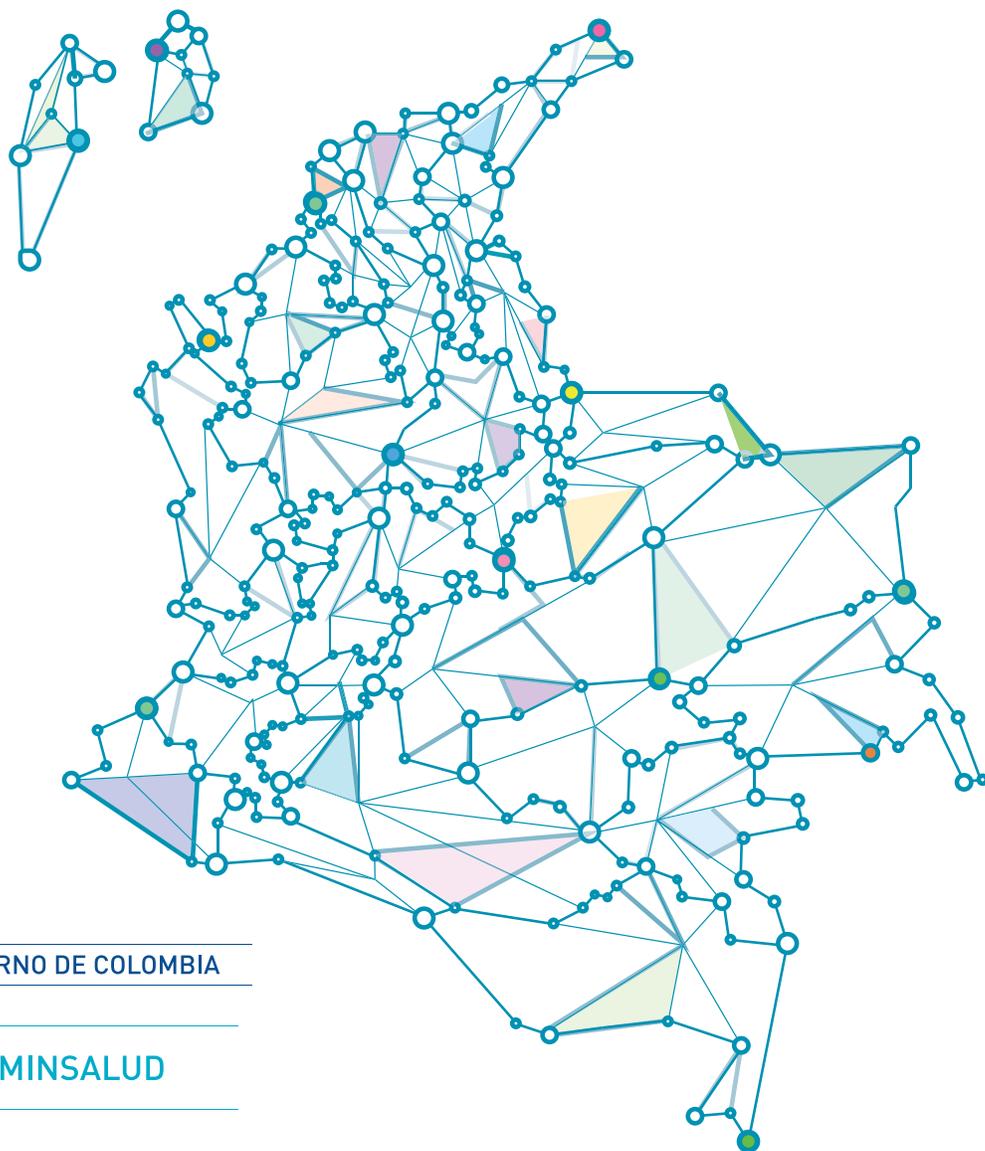


# La Equidad en salud para Colombia

Brechas internacionales y territoriales

Ministerio de Salud y Protección Social



 GOBIERNO DE COLOMBIA

 MINSALUD





**MINSALUD**

---

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE  
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO  
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL  
Secretario General

SANDRA LORENA GIRÓN VARGAS  
Dirección de Epidemiología y Demografía

© Ministerio de Salud y Protección Social  
Año de publicación : 2015

### **Autores:**

Fernando Ruiz Gómez  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Teana Zapata Jaramillo  
Asesor del Viceministerio de Salud Pública y  
Prestación de Servicios

### **Comité editorial:**

Adriana Llano Restrepo  
Asesora de Movilización Social e Incidencia Política  
Dirección de Epidemiología y Demografía

Álvaro Alfonso Trujillo González  
Coordinador Editorial  
Dirección de Epidemiología y Demografía

Ricardo Adolfo Amorteguí González  
Coordinador Grupo Comunicaciones

### **Agradecimientos Especiales:**

Liz Garavito Beltrán  
José Antonio Zapata  
Alejandro Gaviria  
Tania Dmytraczenko  
Camila Franco Restrepo  
Ingrid Astrid Morales

**ISBN:** 978-958-5401-35-8

# Contenido

<b>Introducción .....</b>	<b>11</b>
<b>Política de Equidad en Salud.....</b>	<b>14</b>
<b>Marco metodológico .....</b>	<b>17</b>
1. Visión comparativa .....	17
2. Análisis sobre equidad en salud .....	18
<b>Análisis comparativo internacional .....</b>	<b>24</b>
1. Indicadores de contexto social .....	24
1.1. Crecimiento de la población.....	24
1.2. Distribución urbano – rural de la población.....	26
1.3. Distribución etaria de la población.....	27
1.4. Tasa de dependencia.....	28
2. Determinantes de la salud .....	32
2.1. Acceso a agua potable .....	32
2.2. Saneamiento higiénico .....	33
3. Financiamiento de la salud .....	35
3.1. Gasto en salud como proporción del PIB.....	35
3.2. Gasto per cápita en salud .....	36
3.3. Composición del gasto total en salud .....	36
3.3.1. Gasto público en salud .....	37
3.3.2. Gasto de bolsillo .....	38
3.3.3. Otros gastos privados.....	39
4. Resultados y acciones en salud .....	41

4.1.Resultados en salud.....	41
4.1.1.Esperanza de vida al nacer .....	41
4.1.2.Mortalidad materno-infantil.....	43
4.1.3.Desnutrición.....	45
4.1.4.Tuberculosis.....	46
4.2.Acciones en salud.....	50
4.2.1.Inmunizaciones .....	50
<b>Situación general de salud y comparación territorial.....</b>	<b>53</b>
1.Carga de enfermedad .....	53
2.Diferencias territoriales.....	60
<b>Análisis de equidad poblacional .....</b>	<b>84</b>
1.Situación general en salud.....	84
2.Equidad en salud de la población infantil .....	91
3.Equidad en gestantes.....	103
4.Acceso, calidad y utilización de servicios de salud.....	114
<b>Conclusiones .....</b>	<b>130</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>137</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>141</b>
Anexo 1. Clasificación de países del Banco Mundial basada en el Ingreso Nacional Bruto (INB).....	141
Anexo 2. Indicadores contruidos para análisis de inequidad .....	143
Anexo 3. Dimensiones IPM – Colombia .....	145
Anexo 4. Media, distribución estandarizada por quintiles e índices de concentración, Colombia .....	146

# Tablas

Tabla 1. Clasificación de países del Banco Mundial basada en el Ingreso Nacional Bruto (INB) .....	17
Tabla 2. Crecimiento anual de la población (%).....	25
Tabla 3. Población Urbana .....	27
Tabla 4. Distribución etaria de la población 2000-2012 (% del total) .....	29
Tabla 5. Tasa de dependencia (% de población en edad de trabajar).....	30
Tabla 6. Cobertura poblacional con agua potable (%).....	33
Tabla 7. Cobertura poblacional al saneamiento básico (%) .....	34
Tabla 8. Gasto en salud respecto del PIB (%).....	35
Tabla 9. Gasto per-cápita en salud, PPP (USD constantes 2005) .....	36
Tabla 10. Gasto público de salud respecto del PIB (%) .....	37
Tabla 11. Gasto público de salud respecto al total de salud (%) .....	37
Tabla 12. Gasto de bolsillo como proporción del PIB (%) .....	38
Tabla 13. Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud (%) .....	39
Tabla 14. Cobertura de otros gastos privados en el total de salud (%).....	39
Tabla 15. Esperanza de vida al nacer (Años) .....	42
Tabla 16. Tasa de mortalidad materna (x 1.000 nacidos vivos) .....	43
Tabla 17. Tasa de mortalidad neonatal (x 1.000 nacidos vivos).....	44
Tabla 18. Tasa de mortalidad infantil (x 1.000 nacidos vivos) .....	44
Tabla 19. Tasa de mortalidad menores de 5 años (x 1.000 nacidos vivos) .....	44
Tabla 20. Déficit alimentario (kilocalorías por persona por día) .....	45
Tabla 21. Prevalencia de desnutrición .....	46
Tabla 22. Indicadores de tuberculosis .....	48
Tabla 23. Cobertura vacunal .....	51
Tabla 24. Expectativa de vida basal y ajustada, carga de discapacidad (AVD) y de muerte prematura (APMP). Colombia, 2010 .....	53
Tabla 25. Municipios en estado crítico para el indicador de tasa de mortalidad en menores de un año (>100.01 x 1.000 nacidos vivos).....	66
Tabla 26. Porcentaje niños que recibieron menos de 6 meses de lactancia materna exclusiva según quintil de riqueza, 2005 y 2010 .....	99

# Gráficos

Gráfico 1. Crecimiento anual de la población (%) .....	25
Gráfico 2. Población urbana (% población total).....	26
Gráfico 3. Distribución Etaria 2000-2012.....	28
Gráfico 4. Tasa de dependencia (% de población en edad de trabajar).....	31
Gráfico 5. Cobertura poblacional con agua potable (%).....	32
Gráfico 6. Porcentaje de la población con acceso a saneamiento básico .....	34
Gráfico 7. Composición del gasto total en salud como proporción del PIB 2000-2011.....	40
Gráfico 8. Esperanza de vida al nacer (2000-2011) .....	42
Gráfico 9. Indicadores de tuberculosis por ingreso: país, Latinoamérica y el Caribe y Colombia .....	49
Gráfico 10. Cobertura vacunal .....	52
Gráfico 11. Años de vida saludable (AVISA) perdidos a lo largo de la vida .....	55
Gráfico 12. AVISA perdidos según grupo de edad .....	55
Gráfico 13. Años de vida saludable perdidos por muerte prematura (APMP).....	56
Gráfico 14. Años de vida saludable perdidos por discapacidad (AVD).....	57
Gráfico 15. AVISA perdidos por enfermedades transmisibles .....	58
Gráfico 16. AVISA perdidos por enfermedad crónica .....	58
Gráfico 17. AVISA perdidos por enfermedad materna.....	59
Gráfico 18. AVISA perdidos por enfermedad materno-infantil.....	59
Gráfico 19. AVISA perdidos por lesiones de causa externa .....	60
Gráfico 20. Tipo de primera causa de mortalidad según departamento, Colombia 2012.....	62
Gráfico 21. Tasa de mortalidad infantil a nivel departamental.....	63
Gráfico 22. Tasa de mortalidad infantil (x 1.000 nacidos vivos) vs PIB a precios constantes (miles de millones).....	64
Gráfico 23. Tasa de mortalidad infantil (x 1.000 nacidos vivos) vs Coeficiente de Gini .....	65
Gráfico 24. Tasa de mortalidad infantil a nivel municipal .....	67

Gráfico 25. Tasa de mortalidad en la niñez a nivel departamental.....	68
Gráfico 26. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (x 1.000 nacidos vivos) vs PIB a precios constantes (miles de millones).....	69
Gráfico 27. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (x 1.000 nacidos vivos) vs Coeficiente de Gini .....	70
Gráfico 28. Tasa de mortalidad en la niñez a nivel municipal.....	71
Gráfico 29. Cobertura vacunal contra el Bacillus Calmette-Guerin (BCG) vs Coeficiente de Gini por Departamentos .....	72
Gráfico 30. Cobertura de vacunación en BCG a nivel municipal.....	73
Gráfico 31. Cobertura vacunal contra la difteria, tos ferina y tétanos (DPT) vs coeficiente de Gini por Departamentos .....	74
Gráfico 32. Cobertura de vacunación en DPT a nivel municipal.....	75
Gráfico 33. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer a nivel municipal...	77
Gráfico 34. Bajo peso al nacer vs coeficiente de Gini por Departamentos.....	78
Gráfico 35. Nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales vs coeficiente de Gini por Departamentos.....	78
Gráfico 36. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales a nivel municipal .....	79
Gráfico 37. Partos atendidos por personal calificado vs coeficiente de Gini por Departamentos.....	80
Gráfico 38. Atención institucional del parto a nivel municipal .....	81
Gráfico 39. Partos por cesárea vs coeficiente de Gini por departamentos.....	82
Gráfico 40. Partos por cesárea a nivel municipal .....	83
Gráfico 41. Autopercepción regular o mala del estado de salud .....	85
Gráfico 42. Presencia de enfermedad crónica .....	87
Gráfico 43. Obesidad en no gestantes .....	88
Gráfico 44. Obesidad en hombres .....	90
Gráfico 45. Cobertura de vacunación en antituberculosa (BCG).....	92
Gráfico 46. Cobertura de vacunación en Difteria, Tosferina y Tétanos (DPT).....	93
Gráfico 47. Cobertura de vacunación en Triple Viral .....	94
Gráfico 48. Bajo peso - menores de 5 años.....	96
Gráfico 49. Baja talla - menores de 5 años .....	97

