muertes por diarrea ocurre en ese grupo de edad.

De acuerdo con estudios efectuados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las dos principales complicaciones de las EDA son la deshidratación y la desnutrición.

Cada año en el continente americano más de 250.000 niños mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Las causas más frecuentes de estas muertes son diarrea, neumonía, desnutrición y otras enfermedades prevenibles por vacunación. Estas enfermedades son también la causa de 60% a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud, y de 40% a 50% de las hospitalizaciones de niños menores de 5 años.

Enfermedad diarreica aguda (EDA)

Desde la perspectiva de inequidad, algunos factores de riesgo relacionados con los determinantes ambientales son:

- Viviendas con pisos de tierra
- Viviendas sin acueducto
- Viviendas sin alcantarillado
- Viviendas sin recolección de basuras

Estos factores se categorizan por área, regiones, subregiones y población, y tiene como referente de base el de menor porcentaje con el factor de riesgo, categoría a la cual se le asigna el valor de 1,0; luego se procede a comparar con cada una de las diferentes opciones para calcular el RR o la OR y aplicar la prueba de significación estadística, identificando las diferencias y midiendo la magnitud del riesgo relativo comparativo.

Los determinantes sociales, en particular los relacionados con el tipo de vivienda y el acceso a servicios de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras, se asocian con la presencia de las EDA. Como se verá a continuación, en el país los indicadores de viviendas sin acueducto, sin alcantarillado y sin recolección de basuras muestran unos porcentajes altos para estas condiciones desfavorables en el entorno ambiental, lo que propicia la presencia de EDA en las comunidades (Cuadro 4.1).

Cuadro 4.1 Porcentaje de viviendas con diferentes condiciones ambientales desfavorables. Colombia, 2007

Característica	%
Viviendas con pisos de tierra	6,9
Viviendas sin acueducto	9,8
Viviendas sin alcantarillado	22,8
Viviendas sin recolección de basuras	20,2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Viviendas con pisos de tierra

Respecto a las diferencias por áreas (rural, centro-poblado y cabecera municipal) se encuentra un alto predominio de piso de tierra en la zona rural dispersa comparada con la cabecera municipal, siendo notable la inequidad entre las diferentes áreas analizadas (Anexo, Cuadro 4.1). Los riesgos para la EDA causados por piso de tierra son más altos para el área rural-dispersa y centro-poblado

que en las cabeceras (Gráfico 4.1).

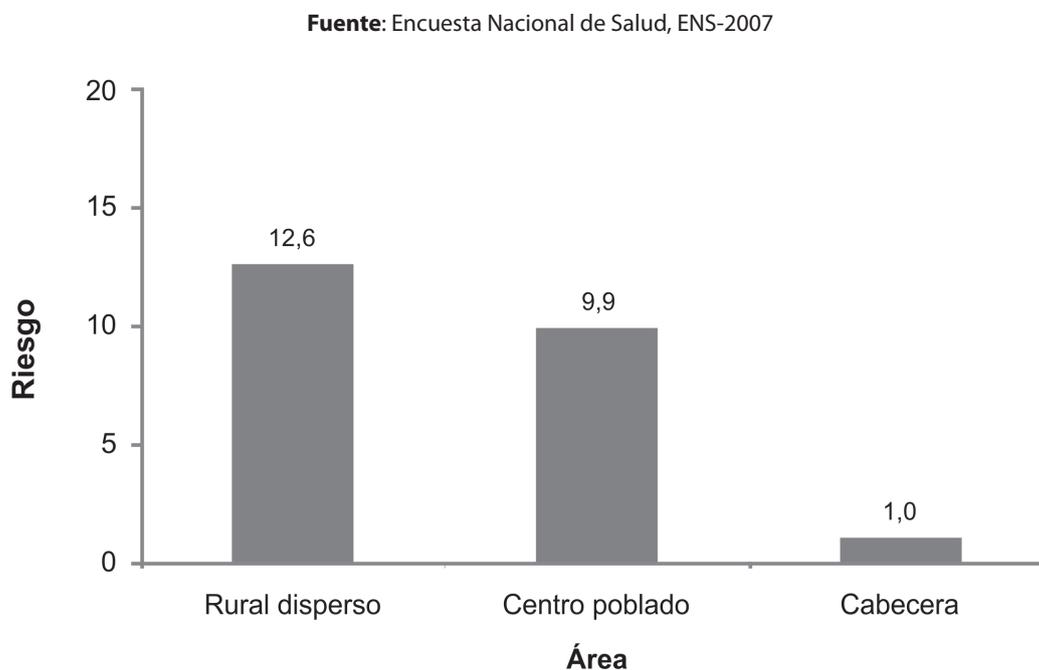
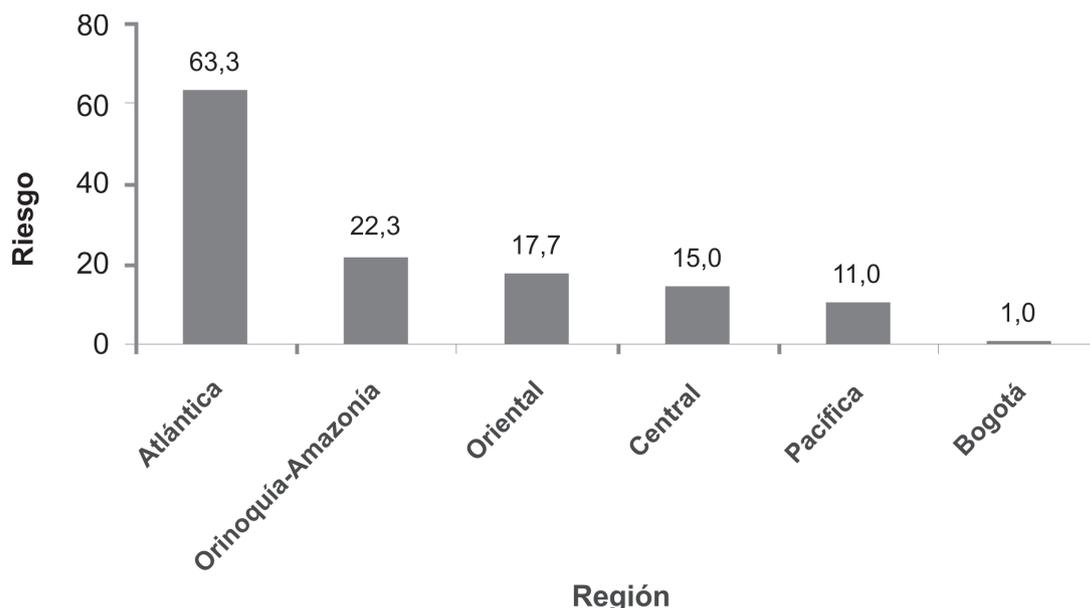


Gráfico 4.1. Riesgo relativo comparativo para enfermedad diarreica aguda por piso de tierra y por áreas

El riesgo para EDA por pisos de tierra en la zona rural es 12,6 veces comparado con la cabecera municipal, OR de 16,3 y un chi cuadrado significativo ($p = 0,00$). Si se compara el área rural-disperso con centro-poblado, el riesgo es 1,2 veces para el primero, OR de 1,33 y un chi cuadrado no significativo ($p = 0,40$), por lo tanto no existe diferencia de riesgo entre estas dos zonas. El riesgo para EDA por pisos de tierra en centro-poblado es 10 veces comparado con cabecera, OR de 12,25 y un chi cuadrado significativo ($p = 0,00$).

Al particularizar por regiones y subregiones, se encuentra que la región con mayor porcentaje de pisos de tierra es la Atlántica. El RR comparativo (exposición diferencial) para EDA por pisos de tierra para cada una de las regiones comparadas con Bogotá es el siguiente: región Atlántica 63,3 veces; Orinoquia-Amazonía 22,33 veces; Oriental 17,7 veces; Central 15 veces y Pacífica 11 veces (ver Gráfico 4.2. Un análisis subregional se encuentra en el Anexo, Cuadros 4.2–4.9 y Gráficos 4.1 y 4.2).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.2. Riesgo relativo comparativo para EDA por el piso de tierra de la vivienda y por región

Viviendas sin acueducto

Porcentaje de viviendas sin acueducto por área y riesgo comparativo

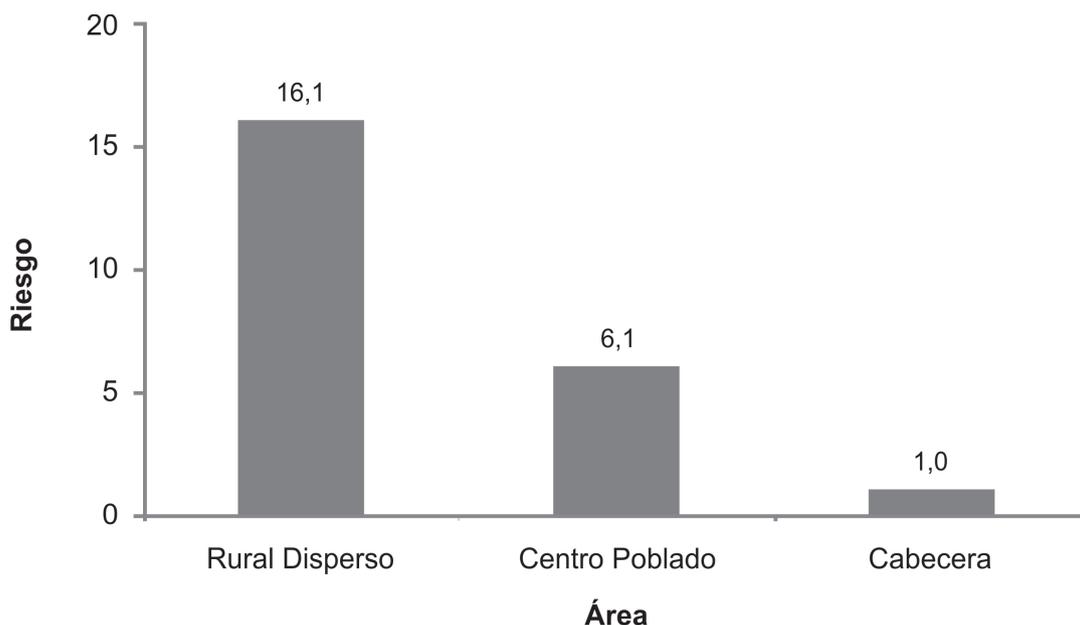
El 46,8% de las viviendas de la zona rural no cuentan con servicio de acueducto; por este concepto, el riesgo para EDA es 16,1 veces mayor que en la cabecera, con un OR de 28,67 y un chi cuadrado significativo de 51,63 ($p < 0,00$); este riesgo es también 2,7 veces mayor para zona rural comparado con centro poblado, con un OR de 4,04 y un chi cuadrado significativo de 19,17 ($p = 0,00$) (Cuadro 4.2).

Cuadro 4.2 Porcentaje de viviendas sin acueducto y su riesgo para EDA

Área	%	Riesgo
Rural Disperso	46,8	16,1
Centro Poblado	17,6	6,1
Cabecera	2,9	1,0

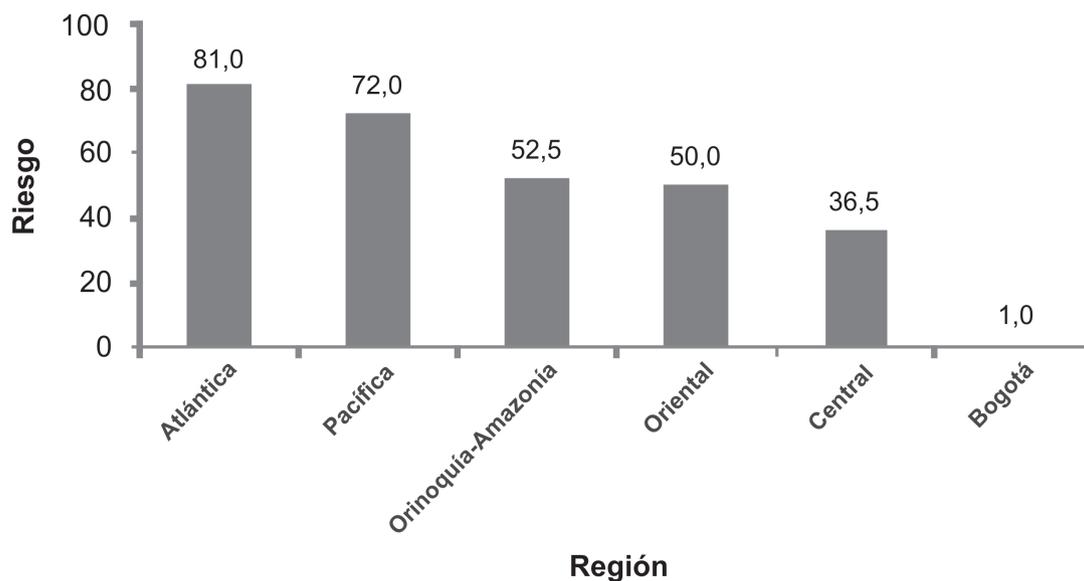
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Para quienes viven en centro poblado el riesgo para EDA por falta del servicio de acueducto es 6 veces mayor que para quienes viven en las cabeceras, con un OR de 7,1 y un chi cuadrado de 11,97 ($p = 0,00$) estadísticamente significativo (Gráficos 4.3 y 4.4. Un análisis detallado por subregiones se encuentra en el Anexo, Cuadros 4.10 y 4.11 y Gráfico 4.3).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.3. Riesgo para EDA por falta de acueducto por área



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

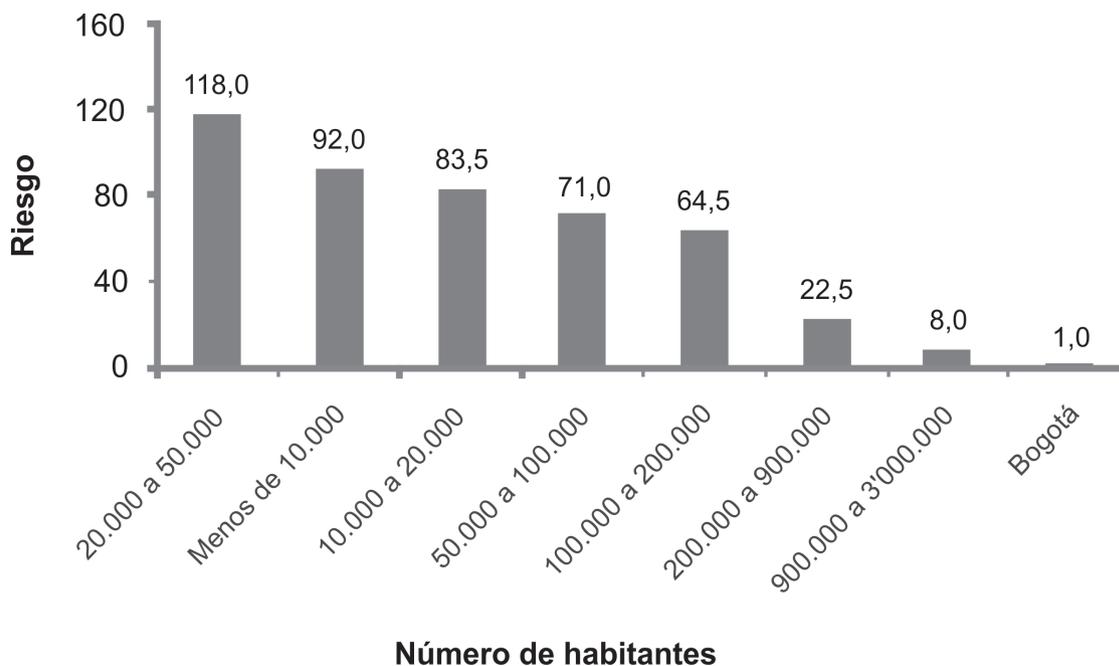
Gráfico 4.4. Riesgo para EDA por falta de acueducto por región

Porcentaje de viviendas sin acueducto por tipo de población (número de habitantes) y riesgo comparativo

El mayor porcentaje de población por número de habitantes sin el servicio de acueducto se encuentra en el grupo comprendido entre 20 mil y 50 mil habitantes, y para esta población el riesgo

para EDA es 118 veces mayor comparado con Bogotá, con un OR de 154,14 y un chi cuadrado significativo de 261,14 ($p < 0,00$) (Anexo, Cuadro 4.12).

Las diferencias estadísticas en todos los grupos poblacionales son significativas, por lo que los riesgos de la EDA son reales (Gráfico 4.5).



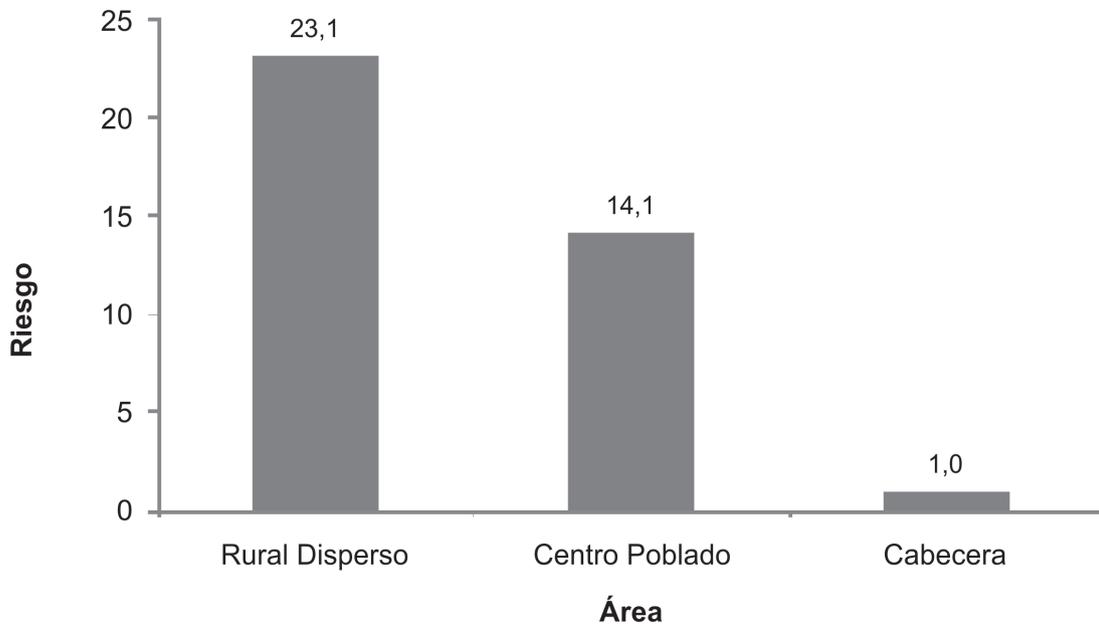
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.5. Riesgo para EDA por falta de acueducto y número de habitantes

Viviendas sin recolección de basuras

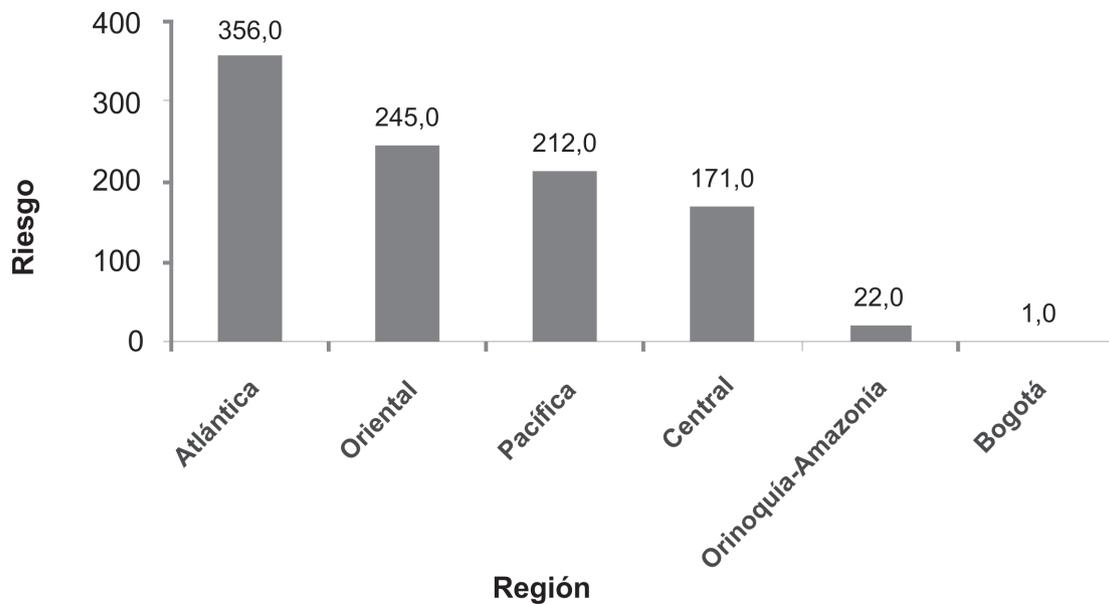
Vivienda por área sin recolección de basuras y riesgo comparativo

Respecto a las diferencias por áreas rural, centro poblado y cabecera municipal, se encuentra un alto porcentaje de no recolección de basuras en la zona rural dispersa comparada con la cabecera municipal. Es notable la inequidad entre las diferentes áreas analizadas: el riesgo para EDA por áreas sin recolección de basuras en la zona rural es 23,1 veces mayor comparado con la cabecera municipal, con un OR de 226,8 y un chi cuadrado significativo de 1.494,74 ($p < 0,00$); el riesgo para EDA por este mismo factor en centro poblado es 14,1 veces mayor comparado con cabecera, con un OR de 30,0 y un chi cuadrado significativo de 626,55 ($p < 0,00$); y si se compara la zona rural con centro poblado se encuentra que la primera tiene 1,61 veces más de riesgo que la segunda, con un OR de 7,56 y un chi cuadrado significativo de 312,85 ($p < 0,00$) (Gráficos 4.6–4.8 10. Una presentación detallada de los datos por subregiones se presenta en el Anexo, Cuadros 4.13–4.19).



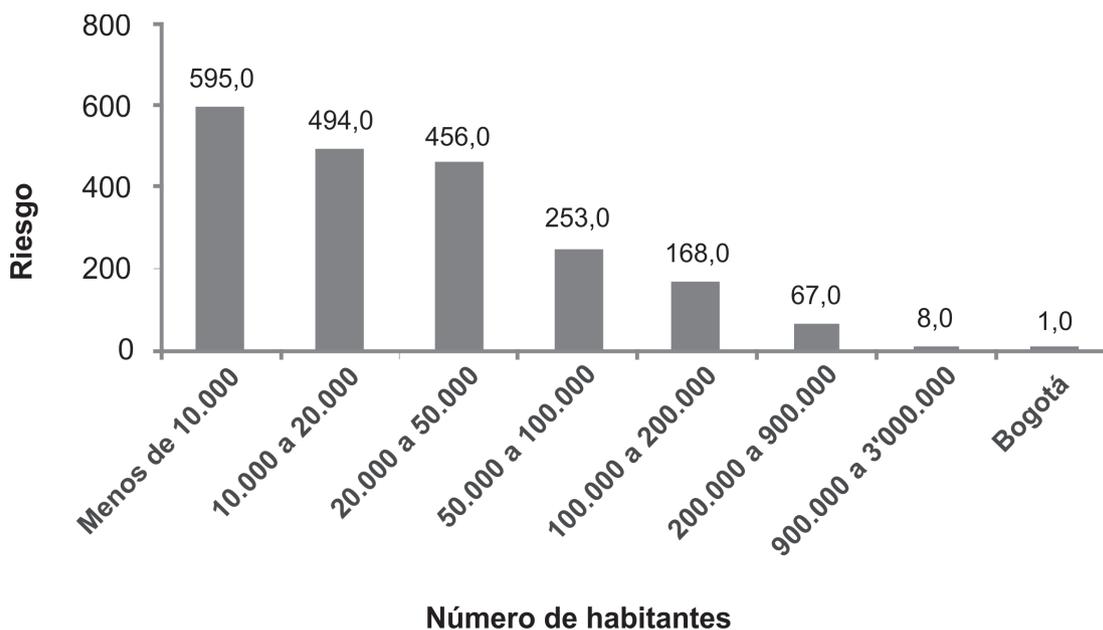
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.6. Riesgo de EDA por no recolección de basuras, según área de residencia



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.7. Riesgo de EDA por no recolección de basuras, según región



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.8. Riesgo de EDA por número de habitantes que no poseen servicios de recolección de basuras

Análisis integrado

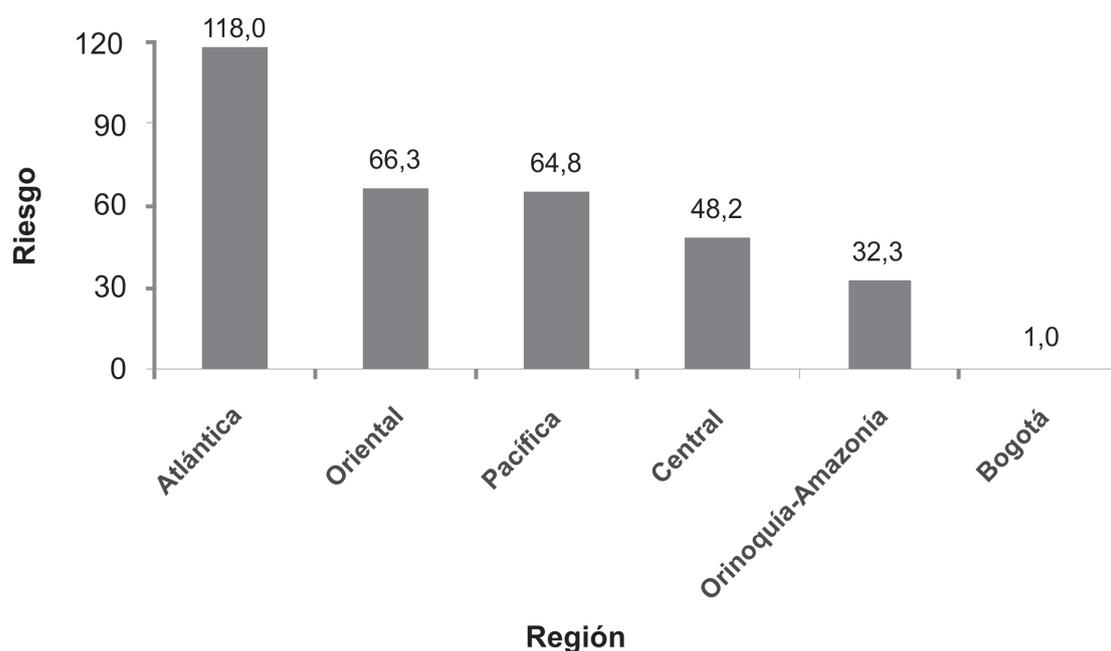
Como ya se dijo, los determinantes sociales, y en particular los relacionados con el tipo de vivienda y el acceso a servicios de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras, se asocian con la presencia de la Enfermedad Diarreica Aguda. Al agrupar estos macro-determinantes por regiones se puede constatar las grandes diferencias del riesgo y, por lo tanto, la presencia en ellas de inequidad (Cuadro 4.3).

Cuadro 4.3 Análisis integrado del riesgo de EDA por los diferentes factores determinantes por subregiones

Región	Con piso de tierra	Sin acueducto	Sin recolección de basuras	Riesgo integrado
Atlántica	19,0	16,2	35,6	70,8
Oriental	5,3	10,0	24,5	39,8
Pacífica	3,3	14,4	21,2	38,9
Central	4,5	7,3	17,1	28,9
Orinoquia-Amazonía	6,7	10,5	2,2	19,4
Bogotá	0,3	0,2	0,1	0,6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Comparadas con Bogotá, el cálculo del riesgo para EDA por regiones es: Atlántica 118 veces mayor, con un OR de 401,68 y un chi cuadrado significativo de 1073,41 ($p < 0,00$); Oriental 66,3 veces mayor, con un OR de 109,53 y un chi cuadrado significativo de 476,64 ($p < 0,00$); Pacífica 64,8 veces mayor, con un OR de 105,47 y un chi cuadrado significativo de 462,76 ($p < 0,00$); Central 48,2 veces mayor, con un OR de 67,34 y un chi cuadrado significativo de 318,46 ($p < 0,00$); Orinoquía-Amazonía 32,3 veces mayor, con un OR de 39,88 y un chi cuadrado significativo de 196,36 ($p < 0,00$) (Gráfico 4.9)(Anexo, Cuadro 4.20).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.9. Análisis integrado del riesgo de EDA por los diferentes factores determinantes por subregiones

RIESGO DIFERENCIAL PARA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

Caracterización epidemiológica

Según el Ministerio de Salud de Colombia (Guía de atención a IRA, 2000:7-8), los principales factores de riesgo, asociados a muerte por neumonía o al desarrollo de IRA son:

- Niño menor de 2 meses.
- No lactancia materna o desnutrición.
- Carencia de Vitamina A.
- Bajo peso al nacer.

- Falta de inmunizaciones.
- Tiempo frío y/o cambios bruscos de temperatura.
- Hacinamiento.
- Prevalencia elevada de portadores nasofaríngeos de bacterias patógenas.
- Exposición a la contaminación del aire intradomiciliario: humo de cigarrillo y combustión de leña, carbón o cualquier material de biomasa para cocinar; extradomiciliario: contaminación ambiental dada ante todo por aumento de dióxido de azufre (SO₂), dióxido de nitrógeno (NO₂), ozono (O₃) y partículas respirables, en especial aquéllas de menos de 10 micras de tamaño o PM₁₀.
- Desconocimiento del manejo integral de las IRA en el hogar y de los signos de alarma para neumonía.

Los factores de riesgo relacionados con la infección respiratoria aguda tienen que ver también con los determinantes ambientales y sociales, entre ellos los siguientes:

- Combustible para cocinar: leña, madera, carbón de leña.
- Cuidadores de niños sin educación.

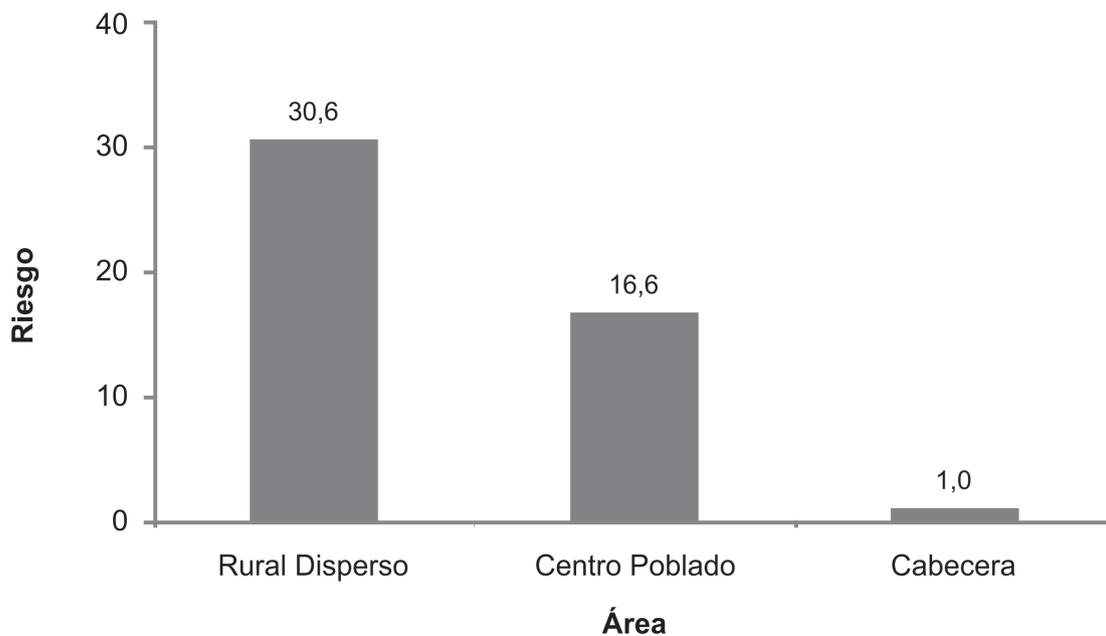
Estos factores se categorizan por área, regiones, subregiones y población, y se tiene como referente de base el de menor porcentaje con el factor de riesgo, categoría a la que se le asigna el valor de 1,0; luego se procede a hacer la comparación con cada una de las diferentes opciones para calcular el RR, la OR y aplicar la prueba de significación estadística, encontrando así las diferencias y la magnitud de riesgo comparativo.

Servicios del hogar

Energía o combustible que se utiliza para cocinar

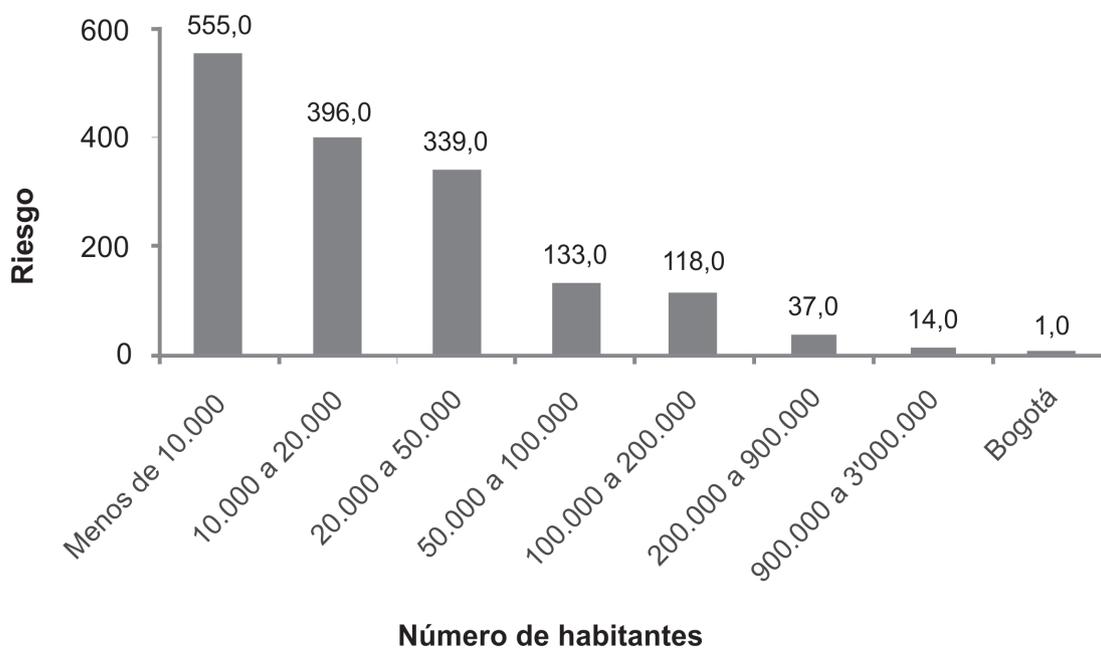
Porcentaje según combustible para cocinar –leña, madera, carbón de leña– por área y riesgo comparativo

Respecto a las diferencias por áreas –rural, centro poblado y cabecera municipal–, se encuentra un alto predominio de combustible para cocinar basado en leña, madera y carbón de leña en la zona rural dispersa. El riesgo para IRA por este tipo de combustible es 30,6 veces mayor en la zona rural comparada con la cabecera municipal –con un OR de 112,22 y un chi cuadrado significativo de 1070,92 ($p < 0,00$)–, y 1,8 veces mayor comparada con el centro poblado –con OR de 4,16 un chi cuadrado significativo de 228,49 ($p < 0,00$)–. El riesgo para IRA por el combustible para cocinar en centro poblado es 16,6 veces mayor comparado con la cabecera municipal, con un OR de 27,00 y un chi cuadrado significativo de 421,62 ($p < 0,00$) (Gráfico 4.10 y 4.11. Anexo, Cuadro 4.21)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.10. Riesgo de IRA según combustible para cocinar (leña, madera, carbón de leña) por área



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.11. Riesgo para IRA según combustible para cocinar (leña, madera, carbón de leña) por número de habitantes

Porcentaje según combustible para cocinar –leña, madera, carbón de leña– por región y riesgo comparativo

Al particularizar por regiones, se encuentra que aquella con mayor porcentaje de uso de leña, madera y carbón de leña para cocinar es la Atlántica.

Al comparar las regiones con Bogotá, se identifica que el riesgo para IRA por este tipo de combustible en la región Atlántica es 223 veces mayor, con un OR de 286,71 y un chi cuadrado significativo de 247,77 ($p<0,00$); en la Pacífica el riesgo es 194 veces mayor, con un OR de 240,45 y un chi cuadrado significativo de 211,66 ($p<0,00$); en la Oriental el riesgo es 179 veces mayor, con un OR de 217,81 y un chi cuadrado significativo de 193,43 ($p<0,00$); en la Central el riesgo es 137 veces mayor, con un OR de 158,59 y un chi cuadrado significativo de 143,96 ($p<0,00$); en la Orinoquia-Amazonía el riesgo es 42 veces mayor, con un OR de 43,80 y un chi cuadrado significativo de 39,95 ($p<0,00$). Los datos detallados por regiones se presentan en el Anexo, Cuadros 4.22–4.28 y Gráficos 4.4–4.6.

Nivel educativo más alto alcanzado por la persona que cuida a los niños

Total país

Cabe resaltar que el 56,4% de las personas que cuidan a los niños no tienen ningún tipo de educación, esta situación es factor de riesgo para la IRA (Anexo, Cuadro 4.29).

Porcentaje de cuidadores de niños sin educación por regiones y riesgo comparativo

Cuando se analiza por regiones, se encuentra que la que tiene un mayor porcentaje de cuidadores de niños sin educación es la Oriental. Debe resaltarse que en Bogotá el porcentaje de cuidadores sin educación es del 61,1%, y es un tanto menor en las regiones Atlántica, Central y Pacífica.

Comparando todas las regiones con la Pacífica, que es la de menor porcentaje sin educación, se encuentra que el riesgo es dos veces mayor para la región Oriental con un OR de 6,78 y un chi cuadrado significativo de 366,67 ($p<0,00$); la Orinoquia-Amazonía tiene un riesgo 1,6 veces mayor, con un OR de 2,89 y un chi cuadrado significativo de 133,75 ($p<0,00$); Bogotá tiene un riesgo 1,5 veces mayor, con un OR de 2,31 y un chi cuadrado significativo de 84,89 ($p<0,00$); la región Atlántica tiene un riesgo 1,3 veces mayor, con un OR de 1,53 y un chi cuadrado significativo de 22,21 ($p=0,00$); la Central tiene un riesgo 1,2 veces mayor, con un OR de 1,42 y un chi cuadrado significativo de 15,30 ($p=0,00$).

Porcentaje de cuidadores de niños sin educación por área y riesgo comparativo

Respecto a las diferencias por área rural, centro poblado y cabecera municipal, se encuentra un ligero predominio del cuidado de los niños por personas sin educación en la cabecera municipal. El riesgo para IRA por la falta de educación es muy similar en las tres áreas.

Comparando cabecera municipal y centro poblado, el riesgo es 1,13 veces mayor en la cabecera, con un OR de 1,31 y un chi cuadrado significativo de 8,78 ($p=0,00$); al comparar el área

rural disperso con centro poblado el riesgo es 1,08 veces mayor para el primero, con un OR de 1,18 y un chi cuadrado de 3,38 ($p=0,06$), no significativo, por lo que no se encuentran diferencias entre estas dos áreas (Anexo, Cuadros 4.30 y 4.31 y Gráficos 4.6 y 4.7. Los datos discriminados por subregiones se pueden encontrar en el Anexo, Cuadros 4.32–4.37 y Gráficos 4.8 y 4.9).

Análisis integrado

Los determinantes relacionados con el tipo combustible utilizado para cocinar y el nivel de educación de las personas encargadas de cuidar a los niños, se asocian con la presencia de la Infección Respiratoria Aguda. Al agrupar estos macro-determinantes por región podemos ver las diferencias del riesgo (Cuadro 4.4 y Anexo, Cuadro 4.38).

Cuadro 4.4. Riesgo integrado de los factores determinantes para IRA

Región	Utilizan leña, madera, carbón de madera como combustible para cocinar	Cuidadores de niños sin educación	Riesgo integrado
Oriental	17,9	82,2	100,1
Atlántica	22,3	51,0	73,3
Orinoquia-Amazonía	4,2	66,3	70,5
Central	13,7	49,2	62,9
Bogotá	0,1	61,1	61,2
Pacífica	19,4	40,5	59,9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Teniendo en cuenta los riesgos para IRA (exposición diferencial) por el tipo de combustible utilizado para cocinar –leña, madera o carbón de leña–, y por la falta de educación en los cuidadores de niños, se encuentra que no hay diferencia entre las dos regiones de menor riesgo: Bogotá y Pacífica. Al usar como referente ambas regiones se encuentra que la de mayor riesgo es la Oriental: 1,7 veces mayor, con un OR de 668,78 y un chi cuadrado significativo de 498,14 ($p<0,00$). La diferencia sigue siendo estadísticamente significativa para las regiones Atlántica y Orinoquia-Amazonía, pero es no significativa para la Central. Así pues, el mayor riesgo para IRA se presenta en las regiones Oriental, Atlántica y Orinoquia-Amazonía (Anexo, Cuadro 4.38).

RIESGO COMPARATIVO POR ACCESO DIFERENCIAL A VACUNACIÓN. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es el resultado de una acción conjunta de las naciones del mundo para lograr coberturas universales de vacunación que permitan disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles en la población menor de 5 años.

En Colombia, la “Norma Técnica” que acompaña la Resolución 412 de 2000, expedida por el Ministerio de Salud, enuncia así el objetivo general de este programa: “El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene a cargo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles, [...] con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población beneficiaria”.

Metas del PAI

- Vacunar con Antipolio, D.P.T., B.C.G., Anti-Hepatitis B y Anti - Haemophilus influenzae al 100% de los niños menores de un año.
- Vacunar con Triple Viral al 100% de los niños de un año y aplicar un refuerzo al 100% de ellos al cumplir los 10 años.
- Vacunar con Toxoide Tetánico - Diftérico al 100% de las mujeres en edad fértil residentes en áreas de riesgo para Tétanos Neonatal y al 100% de las gestantes del país.
- Aplicar una dosis de vacuna Anti-Amarílica al 100% de la población mayor de un año residente en zonas de riesgo.
- Incorporar nuevas vacunas en el calendario nacional.
- Garantizar vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI.
- Brindar asesoría y asistencia técnica a todos los entes territoriales a nivel nacional.
- Cumplimiento de indicadores de erradicación en polio, sarampión, eliminación de tétanos neonatal y control de otras enfermedades.
- Capacitación permanente a todo el personal encargado del programa y de la vigilancia en salud pública de las enfermedades inmunoprevenibles.

Se consideran coberturas útiles de vacunación aquellas coberturas por biológico iguales o superiores al 95% de lo programado.

Las inequidades en salud se expresan en la diferencia de oportunidades para el acceso a los servicios de salud y la respuesta desigual de la sociedad para atender a grupos poblacionales. Razón por la cual, para evaluar la inequidad en el PAI, se consideró como factor de riesgo las bajas coberturas de vacunación.

Se categoriza por área, regiones, subregiones y población, y se toma como referente de base el de menor porcentaje con el factor de riesgo; a esta categoría se le asigna el valor de 1,0 y luego se procede a compararla con cada una de las diferentes opciones para calcular el RR, el OR y aplicar la prueba de significación estadística, para así encontrar las diferencias y la magnitud de riesgo comparativo.