Gráfico 50. Programa de crecimiento y desarrollo .....	98
Gráfico 51. Menos de 6 meses de lactancia .....	100
Gráfico 52. Diarrea.....	101
Gráfico 53. Infección Respiratoria Aguda (IRA).....	102
Gráfico 54. Controles prenatales (+4 visitas) .....	104
Gráfico 55. Suplementación de hierro .....	105
Gráfico 56. Parto institucional .....	106
Gráfico 57. Nacido por operación cesárea.....	107
Gráfico 58. Complicación al momento del nacimiento.....	109
Gráfico 59. Complicación como consecuencia del parto .....	111
Gráfico 60. Sangrado excesivo posparto .....	112
Gráfico 61. Infección de senos posparto.....	113
Gráfico 62. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) .....	115
Gráfico 63. Uso de servicios médicos preventivos (SMP) .....	117
Gráfico 64. Uso de servicios odontológicos preventivos (SOP).....	118
Gráfico 65. Uso de servicios ambulatorios por problema de salud manifiesto (SA)	120
Gráfico 66. Uso de servicios médico especialistas por problema de salud manifiesto (SE).....	121
Gráfico 67. Uso de servicios hospitalarios (SH) .....	122
Gráfico 68. Percepción regular o mala de la calidad de servicios ambulatorios (PSA) .....	124
Gráfico 69. Percepción regular o mala de la calidad de servicios hospitalarios (PSH).....	125
Gráfico 70. Días para ser atendido por un médico general u odontólogo .....	126
Gráfico 71. Días para ser atendido por un especialista.....	127
Gráfico 72. Suministro total de medicamentos (SM).....	129

# Introducción

*Nada que verdaderamente valga la pena se puede realizar en el lapso de una vida...  
Nada que sea verdad o hermoso llega a tener cabal sentido en la inmediatez de un contexto histórico...  
Nada de lo que hagamos, no importa qué tan virtuoso, lo podemos realizar a solas...*

REINHOLD NIEBUHR

La sociedad y la economía colombianas han evolucionado profundamente desde la segunda mitad del siglo XX. De una población cercana a 12'000.000 de habitantes en 1950, preponderantemente rural (60%), se llega hoy a casi 48'000.000 de colombianos, residentes principalmente en centros urbanos (79%)(CELADE, 2013). Así mismo, se aprecia un significativo incremento en la expectativa de vida, pasando de los 51 años en 1950, a los 75 en 2010 (Undesa, Dane 2015).

Dichos cambios implican complejas y sustanciales demandas económicas, sociales y de infraestructura al ser requeridas por una población creciente y con mayor envejecimiento. A su vez, han exigido políticas que, si bien no son suficientes para atender la plenitud de los requerimientos, han posibilitado logros destacables. Estos han conducido a un nivel de bienestar próximo al de países con mayor nivel económico. Sin embargo, los promedios en los avances también esconden marcadas diferencias al interior del país. Estas brechas son urgentes de abordar para lograr, a mediano plazo, una sociedad equitativa, justa y factible en los territorios más pobres del país.

En suma, puede decirse que el país ha evolucionado como resultado de los cambios en la matriz productiva<sup>1</sup>, aparejados a la transformación de la composición rural urbana, la inserción creciente en la economía mundial y al efecto de las políticas en pro del bienestar de la población. Sin lugar a dudas, la apuesta en salud ha sido la más significativa del Estado colombiano durante el pasado cuarto de siglo. A partir de una inequidad en el acceso a la seguridad social que afectaba al 74.3% de la población (Yepes, 1990), Colombia asumió una utopía universalista en el aseguramiento que no se había abordado desde el fallido impulso del Estado de Bienestar, durante la segunda década del siglo XX, y que en el continente generó un alto nivel de inequidad, entre una minoría salarizada y formal, con acceso a los servicios de salud y una mayoría marginal, rural y urbana, a la que el Estado no ofrecía garantía alguna. Esta promesa se da en un entorno adverso en el que existían deficiencias en el control de los vectores desencadenantes de brotes epidemiológicos y el déficit de las condiciones socio ambientales, el límite de acceso y uso de agua potable, de disposición de aguas servidas y de basuras, variables constitutivas de los llamados determinantes de la salud.

Es necesario reconocer que a lo largo del tiempo el concepto de salud ha cambiado y aún hoy no existe un acuerdo universal respecto a cómo medir las ganancias sociales en salud. Esto en razón a las dificultades que entraña la complejidad de la multiplicidad de marcos de referencia, intereses, experiencias y concepciones<sup>2</sup>.

1 De este particular, del cual no se ocupa este trabajo, existe amplio y controvertido material, producto de estudios e investigaciones, al que podrá acudir el lector interesado.

2 Una discusión comprensiva sobre este punto se encuentra en Talavera, 2012.

Para efectos de este trabajo, optamos por seleccionar el concepto de la Organización Mundial de la Salud –OMS–, de acuerdo con el cual la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”(OMS, 1946). Debe señalarse, no obstante, que esta definición ha sido objeto de críticas y observaciones por considerarla utópica y poco realista, al equiparar la salud con alguna noción de felicidad –bienestar– sin ofrecer criterios de medición para la cuantificación de esta, dado que “por ejemplo, todo aquel afectado –incluso aunque no sea personalmente– por la tiranía, la injusticia, la desigualdad o la marginación social, no puede ser incluido en la definición y debería ser etiquetado insano”(Orozco Africano, 2006).

Ante la magnitud de las divergencias que podrían emerger de dicho debate se opta, como principio orientador de lo propuesto en este escrito, por la inclusión, selección y análisis de variables que de modo primordial apunten a dar cuenta sobre la capacidad de la población y los individuos para vivir de manera autónoma y en conexión con la actividad productiva y la convivencia en sociedad.

Volviendo a los determinantes de la salud, vale mencionar la consideración y apreciación de algunos autores y estudiosos sobre estos aspectos, expuestos en las últimas décadas. Así, dentro de la literatura sobre condicionantes sociales y ambientales, sobresalen en Lalonde (1974) y Laframboise HL. (1973).

El esquema propuesto por Laframboise HL., hace mención a cuatro grandes grupos: 1. Biológicos, de orden exógeno o transmisión (infecciones y enfermedades parasitarias) y endógeno por disfunción o trastorno orgánico; 2. Ambientales o de entorno, de carácter natural o de creación humana; 3. Estilos de vida, referidos a hábitos individuales favorables o desfavorables al buen estado de la salud ; 4. Organización de la asistencia sanitaria, en su capacidad de respuesta a los requerimientos de las comunidades de acciones preventivas y curativas.

Con dicho marco de referencia se ofrece una aproximación, en primer lugar, sobre el estado actual y en lo corrido del actual siglo respecto de indicadores demográficos, de cobertura y financiamiento de la salud en Colombia, de manera comparada respecto a otros grupos de países, identificando el posicionamiento, dinámica y progresos obtenidos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM– (DNP et al., 2005). En segundo lugar, las diferencias territoriales a nivel nacional; y, por último, el grado y progreso de la equidad en salud en Colombia expresada en cuatro dimensiones: situación general de salud; equidad en salud de la población infantil; equidad en gestantes y, por último, equidad en el acceso, calidad y utilización de servicios de salud.

Este trabajo está centrado en los logros en equidad. Para su abordaje se hizo necesario adoptar una definición y un marco de referencia para su conceptualización y medición. Se seleccionó como eje el concepto de equidad vertical, el cual plantea que ante las diferencias socioeconómicas existentes debe haber también un tratamiento diferencial –políticas dirigidas a personas carentes de recursos– que contribuya a alcanzar un nivel óptimo de salud para toda la población.

Se espera que tanto el análisis comparativo de contenido empírico-informativo, abordado en la primera parte, como el de diferencias territoriales, en la segunda, y equidad, en la tercera, puedan, por su metodología sencilla y acervo de información, inducir a estudiantes e investigadores a ampliar y profundizar estos temas y, con ello, brindar herramientas a los policy makers que

coadyuven a fortalecer los procesos de formulación y revisión de políticas, objetivos, estrategias y metas a lograr en el corto, mediano y largo plazo, dentro de los planes y programas de acción, nacionales o regionales, que se definan, con miras a brindar a la población respuestas idóneas, eficaces y oportunas a la problemática de la salud.

Adicionalmente, el libro busca llenar, después de 25 años, el vacío de una línea de base que permita monitorear y evaluar los avances de la sociedad colombiana en temas de equidad en salud. Por esa razón, se lleva la estimación retrospectiva hasta donde es posible, la comparabilidad de las diferentes encuestas y establece comparaciones para el futuro desarrollo del sistema, en el cual el acceso equitativo debe ser el objetivo principal, una vez superado el problema de cobertura de la seguridad social.

No sobra advertir que dados los confines indeterminados de los problemas de la salud, asociados a su magnitud, complejidad y variabilidad, existe y existirá siempre una carrera entre las demandas por salud y la capacidad de respuesta de la oferta por salud. En cuanto a la demanda, esta se funda en expectativas crecientes, derivadas del mayor conocimiento del sistema --resultante de la mayor cobertura y acceso, la consecuente mayor detección de enfermedad y la aspiración de acceder a nuevos tratamientos y tecnologías y, también por el crecimiento poblacional, la mayor expectativa de vida, cambios en la composición etaria y la sobreviniente atención de enfermedades crónicas y, demandas por servicios de salud más sofisticadas, inducidas por avances sociales, económicos y culturales. Por el lado de la oferta se afrontan rigideces y restricciones en recursos financieros, talento humano, tecnologías, procedimientos y rezagos en aspectos legales y regulatorios que le inhiben y constriñen su crecimiento al ritmo de la demanda. Esta brecha es y será inherente a todos los sistemas de salud.

## Política de equidad en salud

El concepto de equidad en su desarrollo reciente en el país está ligado a la formulación de los derechos fundamentales en la Constitución Política de 1991. Además de que en el preámbulo de la Carta se indica que una de las finalidades de expedir ese ordenamiento superior es la de asegurar la igualdad a los ciudadanos, el concepto está consignado fundamentalmente en el artículo 13 donde se plantea que “todas las personas nacen libres e iguales ante la Ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación (...)”. La Constitución de 1991 obliga al Estado a promover las condiciones para lograr la efectividad de la igualdad y establece el principio de protección para las personas que se encuentran en condición de desventaja por razones económicas, físicas, mentales o hayan sido sujeto de maltrato, con múltiples desarrollos en la misma, especialmente en los denominados derechos sociales, económicos y culturales (arts. 42 y 77).

Otras disposiciones constitucionales aluden específicamente al término de equidad para referirse al derecho de rectificación frente a informaciones (art. 20) y a los deberes de las personas de contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado dentro de los conceptos de justicia y equidad (art. 95 num. 9, conc art. 363). Así mismo, alusiones al mismo existen en materia de equidad de género (art. 107, entre otras). Ahora bien, denle el reparto del Sistema General de Participaciones –SGP, se establece como uno de los criterios, la equidad (art. 356, lit. a), mod. A.L. 1 de 2001 y Al. 4 de 2007).

Si bien los artículos 48 (mod. A,L. 1 de 2005) y 49 (A.L. 2 de 2009) no se refieren a la equidad ni a la igualdad como uno de sus principios, sí contienen elementos a partir de los cuales se deriva ese énfasis. En salud, por ejemplo, además de aludir al principio de solidaridad, se indica que la atención básica será gratuita y obligatoria para todos los colombianos.

Adicionalmente, la Observación General 14 (Comité, 2000), que es el instrumento que interpreta el alcance del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC en salud, es decir, el artículo 12 del mismo, y que forma parte de lo que se ha conocido como el bloque de constitucionalidad (art. 93 C.Pol.), asocia la equidad a la accesibilidad económica así:

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

Lo cual es retomado en la Ley Estatutaria 1751 (Congreso de la República de Colombia, 2015) al referirse a la accesibilidad (art. 6, literal c)).

Por su parte, en la sentencia C-313 (Corte Constitucional, 2014), en relación con el principio de equidad, formulada en dicha norma, indicó que:

Para la Sala, postulados como el de equidad, entendidos tal como lo ha estimado el organismo internacional en cita comportan medidas encaminadas a eliminar las diferencias de trato en materia de prestación del servicio de salud, con lo cual, este principio no puede apuntar a prohijar criterios del tipo “quien más capacidad de pago tiene, mejor servicio de salud debe tener”. Así por ejemplo, este principio da lugar a la supresión de las diferencias de planes de servicios y beneficios entre afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado.

No sobra observar que el texto de la Ley se contrae a hablar de “mejoramiento de salud de las personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección”, con lo cual, es preciso advertir que una interpretación desde la Constitución, a favor del goce efectivo del derecho, debe apuntar no solo a una noción de mejoramiento como referida solamente al proceso curativo, lo cual desconocería otras facetas de la salud, como lo son la prevención, la promoción, la rehabilitación y la paliación, entre otras. Por ello, en armonía con la lectura hecha por esta Sala a lo largo del pronunciamiento, la declaración de exequibilidad del principio en lo que al “mejoramiento de salud de las personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección” supone que el Estado debe adoptar políticas pública dirigidas específicamente a mejorar la prestación del servicio en todas las fases que involucra la salud, tales como promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y paliación. Una apreciación distinta reñiría con el deber constitucional de realizar efectivamente los derechos.

De acuerdo con lo planteado, el artículo 48 de la Constitución garantiza a todos los habitantes el derecho a la seguridad social a través de la ampliación progresiva de la cobertura. El artículo 49, modificado por el Acto Legislativo 02 de 2009, define la atención en salud como un servicio público a cargo del Estado y garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Así mismo, establece que el Congreso debe determinar las condiciones mediante las cuales el Estado provee la atención básica gratuita y obligatoria en salud.

La formulación constitucional de 1991 es la base del desarrollo del derecho a la salud que culmina en la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) y sustenta todo el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en salud, planteado a través de la Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993), ajustada a través de leyes posteriores y sujeto de diferentes sentencias de la Corte Constitucional. El planteamiento de igualdad con prosperidad establecido en la Constitución de 1991 ha conformado el sustento fundamental para el desarrollo del Sistema de Salud y su enfoque hacia la universalidad y la equidad.

El desarrollo de la equidad en salud a partir de la última década del siglo XX marca un cambio fundamental frente a un sistema que anteriormente no estaba centrado en un concepto de derecho. En 1990 solo el 15.7% de la población colombiana era cubierta por la seguridad social en salud (Yepes, 1990). Para 2014 el 97% de la población se encontraba afiliada a la seguridad social en salud.

La Ley 100 de 1993 recogió los mandatos constitucionales y estuvo orientada hacia la generación de una estructura institucional que permitiera la cobertura progresiva de seguridad social en salud bajo cinco principios centrales: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad y participación. Al final tuvieron mayor aplicación los principios mayormente relacionados con el desarrollo de la arquitectura institucional, en particular el principio de eficiencia. Así mismo, la orientación se dirigió hacia el desarrollo fundamental de la seguridad social: la cobertura de las contingencias financiera de las familias, relacionadas con el gasto catastrófico, asociado a los eventos de salud.

Los posteriores desarrollos legislativos contenidos en las Leyes 1122 y 1134 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007) y 1438 de 2011, principalmente, contribuyeron a ese desarrollo institucional y trataron de corregir aspectos coyunturales pero siempre manteniendo el objetivo de protección financiera como base del logro en equidad.

Estos avances determinaron la equiparación del derecho al acceso de la población a las prestaciones médicas, lo que posibilitaba la protección financiera de los hogares. Si se analizan las tutelas que han sido reivindicadas por los jueces a través de los años, en su inmensa mayoría se relacionan con el derecho a la salud, entendido como el acceso individual a prestaciones médicas; muy pocas han reivindicado el derecho a las prestaciones colectivas, la defensa de la salud pública o la integralidad en el acceso individual a los servicios de salud. Este enfoque se incorporó en la Sentencia T – 760 (Corte Constitucional, 2008). Desde el punto de vista de equidad es preocupante que el acceso a la salud esté ajustado por el acceso reconocidamente diferencial en Colombia, al acceso a la justicia. Hecho corroborado por diferentes análisis que demuestran que las poblaciones más ricas tienen mayor acceso a la justicia y a la tutela para lograr las prestaciones médicas requeridas. En efecto, este tema es ampliamente conocido y en el texto *El Derecho a la Salud en Perspectiva de Derechos Humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en materia de quejas en Salud* (Procuraduría General de la Nación - República de Colombia, 2008), se indica que quienes se benefician más de las acciones de tutela son los afiliados régimen contributivo (págs. 169 a 176), lo cual es considerado en dicho estudio como un aspecto inequitativo.

Así las cosas, la Ley Estatutaria de Salud representa una gran oportunidad y gran paso para impulsar la equidad y superar los problemas de acceso al sistema de salud e integra los conceptos de promoción, prestación, tratamiento y paliación como componentes de la atención en salud que, de manera integral, conforman el núcleo esencial de derechos a la salud. Esto implica que las prácticas del Estado deben orientarse hacia la continuidad de la atención como elemento básico.

Estos planteamientos implican el desarrollo del Sistema de Salud es la base para el logro de equidad y la reivindicación de las intervenciones colectivas como elemento central de la acción del Sistema de Salud. Esto fue recogido por el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (MSPS, 2013). En este la equidad en salud parte del acceso equitativo a las intervenciones que posibilitan el bienestar y la preservación de la salud. Estos son los retos para el desarrollo futuro del Sistema de Salud y las políticas que deben regularlo.

# Marco Metodológico

El análisis comprende tres partes: 1. La comparación de los indicadores del país frente a los países desarrollados, particularmente los asociados en la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE); 2. Las diferencias territoriales a partir del análisis comparativo entre departamentos y municipios; 3. La progresión del país en equidad desde el 2003.

Dado que el análisis de la segunda parte proviene de los datos crudos registrados en las diferentes bases de datos con que cuenta el Ministerio de Salud y Protección Social en el Sistema Integral de la Información de la Protección Social (SISPRO), a continuación nos referiremos solamente al procedimiento metodológico realizado para la primera y tercera parte del análisis.

## 1. *Visión comparativa*

Para el análisis comparativo a que hace referencia la primera parte fue preciso determinar un contrafactual. Una primera opción era seleccionar algunos países paradigmáticos como referencia, curso de acción descartado por la eventual invocación de sesgos en la comparación. Para evitar dicho riesgo se decidió cotejar las cifras correspondientes a Colombia frente a promedios, calculados por los autores, correspondientes a ciertos grupos de países agrupados por niveles de ingreso per-cápita, en unos, y el grupo de países de Latinoamérica-Caribe, según la información y clasificación divulgada por el Banco Mundial, sobre el particular.

Como fuentes de información se utilizaron los Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial (The World Bank, 2015b) y las Estadísticas de Salud Nutricional y Población (The World Bank, 2015a), con referencia a las categorías de países establecidas por el Banco Mundial según los niveles de ingreso per-cápita, determinados a partir del Ingreso Nacional Bruto –INB–, y expresados en dólares USA de julio de 2013, como se enseña en la Tabla 1.

**Tabla 1. Clasificación de países del Banco Mundial basada en el Ingreso Nacional Bruto (INB) Julio 2013**

Grupos de ingreso	INB
Ingreso bajo	US\$1.035 o menos
Ingreso medio bajo	US\$1.036 a US\$4.085
Ingreso medio alto	US\$4.086 a US\$12.615
Ingreso alto OCDE	US\$12.616 o más

Fuente: Clasificación de países del Banco Mundial, Febrero 2013 (The World Bank, 2013)

Bajo esta clasificación, son 36 los países que conforman el primer grupo de ingreso-país; 48 países, el segundo; 55 países, el tercero y 31 países, el grupo de ingreso alto de la OCDE. Latino América y el Caribe comprende 41 países (Ver Anexo 1).

Vale observar que las series no ofrecen año tras año información sobre la totalidad de las variables, razón por la cual no siempre ni en cada caso los cálculos realizados corresponden a los mismos países en cada grupo de ingreso. Para obviar dicha dificultad se determinó como condición necesaria que los valores promedios obtenidos correspondieran a una representación país en el respectivo grupo, entendiéndose por tal que al menos el 70% de ellos estuviesen comprendidos en la medición anual respectiva.

Debe mencionarse que en los casos donde entran países con pesos poblacionales significativos los resultados del grupo son atraídos a los valores de dichos países. Esta limitación, empero, no se considera de importancia mayor para lo pretendido, dado que se busca más enfatizar en tendencias y diferencias orientadoras que en la búsqueda de precisiones improcedentes. Por ello, el cálculo de las medias en cada grupo, para cada año, corresponde a la sumatoria de los indicadores país ponderados según la participación de la población de cada uno dentro de la total de los países incluidos en la medición.

Los cálculos abarcaron año a año el lapso entre 2000 y 2012, y de conformidad con la disponibilidad de información, los autores los utilizaron para apreciar la coherencia de la evolución tendencial de los valores. A partir de ello se seleccionaron, máximo, cinco puntos temporales<sup>3</sup> cuya representación se muestra en el presente trabajo, en tablas y gráficos radiales de araña o estrella, en los que pueden apreciarse los cambios inter-temporales operados en las distintas variables, brindando una visión general tanto de la posición relativa de Colombia, como de las dinámicas subyacentes en las unidades cotejadas.

La información presentada únicamente hace referencia a resultados de los que puede inferirse la magnitud del esfuerzo efectuado para su logro y no del cómo fue alcanzado, lo cual haría referencia a las visiones político-ideológicas que dan origen a la estructuración de los sistemas de salud del país.

## **2. *Análisis sobre equidad en salud***

Las características propias de la oferta y la demanda de los sistemas de salud: el marco legal, financiamiento, dotación de infraestructura física, acceso a tecnología e insumos, disponibilidad, capacidad y suficiencia de talento humano, por el lado de la oferta; y las restricciones de acceso por incapacidad económica o no cumplimiento de requisitos, las percepciones sobre los modelos de atención, incluida la adopción o no de hábitos individuales y colectivos saludables, por el lado de la demanda, sumado a las coberturas de saneamiento básico, son todos, en su conjunto, determinantes del estado de la salud y en consecuencia, de la existencia de inequidades y desigualdades en el bienestar físico, mental y social de un individuo, una comunidad y la sociedad.

La inequidad en salud hace referencia a la existencia de diferencias evitables, injustas y modificables – entre distintos niveles socio-económicos– que afectan los resultados en la condición del

---

3 2000 es el punto de inicio, y el de cierre 2011 o 2012, según la información disponible; 2005 como año intermedio en el cual se establecieron los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), para ser alcanzados en 2015 (Departamento Nacional de Planeación - DNP et al., 2005).

estado de salud y que, como tal, no son ni deben ser socialmente aceptados (Whitehead & Dahlgren, 2010). Por consiguiente, para medir el grado de inequidad, es necesario determinar grado de desigualdad atribuible a las variables determinantes de la salud, que puedan ser modificables. Gran parte del comportamiento de una persona con bajos recursos es resultado de su situación social, y no necesariamente corresponde a una elección libre y consciente (Alleyne, Casas, & Castillo-Salgado, 2000). En este orden, puede decirse que la pobreza tiene mala salud. A manera de ejemplo vale señalar que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2010 (Profamilia, Ministerio de la Protección Social -MPS, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID, & Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, 2010), en Colombia la mortalidad infantil, en el quintil más pobre, es casi el doble de la correspondiente al quintil más rico (22 vs 12 por mil). Reducir este tipo de brechas entre ricos y pobres es, sin duda, primordial para el desarrollo económico de un país, pues la salud, es tanto indiciaria del bienestar social como coadyuvante del desarrollo económico.

Lo anterior explica la importancia de identificar y medir el grado y evolución de las desigualdades en salud, al interior de Colombia, en aras de identificar posibles rutas a seguir en la definición de políticas tanto en el sector salud como en otros complementarios, muy influyentes y determinantes.

En la literatura existe un oferta amplia de metodologías para medir el grado de desigualdad, pero no todas satisfacen las propiedades relevantes de un índice de desigualdad: (i) reflejar la dimensión socioeconómica de los grupos o individuos; (ii) incluir la información de todos los grupos de la población definida; (iii) ser sensible a cambios en el tamaño y la distribución de la población a lo largo de los grupos socioeconómicos (Wagstaff, Paci, & Van Doorslaer, 1991).

Entre los índices más usados, principalmente en economía de la salud, se encuentran (Schneider et al., 2002):

- a. El rango de variación: pese a ser muy común, es poco útil porque depende únicamente de los valores extremos de la distribución del ingreso e ignora el tamaño de los grupos comparados.
- b. El índice de disimilitud: utilizado generalmente para determinar la proporción de profesionales que se debería asignar a un territorio determinado para obtener un nivel de igualdad entre las poblaciones. La desventaja de este índice es que no considera la dimensión socioeconómica de los grupos poblacionales.
- c. El índice de efecto relativo: basado en una regresión donde se establece la relación entre un indicador de salud y el estado socioeconómico, siendo la variable dependiente el indicador de salud. Con él se pueden obtener otras medidas como el índice relativo de desigualdad y el índice de desigualdad de la pendiente, en los que el indicador de salud se plantea en función de un indicador de la posición relativa acumulada de cada grupo con respecto a una variable socioeconómica y así determinar las diferencias existentes en la variable de salud, entre las posiciones bajas y altas en la jerarquía.
- d. El riesgo atribuible poblacional: mide el porcentaje en el que se podría reducir una enfermedad o número de muertes, si todos los grupos de la población tuvieran el mismo nivel socioeconómico, o la reducción de enfermedad o muertes en cada grupo

para conseguir total igualdad. Esta medida, a pesar de tener en cuenta los diferentes segmentos de la población y su tamaño, no incluye la relación entre el indicador de salud y el nivel socioeconómico de los grupos que no son de referencia.

- e. La curva de Lorenz (1905): ilustra gráficamente el porcentaje acumulado de una variable que corresponde a un conjunto de personas, hogares, países o regiones. Esta medida, aunque fue propuesta con el propósito de ilustrar desigualdades en la distribución de salud, ha sido más usada para medir desigualdades económicas (Gastwirth, 1971).
- f. El coeficiente de Gini (1912): cuantifica el grado de desigualdad reflejado en la curva de Lorenz. Desde el punto de vista geométrico se define como el cociente del área entre la curva de Lorenz y la línea de igualdad perfecta dividida y es equivalente a dos veces el área comprendida entre la curva de Lorenz y la línea de igualdad perfecta.
- g. La metodología propuesta por (O'Donnell et al., 2008): usada en este trabajo. En ella se utilizan las aproximaciones de Lorenz y Gini con una variación. Dado que no todas las desigualdades en salud y utilización son evitables, a priori a la construcción de la curva de Lorenz –ahora curva de concentración– y al cálculo del coeficiente de Gini – en adelante índice de concentración– se realiza un proceso de estandarización por variables de necesidad. ¿Por qué? Porque existen características como el sexo y la edad que no son modificables, afectan los resultados en salud utilización de servicios, percepción de calidad de servicios y decisiones de afiliación al sistema y están correlacionadas con el estándar socioeconómico. Además, para que el grado de desigualdad nos indique algo sobre el grado de inequidad se requiere que los factores de necesidad puedan neutralizarse y así determinar que la desigualdad se debe sólo a factores socioeconómicos modificables.