Con relación a las enfermedades que pueden prevenirse por medio de la vacunación, el factor de riesgo es la no vacunación y, en particular, el no alcanzar los porcentajes de cobertura útiles establecidas, esto es, iguales o superiores al 95% de lo programado.

Se comparan los grupos poblacionales de acuerdo a las coberturas alcanzadas y se establece el riesgo para aquellas con bajos porcentajes de cobertura.

Enfermedades inmunoprevenibles

Porcentaje de no cobertura con todas las vacunas por área y riesgo comparativo

No se encuentra una diferencia significativa con respecto a las áreas rural, centro poblado y cabecera municipal, pero el porcentaje de cobertura solo llega al 77,2% en rural disperso y cabecera, y es un poco menor, 76,8%, en centro poblado (Anexo, Cuadro 4.39).

Cálculos estadísticos

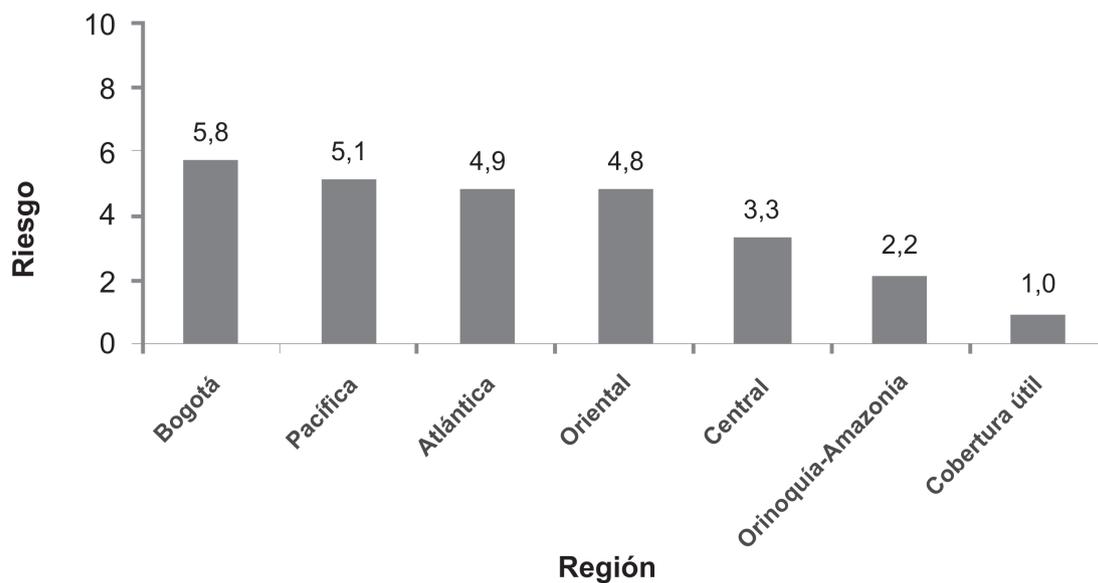
Si se toma como referencia la cobertura útil de vacunación del 95%, se puede establecer el riesgo en las diferentes áreas, el cual es 4,56 a 4,64 veces mayor comparado con la meta de cobertura útil de vacunación (Anexo, Cuadro 4.40 y Gráfico 4.10).

Porcentaje de no cobertura con todas las vacunas por regiones y riesgo comparativo

Al particularizar por regiones, la cobertura con todas las vacunas muestra un mayor porcentaje para Orinoquia-Amazonía, con el 89,1%; paradójicamente Bogotá aparece como la de menor cobertura, con solo el 71,1% (Anexo, Cuadro 4.41).

Cálculos estadísticos

Si se toma como referencia la cobertura útil de vacunación del 95%, se puede establecer el riesgo por bajas coberturas de vacunación en las diferentes regiones. Este riesgo varía entre 2,18 y 5,78 veces mayor comparado con la meta de cobertura útil de vacunación. Gráfico 4.12 (Anexo, Cuadro 4.42)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.12. Riesgo para enfermedades inmunoprevenibles por no coberturas útiles de vacunación por regiones

Porcentaje de no cobertura con todas las vacunas por regiones y riesgo comparativo

Por subregiones, la cobertura con todas las vacunas muestra diferencias; la más notable se establece entre la subregión de Orinoquia-Amazónica, con la mayor cobertura: 89,1%, y la subregión del Litoral Pacífico con la más baja: solo el 59,0%. La diferencia de rango entre estas dos subregiones es de 30,1% (Cuadro 4.5).

Cuadro 4.5 Porcentaje por subregiones sin coberturas útiles de vacunación y riesgo para enfermedades inmunoprevenibles

SUB-REGIÓN	%
Litoral Pacífico	41,0
Santanderes	33,9
AM Barranquilla	29,3
Bogotá	28,9
Bolívar Sur, Sucre, Córdoba	24,8
Atlántico (sin B/quilla), San Andrés, Bolívar Norte	24,5
Guajira, Cesar, Magdalena	23,4
Valle (sin Cali, ni Litoral Pacífico)	22,3
Tolima, Huila, Caquetá	21,8

SUB-REGIÓN	%
AM Cali	20,1
Cauca y Nariño (sin Litoral Pacífico)	20,0
Boyacá, Cundinamarca, Meta	19,1
AM Medellín	17,4
Caldas, Risaralda, Quindío	17,3
Antioquia (sin Medellín)	11,1
Orinoquía-Amazonía	10,9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Cálculos estadísticos

Si se toma como referencia la cobertura útil de vacunación del 95%, el riesgo por bajas coberturas de vacunación en las diferentes subregiones varía entre 2,2 y 8,2 veces mayor (Anexo, Cuadro 4.43 y Gráfico 4.11).

Porcentaje de no cobertura con todas las vacunas por poblaciones y riesgo comparativo

De conformidad a la distribución de la población por número de habitantes, la mayor cobertura, con el 90,4%, corresponde a las poblaciones con menos de 10 mil habitantes, y la menor a Bogotá con solo el 71,1% (Anexo, Cuadro 4.44).

Cálculos estadísticos

Si se toma como referencia la cobertura útil de vacunación del 95% para establecer el riesgo por bajas coberturas de vacunación en las diferentes poblaciones, se encuentra que éste varía entre 1,9 y 5,8 veces mayor comparado con la meta de cobertura útil de vacunación (Anexo, Cuadro 4.45 y Gráficos 4.12 y 4.13).

Análisis de correspondencia para vacunación

Un análisis de equidad para el tema de acceso a salud, y en particular en relación con la vacunación para menores de 6 años, se realiza con base en las características del jefe de hogar, dada la dependencia de aquella población hacia un adulto. Se utiliza la variable de control la relacionada con el carné de vacunación, y se asume un seguimiento demostrable si quien responde tiene el carné de vacunación del menor y lo muestra al encuestador; si el encuestado expresa tener el carné pero no lo muestra no se acepta como positiva la respuesta, al faltar la certeza de la real aplicación de las vacunas. Además de la variable de control, se utilizan las siguientes variables de los jefes de hogar:

- El estrato
- La edad
- El sexo
- El régimen de afiliación a salud
- El nivel educativo

El análisis de correspondencia muestra que los menores de 6 años que no tienen carné de vacunación se asocian a mujeres jefes de hogar, con nivel educativo de primaria o ninguno, de estrato 1 y no afiliadas a servicio de salud o en el régimen subsidiado. Asociado con los menores que tienen el carné y fue verificado se encuentran jefes de hogar afiliados al régimen contributivo, con educación secundaria o técnica, de edades entre 25 y 34 años y de estratos 2 y 3.

Estos datos dan luces sobre la inequidad en el acceso a la vacunación por condiciones socioeconómicas. Por otra parte, el hecho de no poderse verificar el estado de la vacunación de los menores en aquellos hogares que no enseñan el carné, permite deducir la falta de un control sistemático de las vacunas del menor o, en el peor de los casos, su no aplicación. Un punto clave en el análisis es la educación del jefe de hogar, que claramente impacta en el resultado de la variable de control.

RIESGO DIFERENCIAL PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Caracterización epidemiológica

“Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano, o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo. Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos un contacto sexual penetrativo sin protección (sin uso de condón) con una persona de la cual se ignora si tiene o no una ETS, o se conoce que la tiene” (Ministerio de Salud: Guía para la Atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual:4).

Los factores de riesgo identificados para las infecciones de transmisión sexual son:

- Tener una pareja sexual infectada.
- El comportamiento sexual de la persona, ya que se relaciona con la probabilidad de exposición y transmisión de las ETS.
- Tener relaciones coitales sin protección.

- Tener prácticas sexuales de riesgo, tales como prácticas anal, vaginal u oral sin condón.
- Uso de alcohol y drogas que promuevan conductas sexuales de alto riesgo.
- Uso de material punzo-cortante no adecuado para realizarse tatuajes y perforaciones, a través de los cuales pueden transmitirse infecciones como el VIH y la hepatitis b.
- Relaciones sexuales sin protección con personas desconocidas.
- Ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores.

Para el análisis de la problemática de las infecciones de transmisión sexual se tuvo en cuenta:

- El porcentaje de relaciones sexuales.
- No uso de condón en la primera relación sexual.

Se categoriza por área, regiones, subregiones, población y régimen de afiliación a la seguridad social en salud, y se tiene como referente de base el de menor porcentaje con el factor de riesgo; a esta categoría se le asigna el valor de 1,0 y luego se procede a comparar con cada una de las diferentes opciones para calcular el RR, el OR y aplicar la prueba de significación estadística para, así, encontrar las diferencias y medir la magnitud de riesgo comparativo.

Relaciones sexuales

Porcentaje de relaciones sexuales por área y riesgo comparativo

Con relación al porcentaje de las personas que han tenido relaciones sexuales, no se encuentra diferencia significativa entre las tres áreas; si se compara el área rural disperso con la cabecera municipal, el chi cuadrado es de 1,10 ($p=0,29$), no significativo (Anexo, Cuadro 4.46 y Gráfico 4.14).

Porcentaje de relaciones sexuales por regiones y riesgo comparativo

Por regiones no se encuentran diferencias significativas en el comportamiento con respecto a relaciones sexuales. El mayor porcentaje corresponde a la región de la Orinoquia-Amazonía, y el menor a la Oriental, la diferencia de rango entre estas dos regiones es del 6,4%. El porcentaje entre las demás regiones es similar, pero existen diferencias significativas entre las regiones Orinoquia-Amazonía, Bogotá, Atlántica y Pacífica comparadas con la Oriental, y no existen diferencias significativas entre esta última región y la Central.

Si se comparan las regiones con la de menor riesgo, que corresponde a la Oriental, se encuentra: para Orinoquia-Amazonía un riesgo 1,0719 veces mayor, con un OR de 2,56 y un chi cuadrado significativo de 28,48 ($p=0,00$); para Bogotá un riesgo 1,0607 veces mayor, con un OR de 2,08 y un chi cuadrado significativo de 19,16 ($p=0,00$); para la región Atlántica un riesgo 1,0539 veces mayor, con un OR de 1,87 y un chi cuadrado significativo de 14,66 ($p=0,00$); la Pacífica presenta un riesgo 1,0472 veces mayor, con un OR de 1,69 y un chi cuadrado significativo de 10,88 ($p=0,00$);

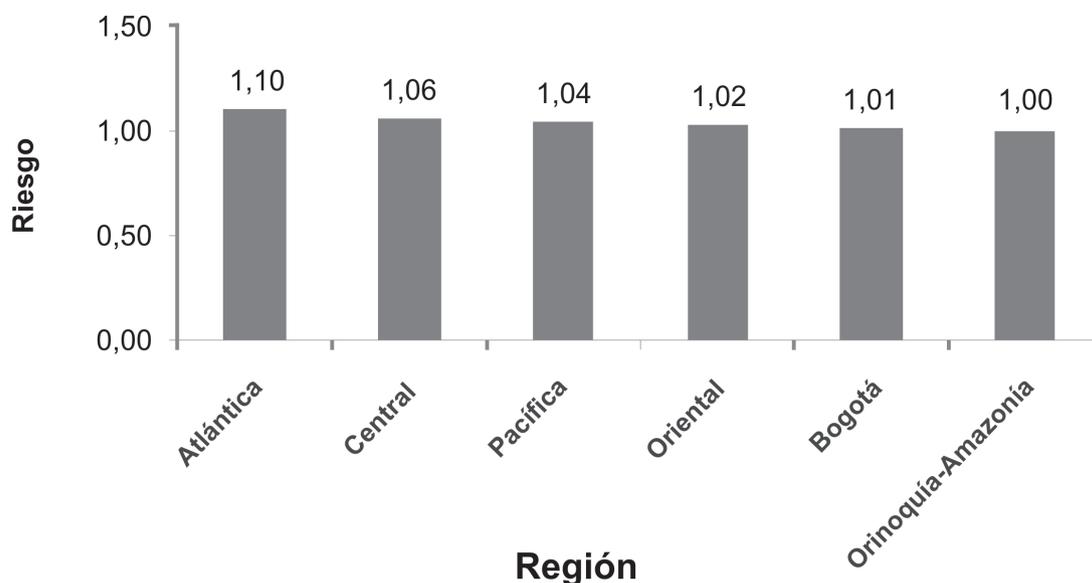
la Central presenta un riesgo 1,091 veces mayor, con un OR de 1,21 y un chi cuadrado de 1,58 ($p=0,20$), no significativo, por lo que no existen diferencias entre la región Central y la Oriental (Anexo, Cuadro 4.47 y Gráfico 4.15). Otros datos detallados por subregiones se pueden observar en el Anexo, Cuadro 4.48–4.50 y Gráficos 4.16 y 4.17.

Porcentaje del no uso del condón en la primera relación sexual por área y riesgo comparativo

El riesgo por el no uso del condón en la primera relación sexual es muy similar en las tres áreas, y al aplicar pruebas estadísticas no se encuentran diferencias significativas (Anexo, Cuadro 4.51 y Gráfico 4.18).

Porcentaje de no uso del condón en la primera relación sexual por regiones y riesgo comparativo

Por regiones no se encuentran diferencias significativas en el comportamiento del no uso del condón en la primera relación sexual. El mayor porcentaje corresponde a la región Atlántica y el menor a la Orinoquia-Amazonía, el rango entre estas dos regiones es del 7,9%. El porcentaje comparado entre regiones es significativo para la región Atlántica en relación con la Orinoquia-Amazonía, con un riesgo 1,10 veces mayor, un OR de 1,74 y un chi cuadrado de 21,57 ($p<0,00$). Con las demás regiones no hay diferencias significativas Gráfico 4.13 (Anexo, Cuadro 4.52). Datos adicionales se encuentran en el Anexo, Cuadros 4.52–4.54 y Gráfico 4.19.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 4.13. Riesgo de ITS por no uso del condón en la primera relación sexual según región

Porcentaje de no uso del condón en la primera relación portipo de población y riesgo comparativo

El mayor porcentaje de no uso del condón en la primera relación sexual por el tipo de población corresponde al grupo de 20 mil a 50 mil habitantes, y el menor a Bogotá. La diferencia de

rango entre estos grupos es 6,9%. Los resultados para los diferentes grupos son homogéneos (Cuadro 4.6).

Cuadro 4.6 Porcentaje de primeras relaciones sexuales en las que no se usó condón por número de habitantes y riesgo para ITS

Población	%	Riesgo
20.000 a 50.000	85,9	1,1
50.000 a 100.000	84,5	1,1
10.000 a 20.000	84,3	1,1
100.000 a 200.000	82,1	1,0
Menos de 10.000	81,9	1,0
900.000 a 3'000.000	81,8	1,0
200.000 a 900.000	80,9	1,0
Bogotá	79,0	1,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Si se comparan las poblaciones por número de habitantes con relación a Bogotá, que presenta el menor riesgo por el no uso del condón en la primera relación sexual, se encuentran diferencias significativas para las poblaciones de 10 mil a 50 mil habitantes; para las demás no hay diferencias significativas (Anexo, Cuadro 4.55).

Porcentaje de no uso del condón en la primera relación sexual por régimen de afiliación y riesgo comparativo

El no uso del condón en la primera relación sexual muestra comportamiento homogéneo tanto entre los diferentes regímenes de afiliación a la seguridad social en salud como para el grupo de vinculados. Aplicadas las pruebas estadísticas no se encontró diferencia significativa entre regímenes (Anexo, Cuadro 4.56).

Riesgo diferencial para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida)

Factores asociados a la transmisión sexual

Están en riesgo de adquirir el VIH por la vía de transmisión sexual todas las personas con vida sexual activa. Sin embargo, existe exposición a situaciones de mayor riesgo que permiten sospechar la existencia de la infección en toda persona –hombre o mujer–, cualquiera que sea su

edad. De acuerdo a las estadísticas actuales, la vía de transmisión sexual es la más frecuente en el país (97% del total de casos). Las exposiciones de riesgo para la transmisión sexual del VIH son las siguientes:

Contacto genital desprotegido, es decir, sin el uso del condón. En orden descendente de riesgo, estas conductas son: el contacto anal, el genital u oral con una persona de la cual se desconozca si es o no seropositiva para el VIH.

Una infección de transmisión sexual de cualquier tipo. Se explica por la asociación de las ETS a factores de riesgo en el comportamiento sexual y predisponen a la infección por VIH y a la acción directa de las ETS, –en particular las ulcerativas– al causar daño en la mucosa. Al romper la barrera natural, favorecen la entrada del VIH al organismo.

Consumo de drogas psicoactivas (marihuana, bazuco, cocaína, heroína) y alcohol. Al disminuir el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión del VIH durante la relación sexual.

Existen otros factores de riesgo que influyen en la transmisión del VIH asociados a la conducta sexual de las personas:

- La higiene pre y post-contacto genital.
- El grado de trauma asociado a la actividad sexual.
- El juego erótico post-eyaculatorio no protegido.
- El maltrato o abuso sexual y las violaciones.
- El hacinamiento.
- La falta de información y educación sexual apropiadas.
- El no acceso a elementos preventivos, especialmente condones.
- La falta de apoyo emocional o psicológico a las personas portadoras del VIH para que eviten infectar a sus compañeros sexuales.
- Comportamiento sexual desconocido del compañero.

Para el análisis de la problemática de las infecciones de transmisión sexual se tuvo en cuenta:

- El porcentaje de relaciones sexuales.
- El no uso de condón en la primera relación sexual.

Se categoriza por área, regiones, subregiones, población y régimen de afiliación a la seguridad social en salud, y se toma como referente de base el de menor porcentaje con el factor de riesgo; a esta categoría se le asigna el valor de 1,0 y luego se procede a comparar con cada una de las diferentes opciones para calcular el RR, el OR y aplicar la prueba de significación estadística, para así encontrar las diferencias y medir la magnitud de riesgo comparativo.

Relaciones sexuales

Porcentaje de relaciones sexuales por área y riesgo comparativo

Con relación al porcentaje de las personas que han tenido relaciones sexuales, no se encuentra diferencia significativa en las tres áreas. Si se compara el área rural disperso con cabecera, el chi cuadrado es de 1,10 ($p=0,29$), no significativo (Anexo, Cuadro 4.57 y Gráfico 4.20).

Porcentaje de relaciones sexuales por regiones y riesgo comparativo

Por regiones no se encuentran diferencias significativas en el comportamiento con respecto a las relaciones sexuales. El mayor porcentaje corresponde a la región de la Orinoquia-Amazonía, y el menor a la Oriental, la diferencia de rango entre estas dos regiones es del 6,4%. El porcentaje entre las demás regiones es similar, pero existen diferencias significativas entre las regiones Orinoquia-Amazonía, Bogotá, Atlántica y Pacífica comparadas con la Oriental, y no existen diferencias entre esta última región y la Central (Anexo, Cuadro 4.58).

Si se comparan las regiones con la de menor riesgo, que corresponde a la Oriental, se encuentra: para Orinoquia-Amazonía un riesgo 1,0719 veces mayor, con un OR de 2,56 y un chi cuadrado significativo de 28,48 ($p=0,00$); para Bogotá un riesgo 1,0607 veces mayor, con un OR de 2,08 y un chi cuadrado significativo de 19,16 ($p=0,00$); la Atlántica tiene un riesgo 1,0539 veces mayor, con un OR de 1,87 y un chi cuadrado significativo de 14,66 ($p=0,00$); la Pacífica presenta un riesgo 1,0472 veces mayor, con un OR de 1,69 y un chi cuadrado significativo de 10,88 ($p=0,00$); la Central presenta un riesgo 1,091 veces mayor, con un OR de 1,21 y un chi cuadrado de 1,58 ($p=0,20$), no significativo, por lo que no existen diferencias entre las regiones Central y Oriental (Anexo, Gráfico 4.21. Se pueden consultar otros datos de las regiones en el Anexo, Cuadro 4.59–4.61 y Gráficos 4.22 y 4.23).

Porcentaje del no uso del condón en la primera relación sexual por área y riesgo comparativo

El riesgo por el no uso del condón en la primera relación sexual es muy similar en las tres regiones, y al aplicar pruebas estadísticas no se encuentran diferencias significativas (Anexo, Cuadro 4.62 y Gráfico 4.24).

Porcentaje de no uso del condón en la primera relación sexual por regiones y riesgo comparativo

Por regiones no se encuentran grandes diferencias en el comportamiento con relación al no uso del condón en la primera relación sexual. El mayor porcentaje corresponde a la región Atlántica, y el menor a la Orinoquia-Amazonía, el rango entre estas dos regiones es del 7,9%. El porcentaje comparado entre regiones es significativo para la región Atlántica comparada con la Orinoquia-Amazonía, con un riesgo 1,10 veces mayor, un OR de 1,74 y un chi cuadrado de 21,57 ($p<0,00$). Con las demás regiones no hay diferencias significativas (Anexo, Cuadro 4.63 y Gráfico 4.25. Datos adicionales de las subregiones se encuentran en el Anexo, Cuadros 4.64–4.68 y Gráfico 4.26).

RIESGO DIFERENCIAL PARA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV)

Dengue

Diversos factores ambientales y sociales se han reconocido como importantes en la ocurrencia de DC/DH (Ministerio de Salud; Protocolo Dengue). Entre ellos, la temperatura media, la humedad y las precipitaciones son condiciones que afectan la supervivencia y reproducción de los vectores. También, la densidad de mosquitos hembras adultos, la frecuencia de alimentación, la preferencia del vector para la ovipostura, para el reposo posterior a la alimentación y para la picadura (últimas horas de la tarde, primeras de la mañana) son condiciones propias del vector que determinan la probabilidad de transmisión del virus del Dengue, dentro y fuera del domicilio.

En las Américas, el comportamiento del DC/DH es, por lo general, urbano, y se haya asociado con regiones de moderada o alta densidad poblacional, con procesos de urbanización no planificados que conllevan inadecuados sistemas de abastecimiento de agua –lo que propicia su almacenamiento en el espacio domiciliario y peridomiciliario facilitando la reproducción del vector– y deficientes medidas para el cuidado del ambiente (recolección y almacenamiento de desechos sólidos y abanado, número y estado de los objetos receptores de agua).

Condiciones como los conocimientos y prácticas de la población determinan la disponibilidad de lugares de producción de larvas en el entorno domiciliario, pues de estos conocimientos y prácticas se desprenden las estrategias de control usadas por la población –las que garantizan o no la prevención de la ocurrencia de la enfermedad en el tiempo– y determinan la oportunidad en la consulta en caso de presentar sintomatología compatible, lo cual es un factor importante para disminuir complicaciones y mortalidad por esta causa.

Malaria

La Malaria, con alta morbilidad, mortalidad y alto impacto económico y social, es la enfermedad tropical de mayor prevalencia en el ámbito mundial. La distribución geográfica de esta enfermedad ha aumentado considerablemente en los últimos 50 años, y su control se hace cada vez más difícil debido a la interrelación de múltiples factores que determinan la dinámica de transmisión (en el caso específico de Colombia, véase: Ministerio de salud, Protocolo Malaria).

Entre estos factores se encuentran: resistencia de los parásitos a los medicamentos; cambios de hábitos del vector y resistencia a insecticidas; factores de cambio en la susceptibilidad del hospedero (grado de experiencia falárica, hábitos ocupacionales, migraciones); cambios ecológicos causados por fenómenos climáticos (ENSO); proyectos económicos (construcción de vías, proyectos

de ingeniería, explotación minera y forestal) y situaciones sociales (cultivos ilícitos, problemas de orden público y poblaciones desplazadas por la violencia).

Análisis de factores de riesgo para ETV

Para hacer el análisis de los factores de riesgos asociados a la presencia de ETV se excluyeron aquellas regiones que geográficamente presentan menor riesgo por encontrarse una gran parte de su territorio situado por arriba de los 1800 metros sobre el nivel del mar. Las subregiones excluidas son: Bogotá, Boyacá, Cundinamarca, Meta, Cauca y Nariño (sin el litoral Pacífico). En el análisis no se incluye el departamento del Meta: aunque por sus condiciones geográficas reúne condiciones de riesgo para ETV, en las encuestas se encuentra agrupado con Boyacá y Cundinamarca.

Viviendas con paredes inadecuadas: de bahareque sin revocar, madera burda, tabla, tablón, guadua, caña, esterilla, zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico o sin paredes

Porcentaje de viviendas por área con paredes inadecuadas y riesgo comparativo

Dentro de las áreas seleccionadas para el análisis se encuentran diferencias (exposición diferencial al riesgo) por zona rural, centro poblado y cabecera municipal, siendo notable la inequidad entre las diferentes áreas analizadas. Hay un alto predominio de paredes inadecuadas, y por lo tanto un mayor riesgo para ETV, en la zona rural dispersa y centro poblado comparados con la cabecera municipal.

El riesgo para ETV por paredes inadecuadas en la zona rural es 11,2 veces mayor comparado con la cabecera municipal, con un OR de 19,93 y un chi cuadrado significativo de 467,54 ($p < 0,00$); el riesgo del centro poblado es 5,2 veces mayor comparado con cabecera, con un OR de 6,41 y un chi cuadrado significativo de 135,63 ($p < 0,00$). Comparando rural disperso con centro poblado, el riesgo es 2,1 veces mayor para el primero, con un OR de 3,11 y un chi cuadrado significativo de 134,23 ($p < 0,00$) (Anexo, Cuadro 4.69 y Gráfico 4.27).

Porcentaje de viviendas con paredes inadecuadas por regiones y riesgo comparativo

El riesgo para ETV por paredes inadecuadas para cada una de las regiones comparadas con la Oriental es el siguiente: región Pacífica 6,5 veces mayor, con un OR de 7,70 y un chi cuadrado significativo de 121,72 ($p < 0,00$); Atlántica 5,1 veces mayor, con un OR de 5,82 y un chi cuadrado significativo de 82,41 ($p < 0,00$); Orinoquia-Amazonía 3,5 veces mayor, con un OR de 3,78 y un chi cuadrado significativo de 40,36 ($p < 0,00$); Central 3,1 veces mayor, con un OR de 3,30 y un chi cuadrado significativo de 30,99 ($p < 0,00$) Cuadros 4.7 y 4.8. Datos adicionales pueden identificarse en el Anexo, (Cuadros 4.70–4.75 y Gráficos 4.28–4.31).

Cuadro 4.7 Porcentaje de viviendas con paredes inadecuadas por regiones y riesgo para ETV

Región	%	Riesgo
Pacífica	17,6	6,5
Atlántica	13,9	5,1
Orinoquia-Amazonía	9,5	3,5
Central	8,4	3,1
Oriental	2,7	1,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Cuadro 4.8 Porcentaje de población NBI y riesgo para ETV

Población por NBI	%	Riesgo
Miseria	68,6	45,7
Pobreza y NO Miseria	24,4	16,3
NI pobreza NI Miseria	1,5	1,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Factor de riesgo: propiciar en el domicilio la presencia del vector

Uno de los factores de riesgo identificados para ETV, en especial para el Dengue, tiene que ver con la falta de limpieza de la alberca o del tanque del lavadero, lo cual facilita el crecimiento de las larvas del vector; también se constituye en factor de riesgo el no tapar adecuadamente tanques adicionales para el almacenamiento de agua.

Porcentaje de viviendas que no lavan la alberca por área y riesgo comparativo

El mayor porcentaje de no lavado de la alberca corresponde a la cabecera y el menor al rural disperso. El riesgo para cabecera es 8 veces mayor, con un OR de 8,54 y un chi cuadrado significativo de 51,07 ($p < 0,00$); para el centro poblado el riesgo es 4,4 veces mayor, con un OR de 4,59 y un chi cuadrado significativo de 20,10 ($p < 0,00$) (Anexo, Cuadro 4.76 y Gráfico 4.32).

Porcentaje de viviendas que no lavan la alberca por regiones y riesgo comparativo

El mayor riesgo para ETV por no lavar la alberca se presenta en la región Oriental y el menor en la Orinoquia-Amazonía. Comparando las regiones con la de menor riesgo se encuentra: la Oriental

presenta un riesgo 2,55 veces mayor, con un OR de 2,68 y un chi cuadrado significativo de 22,16 ($p < 0,00$); la Atlántica presenta un riesgo 2,45 veces mayor, con un OR de 2,57 y un chi cuadrado significativo de 19,99 ($p < 0,00$); la Pacífica presenta un riesgo 1,55 veces mayor, con un OR de 1,58 y un chi cuadrado de 3,81 ($p < 0,05$), no significativo, por lo que no existe diferencia entre las regiones Pacífica y la Orinoquia-Amazonía; la región Central presenta un riesgo 1,16 veces mayor, con un OR de 1,17 y un chi cuadrado de 0,39 ($p < 0,53$), no significativo, por lo que no existe diferencia entre las regiones Central y la Orinoquia-Amazonía (Anexo, Cuadro 4.77 y Gráfico 4.33. Por subregiones los datos pueden se detallan en el Anexo, Cuadros 4.78–4.84 y Gráficos 4.34–4.36).

Porcentaje de viviendas que tienen tanque de agua adicional y no lo mantienen tapado por área y riesgo comparativo

El área de menor riesgo para ETV por tener tanque de agua no tapado corresponde a la cabecera, con un 19,1% de viviendas, y la de mayor riesgo está en el centro poblado, con el 28,9% de las viviendas. Aplicando pruebas estadísticas en la comparación de las poblaciones con la de menor riesgo, se encuentra para el centro poblado un riesgo 1,5 veces mayor, con un OR de 1,72 y un chi cuadrado significativo de 26,33 ($p < 0,00$); el rural disperso presenta un riesgo 1,3 veces mayor, con un OR de 1,37 y un chi cuadrado significativo de 8,25 ($p < 0,00$) (Anexo, Cuadro 4.85 y Gráfico 4.37).

Porcentaje de viviendas que tienen tanque de agua adicional y no lo mantienen tapado por regiones y riesgo comparativo

El menor riesgo para ETV por no tapar el tanque de agua corresponde a la región Oriental, con el 9,7% de las viviendas, y el mayor riesgo a la Orinoquia-Amazonía, con el 28,7% de las viviendas (Cuadro 4.9).

Cuadro 4.9 Porcentaje de viviendas con tanque adicional sin tapa y riesgo para ETV

REGION	%	RIESGO
Orinoquia-Amazonía	28,7	3,0
Central	28,1	2,9
Pacífica	21,2	2,2
Atlántica	20,8	2,1
Oriental	9,7	1,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Comparando las regiones con la de menor riesgo, se encuentra que para Orinoquia-Amazonía el riesgo es 3 veces mayor, con un OR de 3,75 y un chi cuadrado significativo de 116,35 ($p < 0,00$); la región Central presenta un riesgo 2,9 veces mayor, con un OR de 3,64 y un chi cuadrado significativo de 110,44 ($p < 0,00$); la Pacífica presenta un riesgo 2,2 veces mayor, con un OR de 2,50 y un chi cuadrado significativo de 50,62 ($p < 0,00$); la Atlántica presenta un riesgo 2,1 veces mayor, con un OR de 2,44 y un chi cuadrado significativo de 47,67 ($p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 4.38. Datos subregionales se encuentran en el Anexo, Cuadros 4.86–4.92 y Gráficos 4.39–4.41).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Colombia, Instituto Nacional de Salud (2007). "Protocolo de vigilancia de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda". Bogotá. [Sitio disponible en]: http://www.saludcordoba.gov.co/archivos_de__descarga/protocolo/noinmunoprevenibles/mortalidadedaf.pdf

Colombia, Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. "Protocolo de vigilancia y control del Dengue". Bogotá. (Sitio disponible en: <http://www.ins.gov.co/index.php?idcategoria=84135>)

Colombia, Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. "Guía Protocolo para la Vigilancia en Salud Pública de Malaria". Bogotá. (Sitio disponible en: <http://www.ins.gov.co/index.php?idcategoria=86935>)

Colombia, Ministerio de Salud (2000). Resolución 00412 de 2000: "Guía de Atención de la Infección Respiratoria Aguda". [Sitio disponible en]: http://www.hospitalraulorejuelabuenoese.gov.co/SOPORTE_MAGNETICO_DE_NORMAS_2009/SUBDIRECCION_CIENTIFICA/Resolucion_412_de_2000/Guia_de_Atencion_1/InfeccionRespiratoriaAguda.pdf

_____ (2000). Resolución 00412 de 2000: "Norma Técnica Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI". [Sitio disponible en]: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Vacunaci.htm>

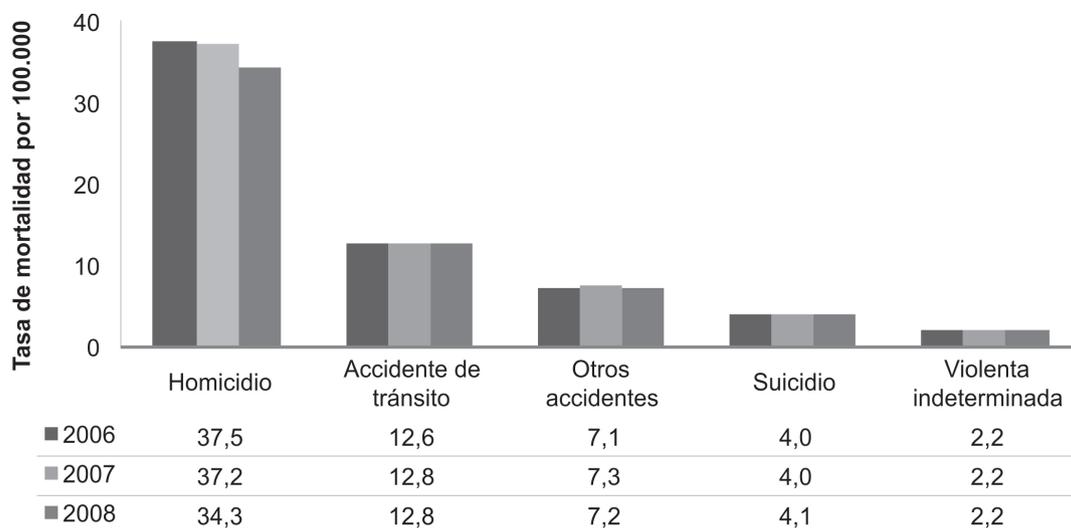
_____ 2000). Resolución 00412 de 2000: "Guía para la Atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual". [Sitio disponible en]: http://www.hospitalraulorejuelabuenoese.gov.co/SOPORTE_MAGNETICO_DE_NORMAS_2009/SUBDIRECCION_CIENTIFICA/Resolucion_412_de_2000/Guia_de_Atencion_1/EnfermedadesdeTransmisionSexual.pdf

CAPÍTULO 5:

**ANÁLISIS DE
DESIGUALDADES EN
EL RIESGO DE LESIONES
EXTERNAS.
ACCIDENTES DE TRÁNSITO**

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el 2008 las tasas de lesiones fatales fueron: para homicidios de 34,3 por 100.000 habitantes (15.250 muertes); para accidentes de tránsito de 12,8 por 100.000 (5670 muertes); para otros accidentes de 7,2 por 100.000 (3214 muertes); para suicidios de 4,1 por 100.000 (1840) y para otra violencia indeterminada de 2,2 por 100.000 (984 muertes). En el periodo 2006-2008 se observó una disminución de la tasa de homicidios y un pequeño incremento de los accidentes de tránsito (IMLCF, 2008) (Gráfico 5.1. Ver también Anexo, Cuadro 5.1).



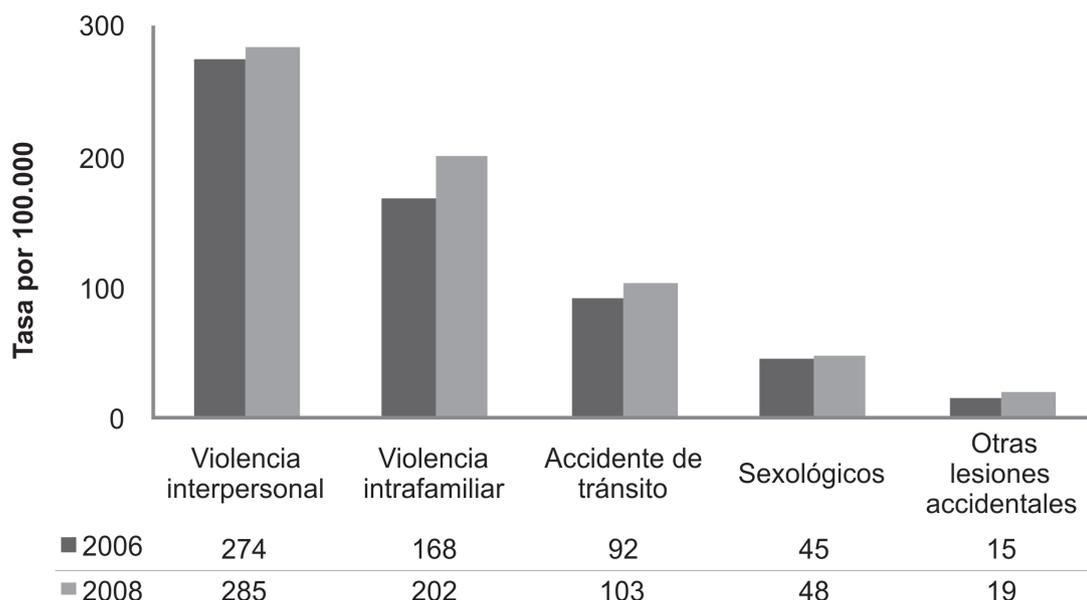
Fuente: INML y CF. FORENSIS 2008 y 2009

Gráfico 5.1. Tasa de muertes violentas. Colombia, 2006-2008

Con respecto a los años de vida potencialmente perdidos, las tasas anteriores para homicidios y accidentes de tránsito se traducen en 540.755 años para el primero, y en 173.183 años para el segundo. Esto significa una tasa de pérdida promedio de 35,5 años en homicidios y de 30,5 años en accidente de tránsito (IMLCF, 2008).

Lesiones no fatales

En relación con las lesiones violentas no fatales, en Colombia y para el año 2008, la tasa más alta corresponde a la violencia interpersonal (285 por 100.000 habitantes), seguida por la violencia familiar (202 por 100.000), los accidentes de tránsito (103 por 100.000), la violencia sexual (48 por 100.000) y otras lesiones accidentales (19 por 100.000). Todas las tasas muestran un ascenso respecto al año 2007 (IMLCF, 2008) (Gráfico 5.2).



Fuente: INML y CF. FORENSIS 2007 y 2008

Gráfico 5.2. Tasa de lesiones no fatales x 100.000, según etiología, 2006-2008

En números, estas tasas corresponden a: 126.869 lesionados por violencia interpersonal, 89.803 por violencia intrafamiliar, 45.888 por accidentes de tránsito, 21.202 por violencia sexual y 8.394 por otras causas accidentales (Anexo, Cuadro 5.2).

El cálculo de años de vida saludables perdidos por lesiones no fatales asciende a 155.282 en el caso de la violencia interpersonal, a 89.025 por violencia intrafamiliar y a 48.910 años por accidentes de tránsito.

Las cifras de la ENS-2007

Según la ENS-2007, el 3,2% de las personas entrevistadas mayores de 6 años reportaron alguna lesión por accidente o violencia en los últimos 30 días, cifra que podría ascender al 38% de la

población entre 6 y 65 años en un año. Por supuesto esta proporción incluye muchas lesiones menores (Anexo, Cuadro 5.3).

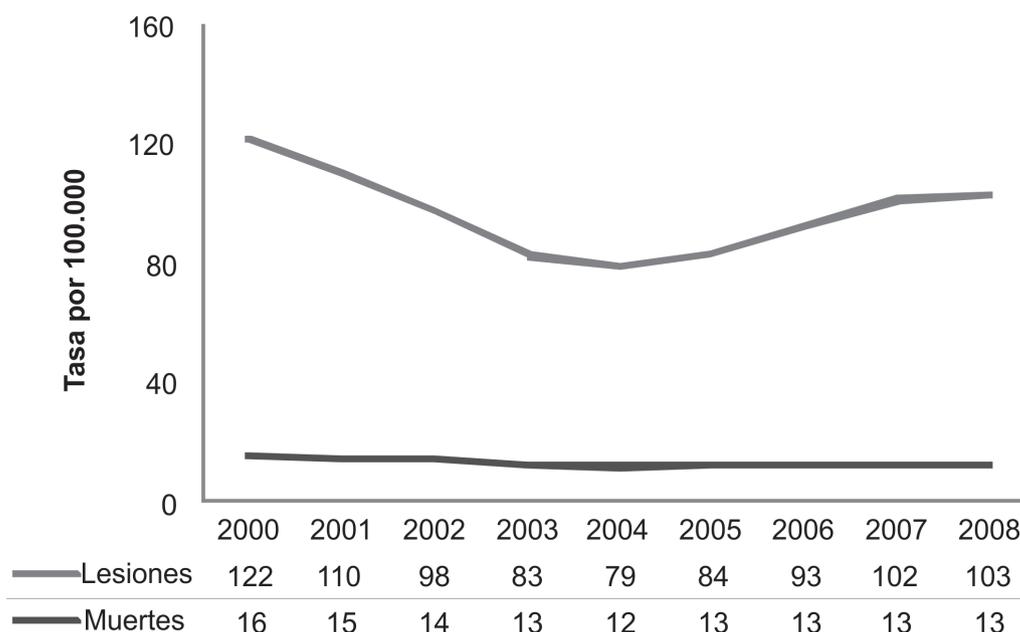
La atención ambulatoria en salud por esta causa significa el 3,1% del total de atenciones en el grupo de 6 a 65 años. Aproximadamente la mitad de los casos que informan haber sufrido lesiones (Anexo, Cuadro 5.4).

Con respecto a la atención hospitalaria, las lesiones causadas por accidente o violencia representan una proporción mucho mayor: 10,3% en el grupo de 6 a 65 años. Esto significa que, aproximadamente una de cada cinco personas que reportó lesiones por accidente tuvo que ser hospitalizada (Anexo, Cuadro 5.5 y Gráfico 5.1).

DESIGUALDAD EN EL RIESGO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estadísticas de los accidentes de tránsito

En 2008, la tasa de muertes por accidente de tránsito fue de 13 por 100.000 habitantes, y la de lesionados por la misma causa de 103 por 100.000. Para el año de 1998, la tasa de muertes era de 18,6 por 100.000, lo que significa la reducción de un tercio en los últimos diez años. El comportamiento de la tasa de lesiones es diferente: se redujo desde 129 por 100.000 en 1998 hasta 79 por 100.000 en el 2004, año en el que empieza un nuevo ascenso (Gráfico 5.3).



Fuente: INML y CF. FORENSIS 2007 y 2008

Gráfico 5.3. Tasa de lesiones y muertes en accidentes de tránsito 2000-2008

Ahora bien, las cifras de accidentes de tránsito deben compararse no solo con la población, sino también con el número de vehículos en circulación. En este sentido, puede usarse como referente la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en Estados Unidos: 14,96 por 100.000 habitantes en 2002, la más alta entre los países desarrollados y similar a la de Colombia. En aquel país, sin embargo, el parque automotor es de 225,6 millones de vehículos para 288,9 millones de habitantes, lo que da una razón de 0,78 vehículos por habitante, mucho mayor que en Colombia, donde para el mismo año se contaba con un parque de 3,08 millones de vehículos para 43,8 millones de personas, es decir una razón de 0,07 por habitante, por lo que la tasa de muertes causadas por 100.000 vehículos resultaba más de 10 veces superior (196,8 contra 19,06). (U.S. Department of Transportation 2003:3 Fondo de Prevención Vial, 2003: 12).

La tasa de mortalidad vial se relaciona también con el número de kilómetros recorridos (expresada por 100 millones de kilómetros). En el año 2002, esta tasa fue de 15,47 en Colombia, contra 2,37 en Estados Unidos. Es decir: para ese año, los vehículos en Colombia causaban aproximadamente siete veces la mortalidad por kilómetro comparada con la de Estados Unidos.

Las cifras de la ENS-2007

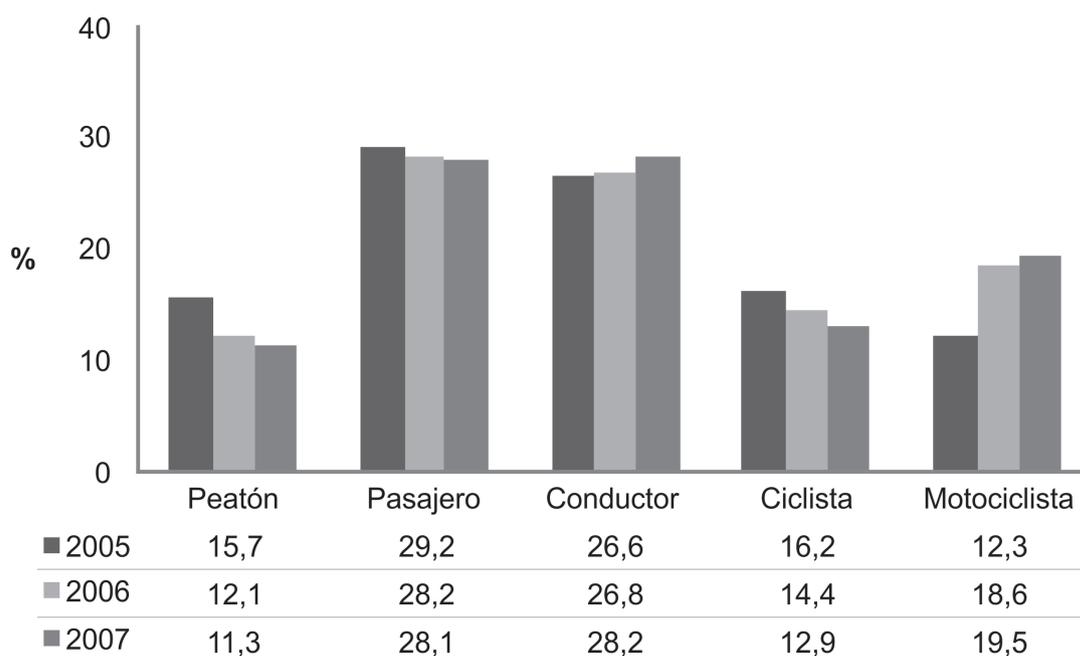
En la ENS-2007 se preguntó a los entrevistados de 6 a 65 años por los accidentes de tránsito sufridos en 2005, 2006 y en lo corrido del 2007 al momento de la encuesta (aproximadamente $\frac{3}{4}$ de año) (Anexo, Cuadros 5.6 y 5.7).

Para el 2005, el 1,7% de las personas de este grupo reportaron haber sufrido un accidente de tránsito, cifra que asciende a 2,2% en 2006 y que alcanza el mismo 2,2% antes de terminarse 2007, lo que demostraría un fenómeno en aumento (Anexo, Cuadros 5.6 y 5.7).

Para el último año completo (2006), el 12,2% de las personas que reportan accidentes de tránsito informan haber sufrido más de uno. No hay diferencias significativas en la condición del accidentado (peatón, pasajero, conductor, etc.) en las primeras repeticiones, y solo los ciclistas presentan cuatro y más accidentes en el año (Anexo, Gráfico 5.2).

En los tres años informados se puede observar el incremento en la proporción de accidentes en motocicleta: del 12,3% al 19,5%, y un incremento moderado en los accidentes en condición de conductor: del 28,2% al 26,6%, mientras los accidentes en condición de peatón y ciclista disminuyen sensiblemente: en el primer caso del 15,7% al 11,3%, y en el segundo del 16,2% al 12,9% Gráfico 5.4 (Anexo, Cuadro 5.8).

El Instituto de Medicina Legal reporta para 2007 que, del total de lesionados, el mayor porcentaje corresponde a motociclistas (46%) y peatones (25%), y un porcentaje mucho menor a conductores, pasajeros y ciclistas, lo que hace suponer que las lesiones más graves que llegan a medicina legal se concentran en estos dos primeros grupos (Forero, 2008) (Anexo, Gráfico 5.3).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

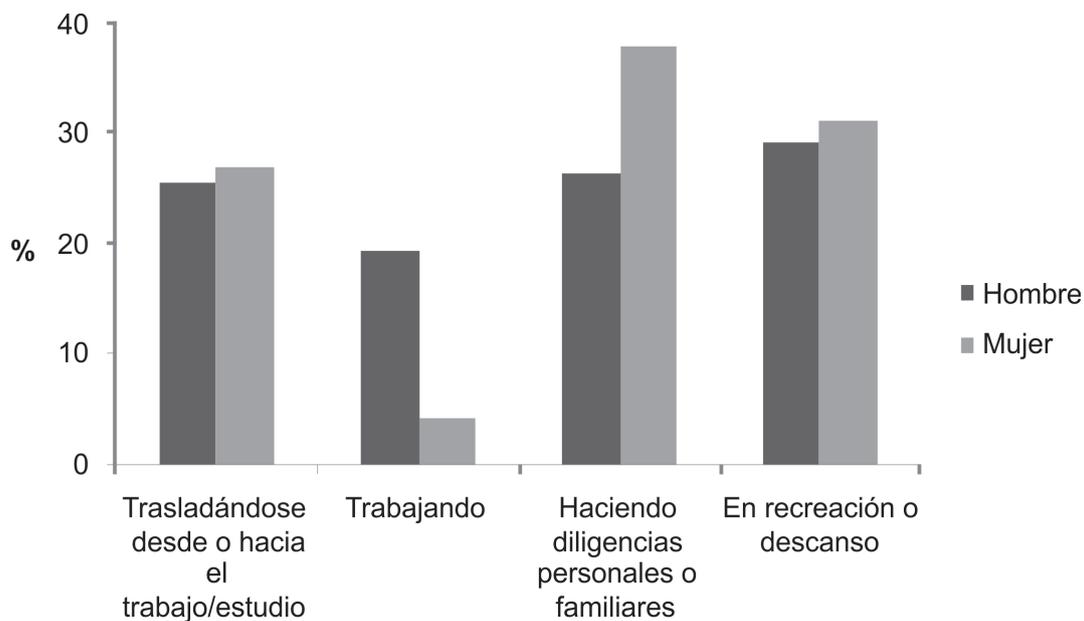
Gráfico 5.4. Reporte de accidente de tránsito, según condición, por personas de 6 a 65 años, en los años 2005, 2006 y 2007 (parcial). Colombia, 2007

Según la ENS-2007, el grupo de 18 a 29 años es el que con mayor frecuencia sufre un accidente de tránsito en condición de pasajero, conductor o motociclista; en el grupo de 10 a 17 años se destacan los accidentes como peatón y ciclista; y en el grupo de más de 50 años la accidentalidad como peatón.

En cuanto a la razón de encontrarse en la calle en el momento del accidente, es importante resaltar que el 40% de los casos tienen relación con el trabajo: el 26% sucede durante el desplazamiento hacia o desde el trabajo y el 14% ocurre trabajando. El otro 60% corresponde a actividades como hacer diligencias y descanso o recreación (Gráfico 5.5. Ver también Anexo, Cuadro 5.9).

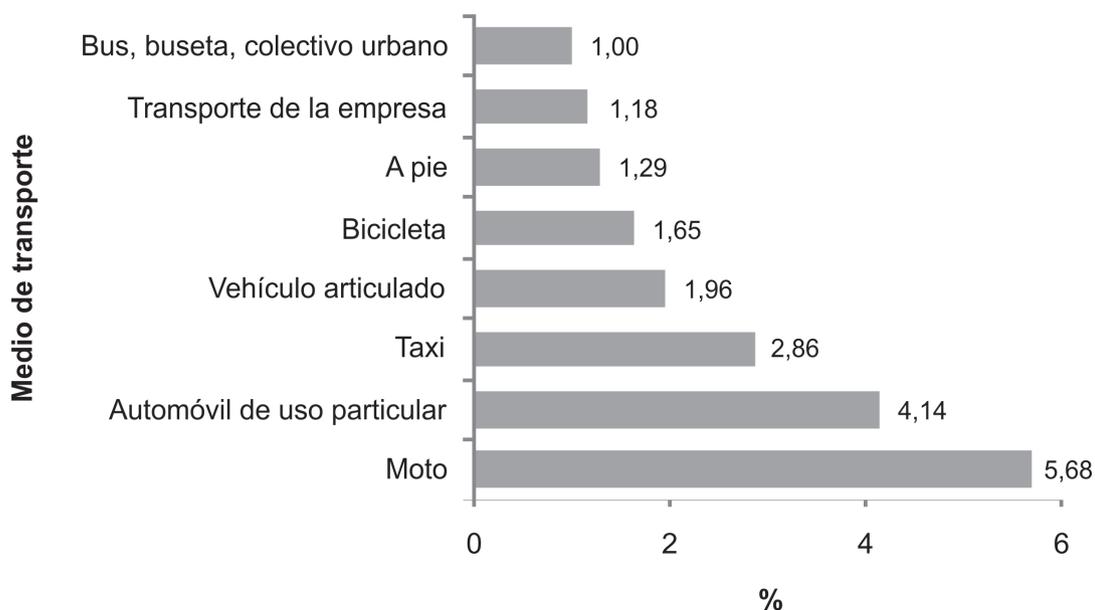
Cuando se analizan las razones para estar en la calle en el momento del accidente por área, se observa un mayor peso del desplazamiento al trabajo y el trabajo mismo en las cabeceras, y de las diligencias en el medio rural disperso (Anexo, Cuadro 5.10).

En relación con el vehículo en que se transportan las personas al trabajo, la motocicleta muestra siempre la mayor proporción de accidentalidad: 8,7% en 2006 y 9,5% en 2007. La relación entre el tipo de transporte usado para ir al trabajo muestra que, para los años 2005 a 2007, quien se transporta en motocicleta se accidenta 4,48 veces más que quien se transporta en bus urbano (Anexo, Gráfico 5.4). Sin embargo, para el 2007 esta mayor probabilidad de accidente en motocicleta, en relación con los otros medios de transporte, asciende a 5,68 veces sobre la del bus, buseta o colectivo (Gráfico 5.6).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

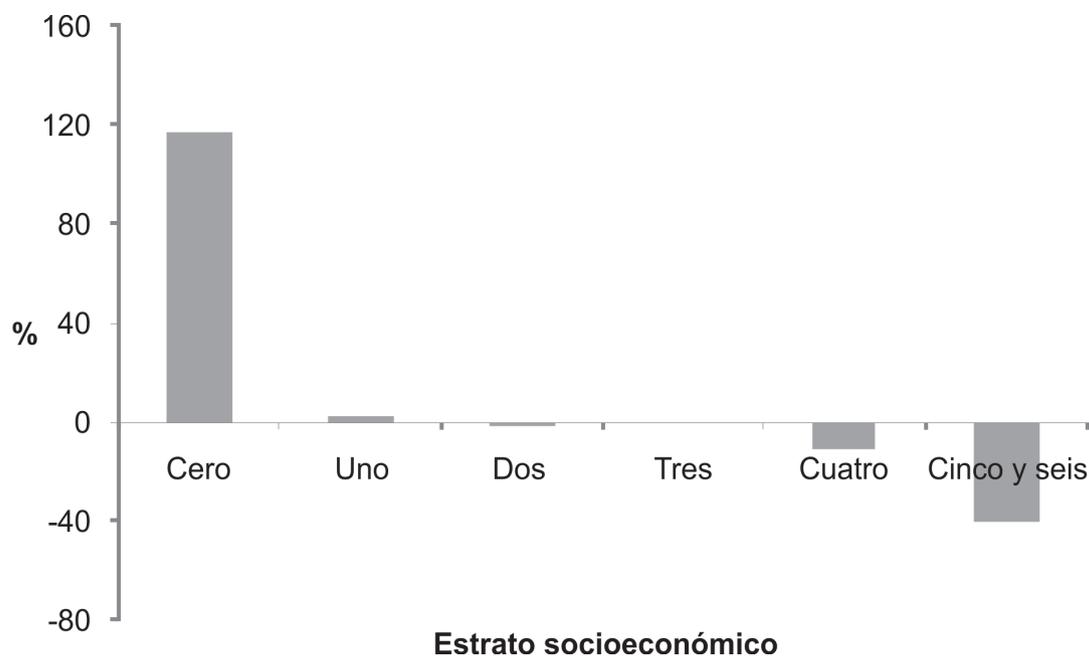
Gráfico 5.5. Razones por las cuales se encontraba en la calle en el momento en que ocurrió el accidente, según sexo. Colombia, 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 5.6. Accidente de tránsito según medio de transporte habitual al trabajo en relación con el medio de menor accidentalidad (bus, buseta, colectivo) en lo transcurrido de 2007. Colombia, 2007

Interesa en el análisis de equidad establecer la relación entre la condición del accidentado (conductor, pasajero, peatón, etc) y el estrato socioeconómico. Para este propósito, se acude a la relación comparativa de la condición de menor accidentalidad con el promedio: el estrato 0 muestra la mayor diferencia positiva en accidentalidad como peatón (120% sobre el promedio), mientras que los estratos cinco y seis muestran un 40% menos de accidentes como peatones (Gráfico 5.7).

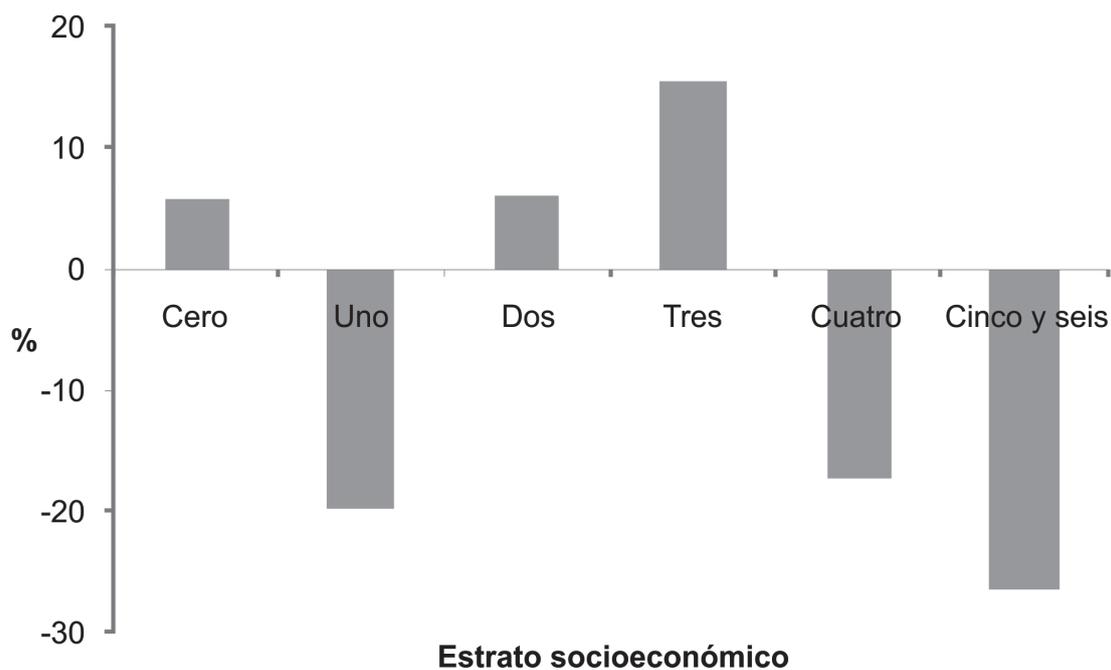


Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 5.7. Diferencia de proporción entre accidentes como peatón y total accidentes por estrato socioeconómico. Colombia, 2007

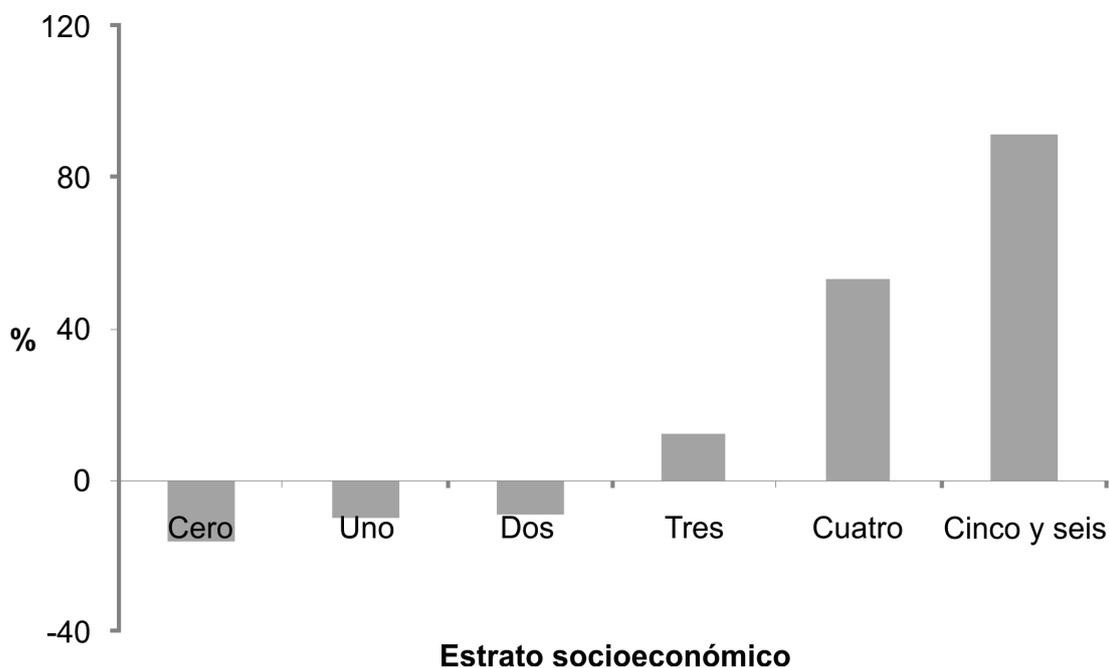
En accidentalidad en bicicleta se destacan sobre el promedio los estratos 1 y 2, mientras que los estratos 4, 5 y 6 presentan un porcentaje sensiblemente inferior (Anexo, Gráfico 5.5).

En la accidentalidad en moto se destaca el estrato tres, con un 15% sobre el promedio, seguido por los estratos 2 y 0, mientras que los estratos 1, 4, 5 y 6 se alejan del promedio hacia una menor accidentalidad. En la condición de conductor de vehículo, por el contrario, los estratos 5 y 6 muestran un 80% más de accidentes que el promedio, mientras los estratos más bajos muestran un porcentaje inferior. Gráficos 5.8, 5.9 y 5.10.



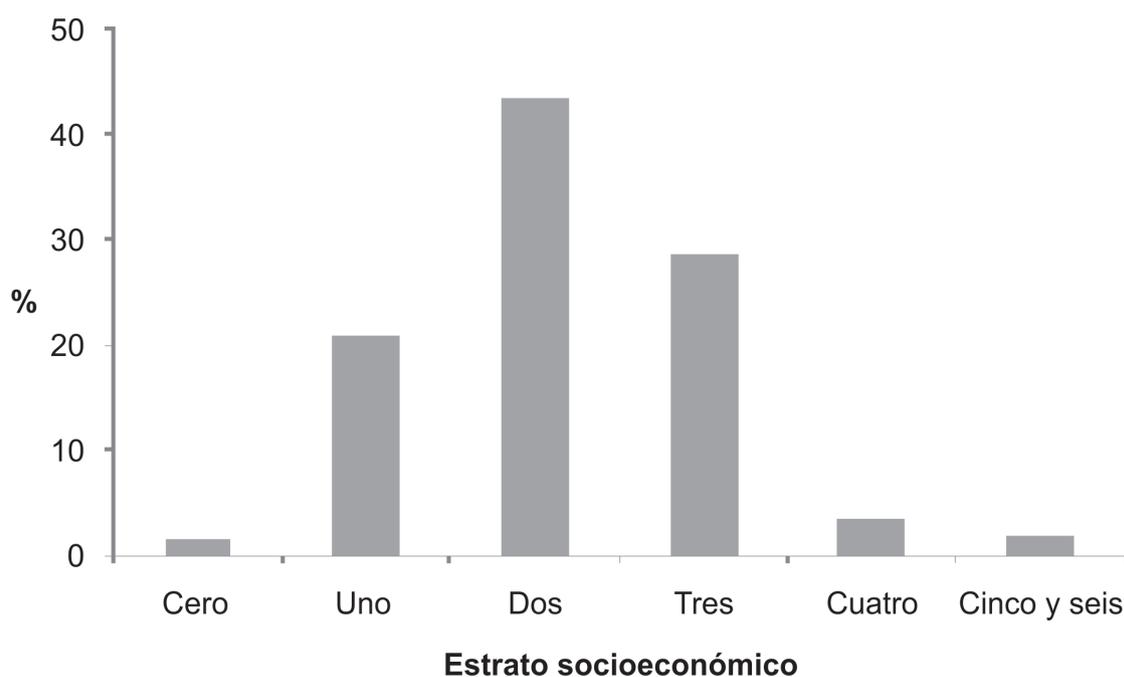
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 5.8. Diferencia de proporción entre accidentes en moto y total accidentes por estrato socioeconómico. Colombia, 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 5.9. Diferencia de proporción entre accidentes como conductor de vehículo y total de accidentes por estrato socioeconómico. Colombia, 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 5.10. Motociclista en el último accidente según estrato socioeconómico. Colombia, 2007

Concentración del riesgo de lesiones en accidentes de tránsito según tipo y gravedad

Según la ENS-2007, en los cerca de 40.000 hogares entrevistados, el 12,4% de las personas de 6 a 65 años informaron haber sufrido al menos un accidente de tránsito (Anexo, Cuadro 5.11), y tres de cada cuatro (el 73,2% de los accidentados) informaron haber sufrido algún tipo de lesión por dicha causa a lo largo de la vida (Anexo, Cuadro 5.12).

Para el último año completo (2006), sin embargo, solo reportaron lesiones aproximadamente dos tercios de los accidentados (64,3%) (Anexo, Cuadro 5.13).

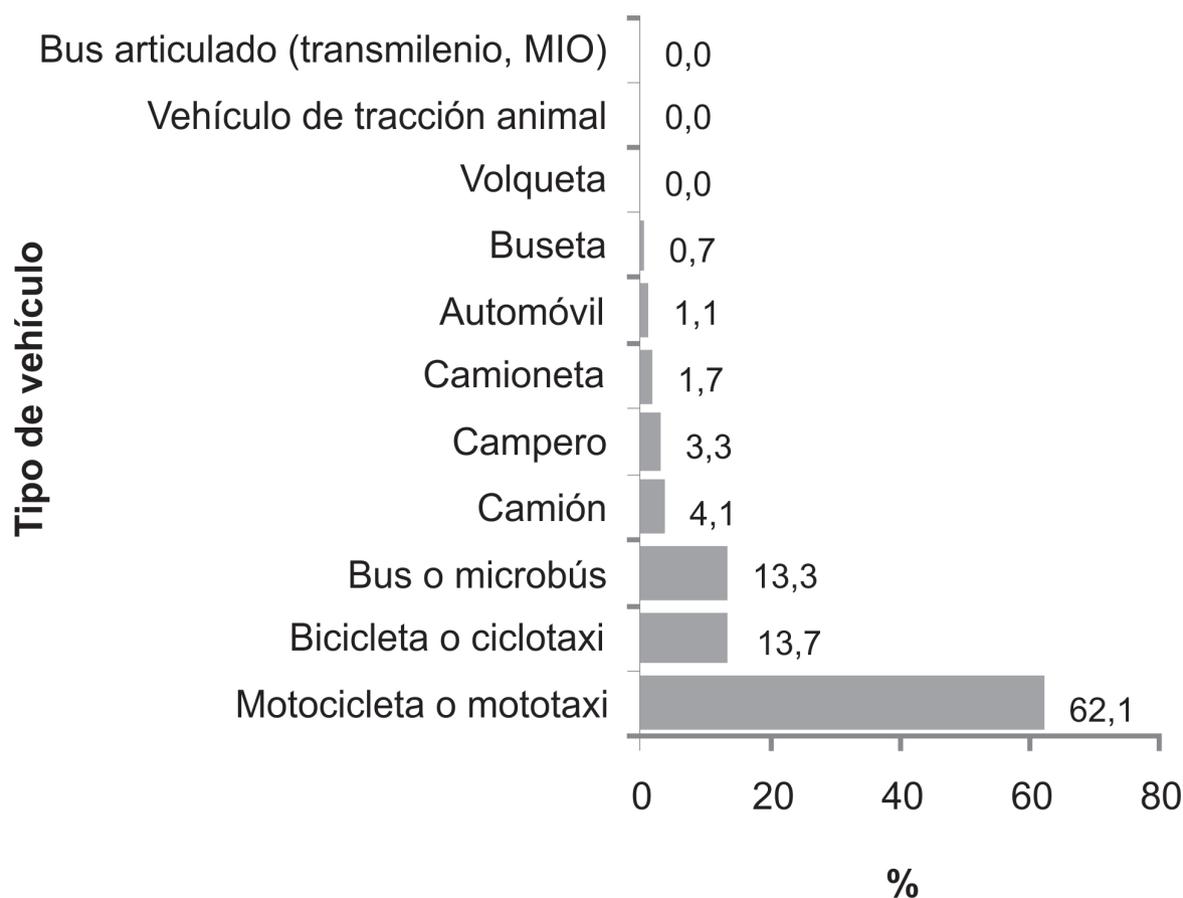
Respecto al tipo de lesiones sufridas en los últimos tres años, la ENS-2007 encuentra que las lesiones menores (golpes, moretones, raspaduras, heridas de piel) se presentan en la mayoría de los accidentes, mientras que las moderadas y severas se presentan en menos del 15% de los casos (Anexo, Gráfico 5.6).

Por estratos, las lesiones de menor gravedad tienen una mayor incidencia en los estratos bajos, y presentan una disminución sensible en los estratos 4, 5 y 6 (Anexo, Gráfico 5.7).

Las lesiones consideradas de gravedad intermedia –en general fracturas y contusiones craneoencefálicas– muestran una frecuencia mucho menor en todos los estratos, y se distribuyen en forma similar en los estratos bajos (Anexo, Gráfico 5.8).

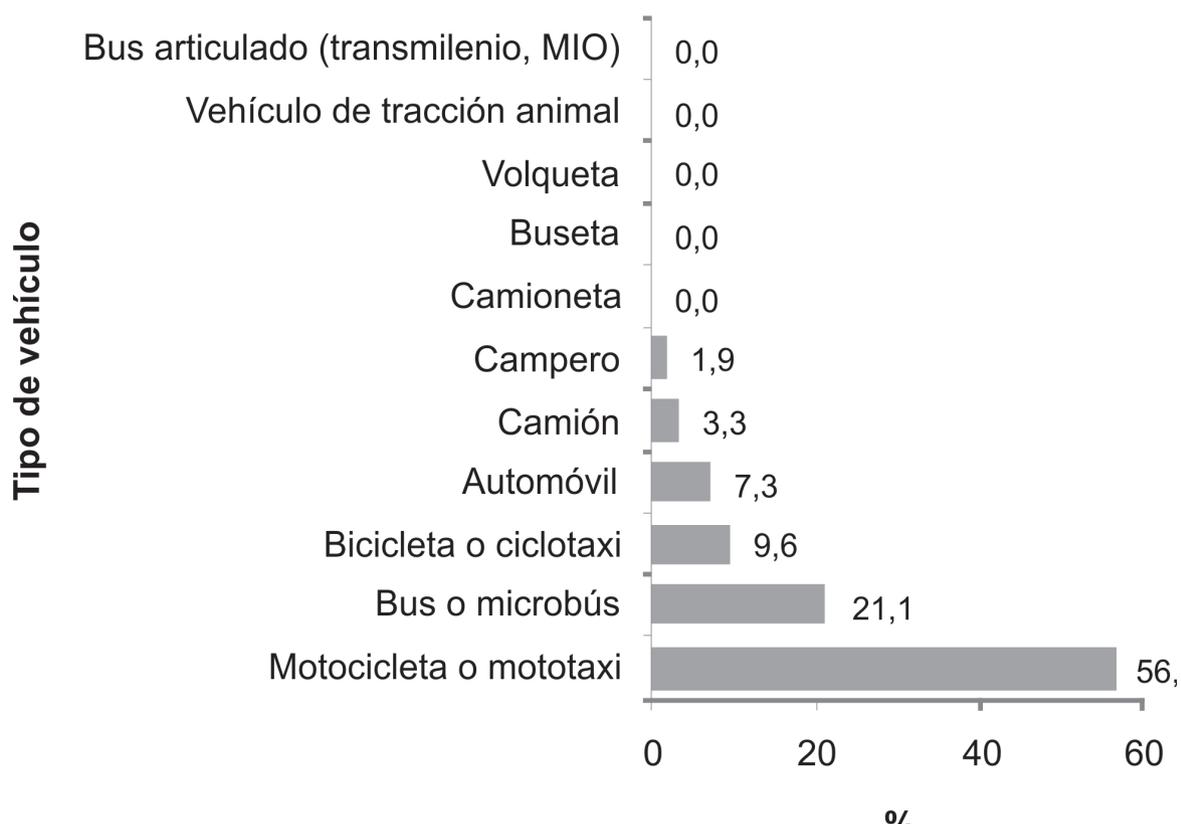
Finalmente, las lesiones más graves, también de menor frecuencia, muestran un patrón muy distinto: se presentan en mayor proporción en los estratos 2 y 3, mientras en el 4, 5 y 6 desaparecen en la encuesta y es reducida su incidencia en el 0 y 1 (Anexo, Gráfico 5.9).

Este resultado muestra una relación directa entre las lesiones de mayor gravedad y la condición del accidentado y el tipo de vehículo. En efecto, la mayor proporción de accidentes con lesiones severas es ocasionada por motocicletas y mototaxis y, como ya se vio, este tipo de transporte se concentra en los estratos 2 y 3 (Gráficos 5.11 y 5.12).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

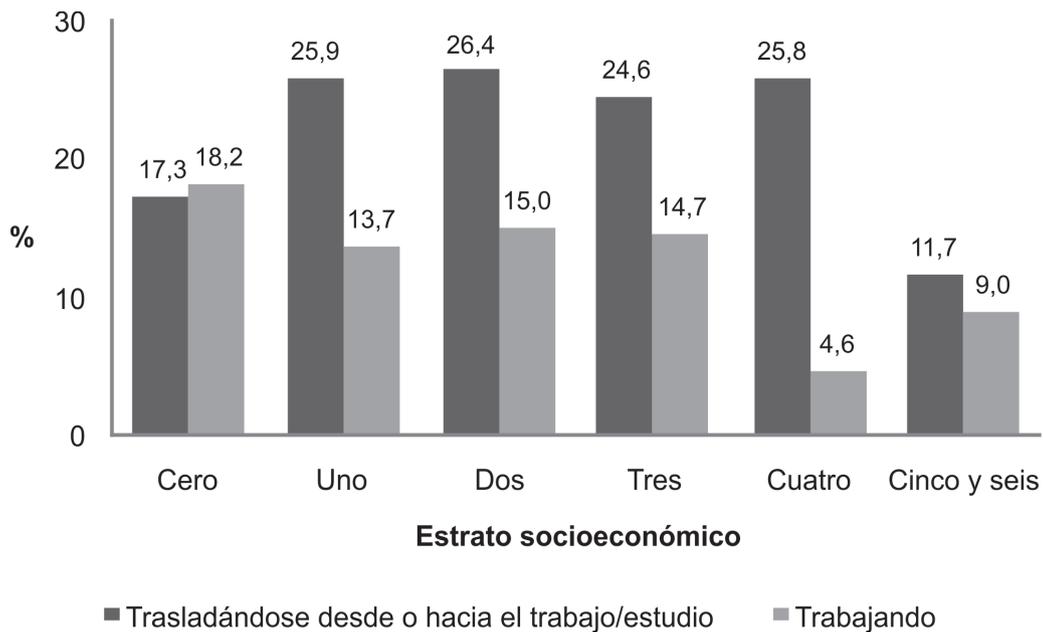
Gráfico 5.11. Daños en órganos internos o sangrado interno como consecuencia de último accidente de tránsito, según vehículo en que transitaba. Colombia, 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 5.12. Pérdida temporal o definitiva de la función de un órgano, o parte del cuerpo como consecuencia de último accidente de tránsito, según vehículo en que transitaba. Colombia, 2007

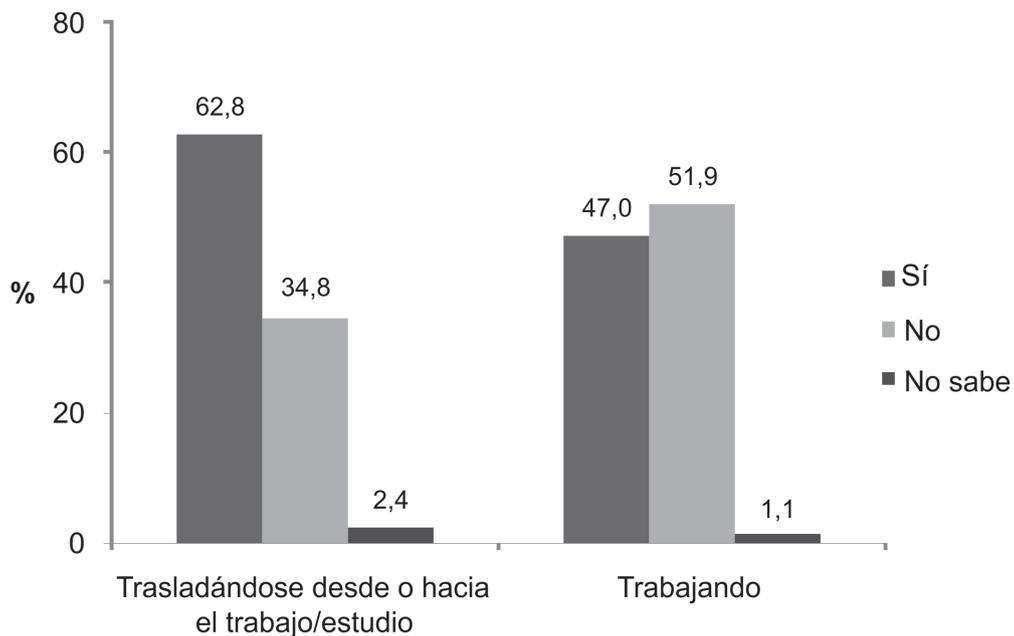
Vale también repetir que el 40% de los accidentes de tránsito ocurren en el desplazamiento hacia el trabajo o en el trabajo mismo, lo que coincide con el uso laboral de estos vehículos (Anexo, Cuadro 5.14 y Gráfico 5.10), y que en los estratos 1, 2 y 3 se presenta la mayor proporción de accidentes relacionados con el trabajo, accidentes que disminuyen sensiblemente a partir del estrato 4 (Gráfico 5.13).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 5.13. Proporción de accidentes de tránsito relacionados con el trabajo por estrato socioeconómico (último accidente). Colombia, 2007

Es importante destacar que la mayoría de los accidentes que ocurren trabajando corresponden a trabajadores que no están cubiertos por el seguro de riesgos profesionales por parte de su patrono (Gráfico 5.14).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 5.14. Actividad relacionada con el trabajo en el momento del último accidente y afiliación a riesgos profesionales. Colombia, 2007

ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS

Dada la baja frecuencia de personas que sufrieron accidentes de tránsito, se realiza el análisis de correspondencias sobre subgrupos de población. Por otra parte, las correlaciones demostradas entre accidentes de tránsito y tipo de transporte (mayor riesgo en motocicleta) permiten trabajar con el grupo poblacional comprendido entre los 17 y 45 años de edad, con el fin de reunir la información en torno a las variables población económicamente activa, ocupación y tipo de transporte que utiliza para ir al trabajo. Además de éstas, se incluyen como variables de interés el estrato socioeconómico y el sexo de las personas. Por la alta relación entre los accidentes de tránsito y la zona donde se ubica el hogar, solo se incluyen los datos de las cabeceras municipales.

Para evitar representaciones o interpretaciones erradas, se agregan algunas de las categorías de acuerdo a la frecuencia.

Para las personas entre 17 y 45 años que habitan en la cabecera, las actividades menos frecuentes son “otra actividad e incapacitado permanente” (para este análisis se agregan en una sola llamada “otra actividad”) y “buscar trabajo” (Anexo, Cuadro 5.15).

Las posiciones ocupacionales menos comunes son ayudante sin remuneración, trabajador de finca propia, patrón o empleador, con menos del 1% cada una, trabajadores familiares sin remuneración con 1,50% y jornaleros con 1,92%. Estas cinco categorías conforman para el análisis la categoría “otra posición ocupacional”. Se crea también la categoría “no ocupados”, para tener todo el universo (Anexo, Cuadro 5.16).

En cuanto a estrato según la tarifa de energía eléctrica, es clara la necesidad de combinar los estratos 5 y 6 e, inclusive, es posible unir el estrato 4 a esta categoría (Anexo, Cuadro 5.17).

Los medios de transporte menos comunes son Transmilenio, transporte acuático y transporte animal, con menos del 2% de frecuencia para esta población. Se unifican en la categoría “otro medio” (Anexo, Cuadro 5.18).

Algunas asociaciones claras son las de los profesionales independientes con el carro como medio de transporte para el trabajo y condición socioeconómica correspondiente a los estratos 4, 5 y 6. Opuesto a este resultado, se encuentran los empleados domésticos o personas dedicadas a los oficios del hogar y a aquellas posiciones ocupacionales asociadas con trabajos informales o no remunerados. Aunque la frecuencia de accidentes de tránsito es baja, al incluirla como variable ilustrativa en el análisis resulta: el medio de transporte más asociado con ella es la motocicleta y el mototaxi; existe asociación entre la ocurrencia de accidentes y los estratos 1, 2 y 3; con respecto al sexo, la mayor asociación se da en las personas de sexo masculino; y con respecto a la seguridad social, la característica asociada es la no afiliación (Anexo, Gráficos 5.11 y 5.12).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IMLCF: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2008). "Datos para la vida". En: *Forensis*. Bogotá. [Sitio disponible en]: http://www.fonprevial.org.co/index.php?option=com_jb2&PostID=249&view=post&Itemid=127

_____ (2007). En: *Forensis*. Bogotá. [Sitio disponible en]:

<http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2007/Accidentestransito.pdf>

Fondo de Prevención Vial (2003). *Accidentalidad vial nacional*. Bogotá.

Forero, L. J. (2008). *Muertes y lesiones por accidente de tránsito en Colombia, 2007*. En: *Forensis*. Bogotá. [Sitio disponible en]: <http://www.medicinalegal.gov.co/drip/2008/1%20Forensis%202008%20iniciales.pdf>

U.S. Department of Transportation. National Center for Statistics & Analysis. "Fatality Analysis Reporting System (FARS)". En: *Web-Based Encyclopedia*. [Sitio disponible en]: www.nhtsa.gov/Data/State+Data+Program+&+CODES

CAPÍTULO 6:

ANÁLISIS DE

DESIGUALDADES EN

MORBILIDAD SENTIDA

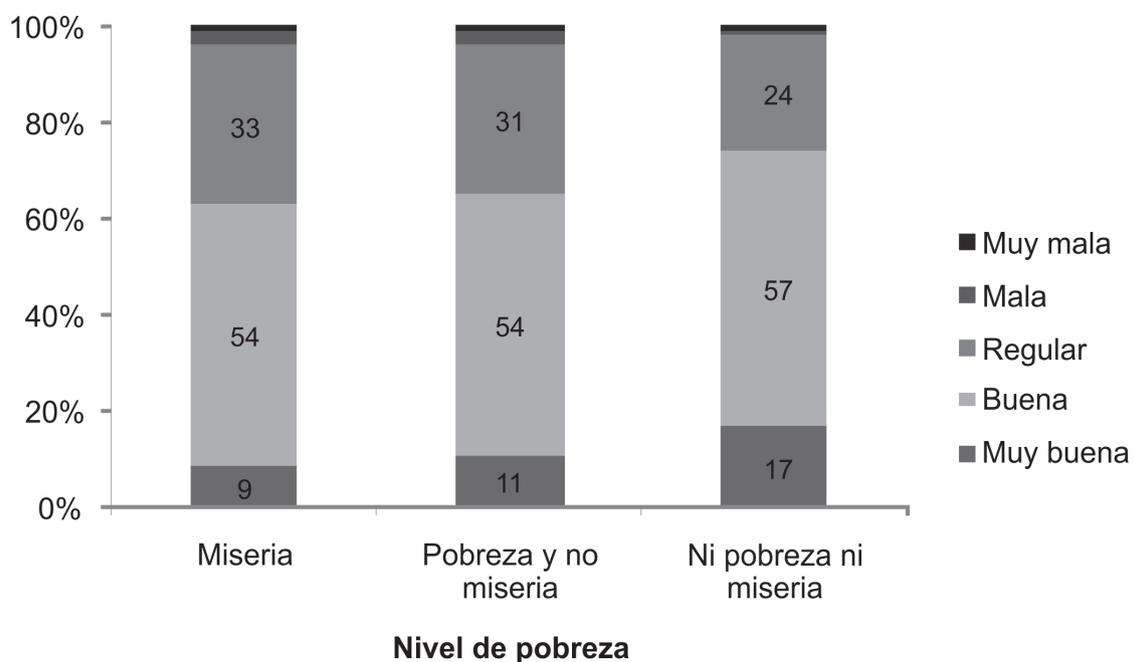
Y DEMANDA DE SERVICIOS

DE SALUD

MORBILIDAD SENTIDA

Percepción del estado de salud

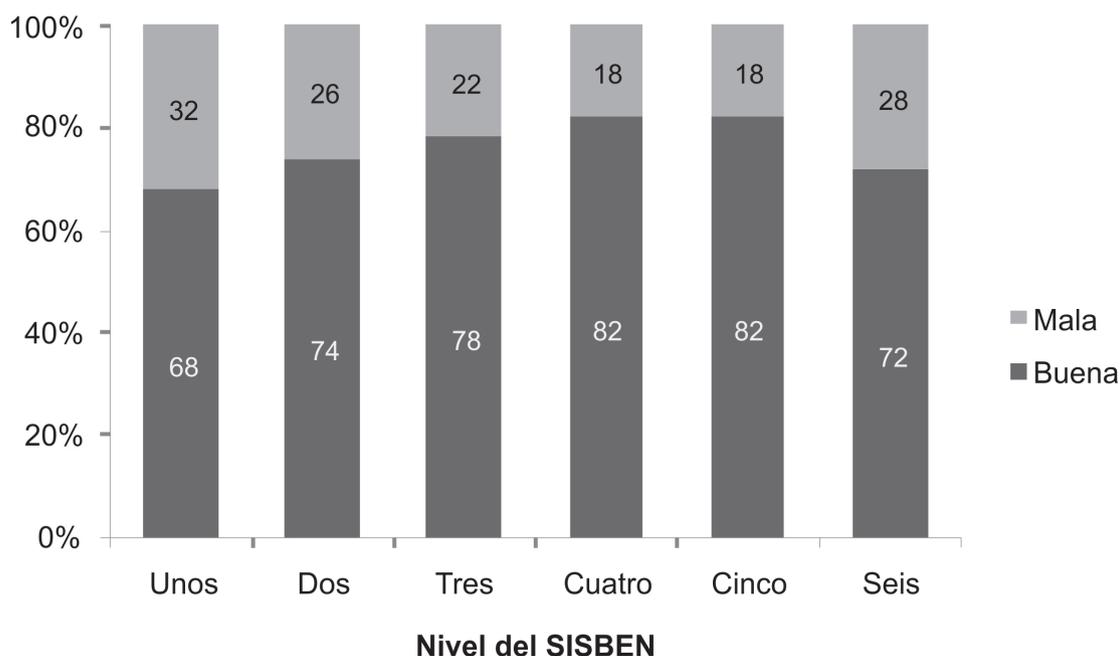
La mayor proporción de percepción de la salud como “muy buena” se da en la población no pobre (ni pobreza ni miseria), con un 17%; en la población en miseria es del 9% y en la población pobre del 11%. Igual comportamiento tiene la percepción de la salud como “buena”. La mayor proporción de percepción de la salud como “regular” se encuentra entre la población en miseria: 33%, mientras que en la no pobre la proporción es de 24% (Gráfico 6.1).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.1. Proporción de personas que perciben su salud como buena o mala por nivel de pobreza. Colombia, 2007

Entre más alto es el nivel del SISBEN, mayor es la proporción de personas que declaran que su salud es buena: 82% en el SISBEN 5 y 68% en el SISBEN 1. En el SISBEN 5 el número de personas que declaran tener buena salud es 2,07 veces el del SISBEN 1, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 63,66, $p < 0,00$) (Gráfico 6.2).