Para su desarrollo se acude a las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida (ENCV), a las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) y a las Encuestas Nacionales de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN).

De la ENCV, realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se usaron los aplicativos de 2003 (DANE, 2004), 2008 (DANE, 2009), 2010 (DANE, 2011) y 2013 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2014). Su información, es representativa para el total nacional; cabecera y resto (centro poblado y área rural dispersa), y para nueve regiones del país: Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico<sup>4</sup>, Oriental<sup>5</sup>, Central<sup>6</sup>, Pacífica<sup>7</sup>, Bogotá D.C., Orinoquía – Amazonía<sup>8</sup> y San Andrés, para las tres últimas sólo en cabecera.

Dicha encuesta surge en respuesta a la necesidad de caracterizar la población en diferentes aspectos relacionados con el bienestar de los hogares, por lo cual, entre sus ventajas, además de contener un conjunto amplio de variables está la posibilidad de caracterizar y cuantificar las condiciones de vida de la población (condiciones de la vivienda, acceso a servicios públicos, clima educativo, cuidado de los niños, ocupación, salud, gastos, ingresos, entre otras). Adicionalmente,

4 Guajira, Cesar, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre y Córdoba

5 Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca y Meta

6 Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila y Caquetá

7 Chocó, Cauca y Nariño

8 Arauca, Casanare, Vichada, Guainía, Guaviare, Vaupés, Amazonas y Putumayo

tiene un módulo específico de salud y su diseño casi que se mantiene para los cuatro años considerados, favoreciendo así la comparación de sus resultados.

Las ENDS identifican los cambios demográficos y de salud de la población en cuestiones relacionadas, principalmente, con los objetivos de política nacional en salud sexual y reproductiva. Por su parte, la ENSIN da cuenta de la situación alimentaria y nutricional de la población. Ambas encuestas tienen cobertura nacional con representatividad rural y urbana, seis regiones, 16 subregiones y para cada uno de los departamentos de Colombia en forma independiente. Se usaron las correspondientes a los años 2005 (ICBF et al., 2005; Profamilia et al., 2005) y 2010 (Profamilia et al., 2010; Profamilia et al., 2010).

A partir de dichas encuestas se seleccionan 33 indicadores agrupadas en cuatro dimensiones: 1. Situación general de salud; 2. Equidad en salud de la población infantil; 3. Equidad en salud de mujeres y gestantes; 4. Equidad en el acceso, calidad y utilización de servicios de salud (Ver Anexo 2).

El análisis de equidad busca establecer cómo varían y contrastan las distintas variables por niveles socioeconómicos de los hogares. Para tal fin, es necesario construir alguna medida indicadora del estándar de vida de los hogares, aspecto este respecto del cual la literatura sugiere principalmente cuatro vías en el siguiente orden de preferencias: consumo, gasto<sup>9</sup>, ingreso e índice de activos del hogar (O'Donnell et al., 2008).

Debido a que la ENCV no adelanta el módulo de gasto e ingreso de los hogares periódicamente, por razones de costo, la medida de estándar de vida que se decidió construir fue un índice de riqueza –usando la metodología de componentes principales<sup>10</sup>– compuesto por los indicadores del Índice de Pobreza Multidimensional (Angulo Salazar et al., 2011; DNP et al., 2012), como proxy del índice de activos del hogar.

El IPM-Colombia<sup>11</sup> comprende 16 indicadores agrupados en cinco dimensiones. La primera dimensión corresponde a la de clima educativo del hogar; la segunda, a la de condiciones de la niñez y la juventud; la tercera, a ocupación; la cuarta, salud y la quinta, acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda (Ver Anexo 3).

Para las ENSIN y las ENDS se utilizó el Índice de Riqueza, construido por PROFAMILIA, según las características de la vivienda y la disponibilidad de ciertos bienes de consumo duradero que están directamente relacionadas con el nivel socioeconómico.

Definidos los indicadores de salud que se analizarán y la *proxy* de estándar de vida de los hogares, cada uno de los indicadores de salud es estandarizado por edad y sexo, usando el método indirecto<sup>12</sup> que tiende a corregir la distribución actual de los resultados de salud indicando cual sería la distribución si todos los individuos tuviesen las mismas características de necesidad (O'Donnell et al., 2008, Capítulo 5).

9 Excluye el consumo que no basado en transacciones de mercado.

10 Al lector que le interese ahondar esta metodología podría consultar “Análisis de datos multivariantes” (Peña, 2002)

11 Desarrollado por el DNP (DNP, 2012) con base en la metodología de Alkire-Foster (Alkire & Santos, 2010)

12 De acuerdo con lo sugerido por la literatura, este método de estandarización conduce a una mayor precisión cuando se trabaja con datos a nivel individual.

Adicionalmente, otras variables relevantes como educación, régimen de afiliación, aseguramiento privado, ocupación, estado civil, región y estrato son incluidas en la estandarización como variables control. Su inclusión ayuda a reducir el sesgo que se pueda presentar por omisión y permite atribuir el grado de inequidad debida a factores socioeconómicos.

Es pertinente advertir que si bien las estimaciones obtenidas como resultado de modelos lineales podrían considerarse menos robustas y precisas que las derivadas de modelos no-lineales, la evidencia empírica indica que los resultados son bastante similares (O'Donnell et al., 2008; Van Doorslaer & Masseria, 2004).

Además, trabajar con este tipo de modelos ofrece algunas ventajas para determinar el grado de inequidad en salud – resumido en el Índice de Inequidad Horizontal (IIH) –. En primer lugar, las variables de control incluidas en la regresión son totalmente neutralizadas. Esto eleva la precisión del índice de concentración (IC). Y, en segundo lugar, el modelo permite desagregar la contribución de cada una de las variables al grado de inequidad en salud, lo cual es bastante útil para el análisis de descomposición (O'Donnell et al., 2008).

Es importante aclarar que el propósito no es construir un modelo causal o estructural de los determinantes de salud, el análisis continúa siendo puramente descriptivo de la distribución de los indicadores de salud, simplemente se busca una descripción más refinada de la relación entre salud y el nivel socioeconómico de los individuos (O'Donnell et al., 2008, Capítulo 5).

Una vez se obtiene el indicador de salud estandarizado, se construyen las curvas de concentración, que muestran el porcentaje acumulado de la variable de salud que corresponde al porcentaje acumulado de la población, ordenada desde el quintil más pobre al más rico, de acuerdo con la variable proxy de estándar de vida<sup>13</sup>.

Luego, se estiman los índices de concentración<sup>14</sup> (IC relativo) (Kakwani et al., 1997) y de inequidad horizontal (HI relativo) (Van Doorslaer et al. 2002); este último, equivalente al índice de concentración del indicador de salud estandarizado<sup>15</sup>.

13 Si para todas las personas, independientemente de su estándar de vida, la variable de salud tomara el mismo valor, la curva sería una línea de 45 grados, lo que se traduce en total igualdad. Cuando la variable de salud se concentra principalmente sobre los pobres, la curva se ubicará arriba de la línea de igualdad. Si por el contrario, es sobre la población con mayores recursos, la curva estará debajo de la línea. Entre mayor sea el área entre la curva de concentración y la línea de igualdad, mayor es la concentración.

14 Cuantifica el grado de desigualdad en la variable de salud, y está definido como dos veces el área entre la curva de concentración y la línea de perfecta igualdad. Se encuentra limitado entre menos uno y uno, siendo cero cuando hay total igualdad. Toma valores negativos cuando la curva de concentración está por encima de la línea de igualdad, y positivos cuando hay una concentración desproporcionada de la variable de análisis sobre la población más rica. El índice de concentración "Relative CI/HI" de una variable binaria refleja las diferencias relativas del atributo de salud entre los diferentes grupos socioeconómicos, que es el concepto de inequidad relativa. Esto quiere decir que, si el nivel de salud de todas las personas se duplica, no habría ningún cambio en la inequidad. Sin embargo, en el caso de una variable binaria no se puede simplemente duplicar el atributo: un niño no puede entrar dos veces en el programa de crecimiento y desarrollo, por lo cual no es posible verificar si el grado de inequidad permanece invariante antes una duplicación del atributo de salud. Lo anterior, no obvia el hecho de que la medida apunta a medir las diferencias relativas y por tanto la medida de inequidad es relativa y no absoluta (Wagstaff, 2011).

15 El índice de concentración estandarizado equivale a sustraer la contribución de las variables de necesidad al índice de concentración no estandarizado (Jenkins, 1988; N. C. Kakwani & Bank, 1980; Lerman & Yitzhaki, 1989)".

Dado que todas las variables de salud utilizadas para el análisis son binarias y el máximo valor de su índice de concentración depende de su media (Wagstaff, 2005), en el Anexo 4 se presentan también los índices de concentración normalizados, como sugiere Wagstaff. Adicionalmente, y sacando provecho de que, con este tipo de variables, es posible medir también inequidad absoluta<sup>16</sup>, ésta medida también es presentada en el mismo anexo.

Para usar una medida absoluta de inequidad, se calcula el índice de concentración generalizado “IC/HI Absoluto” (Wagstaff, 2009) que se obtiene multiplicando el índice de concentración relativo por la media (Clarke & Cols., 2002; Wagstaff & Cols. 1991).

Por último, en la última columna del anexo se encuentra el índice estándar de desempeño normalizado. Este refleja tanto el promedio de la variable de salud como el grado de inequidad existente y es visto como un promedio ponderado de la variable de salud, en donde tiene un mayor peso el estado de salud de la población más vulnerable (Wagstaff, 2002)<sup>17</sup>.

STATA 13 (StataCorp, 2007) es el software usado para procesar las encuestas y construir los índices de riqueza, posteriormente, las variables seleccionadas para el análisis son cargadas a ADePT (Foster et al., 2013) que automatiza la producción estandarizada de los resultados de equidad (índices y curvas de concentración).

---

16 Bajo este concepto, el índice da cuenta de las diferencias respecto si se tiene o no el atributo entre los diferentes grupos socioeconómicos.

17 Suponiendo que la variable que se está analizando es una medida de enfermedad, se quisiera encontrar un índice de desempeño menor que la media de la variable analizada. No obstante, si la enfermedad está concentrada sobre los más pobres el resultado arrojará un índice de desempeño por encima de la media, reflejando un desempeño mucho peor, valga la redundancia; comparado con la media.

# Análisis Comparativo Internacional

Como atrás se indica, en esta sección se presenta una aproximación a los resultados en salud y su evolución en Colombia, comparados con referencias internacionales. Para ello se consideran, con base en la disponibilidad de información y criterios mencionados, variables indicativas de la condición de salud y de sus determinantes<sup>18</sup> que, a juicio de los autores, son suficientes y relevantes, más no exhaustivos, para dar cuenta de lo aquí pretendido<sup>19</sup>.

Para su análisis los indicadores se agrupan de la siguiente manera a) de contexto social, referidos a cambios en la urbanización, crecimiento, tamaño y estructura poblacional; estos responden e influyen, a su vez, en las b) condiciones socioeconómicas y ambientales de un país, que sumadas a las c) acciones y financiamiento del sistema de salud, repercuten en los d) resultados y evolución del estado de la salud.

## 1. Indicadores de contexto social

La ilustración de este aspecto se reduce a tres variables demográficas: el crecimiento de la población, su composición urbano–rural y su distribución etaria. Ellas, unidas a la caracterización epidemiológica y al acervo de recursos de recursos destinados al sistema de salud, al mejoramiento de las condiciones ambientales, al abasto de servicios de agua potable, alcantarillado, de disposición de basuras, al mejoramiento la oferta y las características de la vivienda –en especial de la población más vulnerable– determinan en alta proporción el tamaño, sentido y dinámicas de las demandas por salud y, el dimensionamiento y constitución de las respuestas requeridas para su solución o morigeración de los desafíos que ellas representan.

### 1.1. Crecimiento de la población<sup>20</sup>

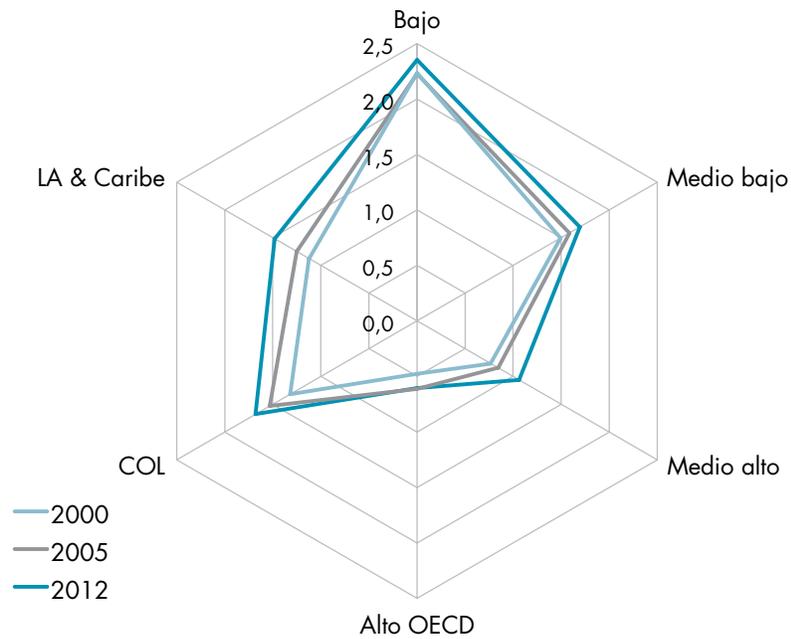
En el periodo 2000 - 2012 se evidencia un continuo descenso en la tasa de crecimiento poblacional de Colombia, desde 1.7% en el año 2000 hasta 1.3% en 2012, como se puede advertir en la Gráfico 1 y en la Tabla 2.

Para 2000 dicha tasa era sólo superada por el conjunto de los países de ingresos bajos (2.4%) e igualaba la de los de ingreso medio bajo. Ya en 2012 el sentido y mayor dinámica de su reducción le condujo a distanciarse de ambos grupos de países, con mayor dinámica en su expansión poblacional.

18 Los determinantes sociales en salud son entendidos como todo aquello que hace parte del bienestar y la calidad de vida que afectan de forma directa o indirecta el estado de salud de la población (Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, 2013)

19 Los autores son conscientes de que ante la profusión de variables existentes sobre salud es plausible modificar, ampliar y sustituir la batería de variables aquí utilizada sea para profundizar el conocimiento sobre los objetivos propuestos o para atender a otros interrogantes más específicos.

20 Esta variable subsume el número tanto el neto de nacimientos y muertes como el del flujo de la corriente migratoria.

**Gráfico 1. Crecimiento anual de la población (%) 2000-2012**

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

Con relación al grupo de Latinoamérica y el Caribe, Colombia mantiene su distancia en dos puntos porcentuales por encima y, para ambos, sus tasas de crecimiento se ubican arriba de los promedios correspondientes a los países de ingreso medio alto (estable en 0,8% entre 2005 y 2012) y de ingreso alto de OCDE (0,6%), (Ver Tabla 2).

**Tabla 2. Crecimiento anual de la población (%) 2000-2012**

Grupo País	2000	2005	2010	2011	2012
Ingreso bajo	2,4	2,2	2,2	2,2	2,2
Ingreso medio bajo	1,7	1,6	1,5	1,5	1,5
Ingreso medio alto	1,1	0,8	0,8	0,8	0,8
Ingreso medio alto	0,4	0,6	1,1	1,1	1,0
Ingreso alto OCDE	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5
Colombia	1,7	1,5	1,4	1,4	1,3
Latino América & Caribe	1,5	1,3	1,1	1,1	1,1

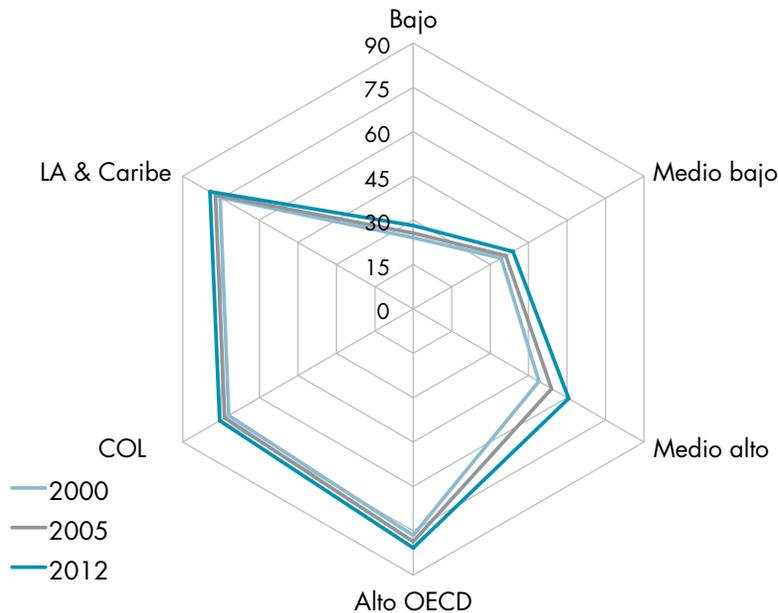
Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

La ralentización observada en el crecimiento poblacional de Colombia y su nivel posibilitan anotar que, desde la óptica demográfica, los retos futuros del sistema de salud no devendrán tanto por la expansión de la población a atender y sino de las variaciones que se vayan consolidando en la composición etaria de la población, según edades y sexo, y de su distribución territorial rural urbana.

## 1.2. Distribución urbano – rural de la población

La evolución comparativa de su composición rural – urbana se muestra en el Gráfico 2 que enseña la participación de la segunda y por defecto la rural y, la Tabla 3 contiene las tasas de crecimiento anual y la participación de la población urbana dentro de la total.

**Gráfico 2. Población urbana (% población total)**



Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

Es preciso resaltar, para Colombia y los grupos de países objeto de comparación, el creciente peso relativo de las poblaciones urbanas y la alta preponderancia dentro del total. En el caso de los países de la OCDE, poco más de 80%, seguida de cerca por el conjunto Latinoamérica y el Caribe (75.4% en 2000 y 79.4% en 2012) y de Colombia (72.1% en 2000 y 75.6% en 2002) que se inserta en el intermedio de los dos grupos a los que pertenece, aunque distante de los promedios del grupo de ingresos medios altos que, pese a su mayor dinamismo, llega a 60.7% en 2012.

Tabla 3. Población Urbana 2000-2012

Grupo País	Crecimiento					Participación				
	2000	2005	2010	2011	2012	2000	2005	2010	2011	2012
Ingreso bajo	3.8	3.6	3.7	3.8	3.8	24.1	25.7	27.4	27.8	28.2
Ingreso medio bajo	2.7	2.6	2.6	2.6	2.6	34.3	36.1	38.1	38.5	38.9
Ingreso medio alto	3.0	2.9	2.6	2.4	2.4	49.0	54.0	58.8	59.7	60.7
Ingreso alto OCDE	0.9	1.1	0.9	0.9	0.8	76.6	78.7	80.3	80.5	80.8
Colombia	2.1	1.9	1.8	1.7	1.7	72.1	73.6	75.0	75.3	75.6
Latino América & Caribe	2.2	1.8	1.6	1.5	1.5	75.4	77.2	78.8	79.1	79.4

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

Todo lo anterior evidencia la relación directa y positiva existente entre el tamaño de la población urbana con el nivel de ingreso de los países, asociado a una composición más diversa de la estructura económica, quizás menos dependiente del quehacer primario vinculado a la agricultura, ganadería, pesca y minería de carácter extractivo y de baja productividad.

El nivel y tendencia de la indicada composición urbano - rural de Colombia y su mayor tasa de crecimiento de la población urbana, respecto de las de los países que conforman la OCDE y Latinoamérica & Caribe, de un lado, posibilita un mayor aprovechamiento de las economías de escala sobre la disposición de servicios de atención primaria, de saneamiento ambiental, de mayor acceso a la inmunización, y el desarrollo de campañas en pro de hábitos saludables y de erradicación de enfermedades y, de otro, acentúa la presencia de nuevos perfiles epidemiológicos y de morbilidad y de inducción de nuevas demandas por salud.

### 1.3. Distribución etaria de la población

En el Gráfico 3 y Tabla 4 se presentan las participaciones de la población en los rangos de 0 a 14 años, de 15 a 64 y mayores de 65, de las que se resalta la marcada reducción que tiene el primer segmento indicado, en todos los casos, compensadas con aumentos en los otros dos rangos, con la excepción de los países de la OCDE donde decae el segmento de 15 a 64 años.

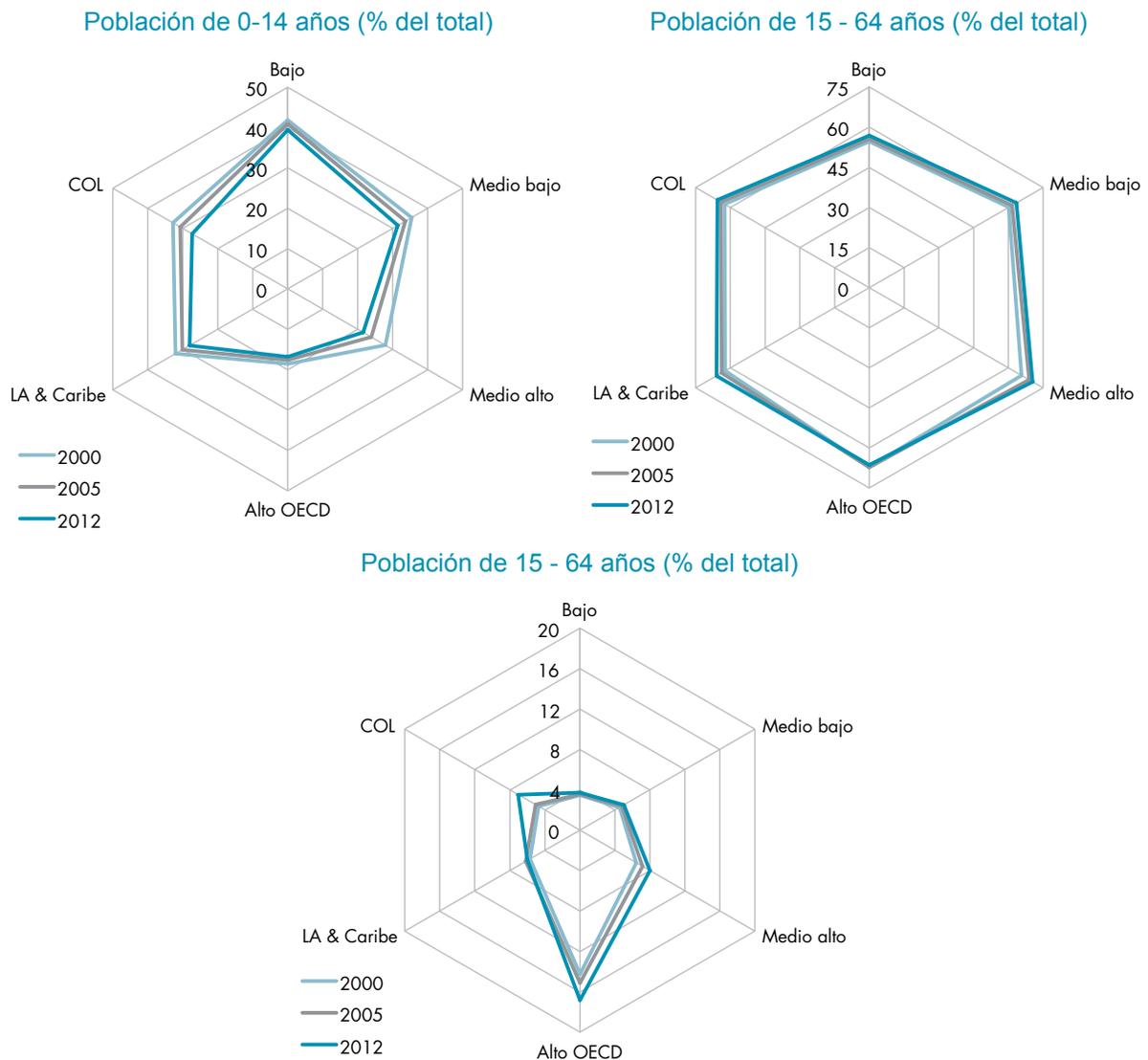
En el caso de Colombia, el tamaño relativo de la población menor de 15 años (32.8% en 2000 y 28% en 2012) es muy similar, aunque levemente por encima de los respectivos promedios de Latino América & Caribe, (de 32.1% y 27.3%, respectivamente), y algo más de los países de ingreso medio alto (27.8% y 21.5%) y más distante aun de los países de la OCDE (18.6% y 16.8%).

La de 15 y 64 años, donde preponderantemente se inscribe la población económicamente activa (PEA), constituye la mayor proporción, con dos terceras partes de la población en Colombia, países de la OCDE y de latino América & Caribe, en 2011, y poco menos en el promedio de los de ingreso medio bajo (63.5%) e ingreso bajo (56.9%).

La población adulta mayor de 65 años aumenta año a año en todos los casos y es en los países de la OCDE donde es más significativa con 14.3% y 16.8% en 2000 y 2012. En el resto de casos su peso relativo es considerablemente inferior, por debajo de 10%, y en ella el de Colombia, con 6.0% en 2000, es superada por los de los países de ingreso medio alto (6.5% en 2000 y 8.0% en 2012) y Latino América & Caribe con 5.7% y 7.1%, respectivamente.

La evolución y la tendencia señaladas en la composición etaria de la población son indicativas de la ruta que seguirá la transformación cualitativa y el énfasis relativo en la constitución de las demandas futuras por salud, dada la carga de enfermedad que implican dichos grupos poblacionales.

**Gráfico 3. Distribución Etaria 2000-2012**



Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

Tabla 4. Distribución etaria de la población 2000-2012 (% del total)

Rangos de edad	Grupo País	2000	2010	2011	2012
0 – 14 años	Ingreso bajo	41,9	39,9	39,7	39,4
	Ingreso medio bajo	35,4	32,0	31,7	31,5
	Ingreso medio alto	27,8	21,8	21,7	21,5
	Ingreso alto OCDE	18,6	17,0	16,9	16,8
	Colombia	32,8	28,8	28,4	28,0
	Latino América & Caribe	32,1	28,1	27,7	27,3
15 -64 años	Ingreso bajo	54,7	56,4	56,6	56,9
	Ingreso medio bajo	60,1	63,0	63,3	63,5
	Ingreso medio alto	65,7	70,4	70,5	70,5
	Ingreso alto OCDE	67,2	66,8	66,6	66,4
	Colombia	62,4	65,6	65,8	66,0
	Latino América & Caribe	62,3	65,1	65,4	65,6
65 o más años	Ingreso bajo	3,5	3,7	3,7	3,7
	Ingreso medio bajo	4,5	5,0	5,0	5,0
	Ingreso medio alto	6,5	7,7	7,9	8,0
	Ingreso alto OCDE	14,3	16,2	16,5	16,8
	Colombia	4,7	5,6	5,8	6,0
	Latino América & Caribe	5,7	6,8	6,9	7,1

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

#### 1.4. Tasa de dependencia

Esta variable muestra la media de la carga de adultos mayores y jóvenes dependientes de la población en edad de trabajar, cuyos valores comparados se consignan en la Tabla 5 y el Gráfico 4, en su total y discriminación de sus componentes.