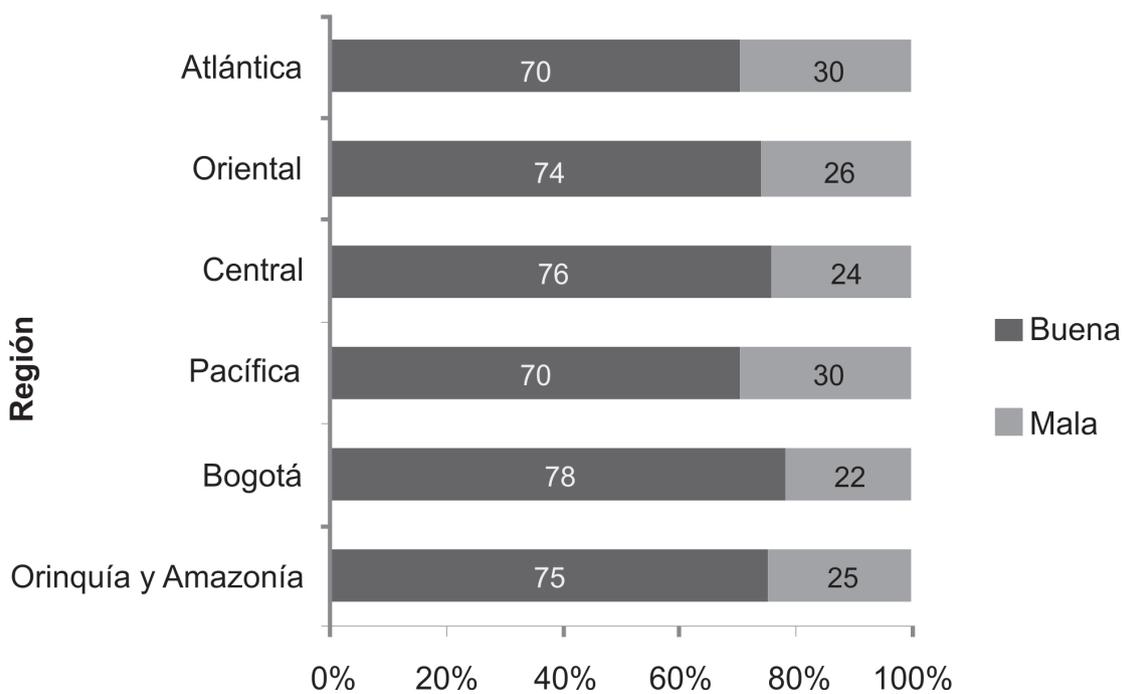
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.2. Proporción de personas que perciben su salud como buena o mala por nivel del SISBEN. Colombia, 2007

Según la región donde residen, hay diferencias en la proporción de personas que declaran tener una buena salud: el 78% de los residentes en la región de Bogotá declaran tener una buena salud, mientras que solo el 70% de las personas que residen en la región Atlántica declaran tener una buena salud (Gráfico 6.3). Por cada una de las personas de esta última región que declaran tener una buena salud, hay 1,53 personas en Bogotá que hacen la misma declaración.

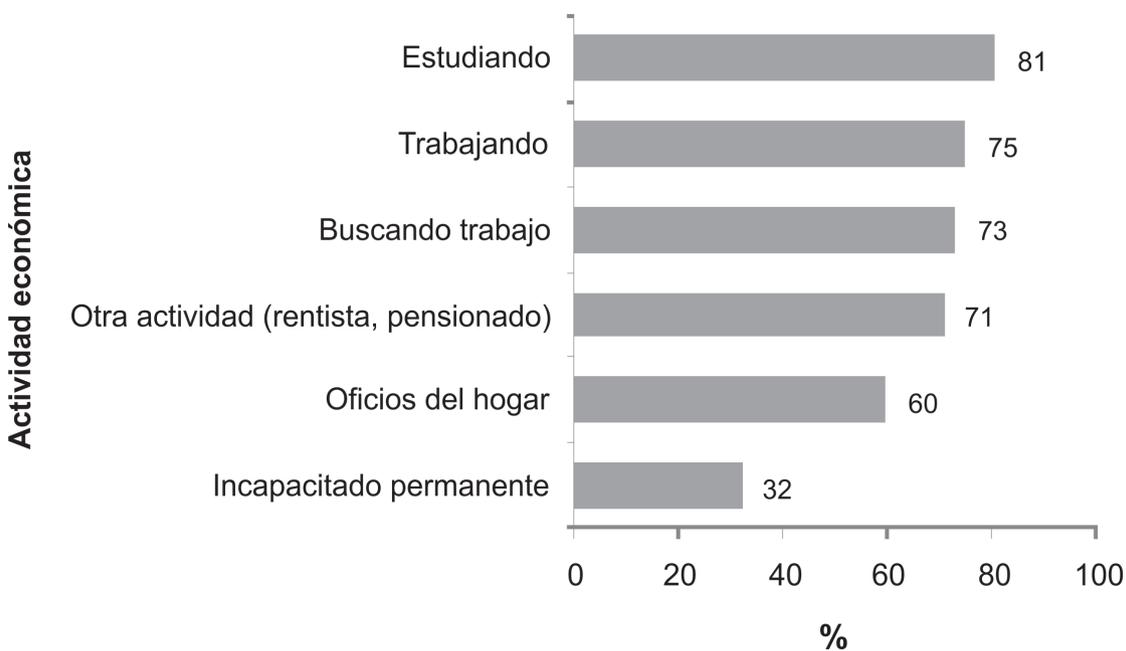
En el análisis por subregiones se observa que el 82% de las personas residentes en el “Área Metropolitana de Medellín” afirman tener una buena salud, y el 67% en la subregión de Córdoba, Sucre y Bolívar Sur. La primera subregión tiene 2,24 veces más que la segunda, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 132,72, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.1).

El grupo de población que en mayor proporción declaró tener una buena salud según la actividad económica que realizaba la semana anterior a la ENS-2007, es el de quienes estaban estudiando, con un 81%, cifra que contrasta con quienes desarrollaban actividades en el hogar: 60% (Gráfico 6.4).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

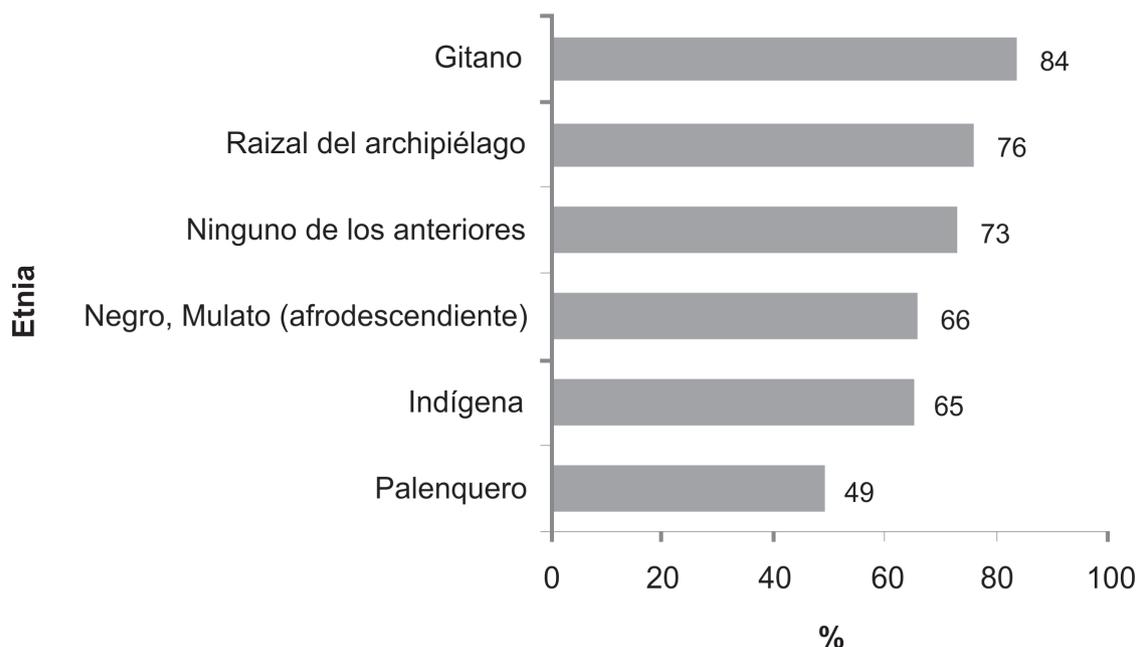
Gráfico 6.3. Proporción de personas que perciben su salud como buena o mala según la región de residencia. Colombia, 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.4. Proporción de personas que perciben su salud como buena o mala según la actividad desempeñada. Colombia, 2007

El grupo étnico con una mayor proporción de personas que declaran tener buena salud es el gitano (84%) y el menor es palenquero (49%). Por cada una de las personas de la etnia palenquero que declaran tener una buena salud, hay 5,38 personas de la etnia gitano que hacen la misma declaración, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado =47.859 $p<0,00$) (Gráfico 6.5).



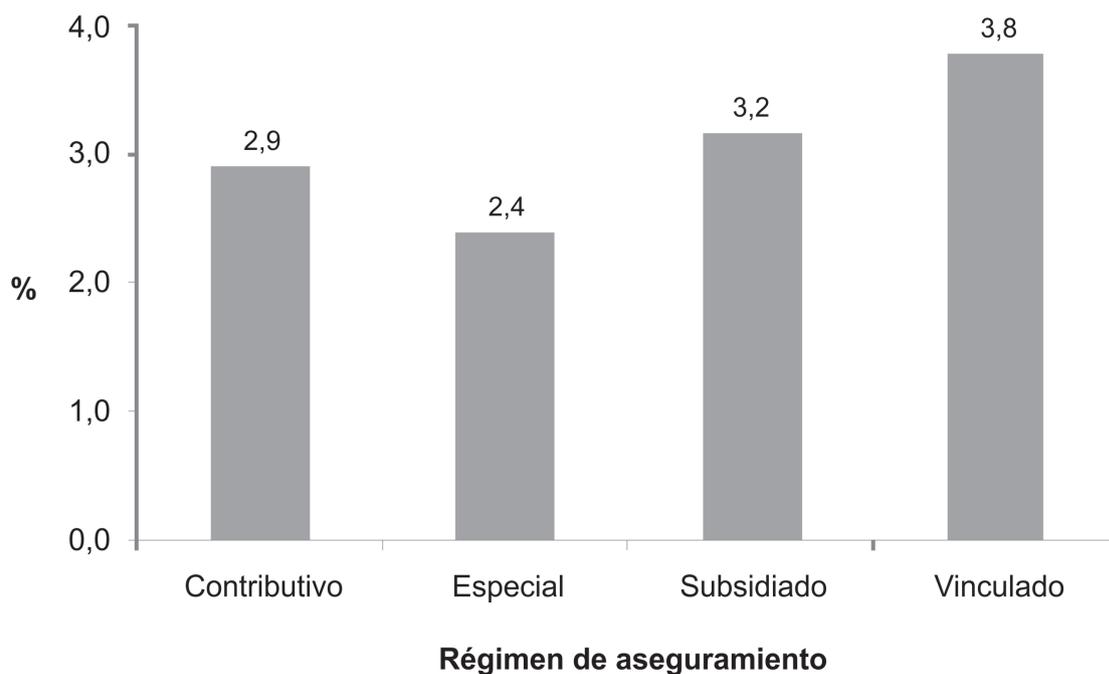
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.5. Proporción de personas que perciben su salud como buena según la etnia a la que pertenece. Colombia, 2007

Lesión causada por accidente

El 4% de los hombres entrevistados en la ENS-2007 expresaron haber sufrido una lesión causada por accidente o violencia en los últimos 30 días; en el grupo poblacional femenino solo el 2% dijo haber sufrido una lesión resultado de accidente o violencia. Por cada mujer que afirmó haber tenido una lesión causada por accidente o violencia en los últimos 30 días, hay 1,7 hombres que hicieron la misma afirmación, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 43,393, $p<0,00$) (Anexo, Gráfico 6.2).

Con respecto al régimen de afiliación a la seguridad social, la mayor proporción de personas que declararon haber sufrido alguna lesión causada por accidente o violencia en los últimos 30 días se encuentra entre los afiliados al régimen subsidiado y los vinculados (Gráfico 6.6). Por cada una de las personas afiliadas al régimen especial que expresaron haber tenido una lesión causada por accidente o violencia en los últimos 30 días, hay 1,6 personas del régimen de vinculados que hicieron la misma declaración, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 2.451, $p<0,00$).



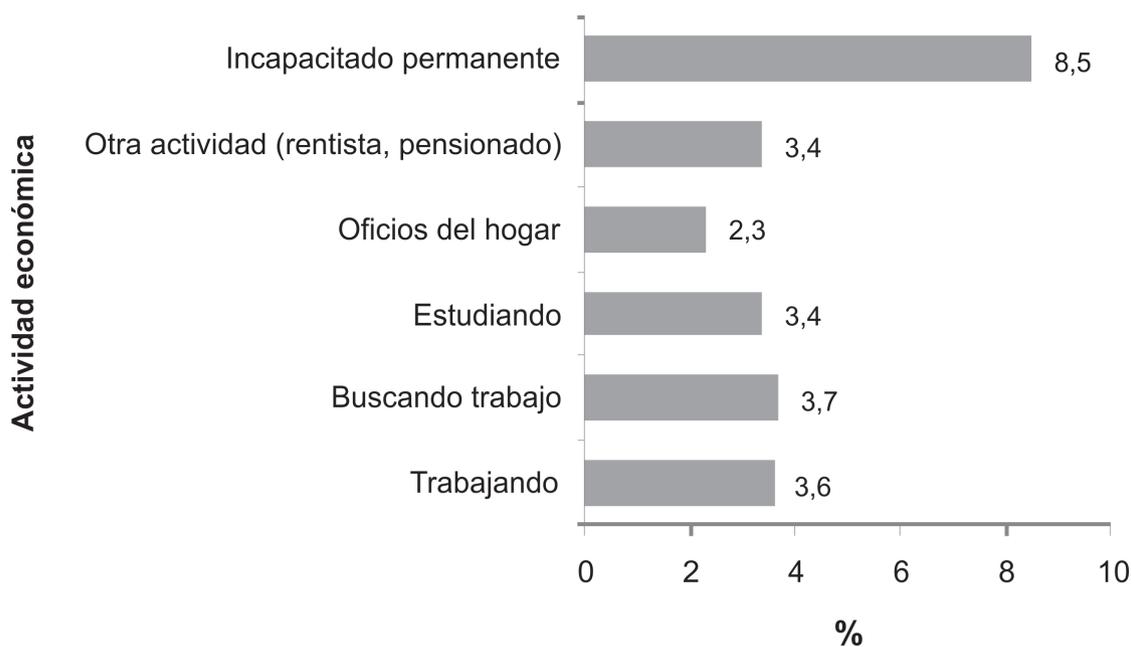
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.6. Proporción de personas que percibieron una lesión causada por accidente o violencia, según el régimen de seguridad social en salud. Colombia, 2007

Hay una mayor proporción de lesiones por accidente en la costa Pacífica: 4%; en las otras regiones es cerca del 3%.

Las subregiones de la región Pacífica, litoral Pacífico, Nariño y Cauca sin litoral Pacífico muestran una ocurrencia de lesiones causadas por accidente o violencia del 5%; las subregiones con menor proporción son las de los Santanderes y Valle –sin el Área Metropolitana de Cali ni el litoral Pacífico–, con el 2% (Anexo, Gráfico 6.3).

Las personas que tuvieron con mayor frecuencia lesión por un accidente son las que se encontraban buscando trabajo (3,7%) o estaban trabajando (3,6%), y las de menor frecuencia quienes se encontraban desempeñando oficios del hogar (2,3%) (Gráfico 6.7).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

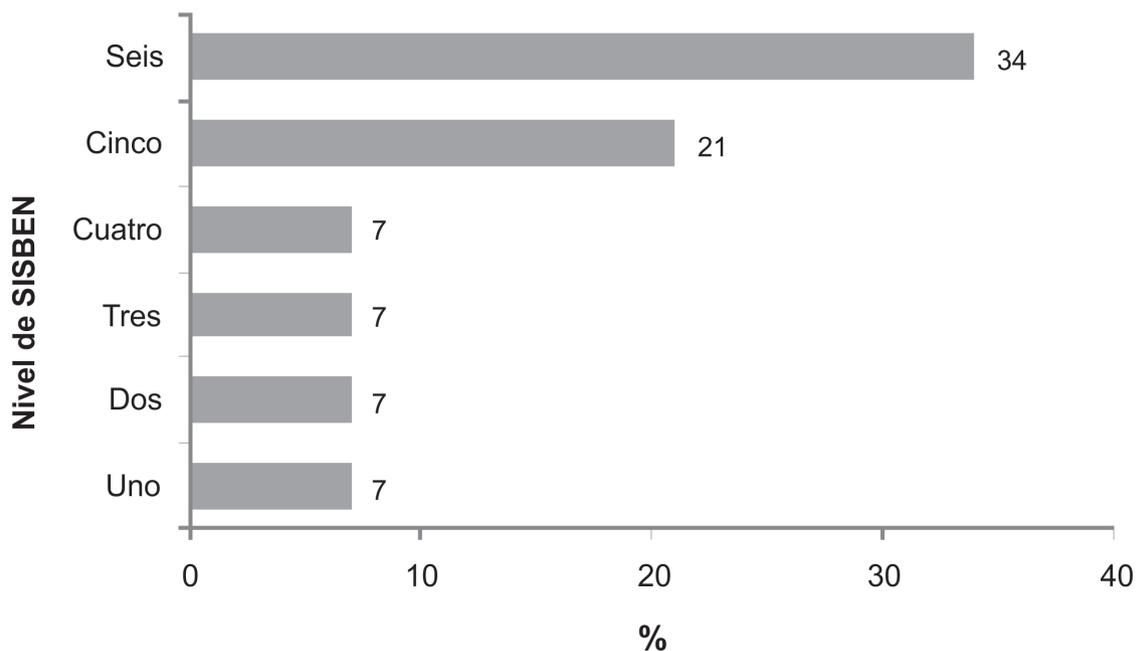
Gráfico 6.7. Proporción de personas que percibieron una lesión causada por accidente o violencia, según la actividad económica. Colombia, 2007

Las personas de la etnia palenquero tienen una frecuencia mayor de lesiones causadas por accidente (10%), y las de la etnia gitana una menor frecuencia (1%) (Anexo, Gráfico 6.4).

Problema mental, emocional o de los nervios

El 7% de las mujeres expresaron haber sufrido en los últimos 30 días de un problema mental, emocional o de los nervios, mientras que el 4% de los hombres expresaron haber sufrido un problema mental. Por cada hombre que expresó haber sufrido un problema mental lo hicieron 1,7 mujeres, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 82.204, $p < 0,00$).

Las personas en situación de miseria acusan en menor proporción un problema mental, emocional o de los nervios: 5%, mientras que los pobres y no pobres tienen una proporción de 7%. A medida que aumenta el nivel del SISBEN, se incrementa la frecuencia de problema mental, emocional o de los nervios: por cada persona del nivel 1 se presentaron entre 3 y 5 personas de los niveles 5 y 6, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 508,4 $p < 0,00$) (Gráfico 6.8).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

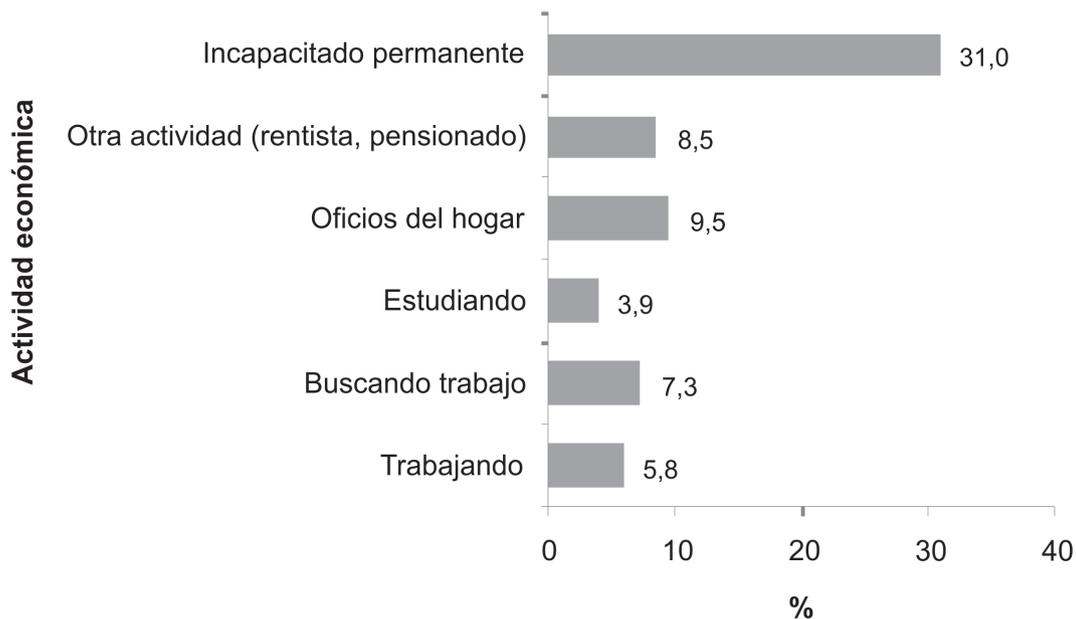
Gráfico 6.8. Proporción de personas que percibieron un problema de salud mental, según nivel de SISBEN. Colombia, 2007

Hay una diferencia significativa en la proporción de problema mental según las áreas de residencia: las personas que residen en el centro poblado manifiestan en mayor medida este problema de salud.

También se presentan diferencias en la percepción de problema mental según las regiones: la Pacífica, con el 7,9%, tiene una mayor percepción de enfermedad mental, y contrasta con la Oriental, con el 5,1%. Por cada persona de la región Oriental se presentan 1,62 personas en la Pacífica, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 155,0, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.5).

La subregión con una mayor percepción de enfermedad mental es la de "Cauca y Nariño sin litoral Pacífico" (11%), y contrasta con las subregiones de los "Santanderes" y "Área Metropolitana de Barranquilla" (4%). Por cada persona de estas últimas subregiones hay 2,77 personas en la subregión "Cauca y Nariño sin litoral Pacífico" (Anexo, Gráfico 6.6).

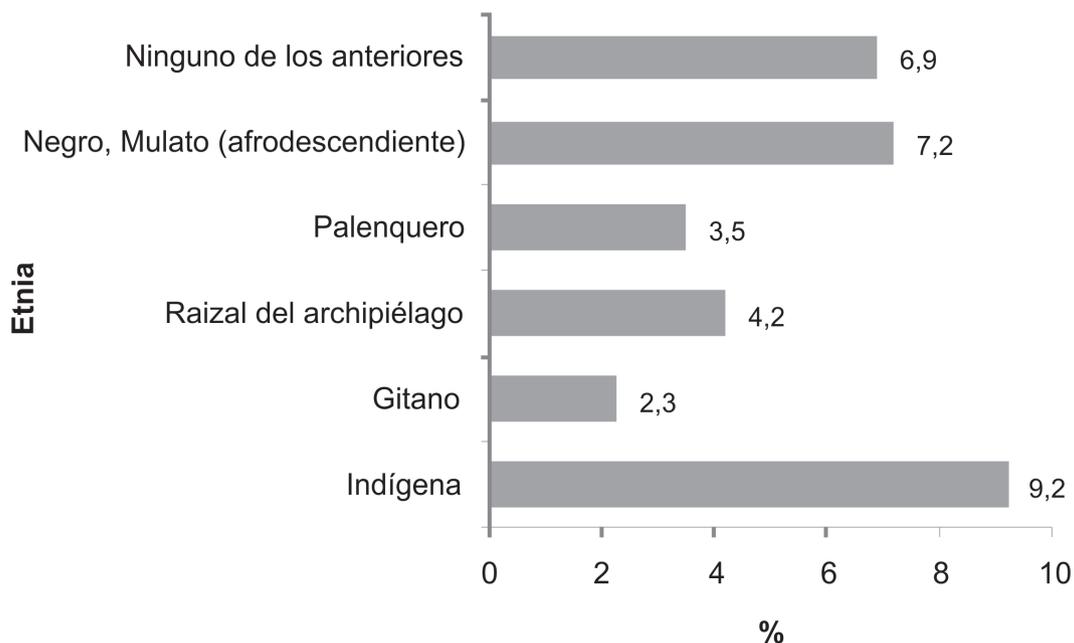
Existe diferencia significativa entre los grupos de población clasificados según la actividad realizada la semana anterior: el grupo de incapacitados permanentemente para trabajar tienen una percepción de enfermedad mental de 31%, en contraste con las personas que estaban estudiando: 3,9%. Por cada persona de este último grupo poblacional que percibe haber tenido un problema de salud mental, hay 11 personas entre la población de incapacitados permanentemente para trabajar, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 57.701, $p < 0,00$) (Gráfico 6.9).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.9. Proporción de personas que percibieron un problema de salud mental, según actividad desempeñada. Colombia, 2007

El grupo étnico que presenta una mayor frecuencia de problema mental es el de los indígenas: 9,2%, y el de menor frecuencia es el de los gitanos: 2,3%. La proporción entre ambos grupos étnicos es de 1 gitano por 4,27 indígenas, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 5.114, $p < 0,00$) (Gráfico 6.10).



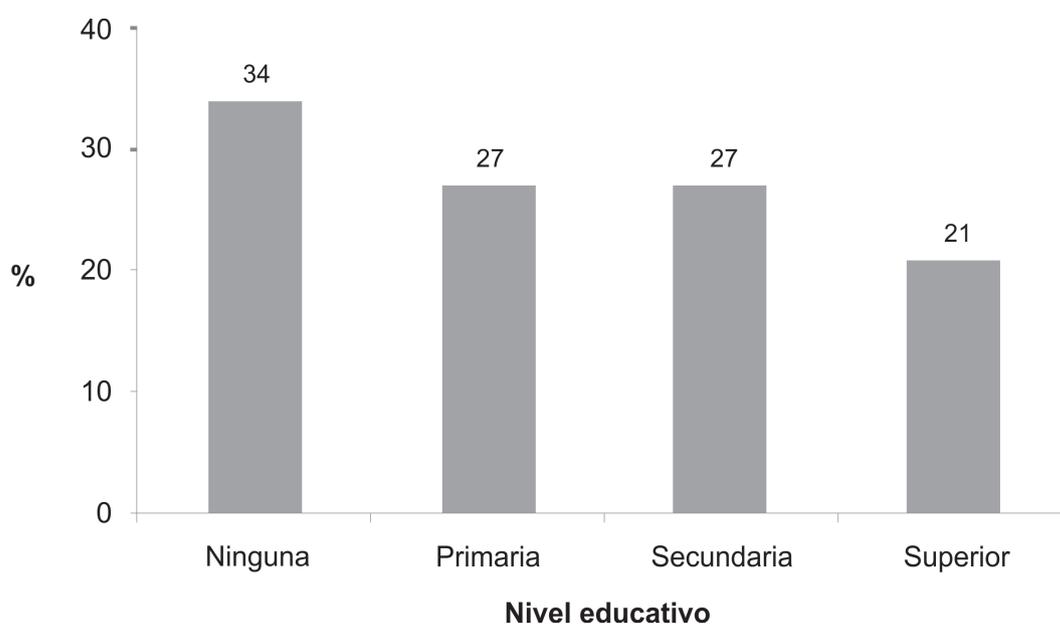
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.10. Proporción de personas que percibieron un problema de salud mental, según etnia. Colombia, 2007

Incapacidad en el último mes

El 27,5% de los hombres expresaron haber tenido uno o más días de incapacidad, frente al 26,2% de las mujeres. La diferencia es significativa (chi-cuadrado = 1.388, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.7).

La incapacidad de las personas encuestadas tiene una relación inversa con su nivel educativo: el 34% las personas con ninguna educación tienen 1 o más días de incapacidad, y quienes presentan la menor proporción son las de educación superior: 21%. A cada persona de educación superior que expresó haber tenido incapacidad le corresponden 1,93 personas sin ninguna educación, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 46,11, $p < 0,00$) (Gráfico 6.11).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.11. Proporción de personas que expresaron haber tenido incapacidad, según nivel educativo. Colombia, 2007

La población pobre y no en miseria se incapacita más (28%) que la no pobre (26%). Por cada persona que se incapacita entre los no pobres, se incapacitan 1,09 personas pobres y no en miseria, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 3.949, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.8).

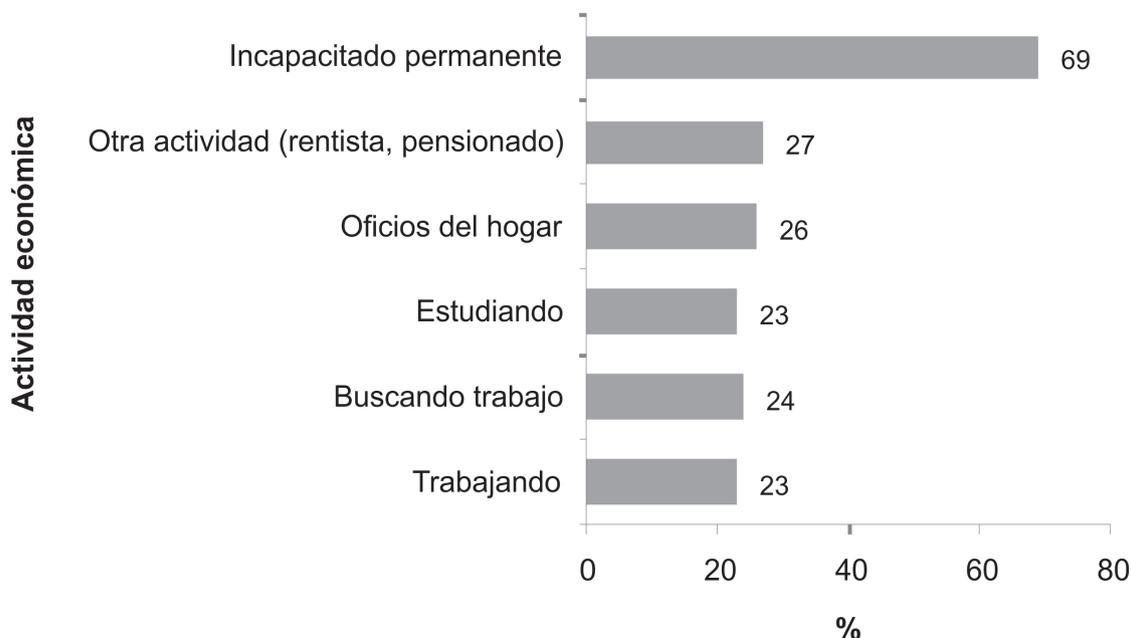
El 29% de los residentes en el área rural dispersa y el 26% de los residentes en la cabecera municipal se incapacitan (Anexo, Gráfico 6.9).

Según las regiones, los residentes en la costa Atlántica se incapacitan en menor proporción (20,9%), y los de la región Central en mayor proporción (29%). Por cada persona que se incapacita en la región Atlántica, se incapacitan 1,55 en la Central, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 10.248, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.10).

La subregión integrada por Atlántico sin el Área Metropolitana de Barranquilla, San Andrés y Bolívar Norte tiene la menor proporción de personas que declararon ser totalmente incapaz de

realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a cualquier problema de salud: 18%; la más alta proporción se encontró en la subregión de Antioquia sin el Área Metropolitana de Medellín: 32%. Por cada persona que se incapacita en la subregión Atlántico sin el Área Metropolitana de Barranquilla, San Andrés y Bolívar Norte, se incapacitan 2,11 en la subregión de Antioquia sin el Área Metropolitana de Medellín, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 2.846, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.11).

Según la actividad que desempeñaban la semana anterior –sin tener en cuenta al “Incapacitado permanentemente para trabajar”–, los grupos de población que en menor proporción declararon ser totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a cualquier problema de salud son los de quienes estaban trabajando y estudiando (23%), y el de mayor proporción el de quienes desempeñaban “Otra actividad (rentista, pensionado)” (27%). Por cada persona que estaba estudiando o trabajando se incapacitan 1,25 personas que realizaban otra actividad (rentistas, pensionado), diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 53.980, $p < 0,00$) (Gráfico 6.12).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.12. Proporción de personas que expresaron haber tenido uno o más días de incapacidad, según actividad desempeñada. Colombia, 2007

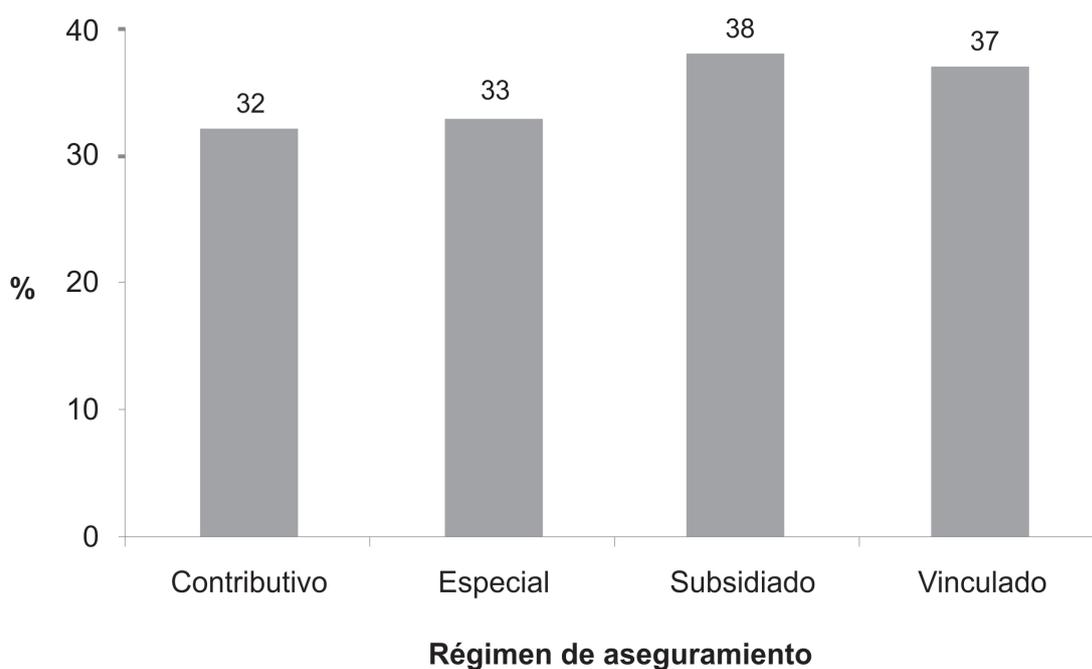
El grupo étnico que en mayor proporción declaró ser totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a cualquier problema de salud es el de los palenqueros (49%), la etnia con menor proporción de incapacidad es el “raizal del archipiélago” (21%). Por cada persona que se incapacita en este grupo se incapacitan 3,52 del grupo étnico palenqueros, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 347,0, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.12).

Reducción de la actividad diaria

El 34% de los hombres declararon que habían reducido su actividad diaria uno o más días por causa de un problema de salud, mientras que la proporción de mujeres fue superior 36%, diferencia que es significativa (chi-cuadrado = 334.585, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.13).

La reducción de la actividad diaria debido a un problema de salud entre las personas encuestadas tiene relación con el nivel educativo: la mayor proporción se encuentra entre las personas con educación primaria, 40%, y la menor entre las personas con educación superior, 30%. Por cada persona con educación superior que reduce su actividad diaria lo hacen 1,4 personas con educación primaria, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 4.644, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.14).

Se observan también diferencias según los regímenes de afiliación a la seguridad social: el 37% de los subsidiados y el 38% de los vinculados tuvieron que reducir su actividad diaria debido a un problema de salud; en los regímenes contributivo y especial la proporción es de 32% y 33%. Por cada persona del régimen contributivo que reduce su actividad diaria lo hacen 1,28 personas del régimen subsidiado, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 538, $p < 0,00$) (Gráfico 6.13).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.13. Proporción de personas que expresaron haber reducido su actividad diaria debido a un problema de salud, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007

Con respecto a la condición socioeconómica, la mayor proporción de personas que redujeron su actividad diaria al menos un día debido a un problema de salud se encuentra entre la

población en estado de pobreza (no miseria), con un 40,3%, mientras que la población no pobre tiene una proporción de 34,1%. A cada persona no pobre que redujo su actividad diaria debido a un problema de salud corresponden 1,3 personas de la población pobre y no miseria, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 31.098, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.15).

Quienes residen en la cabecera municipal declaran en menor proporción (33%) haber reducido sus actividades diarias o su trabajo debido a cualquier problema de salud (sin contar los días en que estuvo totalmente incapacitada), y la mayor proporción la presentan quienes residen en el área rural dispersa (44%). Por cada persona que redujo su actividad diaria debido a un problema de salud en la cabecera municipal, lo hicieron 1,55 personas del área rural dispersa, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 62.919, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.16).

Según regiones, la población residente en la Orinoquia-Amazonía es la que tiene una mayor proporción de personas que redujo sus actividades diarias o su trabajo debido a un problema de salud (sin contar los días en que estuvo totalmente incapacitada): 38,7%; este resultado contrasta con el de la población residente en la región Central: 33,5%. Por cada una de estas personas que redujeron su actividad, lo hicieron 1,25 personas de la región de Orinoquia-Amazonía, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 1.946, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.17).

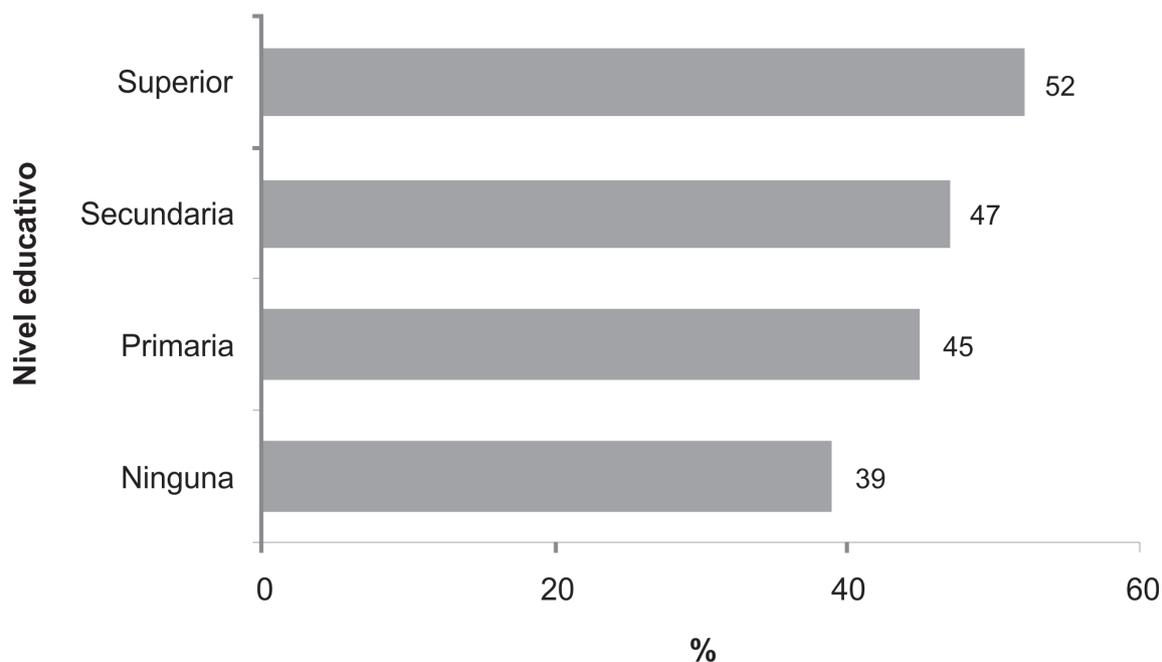
La población residente en la subregión de Cauca y Nariño sin litoral Pacífico tiene la mayor proporción de personas que redujo sus actividades diarias o su trabajo debido a cualquier problema de salud (sin contar los días en que estuvo totalmente incapacitada): 46%; por el contrario, las subregiones Área Metropolitana de Cali y Valle sin Área Metropolitana de Cali tienen la menor proporción: 24%. Por cada una de estas personas hay 2,8 personas en la subregión de Cauca y Nariño sin litoral Pacífico que redujeron su actividad diaria debido a un problema de salud, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 12.035, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.18).

Las personas que desempeñaban oficios del hogar son quienes en mayor proporción redujeron sus actividades diarias o su trabajo debido a un problema de salud (sin contar los días en que estuvo totalmente incapacitada): 39%; y las de menor reducción de su actividad diaria son las que estaban estudiando: 31%. Por cada una de estas personas, 1,43 de quienes desempeñaban oficios del hogar redujeron su actividad diaria, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 82.6, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.19).

Demanda de servicios de salud

El 48% de las mujeres demandaron servicios de salud por algún problema en los últimos 30 días, mientras que los hombres lo hicieron en un 42%. Esto es: por cada hombre que demandó servicios de salud lo hicieron 1,27 mujeres. Esta diferencia es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 27.781, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.20).

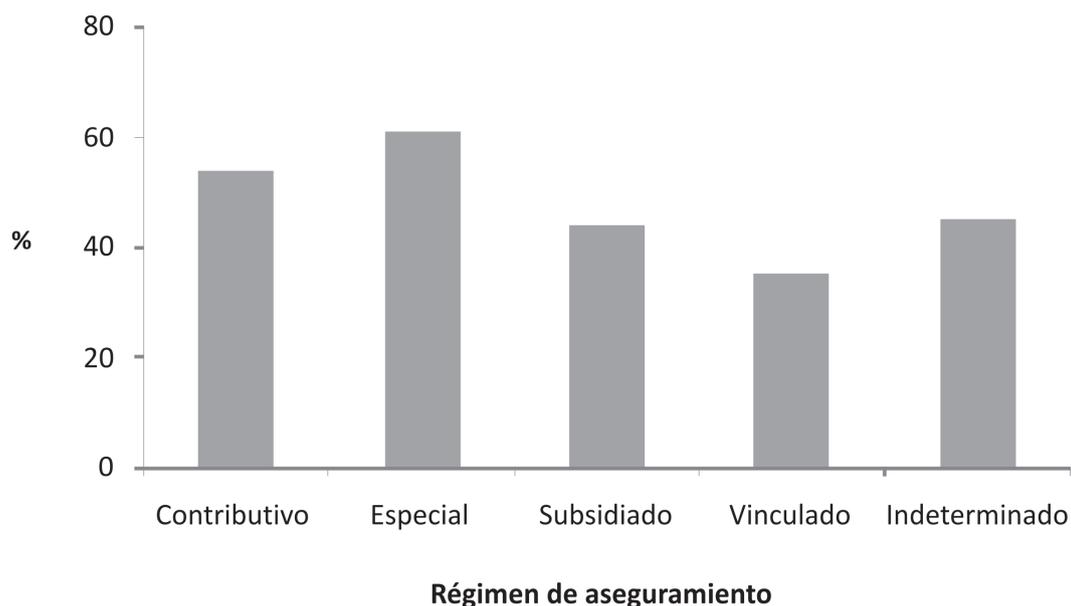
El nivel educativo de las personas genera diferencias en la demanda de servicios de salud: a mayor educación mayor demanda. La proporción es: 52% en las personas con educación superior, y 39% en las personas con ninguna educación. Sin embargo esta diferencia resulta estadísticamente no significativa ($\chi^2 = 0,069$, $p=0,79$) (Gráfico 6.14).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.14. Proporción de personas que expresaron haber demandado servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según nivel educativo. Colombia, 2007

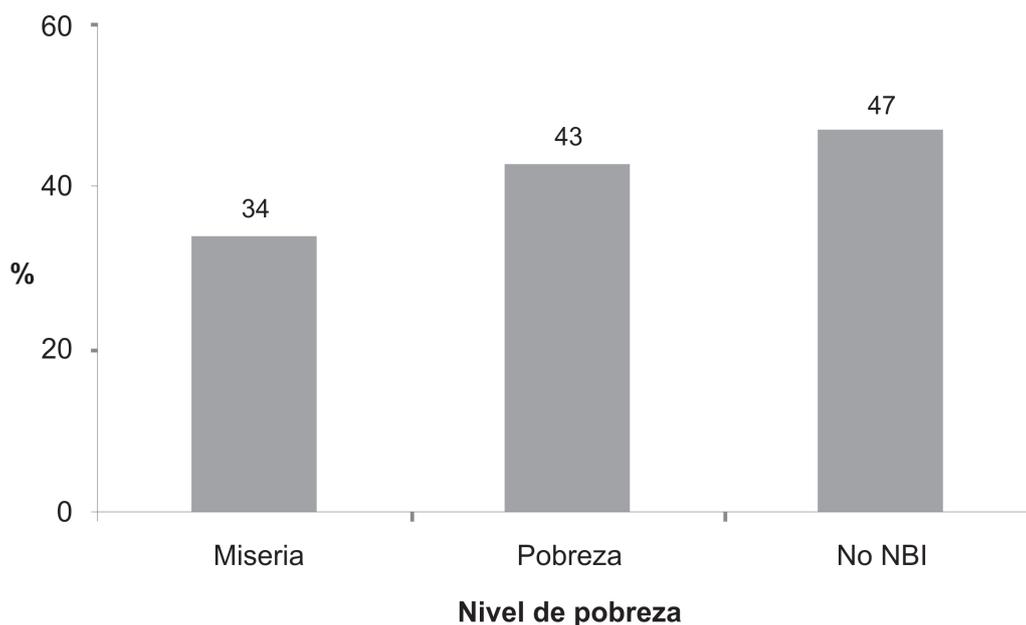
También la afiliación a la seguridad social genera diferencias en la demanda de servicios de salud: la población que más demanda estos servicios es la afiliada al régimen especial (61%), casi el doble de la población del vinculado (35%). La demanda de los afiliados al régimen contributivo es de 54%. Por cada persona del régimen vinculado que demanda servicios de salud lo hacen 1,47 personas del régimen especial. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 111.502$, $p < 0,00$) (Gráfico 6.15).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.15. Proporción de personas que expresaron haber demandado servicios de salud por los problemas de salud en los últimos 30 días, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007

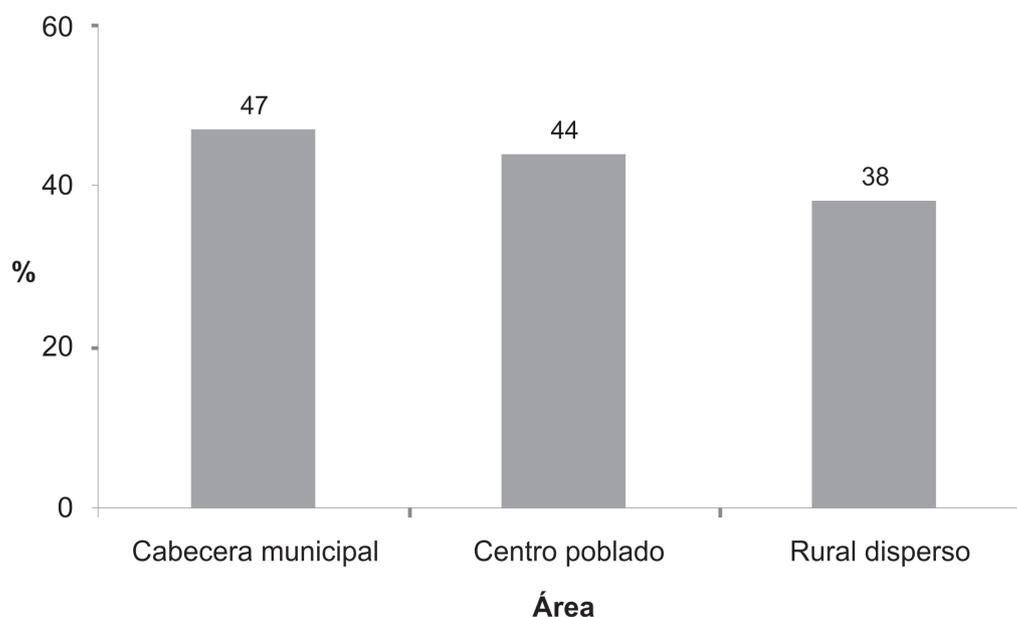
Es evidente la mayor demanda de servicios de salud por algún problema en la población no pobre: 47%, mientras que en la población caracterizada como en miseria lo hace el 34%; esto es, una persona por 1,72 de la población no pobre. Esta diferencia es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 48.646, $p < 0,00$) (Gráfico 6.16).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.16. Proporción de personas que expresaron haber demandado servicios de salud por los problemas de salud en los últimos 30 días, según NBI. Colombia. 2007

El 47% de las personas residentes en la cabecera municipal ha consultado o buscado ayuda por algún problema de salud en los últimos 30 días, mientras que aquellas que residen en el área rural dispersa solo lo hacen en un 38%. Por una persona que reside en el área rural dispersa, 1,48 personas de la cabecera municipal demandan servicios de salud. Esta diferencia es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 37.745, $p < 0,00$) (Gráfico 6.17).

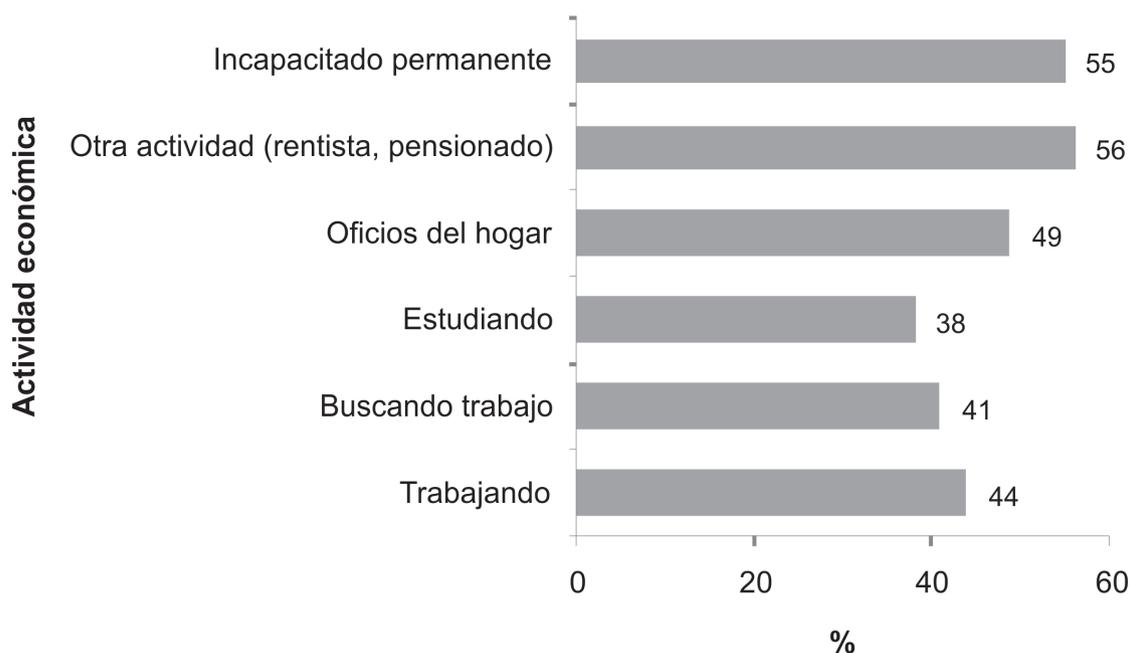


Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.17. Proporción de personas que expresaron haber demandado servicios de salud por los problemas de salud en los últimos 30 días, según área de residencia. Colombia, 2007

Las personas residentes en la subregión Valle sin Área Metropolitana de Cali ni litoral Pacífico son las que más han consultado o buscado ayuda por algún problema de salud en los últimos 30 días: 54%; este porcentaje contrasta con la baja demanda que hace la población de la subregión litoral Pacífico, donde solo demanda el 40% de las personas. Por cada persona que demanda en la subregión litoral Pacífico lo hacen 1,78 personas del Valle sin Área Metropolitana de Cali ni litoral Pacífico; diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 46,66, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.21. Los datos que aparecen en este gráfico de Orinoquia-Amazonía pertenecen exclusivamente a áreas urbanas).

Las personas que en la semana anterior a la ENS-2007 tenían como ocupación “Otra actividad (rentista, pensionado)” son quienes más han consultado o buscado ayuda por algún problema de salud en los últimos 30 días (56%), y las que menos han demandado estos servicios pertenecen al grupo de actividad “Estudiando” (38%). Por cada una de estas personas, 2,05 personas de quienes desempeñan “Otra actividad (rentista, pensionado)” demandan servicios de salud, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 428 $p < 0,00$) (Gráfico 6.18).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.18. Proporción de personas que expresaron haber demandado servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según actividad que desempeñaban. Colombia, 2007

¿A quién consultó?

El 85% de las personas que demandaron servicios de salud por algún problema en los últimos 30 días se dirigieron a un médico; de ellos, el 83% eran hombres y el 86% mujeres. Después del médico, el más consultado fue el odontólogo: 7,7 % hombres y 5,5% mujeres (Anexo, Gráfico 6.22).

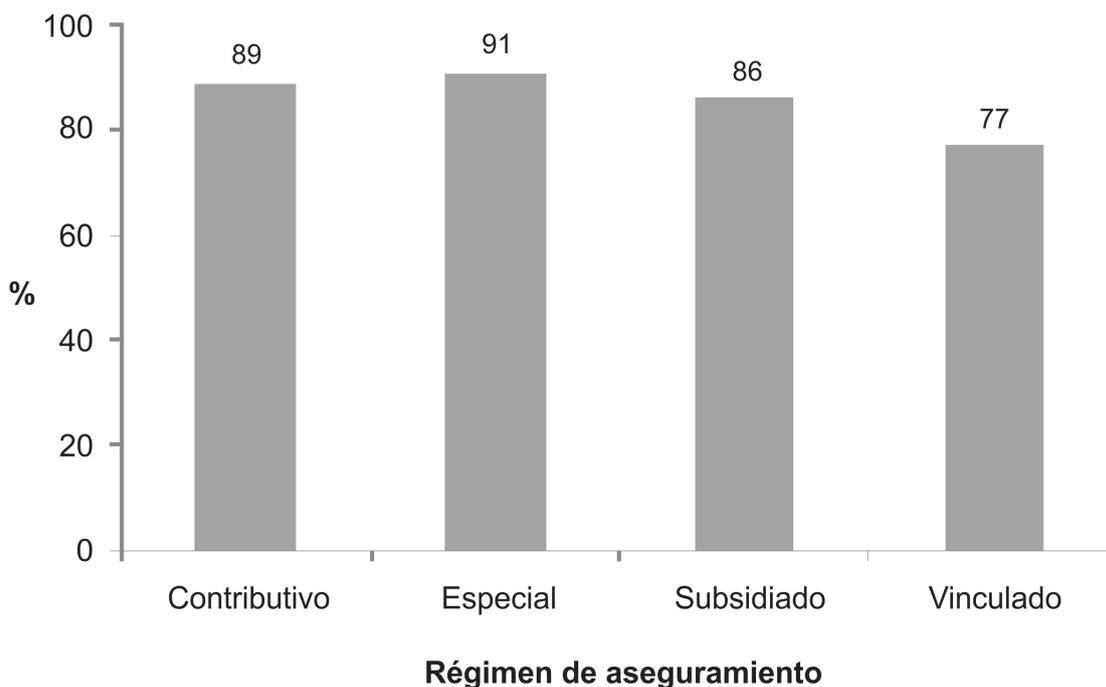
Según el nivel socioeconómico, la mayor proporción de personas que demandaron servicios de salud en los últimos 30 días a un médico se encontró en los hogares no pobres: 87%, mientras que las personas de hogares pobres lo hicieron en un 83% (Anexo, Gráfico 6.23).

Por áreas, la demanda de servicios de salud a un profesional (médico u odontólogo) en los últimos 30 días es la siguiente: personas residentes en la cabecera municipal: 92%, en área rural dispersa: 90%, y en centro poblado 88%. Por una persona que demandó servicios al médico u odontólogo en el centro poblado, lo hicieron 1,59 personas de la cabecera municipal; esta diferencia es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 47.686, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.24).

La población de las regiones Oriental y Bogotá fue la que con mayor frecuencia consultó a un profesional de la salud cuando se sintió enferma (93%), y la que menos consultó fue la población de la región Atlántica. Por cada persona que consultó en esta región, consultaron 1,70 personas en las regiones Oriental y Bogotá, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 11.163, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.25).

El 93% de las personas que residen en la subregión conformada por Boyacá, Cundinamarca y Meta declararon demandar servicios profesionales de médico y odontólogo, mientras que en la subregión de Bolívar Sur, Sucre y Córdoba lo hizo el 87%. Por cada persona de esta subregión que demandó servicios profesionales para resolver los asuntos relacionados con la salud, 2,06 lo hicieron en la subregión de Boyacá, Cundinamarca y Meta; esta diferencia es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 2.660, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.26).

Al comparar la demanda de servicios de salud a médico y odontólogo con el tipo de afiliación a la seguridad en salud, se observa: el 91% de los afiliados al régimen especial han demandado estos servicios, mientras que los vinculados solo lo hacen en un 77%. Así pues, a una persona del régimen de vinculados corresponde 2,85 personas del régimen especial, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 108.313, $p < 0,00$) (Gráfico 6.19).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.19. Proporción de personas que consultaron a un médico la última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con la salud, según afiliación al SGSSS. Colombia, 2007

Demanda de servicios de salud cuando hay accidentes

El 62% de las personas que sufrieron un accidente demandaron servicios de salud al médico, a otra persona o a una institución; de ellas, 60% eran hombres y 65% mujeres. Por cada hombre que sufrió un accidente y demandó servicios de salud, lo hicieron 1,25 mujeres, esta diferencia es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 1.714, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.27).

La demanda de servicios de salud con ocasión de un accidente presenta diferencias según el nivel de educación de las personas: aquéllas con nivel educativo superior consultaron en un 75%, mientras que quienes solo tenían primaria y secundaria lo hicieron en un 62%; esto es, por cada persona de nivel educativo primaria o secundaria que demandó servicios de salud debido a un accidente, lo hicieron 1,47 personas del nivel de educación superior. Diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 1.815, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.28).

El 75% de la población no pobre consulta al médico, a otra persona o a una institución de salud cuando sufre un accidente, mientras que las personas categorizadas como población en miseria lo hacen en un 53%. Así, pues, por cada persona en esta última situación que consulta con ocasión de un accidente, lo hacen 1,62 personas categorizadas como población no pobre, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 6.094, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.29).

El lugar de residencia genera diferencias en la demanda de servicios médicos, a otra persona o a una institución de salud por las lesiones sufridas en el último accidente: las personas que residen en centro poblado son las que menos acceden a este servicio, 57%, mientras que quienes residen en área rural dispersa acceden en un 65%. Por cada persona residente en centro poblado que accede a servicios de salud brindados por médicos, otra persona o una institución de salud, 1,38 personas del área rural dispersa acceden a ellos; esta diferencia es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 1.105, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.30).

La distribución por regiones también generó diferencias de demanda de servicios médicos, a otra persona o a una institución por las lesiones sufridas en el último accidente: las personas residentes en la región Atlántica son las que menos acceden a este servicio (61%), mientras que las de la región Pacífica son quienes más acceden (68%). Por cada persona de la región Atlántica que accede a servicios médicos, a otra persona o a una institución, lo hacen 1,36 personas de la región Pacífica, esta diferencia es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 2.373, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.31).

Por subregiones, las personas residentes en la subregión Atlántico sin Área Metropolitana de Barranquilla, San Andrés y Providencia y Bolívar Norte son las que menos demandan servicios médicos, a otra persona o a una institución de salud por las lesiones sufridas en el último accidente (54%), mientras que las personas de la región Valle sin Área Metropolitana de Cali ni litoral Pacífico son las que más demandan (81%) (Anexo, Gráfico 6.32). Esto significa que por cada persona de la subregión Atlántico sin Área Metropolitana de Barranquilla, San Andrés y Providencia y Bolívar Norte que demanda dichos servicios, lo hacen 3,69 personas de la subregión Valle sin Área Metropolitana de Cali ni litoral Pacífico, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 82,8, $p < 0,00$).

Según ocupación, las personas que buscan trabajo son las que menos demandan servicios médicos, a otra persona o a una institución por lesiones sufridas en el último accidente: 48%, mientras que las personas con incapacidad permanente para trabajar consultan en un 88% (Anexo, Gráfico

3.33). Por cada persona perteneciente a la categoría “buscan trabajo” que demandó el servicio, 7,84 personas con incapacidad permanente para trabajar lo hicieron, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 6.657, $p < 0,00$).

Atención del accidente

El 99% de las personas que demandaron atención por haber sufrido un accidente fueron atendidas; las diferencias por género son mínimas (Anexo, Gráfico 6.34).

El 99,3% de las personas de nivel educativo superior que sufrieron un accidente y el 95,7% de las personas de ningún nivel educativo fueron atendidas (Anexo, Gráfico 6.35). Por cada persona en esta última situación que es atendida cuando sufre un accidente, 3,5 personas no pobre son atendidas, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 137, $p < 0,00$).

Cuando sufre un accidente, la población no pobre es atendida en mayor proporción (99,1%) que la población en situación de miseria (96,9%) (Anexo, Gráfico 6.36).

No hay diferencias entre los regímenes de seguridad social cuando las personas se accidentan y demandan servicios de salud.

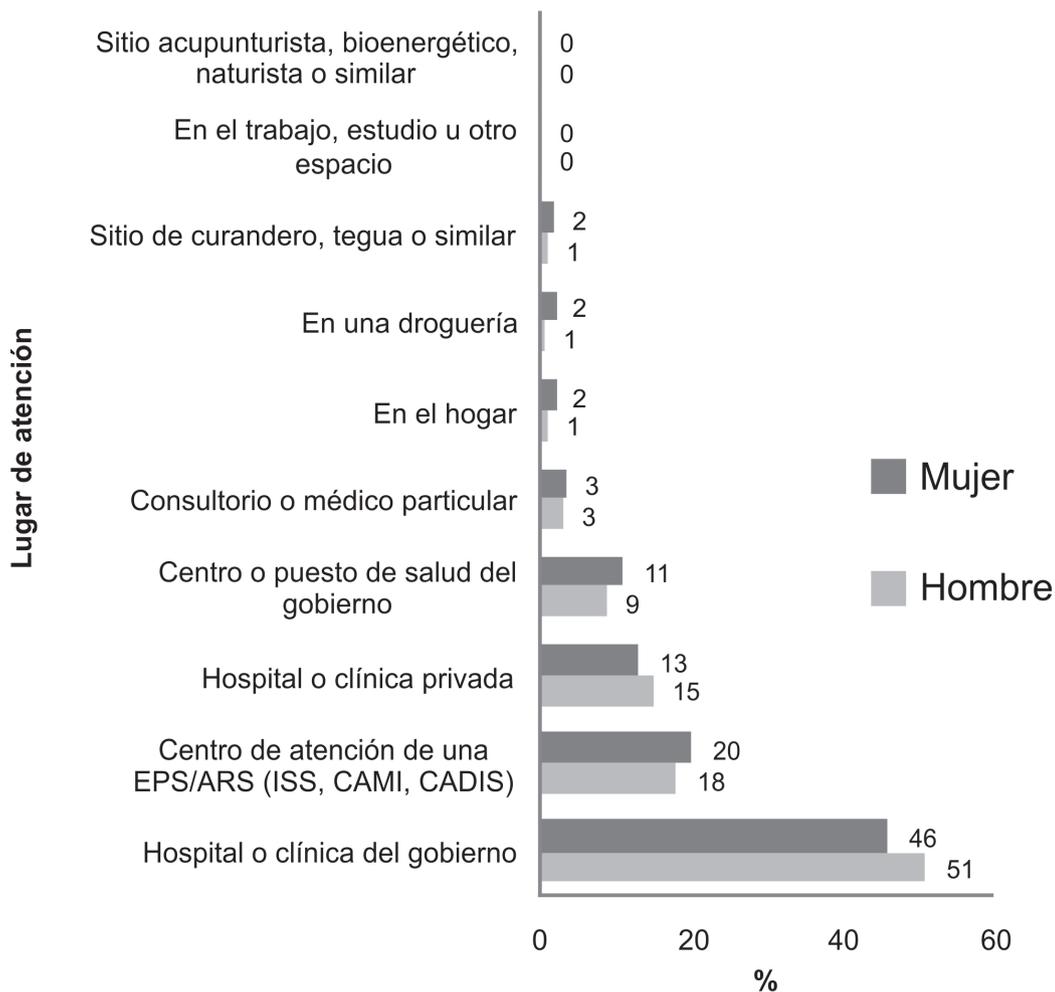
La región donde residen las personas genera diferencias en la atención o no del accidente: las personas residentes en la región Bogotá fueron atendidas en un 99,7%, mientras que en la región Pacífica se atendió al 97,7% (Anexo, Gráfico 6.37). Por cada persona que se atendió en la región Pacífica, se atendieron 7,23 en Bogotá, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 61,29, $p < 0,00$).

Por subregiones, en Bogotá todas las personas que sufrieron un accidente fueron atendidas (100%), mientras que de los residentes en la subregión Valle sin Área Metropolitana de Cali ni litoral Pacífico solo se atendió al 94% (Anexo, Gráfico 6.38). Esto significa que en Bogotá se atendieron 4,85 personas por una de la subregión Valle sin Área Metropolitana de Cali ni litoral Pacífico, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 634,83, $p < 0,00$).

La pertenencia a un grupo étnico generó también diferencias en la atención o no del accidente: las personas de las etnias gitano y raizal del archipiélago fueron atendidas en su totalidad (100%), mientras que la población perteneciente al grupo étnico negro y mulato (afro descendiente) solo alcanzó el 97% (Anexo, Gráfico 6.39). Por cada persona de esta etnia atendida, se atendieron 5,44 personas de las etnias gitano y raizal del archipiélago, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 990,95, $p < 0,00$).

Institución donde se atendió el accidente

El 49% de las personas que sufrieron un accidente y demandaron servicios de salud lo hicieron a un hospital o clínica del gobierno; entre ellos, 46% eran mujeres y 51% hombres. Las demás personas demandaron a centros de atención de una EPS (19%) y a hospital o clínica privada (14%) (Gráfico 6.20).



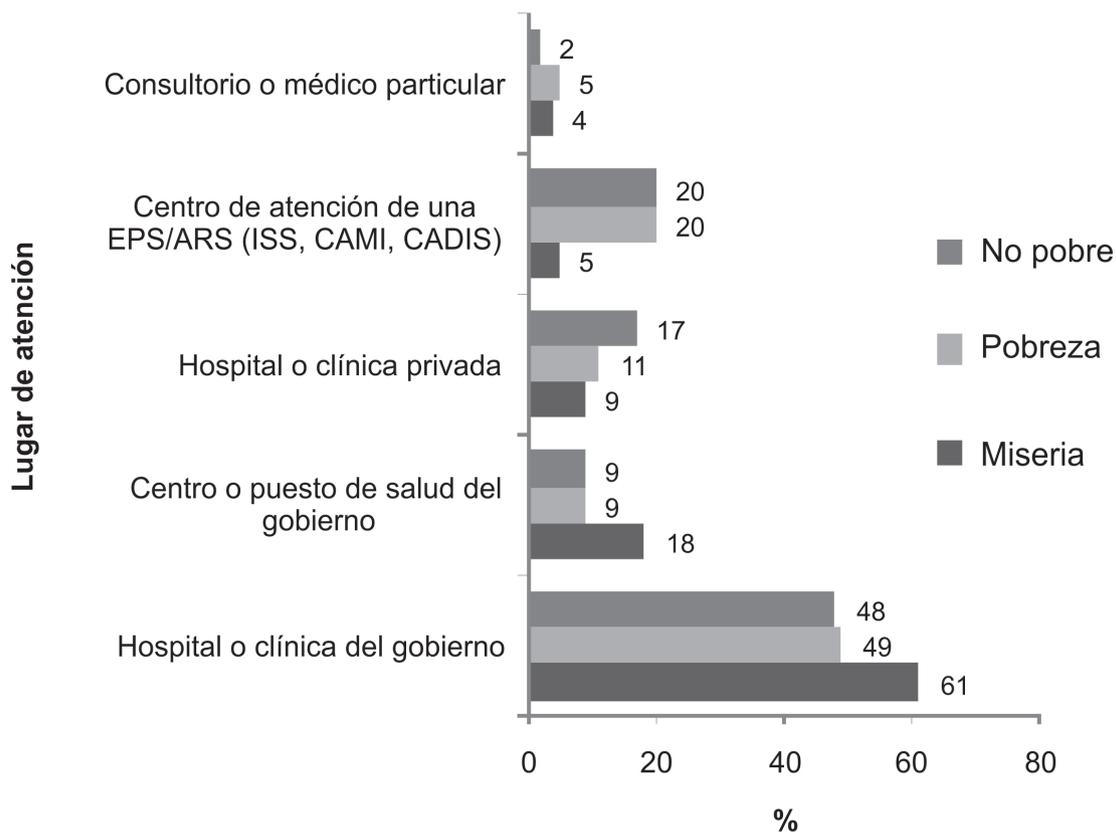
Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.20. Proporción de personas en cada uno de los lugares a donde fue la última vez para el tratamiento de las lesiones sufridas en un accidente, según sexo. Colombia, 2007

La utilización de los distintos tipos de institución para el tratamiento de lesiones sufridas en un accidente tiene relación con el nivel educativo: el “Hospital o clínica del gobierno” y el “Centro o puesto de salud del gobierno” son más utilizados por las personas con un menor nivel educativo (58%) que por aquéllas de mayor nivel educativo (37%), lo que contrasta con el menor uso de “Hospital o clínica privada” o “Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS)” por parte del nivel educativo “Ninguno” (12%) y el mayor uso de estas instituciones por quienes alcanzaron el nivel educativo superior (28%) (Anexo, Gráfico 6.40).

El tipo de aseguramiento en salud no genera diferencias para la demanda de servicios, con ocasión de un accidente, a una “institución del gobierno”.

Cuando la población en situación de miseria sufre un accidente, acude a las instituciones públicas (61%), mientras que la población no pobre demanda servicios en hospital privado o en centros de atención de las EPS (20%) (Gráfico 6.21).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.21. Proporción de personas en cada uno de los lugares a donde fue la última vez para el tratamiento de las lesiones sufridas en un accidente, según NBI. Colombia, 2007

El área de residencia de las personas generó diferencias en el tipo de institución a la que se acude en busca del tratamiento de las lesiones sufridas en un accidente: el 62% de las personas que residen en el área rural disperso demandaron los servicios en el “Hospital, o clínica del gobierno”, mientras que solo el 47% de los residentes en la cabecera municipal acudieron al “Hospital, o clínica del gobierno” (Anexo, Gráfico 6.41).

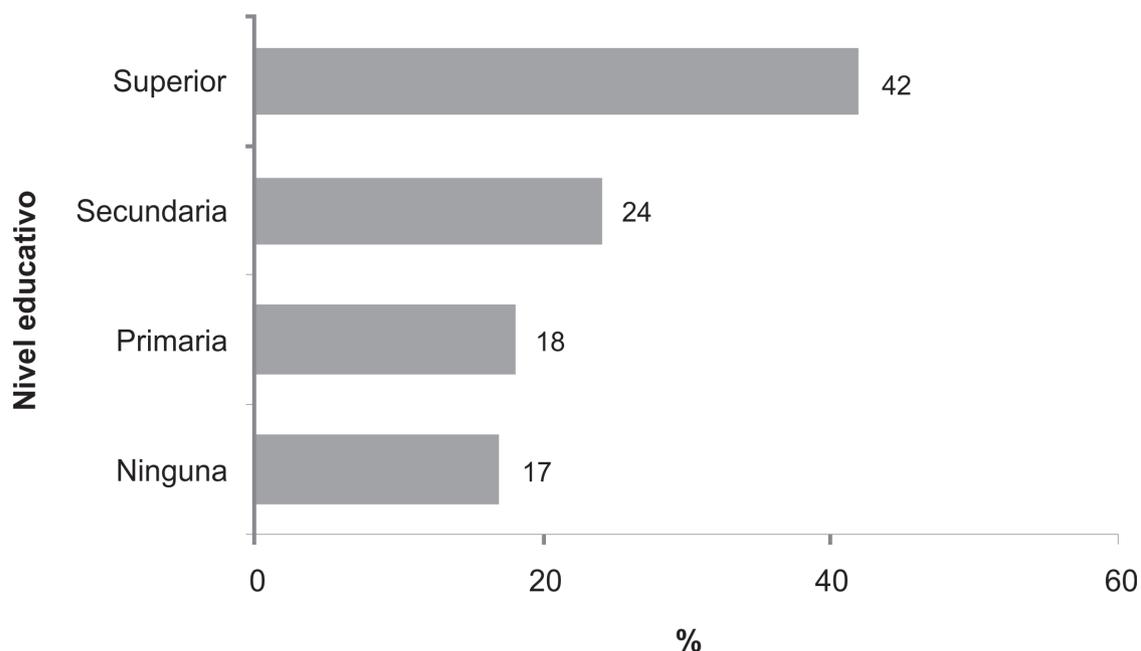
La distribución por regiones muestra que el 68% de las personas que residen en la Orinoquia-Amazonía demandaron los servicios en el “Hospital o clínica del gobierno”, mientras que solo el 40% de los residentes en la región Atlántica accedieron al “Hospital o clínica del gobierno” (Anexo, Gráfico 6.42).

La pertenencia a un grupo étnico generó también diferencias en el tipo de institución donde se acude para el tratamiento de las lesiones sufridas en un accidente: el 80% de las personas de la etnia “raizal del archipiélago” demandaron los servicios en el “Hospital, o clínica del gobierno”, mientras que solo el 25% de las personas de la etnia gitano acudieron al “Hospital, o clínica del gobierno”, el resto de esta etnia (75%) acudieron a Hospital o clínica privada (Anexo, Gráfico 6.43).

Aplicación o enjuagues de flúor

Solo el 43% de las personas de 6 a 19 años, entrevistadas en la ENS-2007, ha recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año. Según el género, existe una pequeña diferencia: el 43% de las mujeres recibieron aplicaciones o enjuagues de flúor y el 42% de los hombres (Anexo, Gráfico 6.44).

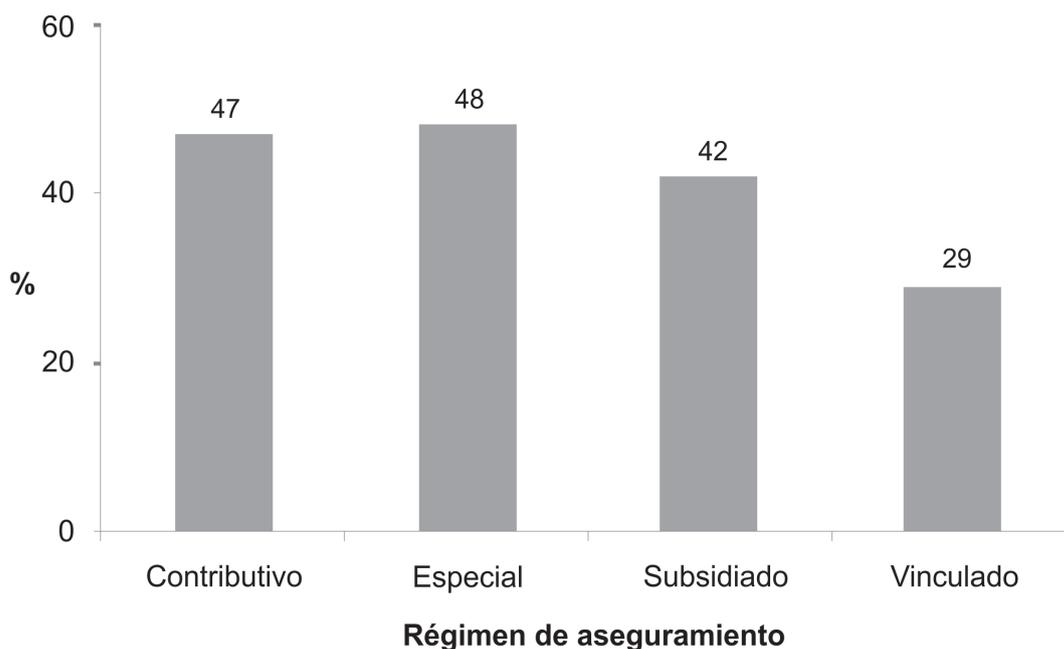
El nivel educativo de las personas estableció diferencias claras con respecto a las aplicaciones o enjuagues de flúor: el 42% de las personas de nivel educativo superior recibieron este tipo de servicio, mientras que en las personas sin ninguna educación solo alcanzó el 17%. Esto es, por una persona sin ninguna educación que recibió aplicaciones o enjuagues de flúor, lo hicieron 3,55 personas con nivel de educación superior (Gráfico 6.22).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.22. Proporción de personas que ha recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año, según nivel educativo. Colombia, 2007

Existe también una relación evidente entre el tipo de afiliación a la seguridad social y las aplicaciones o enjuagues de flúor: en el régimen especial el 48% de los jóvenes las reciben, contra solo un 29% de los jóvenes de la población de vinculados. Por cada uno de los vinculados, existen 2,33 personas afiliadas al régimen especial que reciben aplicaciones o enjuagues de flúor (Gráfico 6.23).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.23. Proporción de personas que ha recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007

La población no pobre recibe en mayor proporción aplicaciones y enjuagues de flúor (43%) que la población en situación de miseria (31%). Por cada una de estas personas, 1,65 personas no pobres reciben aplicaciones y enjuagues de flúor, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 52.440, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.45).

También hay diferencias con respecto al área de residencia: el 42% de las personas que residen en la cabecera municipal recibieron aplicaciones o enjuagues de flúor, mientras que las personas residentes en un centro poblado lo hicieron en un 38% (Anexo, Gráfico 6.46).

En la distribución por regiones se encontró: el 54% de la población que habita en la región Orinoquia-Amazonía (exclusivamente centros urbanos) recibió aplicaciones o enjuagues de flúor, proporción que contrasta con la región Atlántica donde solo el 34% recibió este servicio (Anexo, Gráfico 6.47). Por cada persona que recibió aplicaciones o enjuagues de flúor en la región Atlántica, 2,39 personas residentes en la región Orinoquia-Amazonía (exclusivamente centros urbanos) recibieron el mismo servicio, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 2.013, $p < 0,00$).

Por subregiones, el 54% las personas que residen en la subregión de Orinoquia-Amazonía recibieron aplicaciones o enjuagues de flúor, y solo el 20% de quienes habitan en la subregión litoral Pacífico (Anexo, Gráfico 6.48). Por cada persona de esta subregión, 4,72 personas de la subregión Orinoquia-Amazonía reciben dicho servicio. Diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 17,55, $p < 0,00$).

Según la ocupación desarrollada la semana anterior a la ENS-2007, el 37% de las personas que estaban estudiando recibieron aplicaciones o enjuagues de flúor, y solo el 21% de las personas

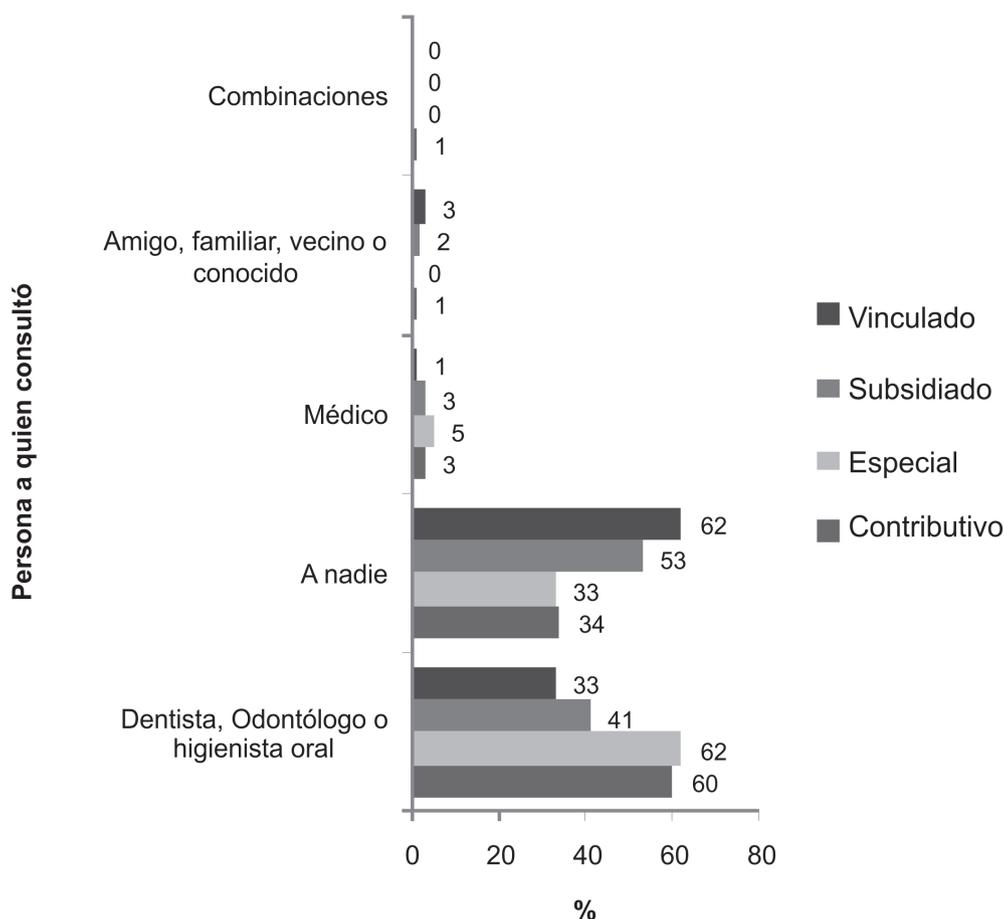
que estaban trabajando (hijos de padres que estaban trabajando) tuvieron este servicio (Anexo, Gráfico 6.49). Por una persona de las que estaban trabajando y recibió el servicio, 2,12 personas que estaban estudiando lo hicieron. Diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 103.149, $p < 0,00$).

Acceso a servicios de salud bucal

¿A quién acude cuando hay problema dental?

El 48% de las personas que tienen necesidad de servicios de salud oral acuden al “dentista, odontólogo o higienista oral”, y el 46% no demanda el servicio. Existen diferencias por género: la mujer demanda en mayor proporción (50,2%) que los hombres (46,0%) (Anexo, Gráfico 6.50).

Hay diferencias según el tipo de afiliación en salud: las personas que pertenecen a los regímenes contributivo (62%) y especial (60%) demandan los servicios del “dentista, odontólogo o higienista oral”, mientras que los afiliados al régimen subsidiado (53%) y los vinculados (62%) no consultan (Gráfico 6.24).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.24. Proporción de población en cada una de las personas consultadas para atender alguno de los problemas dentales, de la boca o de las encías que ha tenido en los últimos 30 días, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007

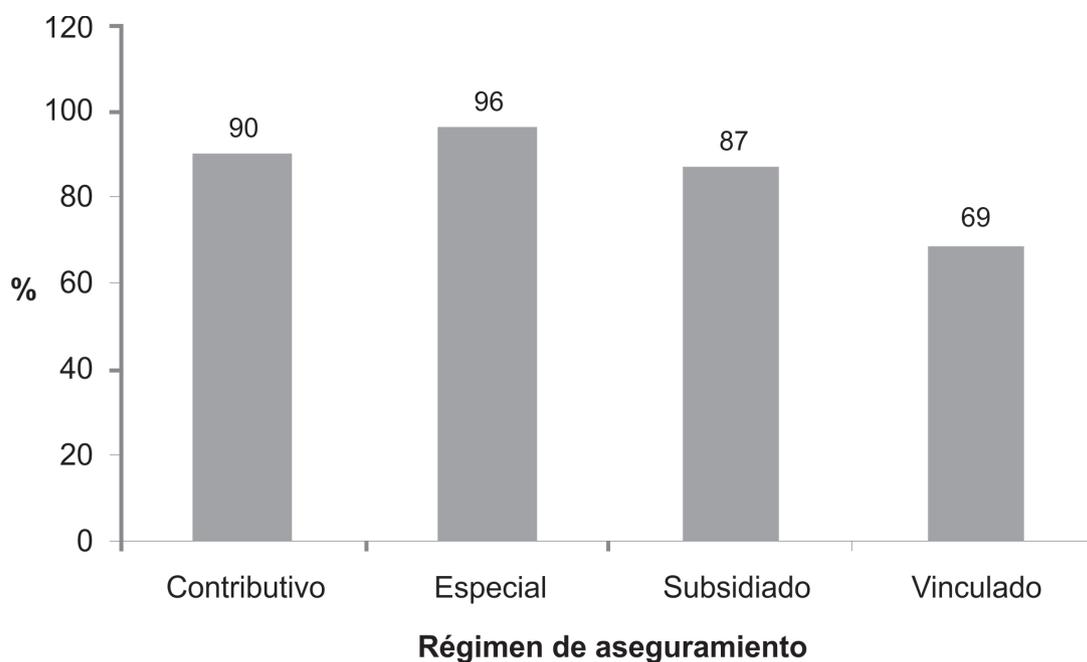
La condición socioeconómica tiene que ver con la persona a quien se consulta en caso de problemas dentales: una alta proporción de población en situación de miseria (63%) no consulta, mientras que entre la población no pobre solo el 43% dejó de consultar. Por otra parte, el 31% de la población en situación de miseria que consulta lo hace al odontólogo, mientras que la proporción de personas que consultan en la población no pobre es del 52% (Anexo, Gráfico 6.51).