Durante el período observado se aprecia que este indicador tiende a decrecer en lo que respecta a la carga total, con la única excepción de los países de la OCDE en donde su comportamiento es lo contrario.

En lo atinente a sus valores absolutos, son estos últimos los que evidencian la menor tasa de dependencia con valores de 49% en 2000 y 50.9% en 2012, lo cual indica una relación de, casi, una persona dependiente por una en edad de trabajar. En el caso de Colombia y demás grupos de países dicha relación aumenta significativamente en la medida que el nivel de ingreso decae.

Las medias porcentuales asociadas a Colombia y Latino América & Caribe no difieren mayormente en su cuantía y se acercan hacia la media de los países de la OCDE de los que se distanciaba más de diez puntos porcentuales en el año 2000 y, en 2012, tal brecha es solo algo mayor a medio punto porcentual y 1.5 puntos porcentuales respectivamente (Ver Tabla 5).

Al observar la discriminación de la tasa de dependencia, de adultos mayores y de jóvenes, resalta el alto y creciente peso relativo que tiene la población mayor dependiente en los países de la OCDE, de 21.2% en 2000 a 25.6% en 2012, en contraste con los valores correspondientes a los distintos grupos en comparación. Para Colombia, la tasa de dependencia del adulto, que pasa de 7.6% en 2000 a 9.0% en 2012, se ubica por debajo de las respectivas cifras de Latino América & Caribe, (9.1 y 10.7 por ciento), pero con una mayor dinámica en su crecimiento.

**Tabla 5. Tasa de dependencia (% de población en edad de trabajar) 2000 – 2012**

Indicador	Grupo País	2000	2005	2010	2011	2012
Total	Ingreso bajo	84,5	82,0	79,5	78,8	78,0
	Ingreso medio bajo	67,1	63,0	59,5	58,9	58,3
	Ingreso medio alto	52,6	45,6	42,6	42,5	42,5
	Ingreso alto OCDE	49,0	48,8	49,8	50,3	50,9
	Colombia	60,2	55,9	52,4	51,9	51,5
	Latino América & Caribe	61,1	57,4	54,0	53,3	52,7
Adultos mayores (>65 años)	Ingreso bajo	6,3	6,3	6,4	6,4	6,4
	Ingreso medio bajo	7,4	7,7	7,8	7,8	7,8
	Ingreso medio alto	9,8	10,3	10,9	11,1	11,3
	Ingreso alto OCDE	21,2	22,5	24,4	24,9	25,6
	Colombia	7,6	7,9	8,6	8,8	9,0
	Latino América & Caribe	9,1	9,6	10,4	10,5	10,7
Jóvenes (0-14años)	Ingreso bajo	78,2	75,7	73,1	72,4	71,7
	Ingreso medio bajo	59,7	55,3	51,7	51,1	50,5
	Ingreso medio alto	42,8	35,2	31,7	31,4	31,2
	Ingreso alto OCDE	27,7	26,2	25,4	25,3	25,3
	Colombia	52,6	48,0	43,8	43,1	42,5
	Latino América & Caribe	52,0	47,8	43,6	42,8	42,0

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

La población dependiente integrada por jóvenes es de tamaño significativamente mayor tanto en Colombia como en los grupos de países distintos al de OCDE, caso este último en el que los jóvenes dependientes pasaron de representar el 56.5% en 2000 a 49.7% en 2012, del total de población dependiente. Dicha participación es alrededor de 90% al tratarse de los países de ingreso bajo y medio.

En los casos de Colombia y Latino América & Caribe la representación de la población joven dentro de la total dependiente supera las cuatro quintas partes, evolucionando, para la primera, de 87.4% en 2000 a 82.5% en 2012 y, respectivamente, de 85.1% a 80% en el segundo.

**Gráfico 4. Tasa de dependencia (% de población en edad de trabajar) 2000-2012**



Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

De la revisión de esta variable cabe destacar la aún alta tasa de dependencia existente, que de hecho se amplifica ante la presencia de altas tasas de desempleo o de alto empleo precario, circunstancias asociadas al menor desarrollo relativo de los países. Esta situación tiende a generar presión económica sobre los sistemas de salud y, por ende, sobre su capacidad de respuesta, en la medida que implica, de un lado, una masa relativa de aportes menor, que constriñe el principio de solidaridad y, de otro, la presión creciente de demandas por salud de mayor costo, derivada de una creciente población adulta dependiente.

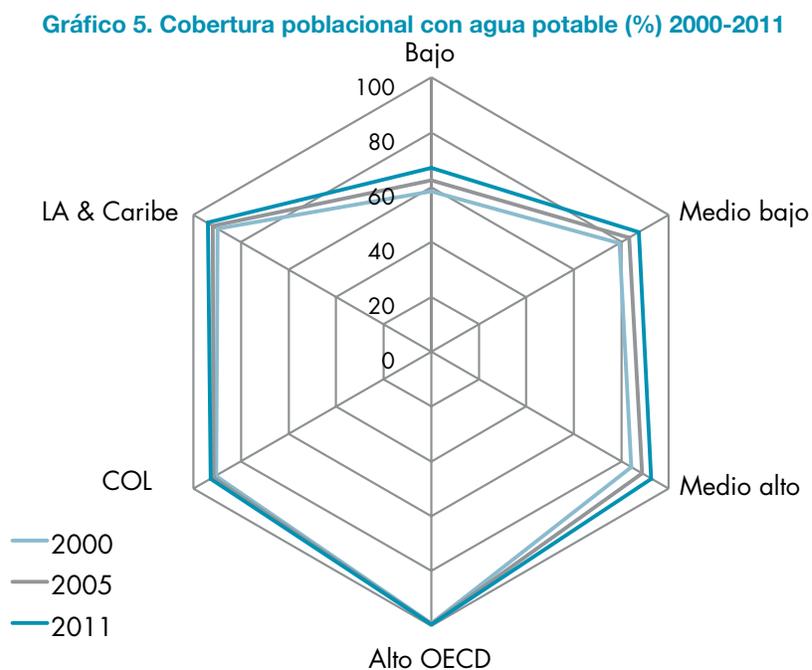
## 2. Determinantes de la salud

“Se estima que la cuarta parte de la carga de morbilidad mundial puede atribuirse a factores de riesgo ambientales que es posible modificar” (Dye et al., 2013). Dichos factores comprenden peligros de origen físico, químico y biológico, que afectan directamente la salud o refuerzan comportamientos no saludables. El acceso al saneamiento básico<sup>21</sup> es indispensable para alcanzar buenos resultados en salud, menos hambre y pobreza, reducir la mortalidad materno-infantil y la carga de enfermedades transmisibles y, coadyuvar a la sostenibilidad del medio ambiente.

### 2.1. Acceso a agua potable

Según el informe 2012 de la OMS/UNICEF<sup>22</sup> (WHO & UNICEF, 2012), en 2010 la cobertura de la población mundial con acceso a agua potable era de 89% –un punto porcentual por encima de la meta ODM, significando que 780 millones de personas estaban por fuera de dicho cubrimiento. Para el 2015 se prevé que 605 millones de personas no dispondrán de tan preciado bien.

Como puede apreciarse la Gráfico 5 tanto Colombia como los grupos de países en comparación enseñan un persistente crecimiento de la cobertura poblacional con acceso a agua apta para el consumo humano, durante el lapso 2000 – 2011.



Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

21 El saneamiento básico es entendido como abastecimiento de agua potable salubre y saneamiento higiénico

22 [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/monitoring/jmp2012/fast\\_facts/es/](http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp2012/fast_facts/es/)

En este último año los países de ingreso bajo, con 67% se ubicaban, en su promedio, por debajo de la meta ODM de 88% a lograr en 2015. Esta meta estaría por ser pronto alcanzada por los países de ingreso medio en razón del cubrimiento ya obtenido 87.4% en 2011 y la dinámica de crecimiento que se observa en esta variable (Ver Tabla 6).

**Tabla 6. Cobertura poblacional con agua potable (%) 2000-2011**

Grupo País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	58.4	62.4	66.4	67.0
Ingreso medio bajo	79.3	83.2	86.8	87.4
Ingreso medio alto	84.3	88.7	92.3	92.5
Ingreso alto OCDE	99.1	99.3	99.4	99.5
Colombia	90.6	91.7	92.7	92.9
Latino América & Caribe	89.9	91.9	93.7	94.1

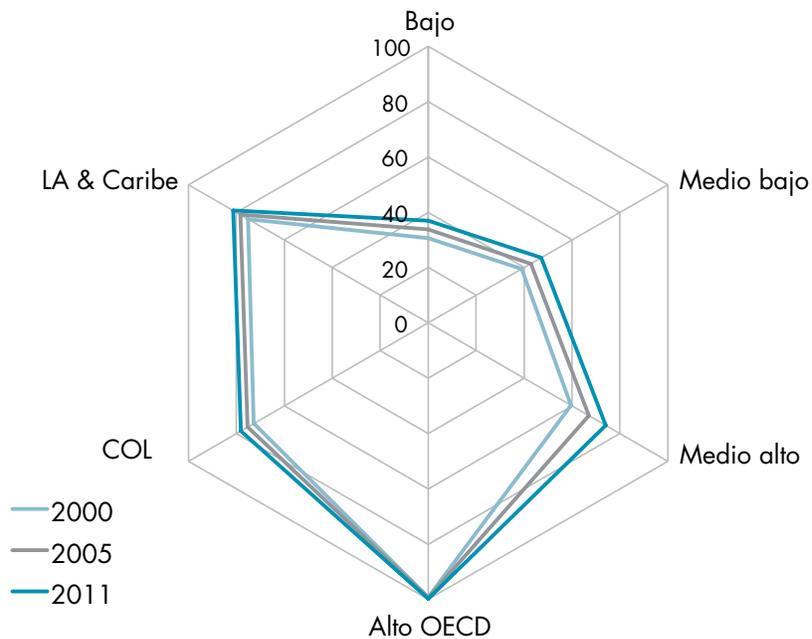
Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

En el caso de Colombia el 90.6 % de la población accedía al consumo de agua potable en 2000, porcentaje superado por los países de la OCDE con una cobertura casi universal de 99.5% y por el conjunto de Latino América & Caribe con 94.1%. No obstante la relativa alta cobertura poblacional anotada para Colombia, no menos cierto es que aun 3.5 millones de personas no gozan de este bien, y el reto de llegar a ellas demandará de ingentes recursos, esfuerzos y voluntad política, toda vez que dicha población en su gran mayoría está localizada en áreas rurales y zonas dispersas.

## 2.2. Saneamiento higiénico

Se estima para 2015 que 2400 millones de personas dispondrán de servicios de saneamiento higiénico (WHO & UNICEF, 2012), esto es apenas dos terceras partes de la población mundial, cifra bastante distante de la indicada meta de 75% establecida en ODM.

En el Gráfico 6 y la Tabla 7 se presenta la correspondiente información referida al período 2010-2011, de la cual se desprende que, con la excepción del primer año mencionado (72.7%), los resultados alcanzados por Colombia la condujeron a superar el ODM desde 2005 hasta llegar a 78.1% en 2012. Las cifras anotadas se han mantenido por debajo de las correspondientes para Latino América & Caribe (75.1% en 2000 y 81.4% en 2011) y sus dinámicas de crecimiento las llevan a converger.

**Gráfico 6. Porcentaje de la población con acceso a saneamiento básico 2000-2011**

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

Las cifras indicadas, si bien evidencian avances cuantitativamente importantes, son aún bastante lejanas de las logradas por los países de la OCDE y llevan a resaltar que más de 10 millones de colombianos, cerca de una cuarta parte de la población, carecen de servicios y sistemas de eliminación de desechos (letrinas), de evacuación de aguas servidas a través de servicios de alcantarillado y, de disposición de basuras, todos ello, sin duda, factores propiciatorios de inequidades sanitarias y de un mal estado de salud.

**Tabla 7. Cobertura poblacional al saneamiento básico (%) 2000-2011**

Grupo País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	30.6	33.7	36.8	37.0
Ingreso medio bajo	38.9	42.8	46.5	47.1
Ingreso medio alto	59.6	67.0	73.7	74.1
Ingreso alto OCDE	99.2	99.3	99.8	99.8
Colombia	72.7	75.3	77.7	78.1
Latino América & Caribe	75.1	78.3	80.8	81.4

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

### 3. *Financiamiento de la salud*

La operación de los sistemas de salud demanda importantes recursos financieros y grandes esfuerzos políticos para la cabal consecución de su fin último: alcanzar el mejor nivel posible de salud en la población. De allí la necesidad del uso inteligente y eficiente de los recursos, dentro de las restricciones impuestas por factores externos como los señalados en el punto inmediatamente atrás y de las procedente de las disimiles capacidades que a cada país devienen de acuerdo a los diferentes niveles de desarrollo. Por consiguiente, en este aparte se adelantará la revisión de algunas variables que informen sobre el esfuerzo económico dirigido a los sistemas de salud.

#### 3.1. *Gasto en salud como proporción del PIB*

En la Tabla 8 se muestra la evolución comparada del gasto en salud en el lapso 2010 – 2011. Se destacan las cifras correspondientes a los países de la OCDE, tanto por su magnitud como por su superior dinámica de crecimiento, que los distancia cada vez más de Colombia y los otros grupos de países considerados.

Los países de la OECD elevan su gasto desde 9.5% en 2000 a 12.1% en 2011, por encima de los de Colombia, en 2.6 y 6.0 puntos porcentuales respectivamente, comportamiento que en igual sentido también se observa respecto de Latinoamérica y el Caribe y demás grupos de países. En el caso de Colombia este indicador permanece casi anclado en 6.0% como proporción del PIB.