Hipertensión arterial

El 87% de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial asistieron a una consulta de control en el último año, entre ellos el 86% eran hombres y el 88% mujeres. El 9% de las personas con diagnóstico de hipertensión arterial no asistieron a una consulta de control: 11,8% eran hombres y 8% mujeres (Anexo, Gráfico 6.52).

Existen diferencias según el nivel educativo: el 89% de quienes tienen primaria asistieron a consulta de control en el último año, lo que contrasta con el 86% de asistencia de las personas sin ninguna educación (Anexo, Gráfico 6.53).

El tipo de aseguramiento en salud tiene que ver con las diferencias que existen en la población sobre la demanda del servicio de control de hipertensión arterial en el último año: el 96% de las personas afiliadas al régimen especial consultaron, mientras que solo el 69% de los vinculados lo hicieron (Gráfico 6.25). Por cada vinculado que asistió a control de hipertensión arterial, 9,81 personas afiliadas al régimen especial lo hizo, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 32.543, $p < 0,00$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.25. Proporción de personas que asistieron a una consulta de control de hipertensión arterial en el último año, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007

Es muy alta la proporción de población en situación de miseria que nunca ha ido a un control de hipertensión arterial: 15%. La población no pobre es la que más ha demandado este servicio: 89% (Anexo, Gráfico 6.54).

Número de veces que asistió a control de hipertensión arterial

El 36% de las personas con diagnóstico de hipertensión asistieron menos de cuatro veces a consulta de control en el último año; según el sexo, el 40% de los hombres y el 35% de las mujeres (Anexo, Gráfico 6.55).

Las personas de nivel de educación superior son las que más asisten a consulta de control de hipertensión, 68%, frente al 60% de las personas de nivel educativo de secundaria (Anexo, Gráfico 6.56).

Los afiliados a los regímenes contributivo (68%) y especial (67%) demandan servicios de control de hipertensión con una mayor frecuencia (más de cuatro veces al año) que los afiliados al régimen vinculado, que solo lo hacen en un 41% (Anexo, Gráfico 6.57).

La mayor proporción de personas que no ha obtenido el número ideal de controles de hipertensión (cuatro controles al año) se encuentra entre la población en situación de miseria: el 52% tiene menos de cuatro controles al año. La población más protegida para la hipertensión es la población no pobre: el 65% de las personas asistieron a cuatro y más controles al año (Anexo, Gráfico 6.58). Por cada persona en situación de miseria que asistió a cuatro o más controles de hipertensión en el año, 2,21 personas de la población no pobre lo hicieron, diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 8.101, p < 0,00$).

El área donde reside la población generó diferencias significativas en la proporción de personas que asisten oportunamente a control de hipertensión: a medida que aumenta la ruralidad se reduce la proporción de personas que asisten cuatro veces o más al control de hipertensión en el año. En efecto, el 65% de las personas residentes en la cabecera municipal asistieron al control de hipertensión, mientras que las personas del área rural dispersa solo lo hicieron en un 54%. Por una persona del área rural dispersa que asistió a dicho control, 1,54 personas residentes en la cabecera municipal lo hicieron, diferencia que es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 545.872, p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.59).

En la distribución por regiones, la proporción de personas que asisten oportunamente a control de hipertensión muestra diferencias significativas que varían entre el 52% en Bogotá, y el 67% en la región Atlántica. Por cada persona que acude en Bogotá a dicho control, acuden 1,85 en la región Atlántica, diferencia que es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6.455, p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.60).

La actividad económica realizada la semana anterior a la ENS-2007 generó diferencias en la proporción de personas que asisten oportunamente a control de hipertensión cuatro o más ve-

ces al año: el 71% de las personas de la categoría rentista o pensionado y el 47% de las personas que buscaban trabajo asistió. Por una persona de esta categoría, 2,87 personas de los rentistas o pensionados asistió a control de hipertensión arterial, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 582 $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.61).

Diabetes

Asistencia a control nutricional

El 52% de las personas que sufren diabetes asistieron a una consulta de nutrición en el último año. Los hombres asisten en mayor proporción (53%) que las mujeres (51%) (Anexo, Gráfico 6.62).

No hay diferencias significativas entre los niveles educativos y la asistencia a una consulta de nutrición en el último año por parte de los diabéticos (chi-cuadrado = 2,5, $p = 0,113$) (Anexo, Gráfico 6.63).

La asistencia de las personas con diagnóstico de diabetes a una consulta de nutrición en el último año es diferente según los regímenes de afiliación en salud. Las personas de régimen especial asisten en un 90%, y los vinculados en un 39%. Por cada persona de este régimen que asiste a consulta nutricional, lo hacen 2,37 personas del régimen especial, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 271, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.64).

La población no pobre con diagnóstico de diabetes ha asistido más que los demás grupos de población a consulta de nutrición, 53%; por el contrario, solo el 31% de la población en condiciones de miseria lo ha hecho (Anexo, Gráfico 91). Por cada persona en situación de miseria que asistió a la consulta nutricional, 2,77 personas no pobres lo hicieron, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 1.764, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.65).

La proporción de personas que asistieron en el último año a consulta nutricional como parte del control de la diabetes es diferente por área de residencia, sin embargo no existe una relación entre la proporción y la ruralidad. En cabecera municipal asistió el 53% de las personas con diabetes, en el centro poblado el 59% y en el área rural dispersa solo el 25% (Anexo, Gráfico 6.66). Por cada persona del área rural dispersa que asistió a consulta de nutrición como parte del control de la diabetes, asistieron 4,32 personas del centro poblado, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 2.003, $p < 0,00$).

La distribución por regiones muestra que en la Central la proporción de personas que asistió en el último año a consulta nutricional como parte del control de la diabetes alcanza el 64%, mientras que en Bogotá solo asistió el 38% (Anexo, Gráfico 6.67). Por una persona de Bogotá, asistieron 2,91 personas la región Central, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 299,55, $p < 0,00$).

Por subregiones, en Antioquia sin el Área Metropolitana de Medellín el 83% de las personas asistió en el último año a consulta nutricional como parte del control de la diabetes, proporción que contrasta con la asistencia de las personas de las subregiones Bogotá y Área Metropolitana de Barranquilla: 38% (Anexo, Gráfico 6.68). Por cada persona que asiste a una cita de control nutricional en las subregiones Bogotá y Área Metropolitana de Barranquilla, asisten 7,95 personas en Antioquia sin el Área Metropolitana de Medellín.

Si se analizan los datos a partir de la actividad económica que desempeñaban los entrevistados la semana anterior a la ENS-2007, también se encuentran diferencias en la proporción de personas que asistieron durante el último año a consulta nutricional como parte del control de la diabetes: el 81% de quienes se encontraban estudiando asistieron, y solo el 21% de quienes estaban buscando trabajo. Por una persona en esta última posición, 16,08 personas que estaban estudiando asistieron a dicha consulta de control, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 10.883, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.69).

Asistencia a control de diabetes en los últimos seis meses

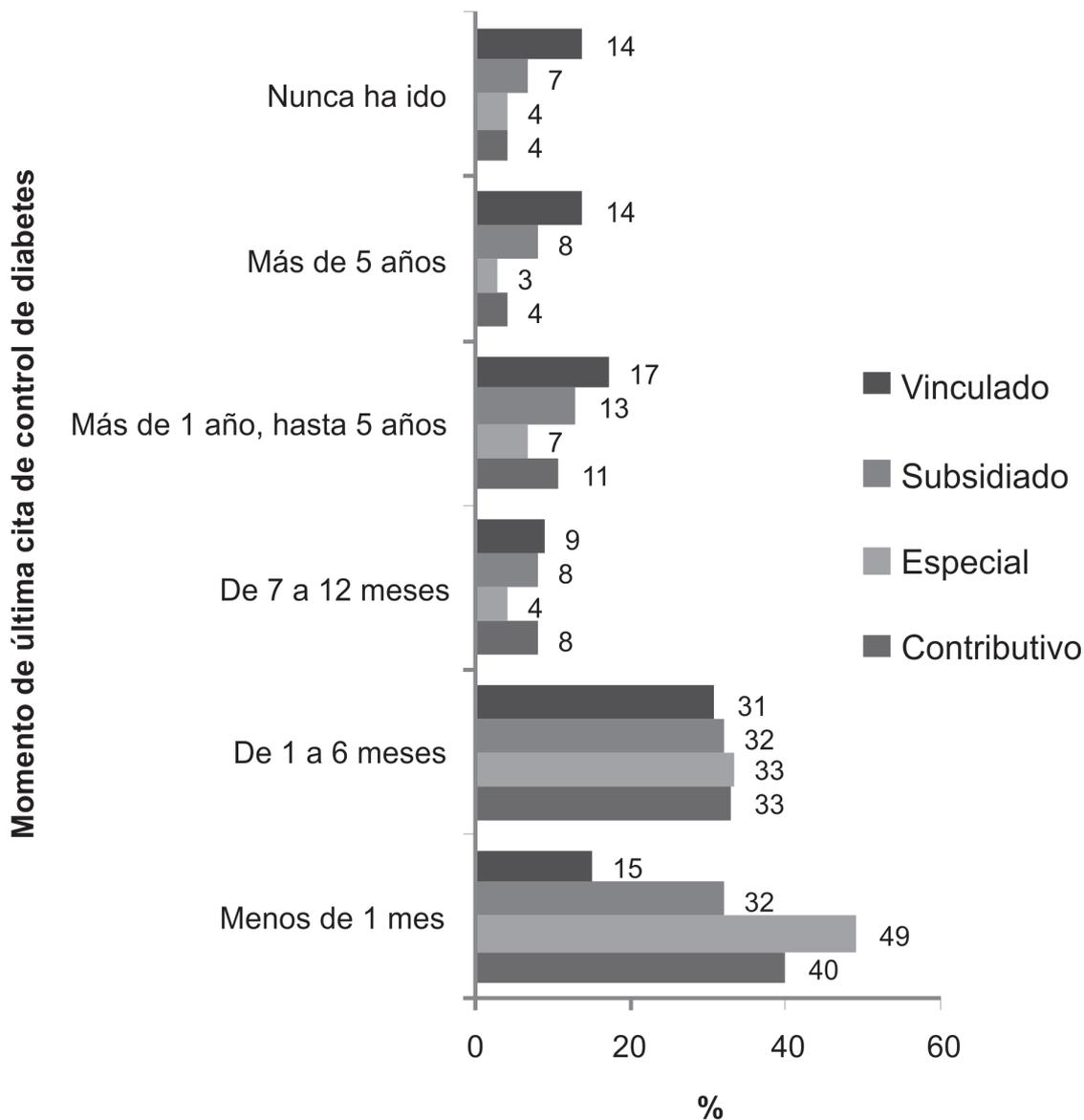
Las dos terceras partes de las personas (67%) que sufren de diabetes asistieron a consulta médica de control en los últimos seis meses. No hay diferencias ocasionadas por el género (Anexo, Gráfico 6.70).

Con respecto al nivel educativo alcanzado por las personas que asisten a las consultas de control de diabetes, la relación es inversa: a mayor nivel educativo es menor la asistencia. En efecto, el 35% de las personas con ninguna educación asisten, mientras que solo el 29% de las personas con educación superior lo hacen (Anexo, Gráfico 6.71).

Hay diferencias en la demanda del servicio de control de diabetes según los regímenes de seguridad social, en particular, entre quienes fueron en el último mes: el 49% de los afiliados al régimen especial que han asistido a un control de diabetes lo hicieron en el último mes, el 40% de los del régimen contributivo, el 32% de los del subsidiado y el 15% de los vinculados. Llama la atención que la mayor proporción de los que nunca han ido a un control de diabetes corresponde a los vinculados: 14%; los subsidiados, por su parte, alcanzan el 7%, mientras que solo el 4% de los afiliados al régimen contributivo y a los regímenes especiales nunca han ido a un control (Gráfico 6.26).

El 18% de las personas que tienen diagnóstico de diabetes de la población en situación de miseria nunca ha ido a un control de la diabetes. El grupo de población que asiste con mayor frecuencia a control de diabetes es la población no pobre (37%) (Anexo, Gráfico 6.72).

La asistencia al control de diabetes en los últimos seis meses presenta diferencias según el área de residencia: 67% para la cabecera municipal y 33% para el área rural dispersa; puede entonces afirmarse que en la medida en que se aumenta la ruralidad se disminuye la asistencia oportuna a este control (Anexo, Gráfico 6.73).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 6.26. Proporción de personas que asistieron a consulta médica de control de la diabetes en los últimos seis meses, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007

También, presenta diferencias según regiones: en Bogotá, el 54% de las personas asistieron al control de diabetes en los últimos seis meses, mientras que en la región Central asistió el 76% (Anexo, Gráfico 6.74).

Por subregiones, Cauca y Nariño sin el litoral Pacífico tiene la más baja proporción de personas que asisten a control de diabetes oportunamente, con solo el 48%, mientras que en la subregión Área Metropolitana de Medellín es de 88% (Anexo, Gráfico 6.75).

La asistencia al control de diabetes en los últimos seis meses presenta diferencias según la actividad que desempeñaban las personas: quienes estaban estudiando tienen la más baja pro-

porción, con solo el 29%, mientras que el 94% de las personas incapacitadas permanentemente para trabajar asisten (Anexo, Gráfico 6.76).

Dolor de espalda, nuca o cuello

El 35% de las personas entrevistadas declararon que tuvieron dolor de espalda, nuca o cuello, siendo más frecuente en mujeres (40%) que en hombres (29%) (Anexo, Gráfico 6.77). Por cada hombre que sufre dolor de espalda, nuca o cuello, hay 1,64 mujeres que tienen el mismo padecimiento, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 144.860, $p < 0,00$).

Existe diferencia en la proporción de personas que sufrieron dolor de espalda, cuello o nuca según los regímenes de seguridad social: el mayor porcentaje de quienes padecieron este dolor, con el 37%, se encuentra entre las personas afiliadas al régimen subsidiado, y el menor, con el 30%, entre las personas afiliadas al régimen especial (Anexo, Gráfico 6.78).

Solicitud de atención para dolor de espalda, cuello o nuca

Según el sexo, existe diferencia significativa en la proporción de personas que buscaron consejo o tratamiento para el dolor de espalda, cuello o nuca sentido en los últimos 7 días: el 15% de las mujeres consultó por este dolor, y el 10% de los hombres. Por cada hombre que solicitó atención, lo hicieron 1,46 mujeres, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 32.491, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.79).

Se encontraron diferencias en la proporción de personas que buscaron consejo o tratamiento para el dolor de espalda, cuello o nuca sentido en los últimos 7 días según el tipo de afiliación a la seguridad social: el 19% de las personas afiliadas al régimen especial y el 8% de los vinculados demandan este servicio. Por cada persona del régimen vinculado que busca consejo o tratamiento para el dolor de espalda, cuello o nuca, lo hacen 2,93 del régimen especial; diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 16.952, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.80).

Con respecto a la condición socioeconómica, el 13% de las personas no pobres buscaron consejo o tratamiento para el dolor de espalda, cuello o nuca sentido en los últimos 7 días, mientras que las personas en situación de miseria solo lo hicieron en un 10%. Por cada una de estas personas, 1,42 personas no pobres demandaron consejo o servicio, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 6.007, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.81).

La proporción de personas que buscaron consejo o tratamiento para el dolor de espalda, cuello o nuca sentido en los últimos 7 días es diferente según el lugar de residencia: el 13% de quienes habitan en la cabecera municipal demandan consejo o servicio, en centro poblado el 12% y en el área rural dispersa el 11%. Por cada persona del área rural dispersa que busca el servicio, hay 1,22 personas de la cabecera municipal, diferencia que es estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 3.677, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.82).

En la distribución por regiones se encuentra que el 15% de las personas residentes en las regiones Central y Atlántica demandaron consejo o tratamiento para el dolor de espalda, cuello o nuca sentido en los últimos 7 días, situación que contrasta con la de la región Pacífica, donde solo el 10% de las personas solicitó este servicio. Por cada persona de esta última región que consultó por este dolor, lo hicieron 1,57 de la región Central o Atlántica, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 7.645, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.83).

Por subregiones, el Área Metropolitana de Medellín, con el 18%, alcanza el mayor porcentaje de personas que solicitaron consejo o tratamiento para el dolor de espalda, cuello o nuca sentido en los últimos 7 días; el menor corresponde al litoral Pacífico, con un 6%. Por cada persona que solicitó el servicio en el litoral Pacífico, lo hicieron 3,3 personas de la subregión Área Metropolitana de Medellín (Anexo, Gráfico 6.84).

Existen diferencias en la proporción de personas que buscaron consejo o tratamiento para el dolor de espalda, cuello o nuca sentido en los últimos 7 días según la actividad que realizan: el 24% de las personas incapacitadas permanentes para trabajar demandaron consejo o servicio, y solo el 11% de quienes se encontraban estudiando. Por cada estudiante que solicitó el servicio, lo hicieron 2,38 personas incapacitadas permanentes para trabajar, diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 17.125, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 6.85).

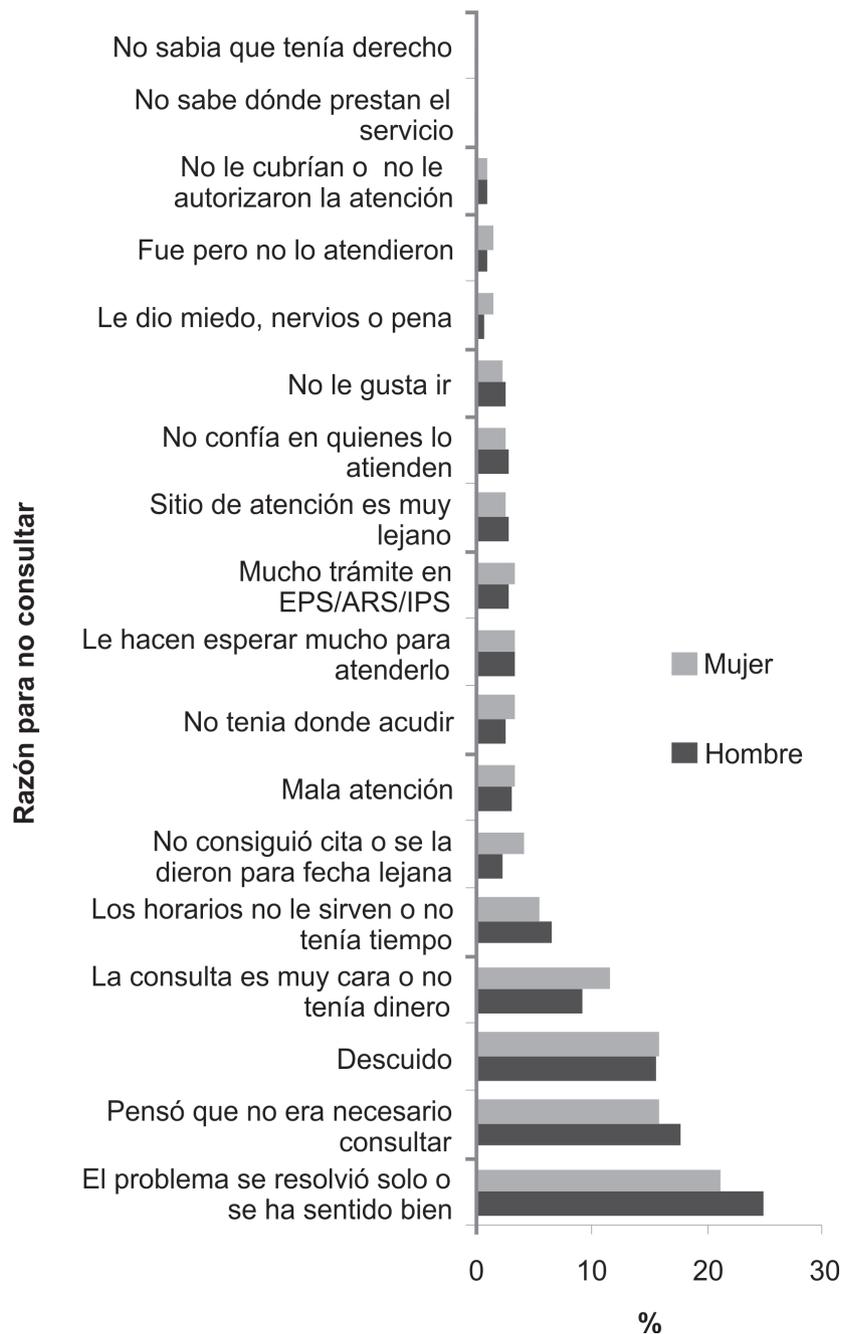
CAPÍTULO 7:

**ANÁLISIS DE
DESIGUALDADES SOBRE
BARRERAS DE ACCESO A
LOS SERVICIOS DE SALUD**

En este capítulo se agrupan una serie de variables relacionadas con la demanda y acceso a los servicios de salud y, también, con aspectos clásicamente definidos como barreras de acceso a dichos servicios; barreras que bien pueden ser económicas, geográficas, culturales, institucionales o de otra índole.

Razones de no demanda de servicios cuando tenían un problema de salud

Las principales razones por las que las personas no consultaron o buscaron solución a su problema de salud percibido en los últimos 30 días anteriores a la ENS-2007 son: “El problema se resolvió solo o se ha sentido bien”, con un 25%, y de este porcentaje 27% corresponde a los hombres y 23% a las mujeres; “Pensó que no era necesario consultar”, con un 18%, y de este porcentaje 19% corresponde a los hombres y 17% a las mujeres; “Descuido”, con el 15%; “La consulta es muy cara o no tenía dinero”, con un 10%, y de este porcentaje 9% corresponde a los hombres y 11% a las mujeres. Estas cuatro razones hacen referencia a aspectos de actitud o comportamiento de las personas frente a los problemas de salud, debidos a factores de tipo cultural, que sumados a otros de la misma naturaleza, tienen un peso importante en la decisión de demandar o no servicios de salud: 64%; de este porcentaje 67% corresponde a los hombres y 62% a las mujeres (Gráfico 7.1).

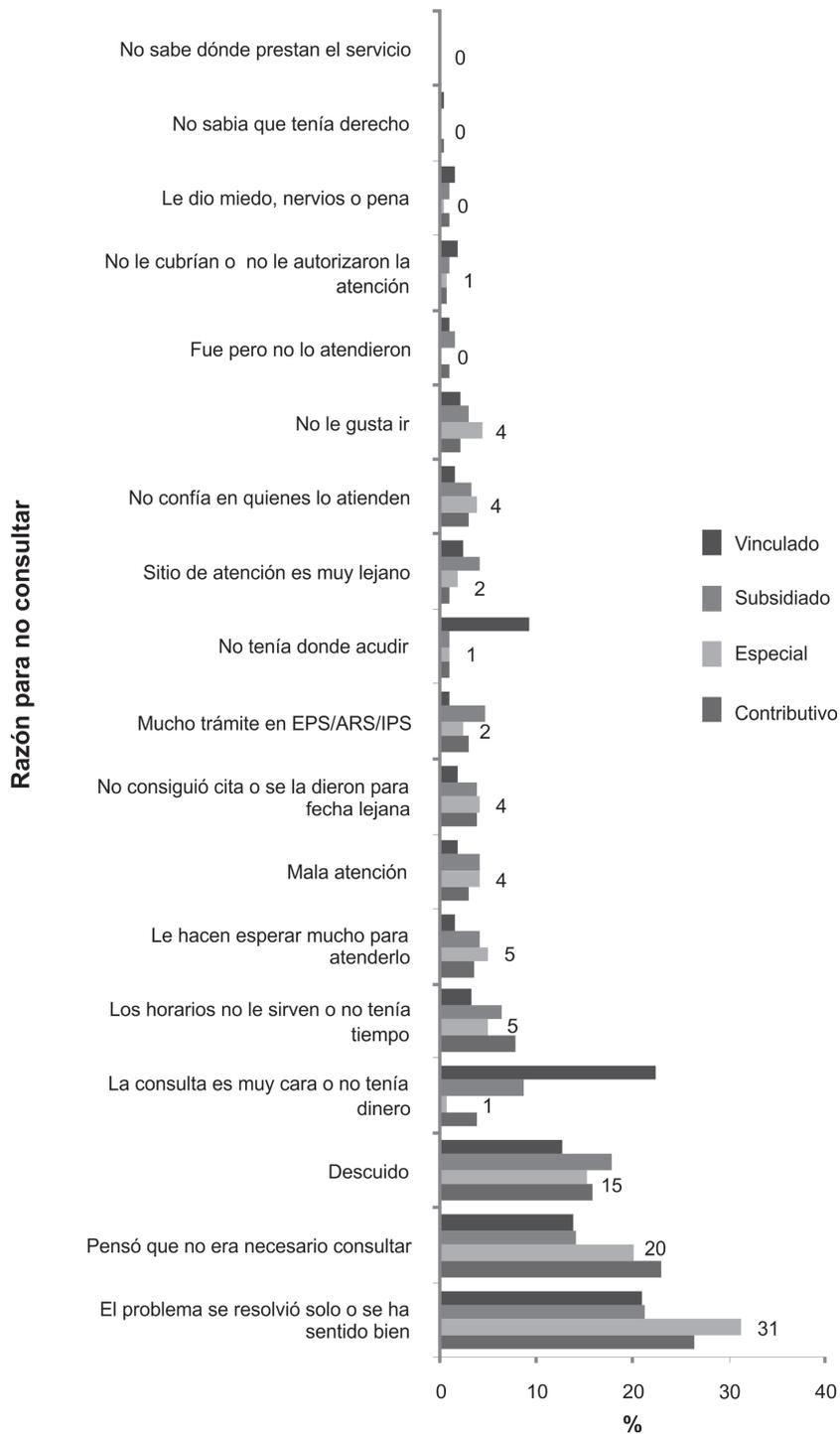


Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.1. Proporción de personas con diferentes razones para no demandar servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según sexo. Colombia, 2007

Las razones “El problema se resolvió solo o se ha sentido bien” y “La consulta es muy cara” o “No tenía donde acudir” están relacionadas con el tipo de afiliación al régimen de seguridad social. Las personas que pertenecen al régimen especial y al contributivo presentan las mayores proporciones de respuesta a la primera razón con relación al régimen subsidiado y vinculado.

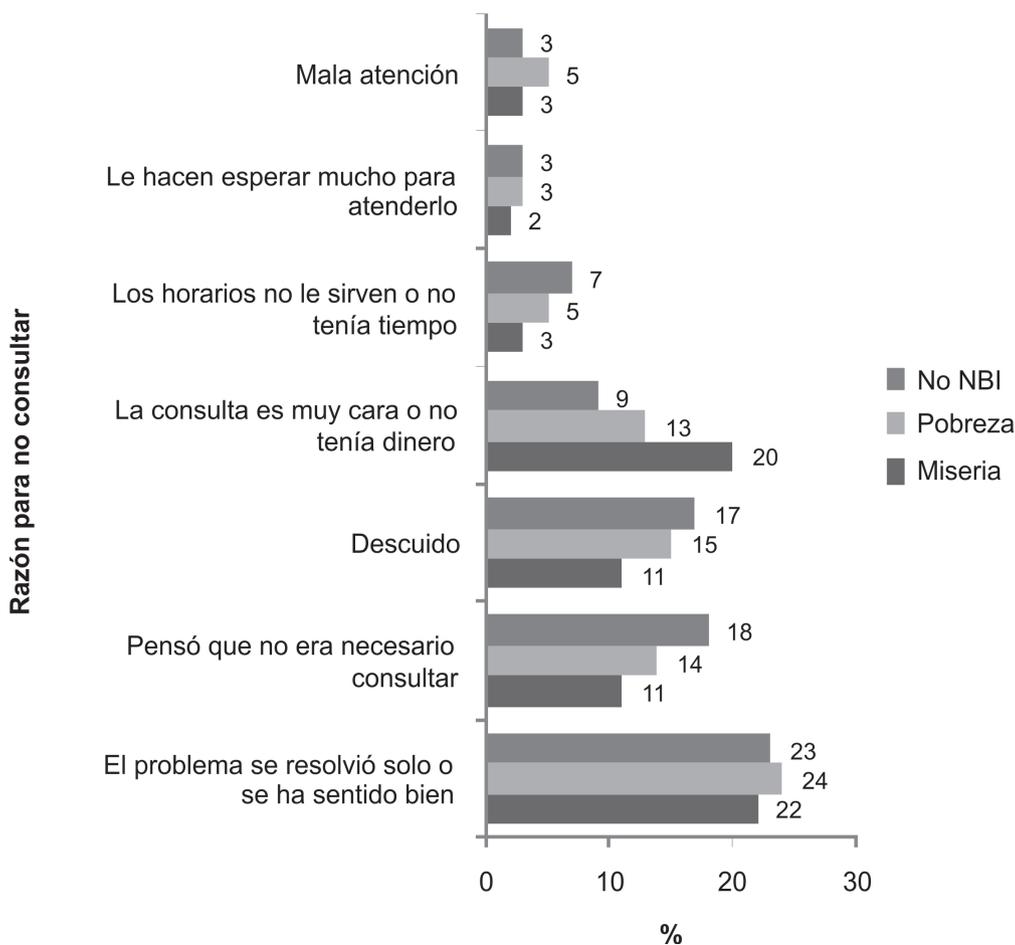
Por el contrario, los vinculados presentan la mayor proporción de respuestas a la segunda razón (Gráfico 7.2)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.2. Proporción de personas en cada una de las razones expuestas para no demandar servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007

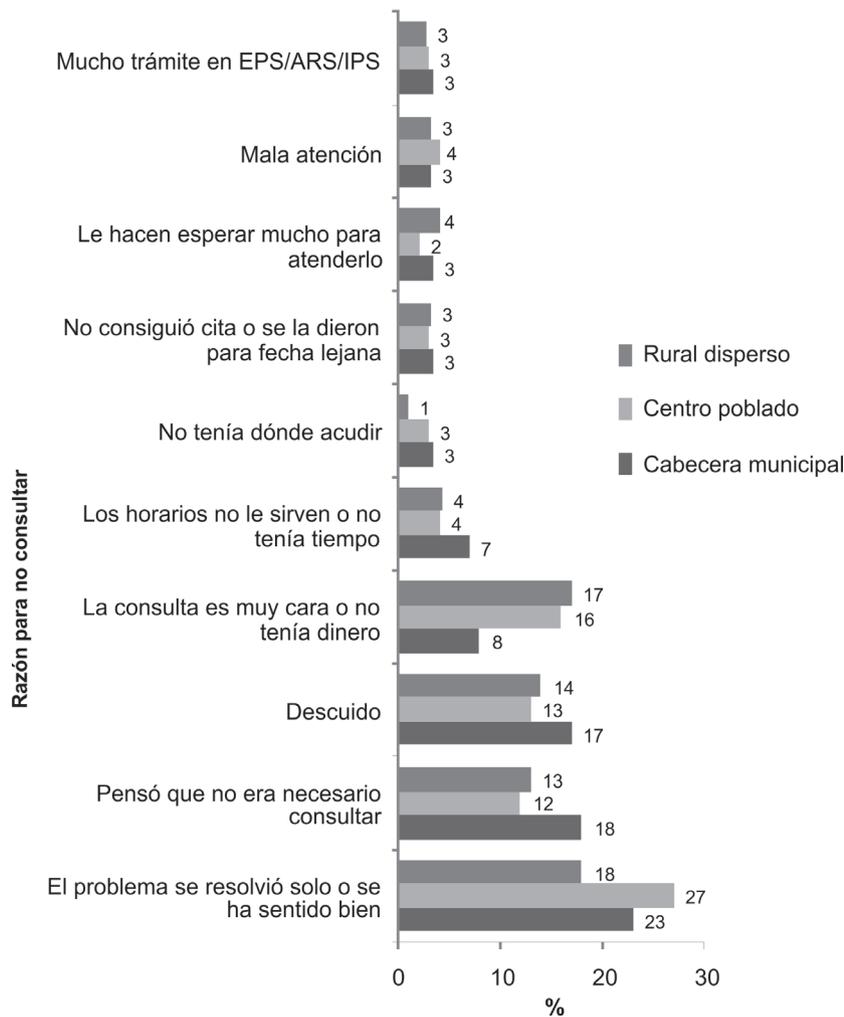
Se observa una diferencia significativa entre niveles de pobreza cuando la principal razón para no demandar el servicio es “La consulta es muy cara o no tenía dinero”: los más afectados (20%) corresponden a la población en situación de miseria (Gráfico 7.3).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.3. Proporción de personas que en cada una de las razones expuestas para no demandar servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según NBI. Colombia, 2007

También se presentan diferencias entre las distintas áreas de residencia de la población respecto a la razón por la que no consultaron cuando tenían un problema de salud: el 27% de las personas que habitan en centro poblado y el 23% de los residentes en la cabecera municipal declaran que “El problema se resolvió solo o se ha sentido bien”. En el área rural disperso la principal razón para no demandar servicios de salud es “La consulta es muy cara o no tenía dinero”, con el 17% (Gráfico 7.4).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

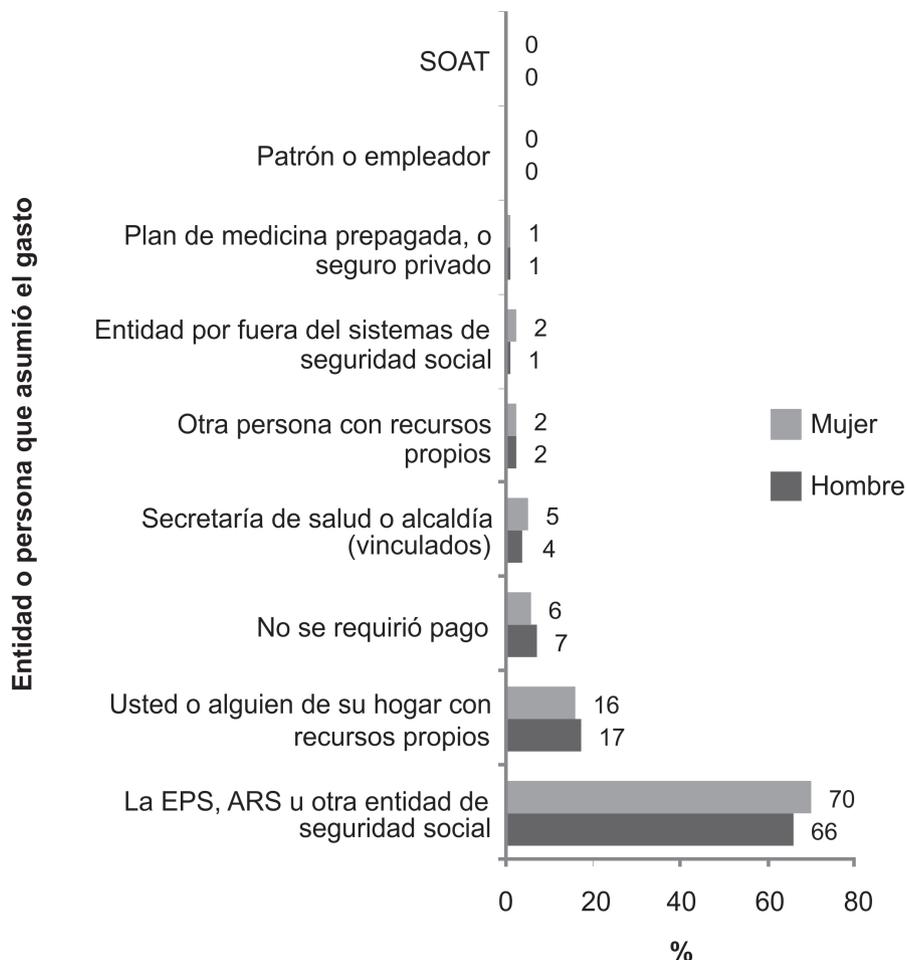
Gráfico 7.4. Proporción de personas en cada una de las razones expuestas para no demandar servicios de salud por problemas en salud en los últimos 30 días, según área de residencia. Colombia, 2007

Por regiones, las diferencias respecto a la razón por la cual las personas no consultan cuando tienen un problema de salud son: un 35% de quienes residen en la costa Atlántica declaran que “El problema se resolvió solo o se ha sentido bien”, respuesta que solamente da el 25% de los residentes en Bogotá y el 16% en la región Pacífica, donde sus habitantes presentan como principal obstáculo para demandar el servicio el costo de la consulta o la falta de dinero (Anexo, Gráfico 7.1).

Según la actividad desarrollada en la semana anterior a la ENS-2007, la razón “El problema se resolvió solo o se ha sentido bien” alcanza los siguientes porcentajes: 35% de la población que estaba estudiando, 21% de las personas que estaban trabajando y 17% de quienes desarrollan otra actividad (rentista, pensionado) (Anexo, Gráfico 7.2).

¿Quién pagó?

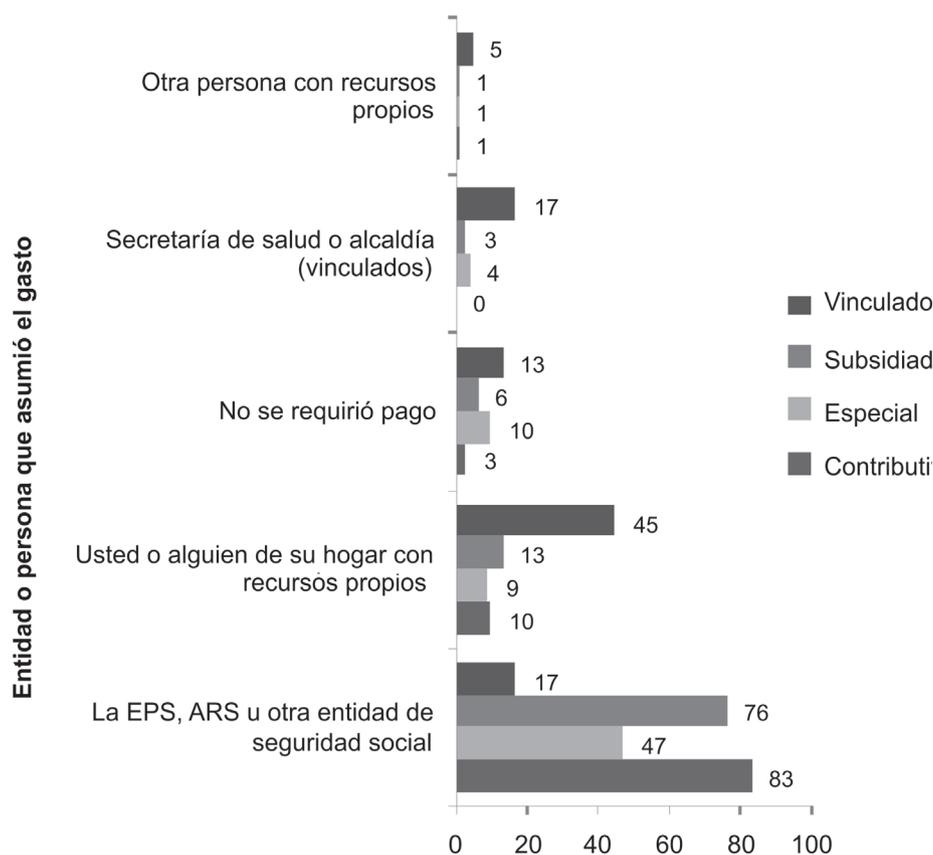
En el 68% de los casos (de este porcentaje el 66% corresponde a hombres y el 70% a mujeres) la EPS pagó la mayor parte de los gastos originados por un problema de salud, seguido en un 16% –valor relativo– por el pago realizado por una persona del hogar con recursos propios (Gráfico 7.5).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.5. Proporción de personas para cada una de las entidades o personas que asumieron la mayor parte del gasto de la atención, según sexo. Colombia, 2007

El pago asumido por la persona o por algún miembro del hogar con recursos propios afecta en mayor medida a las personas pobres no aseguradas o vinculadas, con un porcentaje que alcanza el 45%; el grupo poblacional menos afectado es el conformado por las personas afiliadas a regímenes especiales, con solo un 9% (Gráfico 7.6).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.6. Proporción de personas para cada una de las entidades o personas que asumieron la mayor parte del gasto de la atención, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007

No existe diferencia significativa en relación con los niveles educativos y la proporción de personas que declararon en la encuesta sobre un responsable por el pago de la mayor parte de la atención en salud (Anexo, Gráfico 7.3).

Aunque la principal fuente responsable del pago de los servicios médicos es una aseguradora, hay diferencias en las proporciones según el nivel de pobreza. Los más beneficiados por esta fuente son los no pobres, con el 70%; les siguen los pobres con el 62% y quienes se encuentran en situación de miseria con el 60%. Situación contraria se observa cuando la fuente o responsable del pago es "Usted o alguien de su hogar con recursos propios", donde la mayor proporción le corresponde a la población en situación de miseria, y la menor a la población no pobre (Anexo, Gráfico 7.4).

Existen diferencias según el área de residencia de la población. Si bien sigue siendo la aseguradora en salud la que con más frecuencia paga la mayor parte de los gastos por la atención recibida en la última vez que las personas buscaron ayuda por asuntos relacionados con la salud, en el centro poblado la proporción es 60%, frente al 69% de la cabecera municipal. En el caso de

la segunda fuente de pago, “recursos propios”, la mayor proporción la se encuentra en el centro poblado con el 21%, mientras que en la cabecera municipal es solo del 16% (Anexo, Gráfico 7.5).

Según la distribución por regiones, hay también diferencias cuando se comparan las fuentes de pago de la última atención: en el caso de la aseguradora en salud, la región Central tiene la mayor proporción, 75%, mientras que la Atlántica solo tiene el 58%. Cuando el pago se efectúa con recursos propios, la región Pacífica tiene un 21% y la Central 14%.

Por subregiones, el Área Metropolitana de Medellín tiene la mayor proporción de pago de la última atención por la aseguradora en salud: 83%, mientras que el litoral Pacífico solo tiene el 52%. En el caso del pago con recursos propios, la subregión litoral Pacífico tiene un 31% y las subregiones Área Metropolitana de Medellín y Caldas, Risaralda y Quindío el 12% (Anexo, Gráfico 7.6).