**Tabla 8. Gasto en salud respecto del PIB (%) 2000-2011**

Grupo País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	4.2	4.9	5.7	5.8
Ingreso medio bajo	4.1	4.4	4.2	4.3
Ingreso medio alto	5.0	5.3	5.7	5.8
Ingreso alto OCDE	9.5	10.8	12.1	12.1
Colombia	5.9	6.0	6.5	6.1
Latino América & Caribe	6.5	6.9	7.5	7.4

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

De todas maneras, el comportamiento señalado sugiere un tránsito altamente expansivo de los gastos en salud, por ende de la demanda por ésta, en proporción creciente al logro de estadios más avanzados de desarrollo.

### 3.2. Gasto per cápita en salud

En la Tabla 9 se presenta el gasto per-cápita en salud, expresado en dólares americanos de 2005. Revela en todos los casos, el persistente aumento en los valores absolutos y con dinámicas expansivas mayores en los menores niveles de gasto per cápita, lo cual sugiere la presencia de demandas latentes, no manifiestas, en los países con un nivel de desarrollo precario o menor.

Cabe destacar las diferencias en los valores absolutos comparados. En efecto, el gasto en salud de los países de OCDE (US\$2.727 en 2000 y US\$5.160.2 en 2011) es más de seis veces al de los respectivos promedios de Latino América & Caribe, que le sigue en magnitud (US\$462.5 y US\$872.0, respectivamente), y más de ocho veces a los de Colombia, cuyo gasto anual per cápita era de US\$462.5 y de US\$617.9 en el primero y último años indicados.

**Tabla 9. Gasto per-cápita en salud, PPP (USD constantes 2005) 2000-2011**

Grupo País	2000	2005	2010	2011	Tasa crecimiento 2000-2011
Ingreso bajo	29.9	42.0	63,8	68.6	129,43%
Ingreso medio bajo	75.1	109.7	149,4	160.0	113,05%
Ingreso medio alto	227.7	346.5	553,9	601.8	164,30%
Ingreso alto OCDE	2727.7	3782.7	4771,7	5160.2	89,18%
Colombia	345.2	439.6	614,3	617.9	79,00%
Latino América & Caribe	462.5	604.3	849,3	872.0	88,54%

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

### 3.3. Composición del gasto total en salud

Dada la correspondencia entre las fuentes de ingresos y los gastos en salud se mantiene la denominación de éstos para hacer referencia a la estructura de financiamiento. Así, el gasto público hace referencia a recursos procedentes de los presupuestos nacionales, estatales y locales y a los aportes obligatorios que hacen los usuarios-beneficiarios vía cotizaciones a los sistemas obligatorios de salud. El gasto de bolsillo comprende los pagos directos que hacen los ciudadanos para obtener medicamentos y atención médica o de salud por dentro –con los copagos– o por fuera de los sistemas de salud, sea por no formar parte de éstos o por decisión y preferencia propias. Otros gastos privados comprenden pagos voluntarios de las personas y las empresas a sistemas privados de aseguramiento y donaciones caritativas (Ver Gráfico 7).

### 3.3.1. Gasto público en salud

En la Tabla 10 y gráfico 7 se muestra la evolución porcentual del gasto público en salud como expresión del PIB donde resalta el comportamiento errático de las cifras de Colombia y una tendencia creciente en el de los grupos de países en referencia. No obstante, los valores correspondientes a Colombia –4.7% en 2000 y 4.6% en 2011– se destacan en su magnitud sobre los respectivos promedios de Latino América & Caribe, países de ingreso medio alto, medio bajo y bajo y, son únicamente superados por los de la OCDE, con 5.9% en 2000 y 7.5% en 2011.

**Tabla 10. Gasto público en salud respecto del PIB (%) 2000-2011**

Grupo País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	1.5	1.9	2.1	2.2
Ingreso medio bajo	1.3	1.3	1.4	1.5
Ingreso medio alto	2.2	2.4	3.2	3.2
Ingreso alto OCDE	5.9	6.7	7.7	7.5
Colombia	4.7	4.2	4.9	4.6
Latino América & Caribe	3.1	3.2	3.9	3.8

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

La participación de los recursos del gasto público dentro del gasto total en salud se muestra en la Tabla 11 y en ella son notorias las cifras de Colombia, dado que representan tres cuartas partes del gasto total en salud, muy superior a las correspondientes a los países de la OECD y Latinoamérica y el Caribe que le siguen, en su orden, con una tercera parte y la mitad, respectivamente.

**Tabla 11. Gasto público salud respecto al total de salud (%) 2000-2011**

Grupo País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	36.3	37.8	37.9	39.2
Ingreso medio bajo	31.3	28.9	32.8	34.4
Ingreso medio alto	43.7	44.6	55.8	56.4
Ingreso alto OCDE	64.7	65.1	66.9	65.9
Colombia	79.3	69.7	74.6	74.8
Latino América & Caribe	48.5	47.3	52.3	51.7

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

### 3.3.2. Gasto de bolsillo

La importancia del gasto de bolsillo radica en que si sobrepasa cierto umbral del ingreso disponible de los hogares, puede ser un generador potencial de pobreza, adoptando la definición de gasto catastrófico. De acuerdo con lo señalado en el informe de la OMS 2013 (Dye et al., 2013), cuando los pagos directos representan menos del 20% del gasto total en salud, la incidencia de catástrofe económica es poco significativa.

El cuadro 12 y la Gráfica 7 contienen la información agregada del gasto de bolsillo en su expresión porcentual respecto del PIB. Colombia, con el 1% en 2011, presenta el menor valor en este indicador y es la mitad o menos de los correspondientes promedios resultantes para los grupos de países en referencia, aunque, es preciso resaltar el mayor crecimiento, frente a índices estacionarios como los de Latino América & Caribe y los países de la OCDE.

**Tabla 12. Gasto de bolsillo como proporción del PIB (%) 2000-2011**

Grupo Ingreso-País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	2.2	2.5	2.8	2.8
Ingreso medio bajo	2.5	2.7	2.4	2.4
Ingreso medio alto	2.5	2.4	1.9	2.0
Ingreso alto OCDE	2.1	2.3	2.4	2.4
Colombia	0.7	1.3	1.1	1.0
Latino América y el Caribe	2.5	2.8	2.6	2.6

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

Puede decirse que los anotados niveles de gasto de bolsillo no informan sobre el grado de protección financiera de los hogares, por cuanto para este análisis se han de integrar, principalmente, consideraciones relativas a los ingresos de los hogares y los grados de cobertura y acceso a los sistemas de salud, aspectos que se tratarán para Colombiamás adelante.

Como puede observarse en la Tabla 13 estos recursos son en gran medida la fuente de financiación de los países de ingresos bajo y medio bajo, donde representan 50.0% y más del gasto total en salud. En orden de magnitud le siguen los países de ingreso medio ata, donde se observa una disminución significativa, y Latino América & Caribe, con un aporte de una tercera parte del gasto en salud, en 2011. Colombia, con 17.0% en 2010-2011, se ubica próxima a los promedios de la OCDE, con 17.4% en 2000 y 15.6% en 2011.

**Tabla 13. Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud (%) 2000-2011**

Grupo Ingreso-País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	53.5	52.1	49.6	48.3
Ingreso medio bajo	60.9	63.0	58.3	56.8
Ingreso medio alto	50.0	45.3	33.4	33.4
Ingreso alto OCDE	17.4	16.6	15.5	15.6
Colombia	12.2	21.8	17.2	17.0
Latino América y el Caribe	38.8	39.8	34.9	35.4

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

### 3.3.3. Otros gastos privados

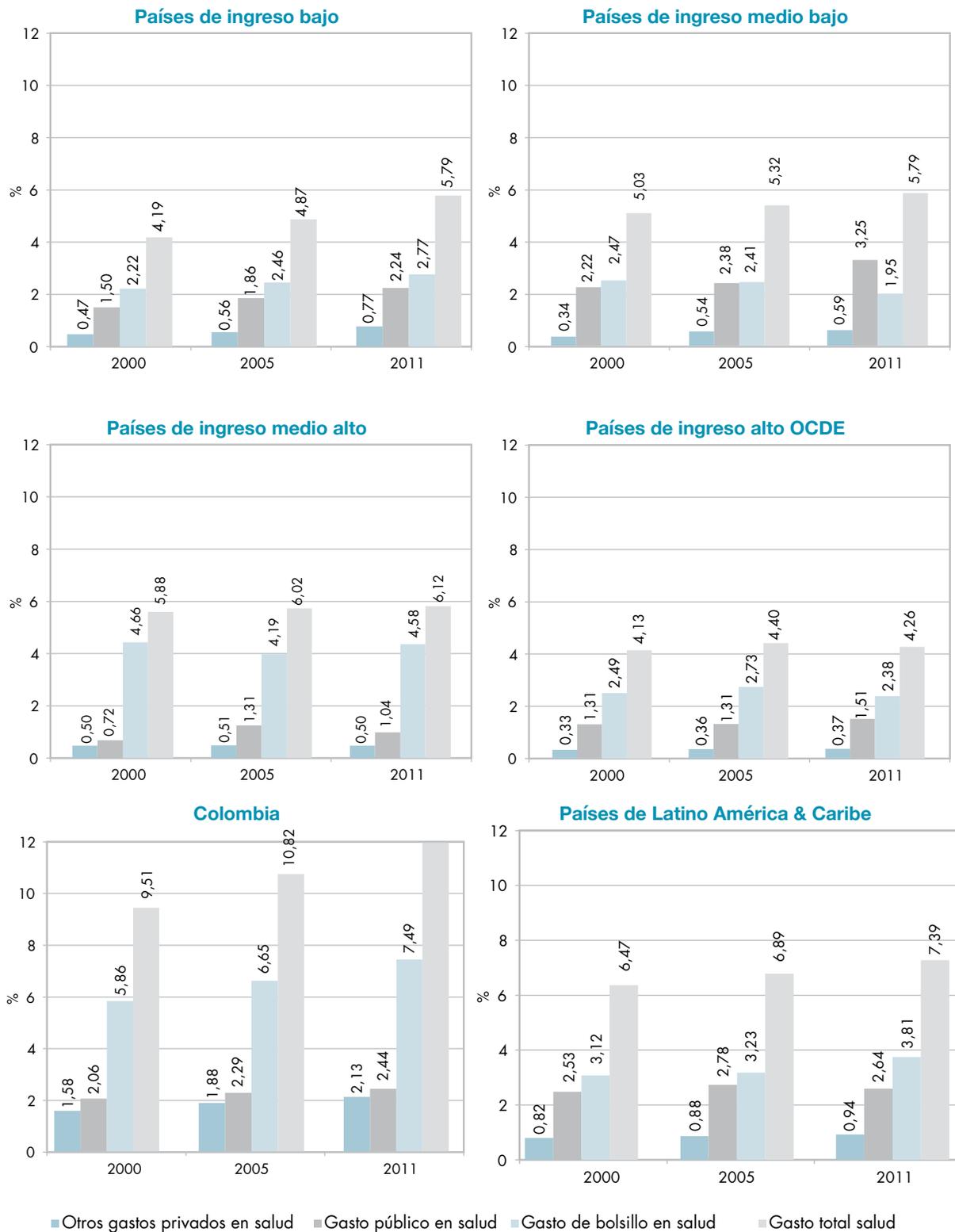
Son aquellos gastos sufragados con recursos propios de la población (personas y empresas). En términos porcentuales son los de menor peso relativo en el total de la financiación del gasto en salud. Su aporte es consistentemente mayor en los países de la OCDE (entre 17.5% y 18.5%) siguiéndole en magnitud Latinoamérica y el Caribe con cerca de 13%. En Colombia, con poco más de 8.0%, estos recursos tienen la menor expresión porcentual, con 8.2% en 2010 y 2011, como puede apreciarse en la Tabla 14.

**Tabla 14. Cobertura de otros gastos privados en el total de salud (%) 2000-2011**

Grupo País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	10.2	10.1	12.5	12.5
Ingreso medio bajo	7.8	8.1	8.9	8.8
Ingreso medio alto	6.3	10.1	10.8	10.2
Ingreso alto OCDE	17.9	17.5	17.6	18.5
Colombia	8.5	8.5	8.2	8.2
Latino América & Caribe	12.7	12.9	12.8	12.9

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

Gráfico 7. Composición del gasto total en salud como proporción del PIB 2000-2011



Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

## **4. Resultados y acciones en salud**

En esta sección se hará una breve presentación de algunos indicadores que se inscriben en el contexto demográfico (esperanza de vida al nacer y mortalidad) y que, sin pretender que son suficientes o exhaustivos, son indiciarios idóneos del grado de avance en materia de salud.

Estos indicadores y otros a los que se recurra, son el resultado de la amalgama de acciones propias del sistema de salud conjugadas con otros factores como: el crecimiento y transformación de la estructura productiva y, consecuentemente, del mercado laboral; los avances en el suministro y acceso al consumo de agua potable y de servicios sanitarios; mayores niveles de escolaridad, de comunicación y de oportunidades económicas, facilitadas en el proceso de urbanización inducido por migraciones voluntarias o forzadas; mayor vinculación a la economía global; y cambios culturales y socioeconómicos como, por ejemplo, la creciente inserción de la mujer en el mercado laboral, que se traduce en nuevos hábitos y expectativas sobre su rol en la sociedad.