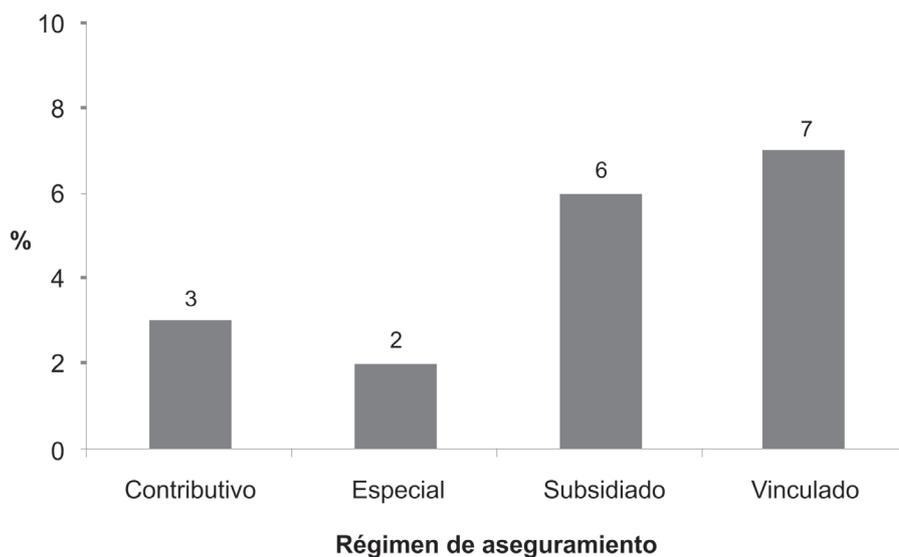
Hay diferencias también en cuanto a la fuente de pago de los servicios de salud recibidos según la actividad que realizaban las personas en la semana anterior a la ENS-2007: cuando la fuente es la aseguradora en salud, la mayor proporción de personas beneficiadas son los incapacitados permanentes para trabajar (72%) y quienes desempeñan oficios del hogar (70%), y la más baja proporción la presentan las personas que se encontraban buscando trabajo (57%). Con relación a la segunda fuente de pago más frecuente, “recursos propios”, el grupo más afectado corresponde a las personas que buscaban trabajo (25%), y los menos afectados a los incapacitados permanentes para trabajar (13%) (Anexo, Gráfico 7.7).

El pertenecer a un grupo étnico crea diferencias con relación a la fuente de pago de los servicios de salud: los gitanos son quienes tienen una mayor protección de la aseguradora en salud, con el 70%, y los palenqueros los menos favorecidos, con solo el 51%, por lo tanto es el grupo étnico que en mayor proporción paga con recursos propios (Anexo, Gráfico 7.8).

Descuento de salario

Al 6% de los hombres que demandaron servicios de salud declararon que les descontaron del salario el tiempo no trabajado por asistir a la última consulta, mientras que en las mujeres esta proporción es inferior: 4% (Anexo, Gráfico 7.9).

Al 7% de las personas afiliadas al régimen de salud como vinculado le descontaron del salario el tiempo no trabajado o bien dejó de recibir ingresos, mientras que las menos afectadas, con solo el 2%, fueron las personas afiliadas a regímenes especiales (Gráfico 7.7).

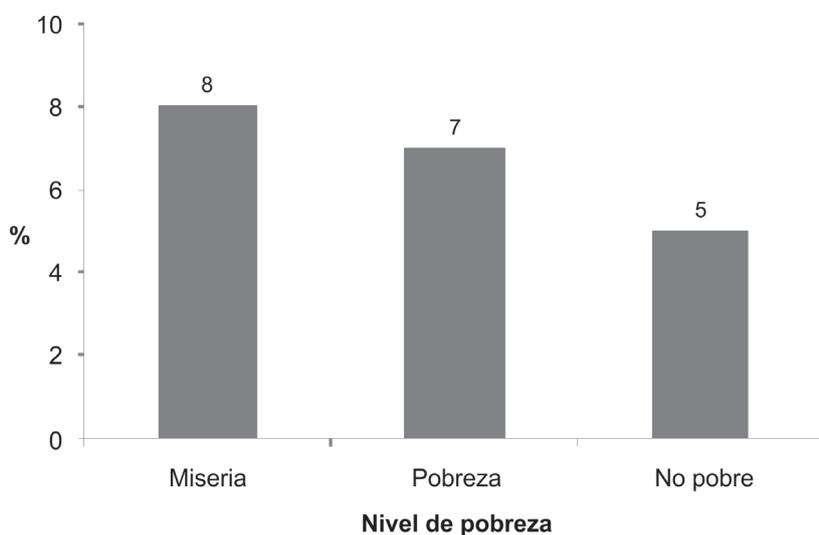


Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.7. Proporción de personas a quienes les descontaron el salario por asistir a una consulta, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007

El nivel educativo genera diferencias en la proporción de personas a las que se les descontó el salario por asistir a una consulta médica. En efecto, se encontró que a mayor nivel educativo menor es la proporción de personas a quienes se les descuenta el salario: 5% entre quienes tienen nivel de educación superior, y 8% entre las personas sin ninguna educación (Anexo, Gráfico 7.10).

La población en situación de miseria es la que más se ve afectada por el descuento del salario o el no recibo de ingresos cuando demanda una consulta: 8%, lo que contrasta con el 5% de la población no pobre (Gráfico 7.8).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.8. Proporción de personas a quienes les descontaron el salario por asistir a una consulta, según NBI. Colombia, 2007

Hay diferencias significativas dadas por el lugar de residencia: al 9% de las personas que residen en el área rural dispersa le descontaron del salario el tiempo no trabajado o dejó de recibir ingresos por asistir a la última consulta relacionada con la salud, mientras que solo al 4% de las personas residentes en la cabecera municipal le hacen dicho descuento (Anexo, Gráfico 7.11).

También son significativas estas diferencias según la distribución por regiones: al 7% de las personas que residen en la región Pacífica le descontaron del salario el tiempo no trabajado o dejó de recibir ingresos por asistir a la última consulta relacionada con la salud, y solo al 3% de quienes residen en Orinoquia-Amazonía (Anexo, Gráfico 7.12).

Por subregiones, las diferencias son: al 10% de las personas que residen en la de Cauca y Nariño sin el litoral Pacífico les descontaron del salario el tiempo no trabajado o dejó de recibir ingresos, hecho que contrasta con lo sucedido con la población residente en las subregiones Área Metropolitana de Barranquilla y Valle sin Área Metropolitana de Cali ni litoral Pacífico, donde solo les descuentan al 1% de las personas que asisten a la prestación de servicios de salud (Anexo, Gráfico 7.13).

Descuento de salario por la última hospitalización

Hay más hombres (5,9%) que mujeres (3,4%) que declaran que le descontaron del salario el tiempo no trabajado durante su última hospitalización. Diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 35,84, $p < 0,00$) (Anexo, Gráfico 7.14).

La relación entre nivel educativo y descuento del salario por hospitalización es inversa: a mayor nivel educativo menor es la proporción de las personas a quienes se les descuenta el salario. Para el nivel de educación superior 5%, y para el nivel sin ninguna educación 8% (Anexo, Gráfico 7.15).

Según el estrato socioeconómico, al 11,2% de las personas en situación de miseria se les descontó del salario el tiempo no trabajado o dejó de recibir ingresos durante la última hospitalización, mientras que solo al 7,7% de la población no pobre se le hizo el descuento (Anexo, Gráfico 7.16).

Se encontraron también diferencias según el área de residencia: el 14% de las personas que residen en el área rural dispersa dejó de recibir ingresos durante la última hospitalización, y solo el 7% de las personas que residen en la cabecera municipal (Anexo, Gráfico 7.17).

Según la distribución por regiones, el 11% de las personas que residen en la Pacífica dejó de recibir ingresos por los días que duró la hospitalización, mientras que solo al 6% de quienes residen en las regiones Orinoquia-Amazonía, Central y Atlántica se le realiza este descuento (Anexo, Gráfico 7.18).

Por subregiones, la mayor proporción de personas a quienes se les descontó de los ingresos el tiempo de hospitalización se encontró en la subregión Cauca y Nariño sin litoral Pacífico: 22%;

cifra que contrasta con la de la subregión Valle sin Área Metropolitana de Cali ni litoral Pacífico, donde solo se le descuenta al 2% (Anexo, Gráfico 7.19).

Razones por las que las personas no demandaron servicio cuando tuvieron un accidente

Las razones dadas por la mayoría de las personas que no demandaron servicios de salud cuando sufrieron un accidente están relacionadas con barreras de acceso de tipo cultural: “Pensó que no era necesario consultar” (38%), “El problema se resolvió solo o se ha sentido bien” (38%), “Descuido” (11%), “Le dio miedo, nervios o pena” (4%). Con una importancia relativa se encontraron las razones “La consulta es muy cara o no tenía dinero” (2%) y “Le hacen esperar mucho para atenderlo” (2%) (Anexo, Gráfico 7.20).

Según el nivel educativo, las diferentes razones esgrimidas por las personas encuestadas para no demandar servicios de salud con ocasión de un accidente se comportan de manera distinta (Anexo, Gráfico 7.21).

El tipo de afiliación al sistema de salud genera diferencias en la principal razón por la que las personas que han sufrido un accidente no consultan: por cada persona afiliada al régimen contributivo, consultan 1,46 personas afiliadas al régimen especial.

Fueron diferentes las razones expuestas por los encuestados para no demandar servicios de salud en caso de accidente según el área de residencia. Se encontró que en la medida en que se incrementa la ruralidad, las personas dan argumentos de tipo actitudinal y del comportamiento, tales como “Pensó que no era necesario consultar”, “El problema se resolvió solo o se ha sentido bien”, “Descuido”. La razón “La consulta es muy cara o no tenía dinero” tiene una proporción muy baja (Anexo, Gráfico 7.22).

La distribución por regiones mostró muy poca variación con respecto a las dos principales razones expuestas para no demandar servicios de salud en caso de lesiones ocasionadas por un accidente: “Pensó que no era necesario consultar” y “El problema se resolvió solo o se ha sentido bien”. La razón “La consulta es muy cara o no tenía dinero” tiene una proporción muy baja: entre el 1 y el 3% en todas las regiones, con excepción de Bogotá, donde alcanza un 8% (Anexo, Gráfico 7.23).

Situación similar se presenta para las dos primeras razones para no demandar servicios de salud en caso de accidente en los grupos poblacionales clasificados según la actividad que desempeñaban las personas en la semana anterior a la encuesta. La razón “Le dio miedo, nervios o pena” alcanza un porcentaje importante (36%) entre los incapacitados permanentes. El argumento “La consulta es muy cara o no tenía dinero” tiene una proporción muy baja: entre el 1 y 4% en todas las actividades, con excepción de las personas que estaban buscando trabajo, grupo en el que alcanza el 21% (Anexo, Gráfico 7.24).

La etnia a la que pertenecen las personas acentuó las diferencias en las razones expuestas para no demandar servicios de salud en caso de lesiones ocasionadas por un accidente, razones que siguen siendo de tipo actitudinal y del comportamiento. Para “Pensó que no era necesario consultar”, la mayor proporción se encuentra en el grupo gitano (72%) y la menor en el raizal del archipiélago (6%); para “El problema se resolvió solo o se ha sentido bien”, la mayor proporción se encuentra en el grupo raizal del archipiélago (75%) y la menor en el gitano (28%). La razón “Descuido” oscila entre el 6% (indígenas) y el 11% (negro, mulato) y “No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree” tiene un proporción muy baja en todos los grupos étnicos, con excepción de las personas de la etnia “negro o mulato” con un 7% (Anexo, Gráfico 7.25).

Razones por las que no llevaron a los niños al enjuague con flúor

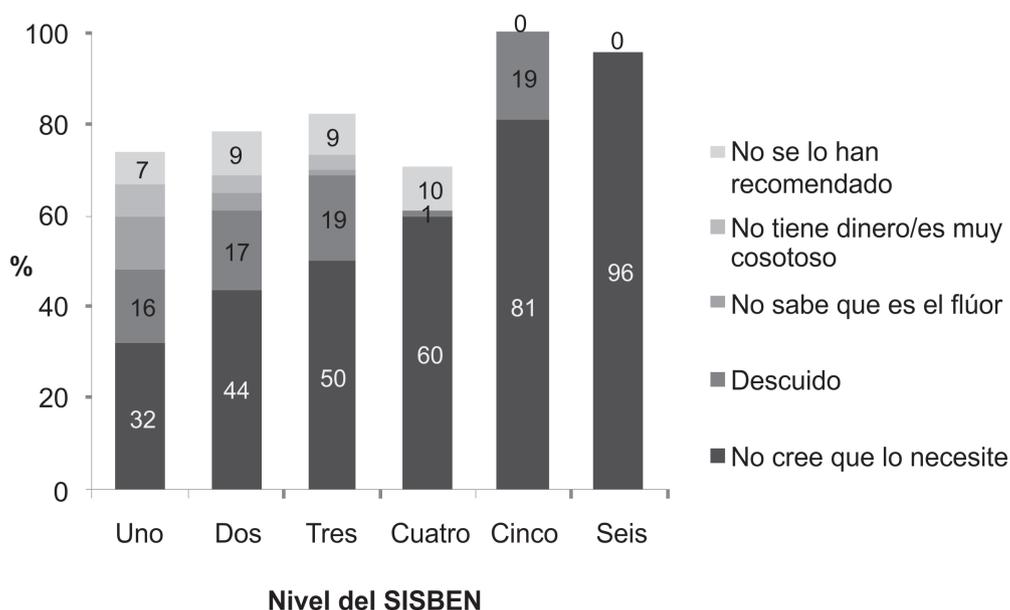
Predominaron las razones “de tipo cultural” como respuesta a la pregunta de por qué los padres no llevaron a sus hijos –con edades entre 6 y 19 años– a servicios de salud odontológicos para hacerle aplicaciones o enjuagues de flúor: “No cree que la necesite” 40%, “Descuido” 16%, “No se lo han recomendado” 8,5%, “No sabe qué es el flúor” 7%, “No tiene dinero/ es muy costoso” 6% (Anexo, Gráfico 7.26).

En la razón principal, “No cree que la necesite” (la aplicación de flúor), se observa una diferencia importante entre los distintos niveles educativos: 28% en el de ninguna educación, 42% en el de secundaria y 41% en el de educación superior (Anexo, Gráfico 7.27).

Existen diferencias entre los regímenes de aseguramiento: la razón “No cree que la necesite” (la aplicación de flúor) alcanza el 53% en el régimen contributivo y el 31% en el vinculado; “Descuido” el 16% en todos los regímenes, excepto el especial con el 15%; y “No se la han recomendado” tiene el 13% en el especial y el 7% en el vinculado (Anexo, Gráfico 7.28).

El nivel de pobreza de la población determina las razones de la no aplicación de flúor a los niños y jóvenes. Para la población no pobre, la principal razón es que “no cree que la necesite” (46%), para la población pobre es “Descuido” (16%), y para la población en situación de miseria “No tiene dinero/es muy costoso (14%) y no sabe qué es el flúor (12%) (Anexo, Gráfico 7.29).

La proporción de la razón principal que tienen las personas para no llevar a los niños a la aplicación de flúor (“No cree que la necesite”) se incrementa con el nivel del SISBEN: en el Nivel 1 tiene una proporción de 32% y en el 6 de 96%. La segunda razón, “Descuido”, oscila entre el 16% en el nivel 1 y el 19% en los niveles 3 y 5 del SISBEN (Gráfico 7.9).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.9. Proporción de personas en cada una de las principales razones señaladas para no hacerle aplicaciones o enjuagues de flúor en los últimos 12 meses al niño o niña, según nivel del SISBEN. Colombia, 2007

Con respecto al área de residencia, la proporción de la principal razón por la que las personas no llevan a los niños a la aplicación de flúor (“No cree que la necesite”) se reduce en la medida en que se incrementa la ruralidad: en la cabecera municipal es de 46%, mientras que en el área rural dispersa es del 27%. La segunda razón, “Descuido”, también disminuye con el incremento de la ruralidad: 16% en cabecera municipal y centro poblado, y 13% en rural disperso (Anexo, Gráfico 7.30).

Se encuentra también variación en la proporción de la razón “No cree que la necesite” (la aplicación de flúor) según las distintas regiones del país: el menor porcentaje corresponde a la región Atlántica, con el 27%, y los mayores a la Oriental, con el 54%, y Bogotá, con el 52%. La razón “Descuido” varía entre el 12% en las regiones Oriental y Bogotá, y el 19% en las regiones Atlántica y Orinoquia-Amazonía (Anexo, Gráfico 7.31).

La variación de la razón “No cree que la necesite” (la aplicación de flúor) según las distintas categorías de actividad realizada la semana anterior a la ENS-2007 tuvo una mínima de 36% entre las personas que desempeñaban oficios del hogar, y alcanzó la máxima de 46% entre las personas que se encontraban trabajando. La razón “Descuido” osciló entre el 11% en las personas que estaban buscando trabajo y el 18% en las personas que se desempeñan en el hogar (Anexo, Gráfico 7.32).

Según la etnia a la que pertenecen las personas entrevistadas, la proporción de la razón “No cree que la necesite” (la aplicación de flúor) varió entre el 27% para la etnia indígena y el 82% para la etnia palenquero. La razón “No sabe qué es el flúor” tuvo una variación entre el 1% en las

personas de la etnia raizal del archipiélago y el 20 % en las personas de la etnia gitano (Anexo, Gráfico 7.33).

Razones por la que no consultaron cuando tenían un problema dental

Las razones principales que dieron las personas entrevistadas para no consultar cuando tienen un problema dental en la boca o en las encías fueron: “Descuido”(28%), “La consulta es muy cara o no tenía dinero” (16%) y “Los horarios no le sirven o no tenía tiempo” (9%) (Gráfico 7.10).

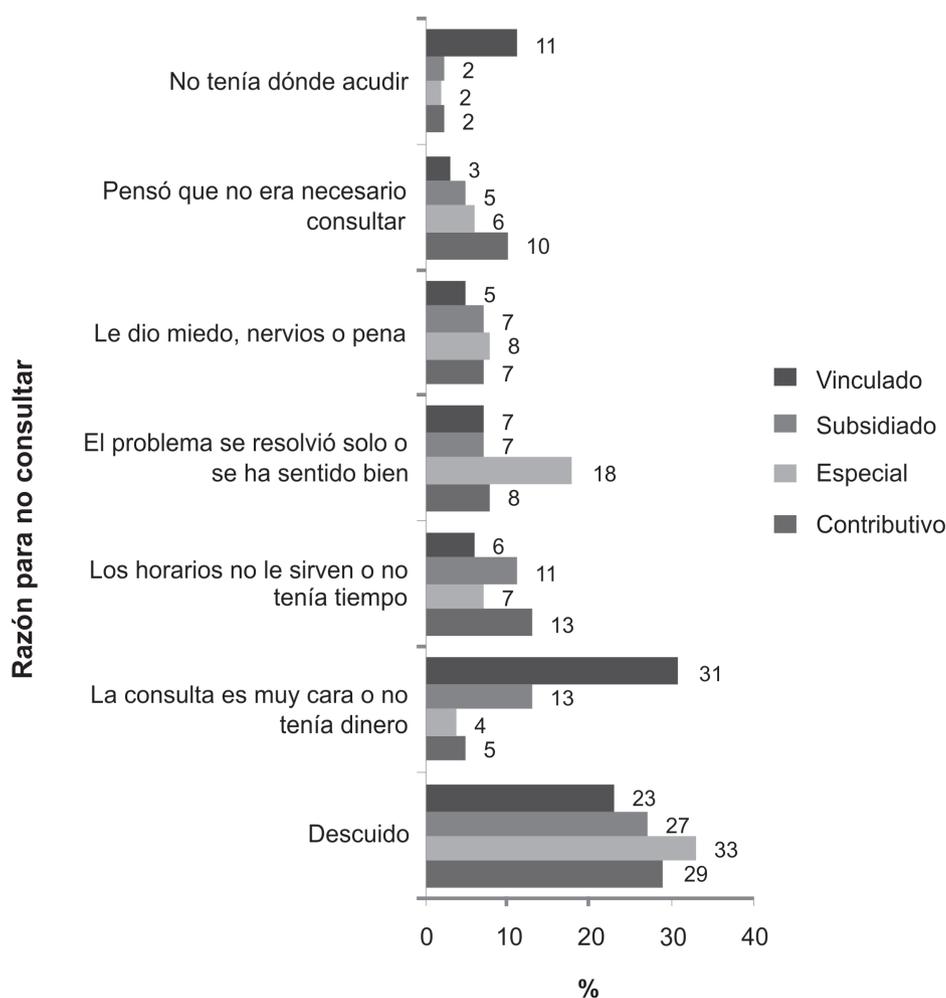


Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.10. Proporción de personas en cada una de las principales razones señaladas para no demandar servicios para atender alguno de los problemas dentales, de la boca o de las encías que ha tenido en los últimos 30 días, según sexo. Colombia, 2007

Según el nivel educativo, la primera razón para no consultar por un problema dental, “Descuido”, muestra que a mayor nivel educativo mayor descuido: 32% en el nivel superior frente al 24% en sin ninguna educación. Comportamiento contrario tiene la razón “La consulta es muy cara o no tenía dinero”: el nivel educativo más bajo presenta la mayor proporción, 27%, y el nivel superior la más baja, 13% (Anexo, Gráfico 7.34).

La razón que presenta mayores diferencias en la no demanda de servicios por un problema dental según el régimen de afiliación a salud es “La consulta es muy cara o no tenía dinero”: la población de vinculados es la más afectada por esta barrera de acceso, con el 31%, porcentaje que contrasta con el 4% de las personas afiliadas al régimen especial (Gráfico 7.11).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.11. Proporción de personas en cada una de las principales razones señaladas para no demandar servicios para atender alguno de los problemas dentales, de la boca o de las encías que ha tenido en los últimos 30 días, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007

Hay diferencias en la declaración de la razón por la que no se consultó por un problema dental según el estrato socioeconómico: el “Descuido” es más notable en las personas no pobres, y

“la consulta es muy cara o no tenía dinero” es la más frecuente entre la población en situación de miseria (Anexo, Gráfico 7.35).

El área de residencia genera diferencias en cada una de las razones expuestas para no demandar servicios de salud cuando se tiene un problema dental. La proporción de personas con la razón “Descuido” disminuye a medida que aumenta la ruralidad: de 28% en la cabecera municipal, a 21% en el área rural dispersa. La proporción de personas que dan como razón “La consulta es muy cara o no tenía dinero” se incrementa a medida que se incrementa la ruralidad: de 14% en la cabecera municipal a 24% en el área rural dispersa (Anexo, Gráfico 7.36).

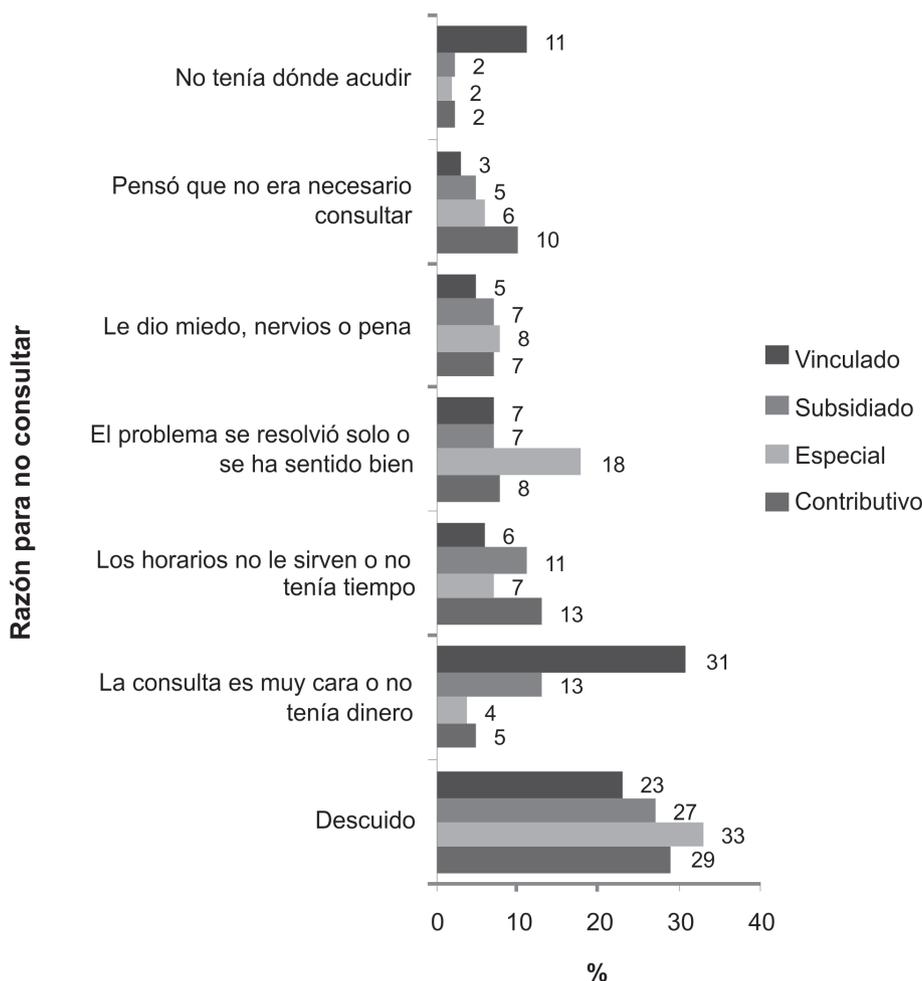
Por regiones, las diferentes razones generan variaciones en la proporción de personas que no solicitó servicios de salud odontológicos: la proporción de la razón “Descuido” varía entre el 18% para Bogotá y el 33% para la región Oriental; la razón “La consulta es muy cara o no tenía dinero” varía entre el 6% en la Orinoquia-Amazonía y el 21% en la región Pacífica (Anexo, Gráfico 7.37).

La actividad realizada por las personas entrevistadas también generó diferencias en cada una de las razones expuestas para no demandar servicios de salud cuando se tiene un problema dental: la proporción de personas con la razón “Descuido” varía del 16% entre quienes están buscando trabajo, al 30% entre quienes están estudiando. La proporción de personas con la razón “Los horarios no le sirven o no tenía tiempo”, varía entre el 12% (Trabajando o Estudiando) y el 31% (Buscando trabajo). Y la proporción de personas con la razón “La consulta es muy cara o no tenía dinero” varía entre el 12% (Trabajando o Estudiando) y el 20% (Oficios del hogar) (Anexo, Gráfico 7.38).

Vacunación contra la fiebre amarilla

Las principales razones para que las personas no se hayan vacunado contra la fiebre amarilla son: “No cree que la necesite” 47%, “Descuido” 21%, “No sabía que tenía que vacunarse” 9%, y “No le gusta la vacuna / duele/ lo enferma” 4% (Anexo, Gráfico 7.39).

La proporción de la razón “No cree que la necesite” (la vacuna de fiebre amarilla) varía según el nivel educativo. A mayor nivel educativo, mayor proporción de personas sin la vacuna: 62% en el nivel superior, frente al 33% en el nivel educativo más bajo. Comportamiento contrario al de la razón “Descuido”, donde el nivel educativo más bajo presenta la mayor proporción: 22% (Gráfico 7.12).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.12. Proporción de personas en cada una de las principales razones señaladas para no hacerse vacunar contra la fiebre amarilla, según nivel educativo. Colombia, 2007

El tipo de aseguramiento muestra también diferencias con respecto a la razón por la cual las personas no se hacen vacunar contra la fiebre amarilla: en una altísima proporción, los afiliados al régimen contributivo (61%) y a regímenes especiales (63%) no se vacunan porque “No cree que la necesite”, lo que contrasta con la proporción de los subsidiados (37%) y los vinculados (36%). Para la segunda razón –de importancia relativa–, “Descuido”, no hay diferencia entre los regímenes (Anexo, Gráfico 7.40).

Según el estrato socioeconómico, el 52% de la población no pobre cree que no necesita la vacuna de la fiebre amarilla, en contraste con el 23% de la población en situación de miseria que da la misma razón. Por “Descuido”, la proporción es mayor en la población pobre, con el 26%, y menor entre la población en situación de miseria, con el 16% (Anexo, Gráfico 7.41).

La proporción de personas que dan una u otra razón para no solicitar la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla aumenta a medida que se incrementa el nivel del SISBEN: desde el 29%

en el nivel 1 hasta el 100% en el nivel 5. La razón “Descuido” tiene un comportamiento contrario: varía entre el 26% en el nivel 1 hasta el 0% en el nivel 5 (Anexo, Gráfico 7.42).

Según el área de residencia, a medida que se incrementa el grado de urbanización, la proporción de personas que no creen necesario solicitar la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla aumenta, desde el 30% en el área rural dispersa hasta el 52% en la cabecera municipal. La razón “Descuido” tiene un comportamiento contrario: varía entre el 22% en la cabecera municipal hasta el 18% en el área rural dispersa. La tercera razón en importancia, “No sabía que tenía que vacunarse”, tiene también un comportamiento contrario a la primera: varía entre el 7% en la cabecera municipal hasta el 15% en el área rural dispersa (Anexo, Gráfico 7.43).

En la distribución por regiones se encontraron diferencias en la proporción de personas que tienen una u otra razón para no demandar la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla. La razón “Descuido” varía desde el 16% en la región Central, hasta el 41% en la Orinoquia-Amazonía. Quienes no creen necesitar la vacuna varía entre el 19% en la Orinoquia-Amazonía, hasta el 61% en la región Central. Un comportamiento contrario tiene la razón “No sabía que tenía que vacunarse”: oscila entre el 4% en la región Orinoquia-Amazonía, hasta el 15% en la Oriental (Anexo, Gráfico 7.44).

La actividad desarrollada por las personas la semana anterior a la ENS-2007 no crea diferencias importantes en la proporción de personas que tienen una u otra razón para no demandar la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla.

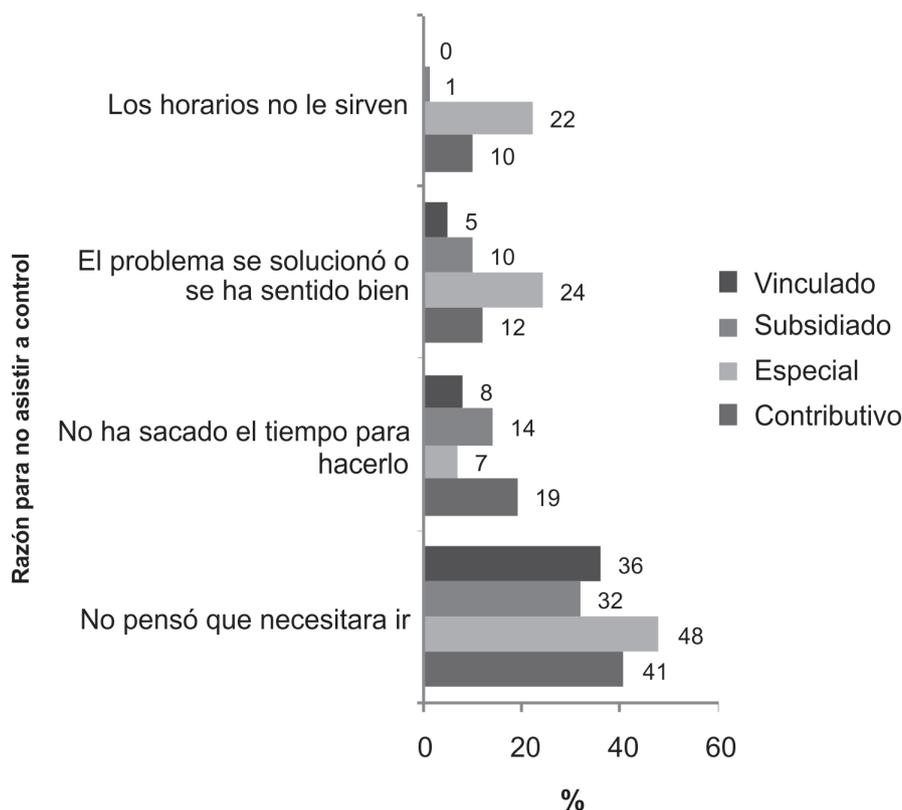
La pertenencia a una etnia también muestra diferencias en la proporción de personas que tienen una u otra razón para no demandar la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla. La razón “No cree que la necesite” varía desde el 24% en la etnia raizal, hasta el 51% en la población general. La razón “Descuido” varía desde el 7% en las personas de la etnia palenquero, hasta el 48% en la etnia gitano. Y “No sabía que tenía que vacunarse” varía desde el 6% en la etnia indígena hasta el 39% en la etnia palenquero (Anexo, Gráfico 7.45).

Razones para no ir a control de la hipertensión arterial

El 35% de las personas encuestadas declaró como razón para no ir a control de la hipertensión arterial que “No pensó que necesitara ir”, el 14% que “No ha sacado el tiempo para hacerlo”, y el 11% que “El problema se solucionó o se ha sentido bien”, razones relacionadas con actitud y comportamiento. Con menores porcentajes aparecen las razones relacionadas con aspectos económicos, geográficos y administrativos (Anexo, Gráfico 7.46).

Según el nivel educativo, la primera razón, “No pensó que necesitara ir” al control de hipertensión arterial, muestra poca variación entre los niveles. En el grupo de ninguna educación se destacan razones como el tiempo de espera o el sitio de atención muy lejano. Es notable que sea el grupo de educación superior el que señala en mayor porcentaje barreras económicas (15%) (Anexo, Gráfico 7.47).

La razón más frecuente para no asistir al control de hipertensión, “No pensó que necesitaba ir”, tiene diferente peso en cada uno de los regímenes de seguridad social en salud: 41% en el contributivo y 48% en el régimen especial, frente al 32% en el régimen subsidiado y 36% en los vinculados (Gráfico 7.13).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.13. Proporción de personas en cada una de las principales razones señaladas para no ir a control de la hipertensión arterial, según régimen de seguridad social en salud. Colombia, 2007

Según el estrato socioeconómico, se encontraron diferencias en la razón por la cual no se demanda consulta de control de hipertensión arterial: cuando la razón es “No pensó que necesitara ir”, la población en situación de miseria alcanza el 38%, porcentaje similar al de la población no pobre (37%), mientras que la población pobre tiene el 28%; cuando la razón es “No ha sacado el tiempo para hacerlo”, la mayor proporción, con el 17%, es para la población no pobre; si la razón es “El problema se solucionó o se ha sentido bien”, el grupo de población con una mayor proporción es la pobre, con el 18%; y cuando la razón es “La consulta es muy cara o no tenía dinero”, el grupo más afectado, con el 14%, es la población en situación de miseria (Anexo, Gráfico 7.48).

Aunque las proporciones de la población en cada una de las razones para no ir a control de la hipertensión arterial son diferentes por área de residencia, no se observa una asociación entre estas proporciones y el grado de ruralidad o de urbanismo (Anexo, Gráfico 7.49).

Por regiones, la proporción de la población que da alguna de las razones descritas para no ir a control de la hipertensión arterial es diferente. Las razones que más variación presentan son: “No pensó que necesitara ir”, desde el 29% en las regiones Atlántica y Oriental, hasta el 57% en la Orinoquia-Amazonía; “No ha sacado el tiempo para hacerlo”, desde el 3% en Orinoquia-Amazonía, hasta el 25% en Bogotá (Anexo, Gráfico 7.50).

Las proporciones de la población en cada una de las razones para no ir a control de la hipertensión arterial también son diferentes según la etnia: la razón “No pensó que necesitara ir” varía entre el 23% para la etnia indígena, y el 47% en la negra, mulata, y “No ha sacado el tiempo para hacerlo” varía entre el 9% para la etnia negra, mulata, y el 36% en la raizal del archipiélago (Anexo, Gráfico 7.51).

Razones para no ir a control de la diabetes

El 42% de las personas declaran como razón para no ir a control de la diabetes que “No pensó que necesitara ir”, el 16% que “El problema se solucionó o se ha sentido bien”, y el 9% que “No ha sacado el tiempo para hacerlo”, razones relacionadas con actitud y comportamiento. En menor porcentaje (muy similar al de las respuestas de los hipertensos) aparecen las razones relacionadas con aspectos económicos, geográficos y administrativos (Gráfico 7.14).

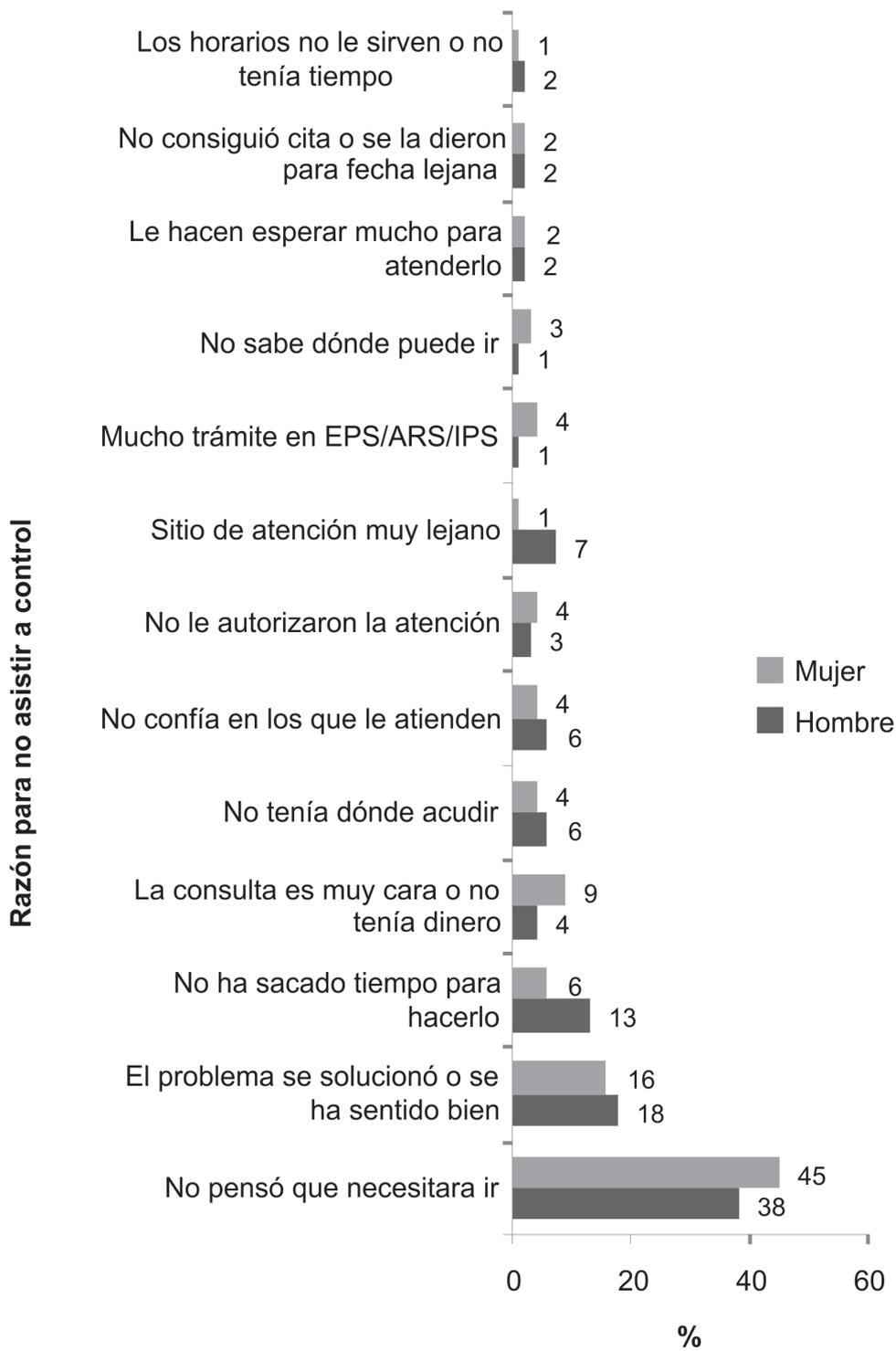
La razón que más diferencias muestra según los regímenes de seguridad social en salud es “La consulta es muy cara o no tenía dinero”, dada en mayor proporción por los vinculados (20%) y los afiliados al régimen subsidiado (5%) (Gráfico 7.15).

Existen diferencias en las razones para no ir a control de la diabetes según el estrato socioeconómico: para la población en situación de miseria, la principal razón es “La consulta es muy cara o no tenía dinero” con un 21%, mientras que para la población pobre con un 49% y la no pobre con un 43% es “no pensó que necesitaba ir” (Anexo, Gráfico 7.52).

Con respecto al área de residencia, además de la razón “No pensó que necesitara ir” (al control de diabetes), la de mayor porcentaje en las tres áreas, destacan en la rural dispersa y en el centro poblado “Sitio de atención muy lejano” y el costo de la atención (Anexo, Gráfico 7.53).

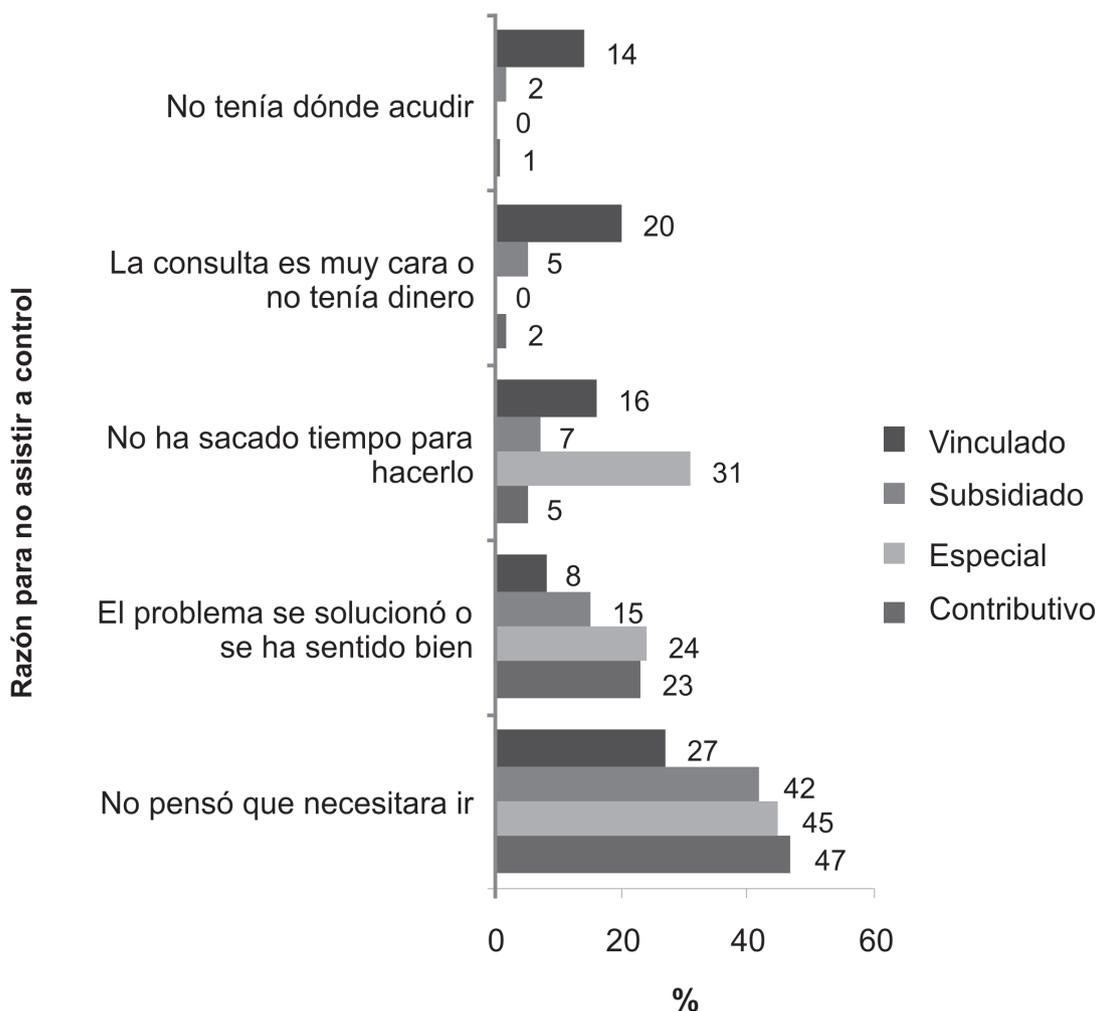
La razón para no asistir al control de diabetes en el último año también presenta diferencias según la región donde residen las personas. La más frecuente, “No pensó que necesitara ir”, presenta una mayor proporción en la región Oriental. En la Pacífica destacan las respuestas “No tenía dónde acudir” y “La consulta es muy cara o no tenía dinero”. Tanto en Bogotá como en la Orinoquia-Amazonía se destaca el exceso de trámites ante las EPS/ARS/IPS (Anexo, Gráfico 7.54).

Según la actividad desarrollada en la semana anterior a la ENS-2007, la razón más frecuente para no asistir al control de diabetes en el último año, “No pensó que necesitara ir”, tiene una mayor proporción en los rentistas y pensionados, mientras que quienes están discapacitados permanentemente señalan el excesivo trámite ante las EPS/ARS/IPS (Anexo, Gráfico 7.55).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.14. Proporción de personas en cada una de las razones dadas para no asistir a control de la diabetes en los últimos seis meses, según sexo. Colombia, 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Gráfico 7.15. Proporción de personas en cada una de las razones dadas para no asistir a control de la diabetes en los últimos seis meses, según régimen de seguridad social en salud. Colombia, 2007

Razones que dieron los encuestados para no asistir a consulta para tratar el dolor de espalda, cuello o nuca

El 52% de las personas entrevistadas que sufrieron dolor de espalda, cuello o nuca en la última semana declararon que no demandaron servicios de salud porque “Pensó que no era necesario consultar”, el 8% porque “La consulta es muy cara o no tenía dinero”, el 8% por “Descuido”, y el 7% porque “No ha sacado el tiempo para hacerlo” (Anexo, Gráfico 7.56).

El nivel educativo tiene que ver con las variaciones en el tipo de razón que dieron las personas para no asistir a consultas de control de dolor de espalda, cuello o nuca. En la primera razón, “Pensó que no era necesario consultar”, a medida en que aumenta el nivel educativo, aumenta la proporción de personas que no demandan este servicio: con ninguna educación 38% y con edu-

cación superior 61%. La segunda razón, “La consulta es muy cara o no tenía dinero”, se comporta de manera contraria: a medida en que aumenta el nivel educativo, se reduce la proporción de personas que dan esta respuesta, que alcanza el 18% entre quienes no tienen ninguna educación y solo el 3% de quienes tienen educación superior (Anexo, Gráfico 7.57).

Según el régimen de afiliación a la seguridad social, existen diferencias relacionadas con la capacidad o no de pago. La primera razón, “Pensó que no era necesario consultar” para tratar el dolor de espalda, cuello o nuca, presenta la mayor proporción entre los afiliados al régimen contributivo y a regímenes especiales, mientras que entre los vinculados se destaca la respuesta “La consulta es muy cara o no tenía dinero” (Anexo, Gráfico 7.58).

Con relación al estrato socioeconómico, el 21% de la población en condición de miseria da como razón para no solicitar una consulta para el dolor de espalda, cuello o nuca que “Es muy cara o no tenía dinero”. La población pobre y no pobre argumenta que “No pensó que necesitara ir” (Anexo, Gráfico 7.59).

También varía la proporción de la población, en cada una de las razones, que no consulta para el tratamiento del dolor de espalda, cuello o nuca según el área de residencia. La primera causa, “Pensó que no era necesario consultar”, se incrementa a medida que se incrementa el urbanismo, pasando de 41% en el área rural dispersa al 56% en la cabecera municipal. En la razón “La consulta es muy cara o no tenía dinero”, la proporción aumenta a medida que se incrementa la ruralidad, de 6% a 15%. Por el contrario, la razón “Descuido” se presenta en igual proporción en todas las áreas de residencia (Anexo, Gráfico 7.60).

Por regiones, la primera razón, “Pensó que no era necesario consultar” para el tratamiento del dolor de espalda, cuello o nuca, varía entre el 45% en la región Pacífica hasta el 57% en la Oriental. La segunda razón, “La consulta es muy cara o no tenía dinero”, varía entre el 1% en la región Orinoquia-Amazonía hasta el 12% en la Pacífica (Anexo, Gráfico 7.61).

Según la actividad económica de las personas entrevistadas, la primera razón, “Pensó que no era necesario consultar” para el tratamiento del dolor de espalda, cuello o nuca, varía entre el 36% entre la población con incapacidad permanente para trabajar hasta el 69% entre quienes se encontraban estudiando. Para la razón “La consulta es muy cara o no tenía dinero”, la variación oscila entre el 6% de la población que se encontraba trabajando y el 19% de quienes estaban buscando trabajo (Anexo, Gráfico 7.62).

La razón “Pensó que no era necesario consultar” para el tratamiento del dolor de espalda, cuello o nuca, tiene proporciones diferentes según la etnia a la que se pertenezca: en la población raizal alcanza el 38% y el 68% en la población de palenqueros. La razón “La consulta es muy cara o no tenía dinero” varía entre el 3% en la población raizal hasta el 14% en la población indígena (Anexo, Gráfico 7.63).

CAPÍTULO 8:

**ANÁLISIS DE
DESIGUALDADES EN LA
MORTALIDAD DE LA
POBLACIÓN
COLOMBIANA,
AÑO 2006**

La mortalidad en la población en general

El siguiente análisis descriptivo se realiza con base en la información sobre mortalidad recolectada por el DANE para el año 2006.

Según el área de residencia de la población colombiana, en los grupos de edad comprendidos entre 15 y 50 años la mortalidad es muy similar para todas las áreas; entre los menores de un año y mayores de 50 hay sobre-mortalidad en el área urbana, mientras para la población de 1 a 20 años la sobre-mortalidad se presenta entre la población residente en el área rural (Anexo, Gráficos 8.1 y 8.2).

La mortalidad de la población masculina es mayor, en todas las edades, que la femenina; la mayor proporción se encuentra en los grupos de edad entre los 10 y 50 años, y alcanza un pico máximo de 4,65 veces en el grupo de población de 20 a 24 años (Anexo, Gráficos 8.3 y 8.4. Las causas de esta sobre-mortalidad masculina corresponden a muertes violentas, accidentes, lesiones, homicidios, etc.).

Por otra parte, a partir de los 45 años la población masculina residente en el área urbana acusa una sobre-mortalidad con relación a la residente en el área rural, mientras que en la población de menores de 15 años la sobre-mortalidad se presenta en el área rural (Anexo, Gráficos 8.7 y 8.8).

Con respecto al sexo femenino, se encuentra una sobre-mortalidad entre las mujeres residentes en el área rural y con edades comprendidas entre 1 y 30 años; a partir de esta edad, la mortalidad de las mujeres que residen en la cabecera municipal es superior a la de aquellas que residen en el área rural (Anexo, Gráficos 8.5 y 8.6).

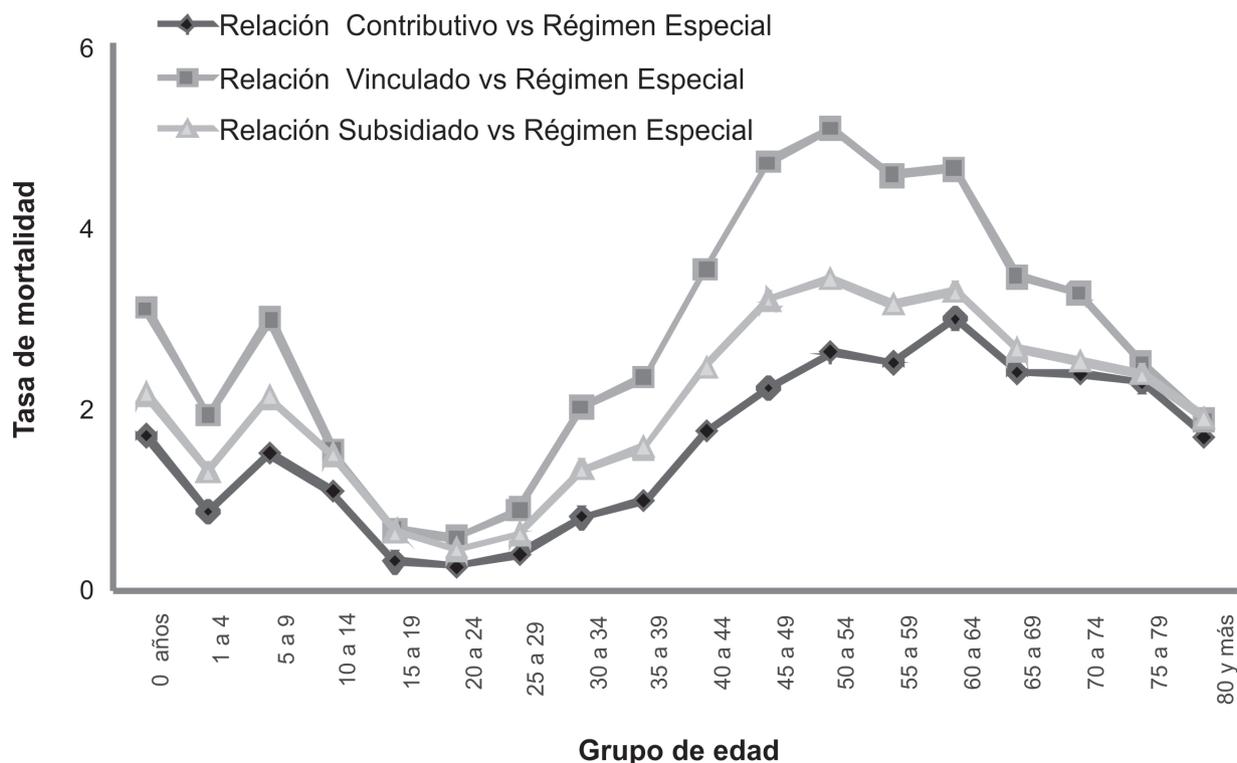
Desigualdades en la mortalidad de la población colombiana relacionadas con el tipo de afiliación a la seguridad social en salud (SGSSS)

Al hacer el análisis de la mortalidad en Colombia, se observan diferencias según el régimen de afiliación a la seguridad social en salud. La menor tasa de mortalidad general se presenta entre la población afiliada a los regímenes especiales (educadores, fuerzas armadas, universidades):

2,66 defunciones por cada 1.000 habitantes, y la mayor tasa entre la población de “vinculados y particular”: 5,19 defunciones por cada 1.000 habitantes (Anexo, Cuadro 8.1).

Estas mismas diferencias se presentan al observar los grupos quinquenales de edad y, en particular, entre la población mayor de 40 años, donde los afiliados a los regímenes especiales presentan las menores tasas específicas por edad, y los “vinculados” las mayores (Anexo, Gráfico 8.9).

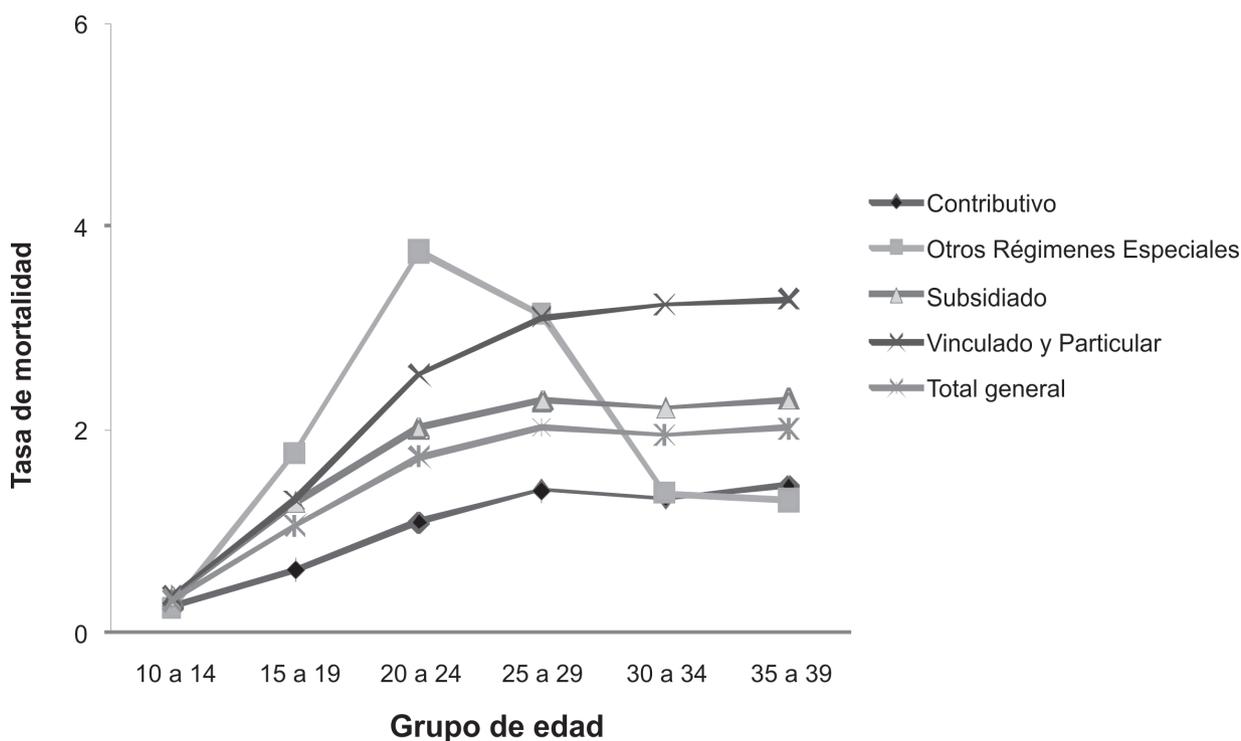
En el siguiente Gráfico se observa la sobre-mortalidad existente en los grupos de edad de la población afiliada a los regímenes de seguridad social en salud con relación al régimen especial; se exceptúan los grupos de edad de 10 a 30 años, en los que la sobre-mortalidad se presenta en los afiliados al régimen especial, debido probablemente a la presencia en él de las fuerzas militares y de policía. (Gráfico 8.1).



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Registros de defunción

Gráfico 8.1. Relación entre tasas de mortalidad de la población afiliada a los regímenes del SGSSS y al régimen especial. Colombia, 2006

En los grupos de edad comprendidos entre los 10 y 39 años, la población afiliada a regímenes especiales del SGSSS presenta mayor mortalidad que la de los demás regímenes y, en particular, la que se encuentra entre los 10 y 24 años (Gráfico 8.2).



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Registros de defunción

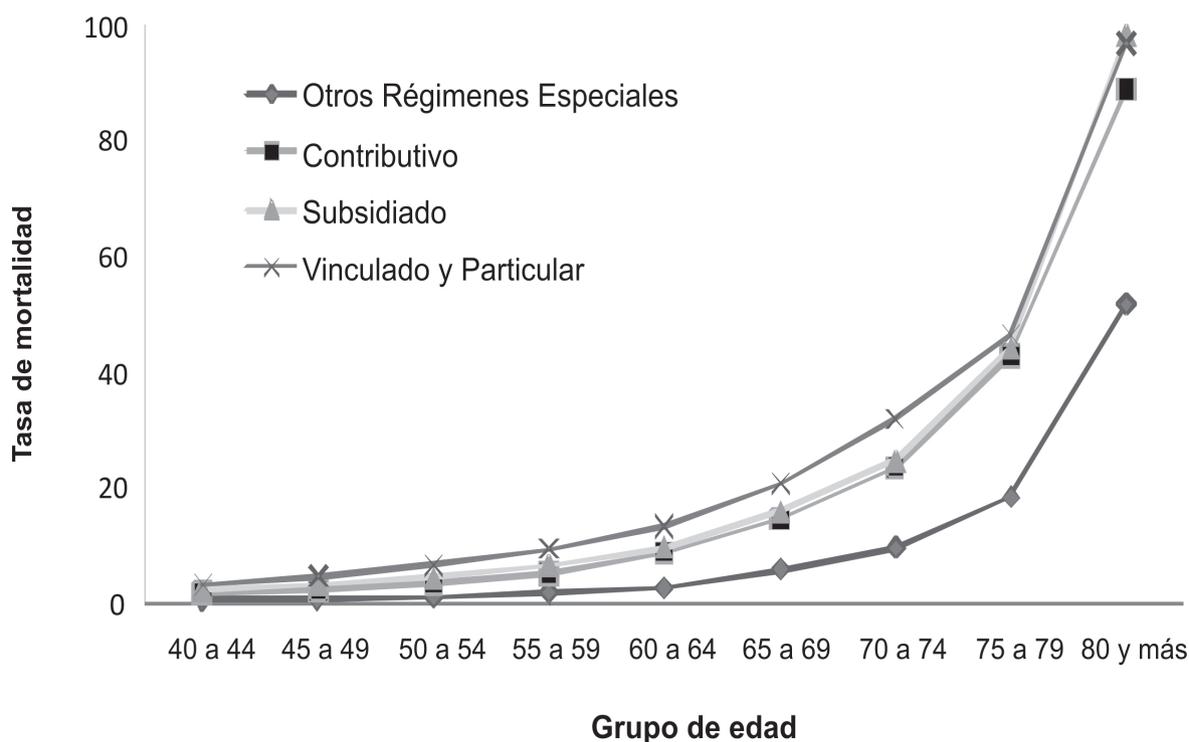
Gráfico 8.2. Tasas de mortalidad específicas para los grupos quinquenales de edad 10 a 39 años por regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. Colombia, 2006

Existen también diferencias entre las tasas de mortalidad específicas para la población mayor de 40 años: los afiliados a regímenes especiales tienen las menores tasas específicas de mortalidad; quienes pertenecen a los regímenes contributivo y subsidiado tienen tasas de mortalidad específica por edad similares; y la población de vinculados presenta las mayores tasas de mortalidad (Gráfico 8.3).

Según el área de residencia, la sobre-mortalidad masculina entre los afiliados al régimen contributivo del SGSSS es notable, tanto en la cabecera como en el resto del municipio donde se registró la defunción. También se observa una sobre-mortalidad de los residentes en la cabecera municipal con respecto a los residentes en centros poblados o área rural dispersa, diferencia que se hace más notoria a partir de los 50 años; en el Gráfico 8.4 se presenta en detalle las diferencias entre sexos y área de residencia para los mayores de 50 años.

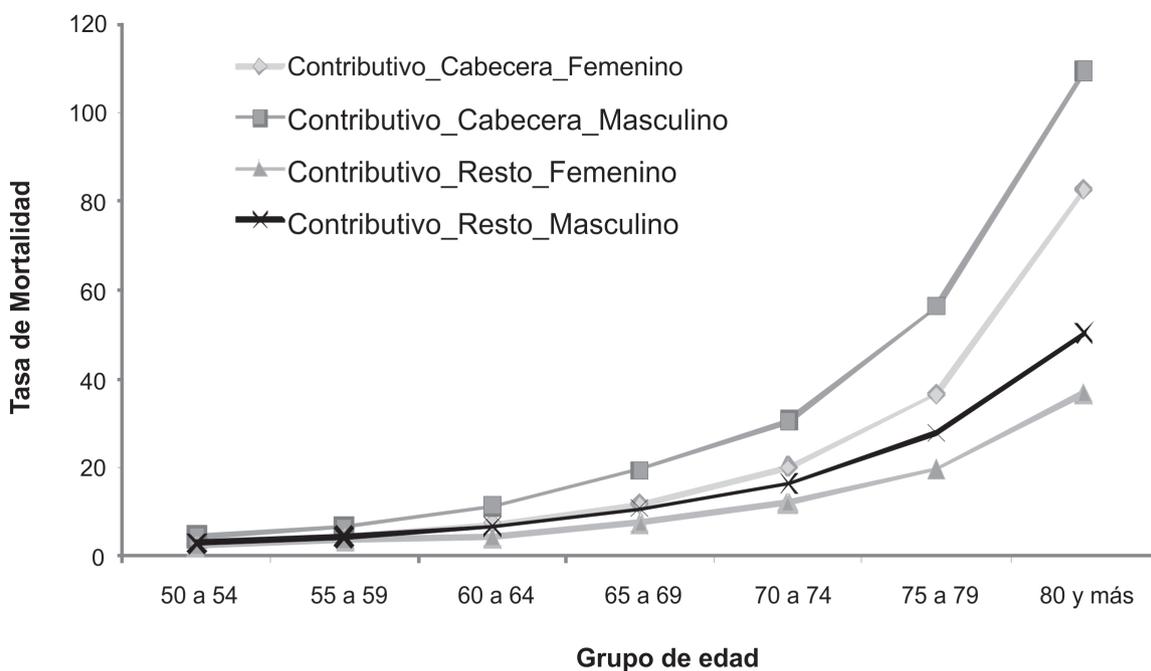
Si bien se presentan pocas diferencias en las tasas de mortalidad de los regímenes subsidiado y contributivo para la población residente en la cabecera municipal, sí se destaca la sobre-mortalidad masculina en ambos regímenes (Anexo, Gráfico 8.10).

A partir de los 50 años, la mortalidad femenina muestra diferencias importantes según el tipo de afiliación a la seguridad social en salud: las menores tasas de mortalidad se encuentran entre las afiliadas al régimen especial, y las mayores entre las vinculadas (Anexo, Gráfico 8.11).



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Registros de defunción

Gráfico 8.3. Tasas de mortalidad específicas para los grupos quinquenales de edad mayores los 40 años por regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. Colombia, 2006



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Registros de defunción

Gráfica 8.4. Tasas de mortalidad específicas por grupos quinquenales de edad de los mayores de 50 años afiliados al Régimen Contributivo del SGSSS, según sexo y área de residencia. Colombia, 2006

El análisis de las desigualdades en la mortalidad femenina, según el régimen de seguridad social, permite observar cómo, a partir de los 25 años, las mujeres afiliadas a los regímenes contributivo, subsidiado y vinculado tienen una mortalidad muy superior a la de las mujeres del régimen especial, alcanzando hasta 7 veces la de las vinculadas en edad de 45 a 50 años (Anexo, Gráfico 8.12).

En el área rural, la mortalidad de las mujeres según el tipo de afiliación en salud presenta diferencias a partir de los 40 años; diferencias que se hacen más notables en las mujeres de 60 años, edad en la que se observa una sobre-mortalidad en el régimen subsidiado con relación a los demás regímenes y, en particular, al régimen contributivo (Anexo, Gráfico 8.13).

Entre las mujeres residentes en el área rural y con edades comprendidas entre 1 y 25 años se presenta una sobre-mortalidad de las afiliadas al régimen especial con respecto al régimen contributivo. En todas las edades, y de manera especial en las menores de 30 años, se presenta una sobre-mortalidad en los regímenes subsidiado y vinculado con respecto al régimen contributivo, que tiene las menores tasas de mortalidad en el área rural (Anexo, Gráfico 8.14).

La mortalidad entre los hombres muestra diferencias importantes en los grupos poblacionales de los mayores de 45 años: los afiliados al régimen especial tienen las menores tasas de mortalidad, y las mayores los hombres de la población vinculada (Anexo, Gráfico 8.15).

Según el régimen de seguridad social, se observa que a partir de los 25 años la mortalidad masculina en los regímenes contributivo, subsidiado y vinculado es muy superior a la del régimen especial, y que en relación con éste, los vinculados del grupo de edad entre los 50 y 55 años tienen una mortalidad hasta 7 veces mayor. También se presentan diferencias importantes para los menores de 20 años (Anexo, Gráfico 8.16).

En el área rural, la mortalidad entre los hombres presenta diferencias a partir de los 40 años; diferencias que se hacen más notables en los mayores de 60 años, edad en la que se observa una sobre-mortalidad en el régimen de vinculados con relación a los demás regímenes y, en particular, con el régimen contributivo (Anexo, Gráfico 8.17).

En esta misma área, los grupos poblacionales masculinos con edades entre 1 y 15 años y pertenecientes al régimen especial presentan una sobre-mortalidad con respecto a los del régimen contributivo. También, en todas las edades los regímenes subsidiado y vinculado presentan sobre-mortalidad con respecto al régimen contributivo y, de manera notable, entre los menores de 35 años, donde el grupo de 15 a 19 años alcanza una sobre-mortalidad 11 veces superior (Anexo, Gráfico 8.18).

En el área urbana se presenta la mayor proporción tanto de mortalidad masculina para los tres regímenes del SGSSS, como de mortalidad femenina en el régimen de vinculadas, y en ambos casos las estructuras de mortalidad son similares por edad. Entre los hombres, la mayor mortalidad se encuentra en el régimen de vinculados, y es muy superior en los grupos de población de 50 a 74 años (Anexo, Gráfico 8.19).

La menor mortalidad, tanto en cabecera como en el resto, se presenta entre la población femenina afiliada al régimen especial; y en el área rural entre las mujeres afiliadas al régimen contributivo (Anexo, Gráfico 8.20).

Diferencias en la mortalidad de la población colombiana relacionadas con la afiliación a la seguridad social en salud y la subregión del país

Para comparar la mortalidad general en las 16 subregiones del país se estandarizó la tasa de mortalidad general por edad, y se utilizó la población total del país como población teórica. Los resultados son los siguientes:

La subregión con mayor tasa de mortalidad general estandarizada (x 1.000) es la que corresponde a la conformada por el Área Metropolitana de Cali, con una tasa MGE de 6,02 muertes por cada 1.000 habitantes, y una sobre-mortalidad con relación a la TMG nacional del 35%. Presentan también mortalidad general superior al promedio nacional (4,44 defunciones por mil habitantes) las subregiones conformadas por el Área Metropolitana de Barranquilla, Caldas-Risaralda-Quindío, Área Metropolitana de Medellín, los Santanderes, Tolima-Huila-Caquetá, Bogotá D.C., y Antioquia sin el Área Metropolitana de Medellín. Las subregiones con menor mortalidad general son las del litoral Pacífico y la conformada por los departamentos de Sucre, Córdoba y el sur de Bolívar, con una mortalidad inferior de 25% y 32% (Anexo, Gráfico 8.21).

Al realizar el ejercicio de estandarización de la mortalidad según sexo en cada una de las subregiones, se observa regularidad en la sobre-mortalidad masculina en todas las subregiones del país, siendo mayor la relación en la Orinoquia-Amazonía (1,73), Valle del Cauca y litoral Pacífico. La sobre-mortalidad masculina más baja se observa en la subregión conformada por los departamentos de Córdoba, Sucre y Bolívar Sur (1,17) (Anexo, Gráficos 8.22 y 8.23).

Al revisar las tasas de mortalidad general estandarizadas según el área de residencia de la población, se observa una sobre-mortalidad notable entre la población residente en el área rural (resto) de las subregiones conformadas por áreas metropolitanas o de gran urbanización –es el caso de las áreas rurales de ciudades como Bogotá, Barranquilla, Medellín y Cali–, mientras que las subregiones localizadas en la Costa Atlántica –con exclusión del Área Metropolitana de Barranquilla– muestran una mayor mortalidad en el área urbana (cabecera municipal) (Anexo, Gráfico 8.24).

Tasas de mortalidad general estandarizadas por edad y régimen de seguridad social

Como ya se dijo, la mayor tasa de mortalidad general estandarizada (eliminado el efecto de la estructura etaria) corresponde a la población de vinculados, con 5,25 defunciones por cada mil habitantes de la población teórica; le sigue la tasa de mortalidad de los afiliados al régimen subsidiado, con 4,67 defunciones por mil habitantes. La menor mortalidad general se presenta

entre la población afiliada a los regímenes especiales, con una tasa de 2,77 defunciones por mil habitantes (Anexo, Gráfico 8.25).

Por subregiones, la mortalidad según régimen de seguridad social presenta grandes variaciones. En el Gráfico 8.5 (ver la página siguiente), construido a partir de las tasas de mortalidad general estandarizadas por edad, se observa una relación inversa entre las tasas de los afiliados al sistema de seguridad social y las de los no afiliados.

Por sexo y subregiones, el comportamiento de la mortalidad en la población afiliada al régimen contributivo es muy similar al de la población general: la sobre-mortalidad masculina se encuentra en todas las subregiones del país y, en mayor proporción, en la Orinoquia-Amazonía (2,90), Valle sin Área Metropolitana de Cali y Buenaventura (1,82), Antioquia sin Área Metropolitana de Medellín (1,78), y Cauca, Nariño, Litoral Pacífico y Santanderes (1,73). Esta distribución de la sobre-mortalidad en el régimen contributivo corresponde a poblaciones que residen en zonas de baja urbanización o a población dispersa (Anexo, Gráfico 8.26).

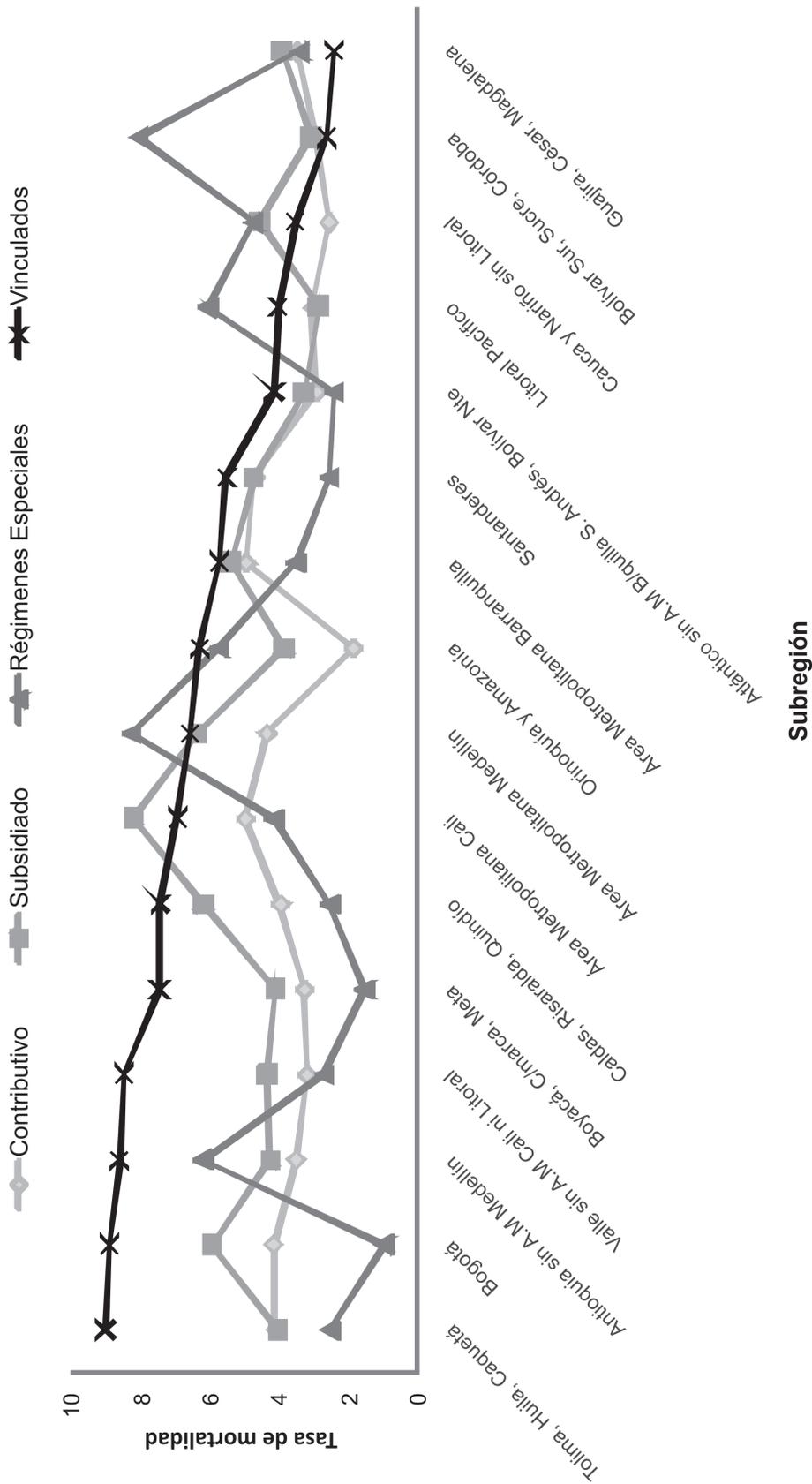
A nivel rural, la población afiliada al régimen contributivo de sexo masculino presenta una alta sobre-mortalidad para todas las subregiones del país y, de forma notable, en Bogotá y las subregiones de menor desarrollo tales como Orinoquia, Amazonas y litoral Pacífico (Gráfico 8.6, sin los datos para Bogotá).

La mortalidad de la población afiliada al régimen contributivo presenta diferencias importantes según el área de residencia, en particular en las subregiones que comprenden áreas metropolitanas –como en el caso de Bogotá, Barranquilla, Medellín y Cali–, donde la probabilidad de morir en el área rural es hasta 30 veces la del área urbana; en las demás subregiones la sobre-mortalidad la presenta el área urbana (Anexo, Gráfico 8.27).

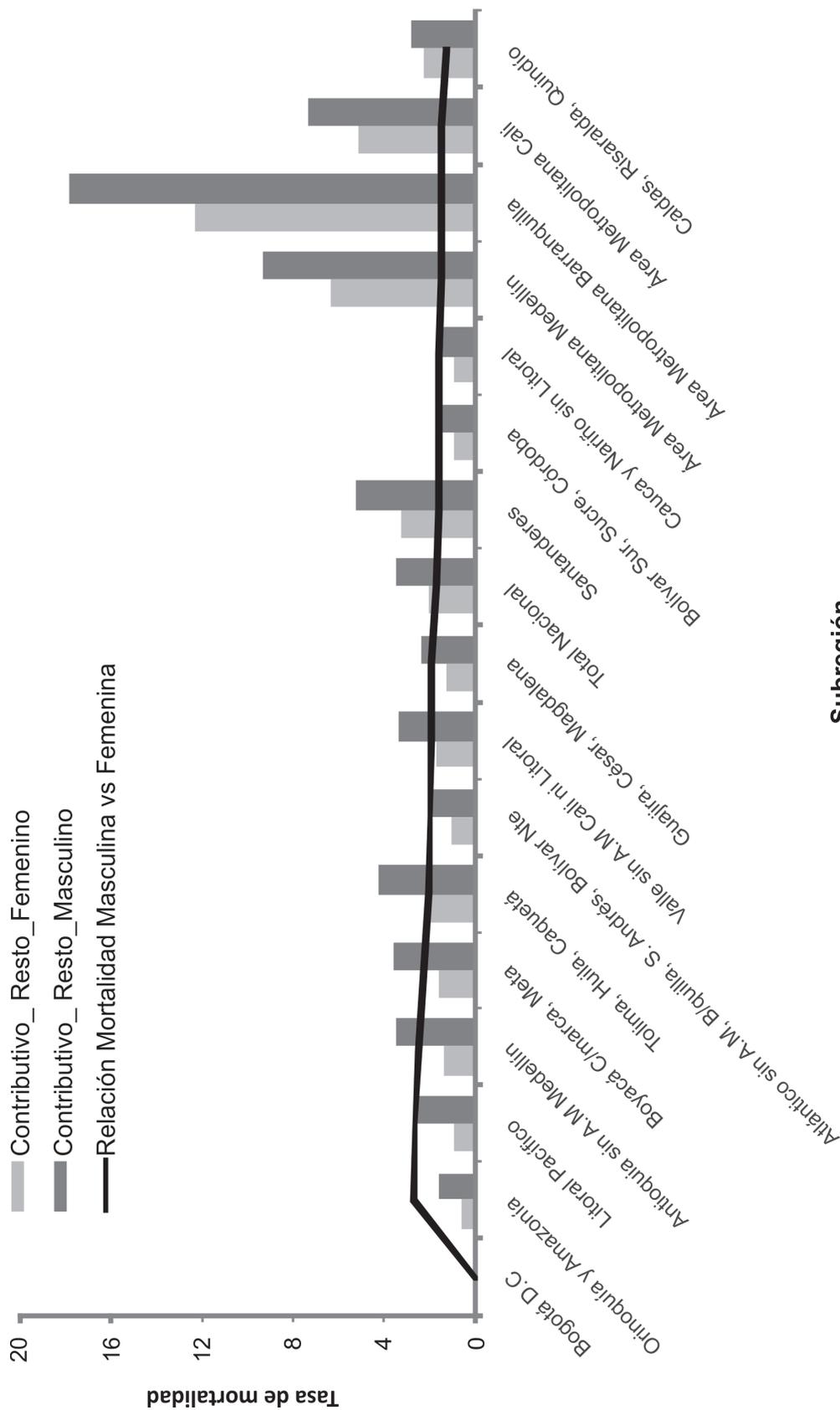
La población masculina residente en la cabecera municipal y afiliada al régimen subsidiado presenta una mayor mortalidad en todas las subregiones del país. El Valle sin el Área Metropolitana de Cali ni litoral tiene la mayor sobre-mortalidad masculina, y el litoral Pacífico la menor (Anexo, Gráfico 8.28).

La población masculina residente en el área rural y afiliada al régimen subsidiado presenta sobre-mortalidad en todas las subregiones y, de manera notable, en aquéllas de menor desarrollo urbanístico, tal es el caso del litoral Pacífico, Orinoquia-Amazonía y Valle sin área metropolitana de Cali, donde existen las mayores diferencias. Bogotá es una excepción puesto que presenta las mayores tasas de mortalidad estandarizadas (mayores a las que aparecen en el gráfico) para el área rural (Anexo, Gráfico 8.29).

Es notoria también la sobre-mortalidad de la población afiliada al régimen subsidiado residente en el área rural, particularmente en las subregiones que contienen departamentos y municipios con alto nivel de urbanización (como Bogotá, Barranquilla y Medellín). Las subregiones donde se presenta una mayor sobre-mortalidad urbana son las que comprenden a municipios del litoral Pacífico, de Bolívar Sur, Sucre y Córdoba, probablemente debido a un mayor subregistro de la mortalidad en el área rural de estas subregiones (Anexo, Gráfico 8.30).



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Registros de defunción
Gráfico 8.5. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad (x 1.000) por régimen de seguridad social y subregión de residencia. Colombia, 2006



Subregión

Fuente: DANE. Estadísticas Vitales. Registros de defunción

Gráfico 8.6. Tasa de mortalidad estandarizadas por edad (x 1.000) de la población afiliada al régimen contributivo, por sexo, y sobre-mortalidad masculina por subregión del país en el área rural. Colombia, 2006

La población afiliada a los regímenes especiales (fuerzas armadas, docentes, parlamento) residentes en el área urbana tiene una mortalidad diferencial por sexo preocupante: en la mitad de las subregiones, la sobre-mortalidad masculina es 2 veces superior a la de las mujeres. Antioquia sin el Área Metropolitana de Medellín duplica esta relación, seguida de la subregión conformada por Bolívar Norte y Atlántico sin Área Metropolitana de Barranquilla (Anexo, Gráfico 8.31).

Igual sucede en el área rural, donde la población afiliada a los regímenes especiales evidencia una mayor mortalidad de la población masculina con excepción de cinco subregiones: litoral Pacífico, Cauca y Nariño, Atlántico sin Área Metropolitana de Barranquilla, Bolívar Sur, Sucre y Córdoba, y Área Metropolitana de Cali (Anexo, Gráfico 8.32).

La población residente en el área rural y afiliada a los regímenes especiales presenta una sobre-mortalidad muy alta: hasta 65.4 veces en la subregión correspondiente a Bogotá (No se representa en el gráfico, por ser un valor extremo), 5 veces en el Área Metropolitana de Cali, 4 veces en las subregiones integradas por los departamentos de Tolima, Huila, Caquetá, y Caldas, Risaralda, Quindío, y 3 veces en la subregión conformada por los municipios del Área Metropolitana de Medellín. Las subregiones conformadas por los municipios del Área Metropolitana de Barranquilla y por los departamentos de la Orinoquia-Amazonía tienen una ligera sobre-mortalidad urbana con respecto al área rural (Anexo, Gráfico 8.33).

La población de vinculados (no afiliada al SGSSS ni a los regímenes especiales) residente en el área urbana también presenta una sobre-mortalidad masculina en todas las subregiones, a excepción de Bogotá donde existe una ligera sobre-mortalidad femenina. Las mayores diferencias se presentan en las subregiones Área Metropolitana de Cali, litoral Pacífico y Orinoquia-Amazonía, donde se superan las dos defunciones en hombres por una de mujeres (Anexo, Gráfico 8.34).

Igual sucede con la población de vinculados residente en el área rural: en todas las subregiones –con excepción del Área Metropolitana de Barranquilla– la sobre-mortalidad masculina es muy alta con relación a las mujeres. En las subregiones de Orinoquia-Amazonía, litoral Pacífico y los Santanderes es de más del doble. Por otra parte, Bogotá sigue siendo la subregión con las mayores tasas de mortalidad en el área rural: 118,6 para mujeres y 174,5 para hombres (Anexo, Gráfico 8.35)

La población de vinculados presenta, también, una sobre-mortalidad notoria en el área rural con respecto al área urbana. En Bogotá, por cada persona que muere en el área urbana fallecen 18 en el área rural (no se presenta en el gráfico). En las subregiones conformadas por los municipios del Área Metropolitana de Medellín y del Área Metropolitana de Cali fallecen dos personas en el área rural por una en el área urbana. Situación opuesta de observa en las subregiones conformadas por los municipios de Bolívar Sur, Sucre y Córdoba, Atlántico sin Área Metropolitana de Barranquilla, Norte de Bolívar y San Andrés, Guajira, Cesar y Magdalena, con una sobre-mortalidad en el área urbana hasta de 3 veces más que en el área rural, y en el litoral Pacífico donde por una defunción en el área rural ocurren 5 en el área urbana (Anexo, Gráfico 8.36).

Si se toma como referente el régimen contributivo para comparar la mortalidad del área urbana entre los distintos regímenes de seguridad social, se observa que en el subsidiado existe una sobre-mortalidad en todas las subregiones, mientras que en la mayoría de las éstas se presenta una sub-mortalidad entre los afiliados a los regímenes especiales, con excepción de las subregiones Área Metropolitana de Medellín, Bolívar Sur, Sucre y Córdoba, y litoral Pacífico. La población de vinculados y los afiliados al régimen subsidiado presentan un nivel de mortalidad mayor en todas las subregiones del país, pero con mayores diferenciales en las subregiones: municipios del Valle del Cauca sin Área Metropolitana de Cali, Boyacá, Cundinamarca y Meta, Bogotá, Antioquia sin Área Metropolitana de Medellín, litoral Pacífico y Tolima, Huila y Caquetá (Anexo, Gráfico 8.37).

El comportamiento de la mortalidad según los distintos regímenes de afiliación al SGSSS, comparado con la mortalidad en el régimen contributivo, es muy diferente en el área rural y en el área urbana. Los regímenes especiales, subsidiado y vinculados presentan niveles de mortalidad superiores al contributivo en la mayoría de las subregiones, con excepción de los vinculados en las subregiones de Guajira, Cesar y Magdalena, Área Metropolitana de Barranquilla y Bogotá, donde los niveles de mortalidad son inferiores al del régimen contributivo. En casi todas las subregiones, los mayores niveles de sobre-mortalidad con respecto al régimen contributivo se encuentran en los regímenes especiales (Anexo, Gráfico 8.38).

Según el tipo de afiliación a la seguridad social, la mortalidad entre la población femenina residente en el área urbana presenta diferencias significativas. En efecto, al relacionar las tasas de mortalidad estandarizadas para cada uno de los regímenes, usando como referente el contributivo, se observa una sobre-mortalidad en todos los regímenes y en todas las subregiones (Anexo, Gráfico 8.39).



ASIS
Análisis de Situación en Salud



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"