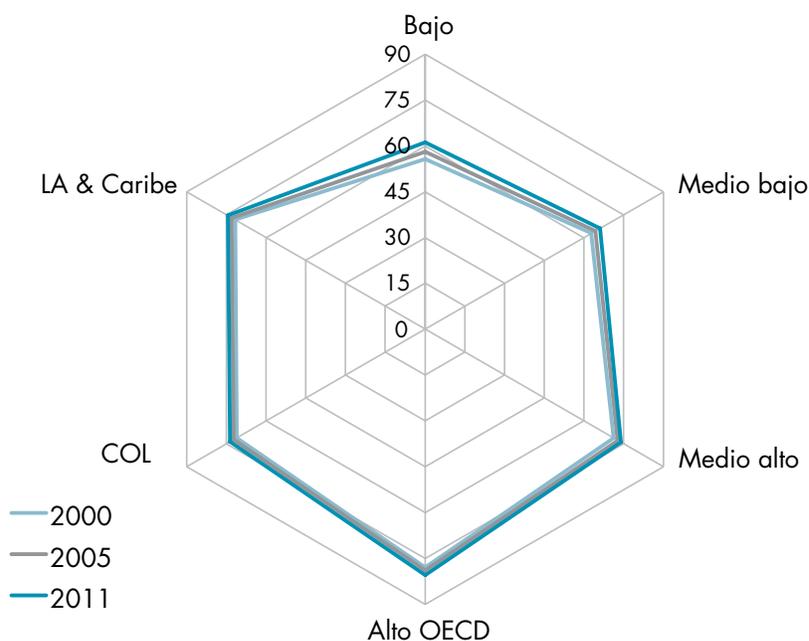
### **4.1. Resultados en salud**

El objetivo de cobertura sanitaria universal guía la política sanitaria mundial desde los 70's, con el programa Salud para Todos, y establece que todas las personas deben tener acceso de calidad a los servicios de salud que requieren sin que ello conlleve a dificultades financieras o empobrecimiento de su hogar. Es así como, en 2005, todos los Estados miembros de la OMS asumen el compromiso, mediante resolución, de alcanzar dicho objetivo (Dye et al., 2013).

En dicho marco se analizan los resultados en salud. Lo concerniente a cobertura, en el caso de Colombia, se examinará en el capítulo siguiente sobre equidad en salud, y para lo aquí pretendido se hace referencia a cuatro indicadores: esperanza de vida al nacer, mortalidad materno-infantil, desnutrición y tuberculosis.

#### **4.1.1. Esperanza de vida al nacer**

Este es un indicador de la existencia de mejores condiciones de vida que hacen propicia su prolongación. La información pertinente se consigna en el Gráfico 8 donde, para todos los casos, se observa su evolución creciente y la relación positiva entre ésta variable y el nivel de ingreso de los países.

**Gráfico 8. Esperanza de vida al nacer (2000-2011)**

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

De hecho, son los países de la OCDE los de mayor expectativa de vida al nacer, la cual asciende desde 77.9 años en 2000 a 80.4 en 2011 y, en el lado opuesto, se ubican los de ingreso bajo con 55.7 y 61.1 años, respectivamente. En el medio se ubica Colombia con 71.0 y 73.6 años, un poco por debajo de los respectivos promedios de Latino América & Caribe que siguen en orden a los de la OCDE (Ver Tabla 15).

Esta variable subsume, en cierta forma, variaciones operadas en variables tales como natalidad, mortalidad, fertilidad, fecundidad y, como ya se mostró respecto de la distribución etaria de la población, conlleva en sí la connotación del envejecimiento progresivo de la población que si bien entraña dificultades y retos en materia de salud, estos deben ser observados como un estímulo y no como un inconveniente.

**Tabla 15. Esperanza de vida al nacer (Años) 2000-2011**

Grupo Ingreso-País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	55.7	58.0	60.7	61.1
Ingreso medio bajo	62.8	64.4	65.8	66.0
Ingreso medio alto	68.0	68.7	71.6	71.8
Ingreso alto OCDE	77.9	78.9	80.1	80.4
Colombia	71.0	72.3	73.4	73.6
Latino América y el Caribe	71.6	72.9	74.2	74.4

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

### 4.1.2. Mortalidad materno-infantil

La mayoría de las muertes maternas son prevenibles y, por lo tanto, altas tasas en este indicador denotan problemas en la calidad, oportunidad o carencia de la asistencia médica a la mujer. Entre los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM 5) está el mejoramiento de la salud materna y, aunque en 23 años (1990 – 2013) se ha logrado reducir su mortalidad en casi la mitad (45%) –de acuerdo a la nota descriptiva de mortalidad materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014b)– aún es inadmisiblemente alta: en 2013, murieron 289.000 por causas relacionadas con el embarazo y el parto y, se estima que, en tales situaciones y causas prevenibles, mueren 800 mujeres diariamente.

La Tabla 16 permite observar la relación inversa existente entre la tasa de mortalidad materna y el nivel ingreso, esto es, a más pobreza mayor mortalidad. Los países de ingreso bajo, para 2010, tienen en promedio 372.5 muertes maternas, que amplifican en poco más de 30 veces el registro promedio de los países de la OCDE (11.8). De hecho, se sabe, la mayor incidencia de muertes maternas ocurre en zonas rurales y comunidades con condiciones precarias (OMS, 2014b).

Colombia, con 92 muertes maternas por mil nacidos vivos y una reducción de estas cercana al 30% respecto de 2000, presenta aún un nivel alto, como se desprende de la simple comparación de este indicador con el de los países de la OCDE, al que excede con amplitud, y con el respectivo de Latino América & Caribe con 74,4. Desde otra perspectiva, el nivel registrado por Colombia en 2010 duplicaba la meta establecida en los ODM para 2015, de 45 muertes por 1.000 nacidos vivos, y para cuyo logro sería preciso alcanzar, en el lustro, una disminución cuantitativa mayor a la conseguida en la primera década de este milenio.

**Tabla 16. Tasa de mortalidad materna (x 1.000 nacidos vivos) 2000-2010**

Grupo Ingreso-País	2000	2005	2010	Crecimiento 2000-2010
Ingreso bajo	570,5	472,2	372,5	-34,71%
Ingreso medio bajo	375,5	294,1	229,2	-38,96%
Ingreso medio alto	77,6	62,5	53,1	-31,57%
Ingreso alto OCDE	10,8	11,3	11,8	9,26%
Colombia	130,0	100,0	92,0	-29,23%
Latino América & Caribe	98,0	82,1	74,4	-24,08%

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

Similares apreciaciones caben respecto de los indicadores de mortalidad neonatal, infantil y de menores de cinco años, cuyos valores se presentan en la Tabla 17, Tabla 18 y Tabla 19, donde se aprecian los avances de Colombia y el aun amplio camino por recorrer.

**Tabla 17. Tasa de mortalidad neonatal (x 1.000 nacidos vivos) 2000-2012**

Grupo Ingreso-País	2000	2005	2010	2012
Ingreso bajo	39,6	34,8	30,0	28,4
Ingreso medio bajo	35,7	31,8	28,2	26,9
Ingreso medio alto	17,5	13,2	10,1	9,3
Ingreso alto OCDE	3,6	3,3	3,0	2,9
Colombia	15,1	13,4	11,8	11,2
Latino América & Caribe	14,9	12,1	10,0	9,3

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

**Tabla 18. Tasa de mortalidad infantil (x 1.000 nacidos vivos) 2000-2012**

Grupo Ingreso-País	2000	2005	2010	2012
Ingreso bajo	80,7	67,3	55,7	51,6
Ingreso medio bajo	61,6	52,6	45,0	42,2
Ingreso medio alto	29,2	21,2	15,5	14,1
Ingreso alto OCDE	5,6	5,0	4,5	4,2
Colombia	21,3	18,5	16,1	15,1
Latino América & Caribe	25,8	20,0	16,4	15,0

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

**Tabla 19. Tasa de mortalidad menores de 5 años (x 1.000 nacidos vivos) 2000-2012**

Grupo Ingreso-País	2000	2005	2010	2012
Ingreso bajo	125,1	101,9	82,3	74,3
Ingreso medio bajo	85,8	71,7	59,8	55,8
Ingreso medio alto	36,0	25,8	18,8	16,9
Ingreso alto OCDE	6,7	6,0	5,3	5,1
Colombia	25,2	21,7	18,7	17,6
Latino América & Caribe	30,8	23,7	20,6	17,6

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

### 4.1.3. Desnutrición

Una alimentación inadecuada en cuanto a balance energético, proteico, mineral o de aminoácidos se constituye en génesis de estados de desnutrición que pueden ocasionar enfermedad –o aún hasta la muerte– e inciden en la capacidad laboral física e intelectual y, por ende, en la posibilidad de alcanzar mayores ritmos de crecimiento a nivel país. De allí la importancia de hacer seguimiento e impulsar cambios que posibiliten un mejor y mayor acceso de la población a una ingesta alimentaria apropiada y, también, a la adopción de hábitos y prácticas alimenticias saludables. Todo lo anterior dentro de las limitaciones que, a las personas les impone su disposición de ingresos y, a las comunidades y naciones el agenciar programas dirigidos a complementar o suplimentar carencias a la población nutricionalmente vulnerable.

En la Tabla 20 y Tabla 21 se muestran dos indicadores que tienen, sin duda alguna, relación causa-efecto. Son ellos, el déficit alimentario y la prevalencia de desnutrición; el primero muestra el número de kilocalorías requeridas resultante de la diferencia entre el consumo promedio de energía dietaria requerida y el efectivo consumido por la población desnutrida; y el segundo, la proporción de la población con consumos alimentarios energéticos dietarios insuficientes. De su producto con las poblaciones respectivas puede derivarse el requerimiento agregado de kilocalorías y, de este con un precio asignado, la magnitud del esfuerzo económico demandado.

Se aprecia en las tablas indicadas que la posición relativa de Colombia respecto de los grupos de países en comparación, es desfavorable y distante de los promedios de Latinoamérica y el Caribe en ambos indicadores, y mucho más de los países de la OCDE, brechas cuyo estrechamiento requerirá de largo tiempo, aun con la presencia de robustos programas adoptados con dicha finalidad.

**Tabla 20. Déficit alimentario (Kilocalorías por persona por día) 2000-2012**

Grupo Ingreso-País	2000	2005	2010	2012
Ingreso bajo	253,9	226,7	213,1	210,1
Ingreso medio bajo	129,5	130,6	115,2	109,6
Ingreso medio alto	84,8	75,4	61,8	59,8
Ingreso alto OCDE	5,7	6,0	7,2	8,0
Colombia	86,0	89,0	82,0	84,0
Latino América & Caribe	80,0	69,2	60,7	58,7

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

Tabla 21. Prevalencia de desnutrición 2000-2011

Grupo Ingreso-País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	33,0	29,6	28,3	28,2
Ingreso medio bajo	19,6	18,3	16,3	15,6
Ingreso medio alto	12,7	11,1	9,8	9,6
Ingreso alto OCDE	5,0	5,0		5,0
Colombia	13,0	13,6	12,4	12,6
Latino América & Caribe	12,4	11,0	9,4	9,3

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

#### 4.1.4. Tuberculosis

“La tuberculosis es una enfermedad de la pobreza. Para el paciente, el costo total de un episodio de tuberculosis suele ser grande en relación con su ingreso. El gasto medio total contraído por los pacientes con tuberculosis de países de ingresos bajos y medios se ha estimado entre un 20% y 40% del ingreso familiar anual, y el gasto relativo es más alto en los grupos socioeconómicos más bajos” (Dye et al., 2013).

La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, luego del SIDA: cobró 1.3 millones de muertes para el año 2012. A pesar del notable descenso del número de muertes, después de que la OMS declaró la tuberculosis como una emergencia mundial de salud pública hace 20 años, el número de muertes continúa siendo absurdamente elevado (OMS, 2014c), teniendo en cuenta que dichas muertes son evitables.

No obstante, se han tenido logros nada despreciables (Ver Gráfico 9) que se encauzan hacia la consecución de los ODM 6, en la reducción de su prevalencia y mortalidad para 2015. Con la excepción de Colombia, en donde la tasa de tratamientos exitosos de tuberculosis ha descendido tres puntos porcentuales, de 2000 a 2011 todos los grupos de países muestran crecimiento.

A ello coadyuva, junto a otras intervenciones, el mejoramiento de las condiciones de saneamiento, y como resultado la tasa de prevalencia disminuye, en todos los casos, de 2000 a 2012: 27%, en el peor y 44%, en el mejor (países de ingreso bajo).

En Colombia la tasa de prevalencia -aunque decrece a un ritmo similar al de los países de ingreso bajo- desciende a 48 por 100.000 habitantes para 2012, superando así a todos los grupos de países, excluyendo al de ingreso alto de la OCDE que tiene, para este mismo año, 30 personas menos por 100.000 habitantes con tuberculosis. Latinoamérica y los países de ingreso medio alto y bajo distan de Colombia, por encima, en 13, 59 y 305 personas por 100.000 habitantes con tuberculosis. Similar comportamiento se observa en el número de casos nuevos anuales reportados por 100.000 habitantes, en los que Colombia ocupa el segundo mejor lugar, con 33 casos en 2012 aunque lejos de los países de la OCDE, primer lugar, con 19 (Ver Tabla 22).

Un aspecto no menor a destacar es la mejora en la tasa de detección de tuberculosis. Aunque aún persisten brechas notables (en promedio, casi 18 puntos porcentuales) entre los grupos de países de ingreso bajo y medio bajo con respecto del resto, para 2012 son precisamente los primeros los que presentan mejoras cuantitativas superiores. Colombia, con una tasa de detección de 73%, mayor en 10 puntos porcentuales a la de países de ingresos bajos, está aún 5, 11 y 14 puntos por debajo de Latinoamérica & Caribe, países de ingreso medio alto y de la OCDE, en su orden.

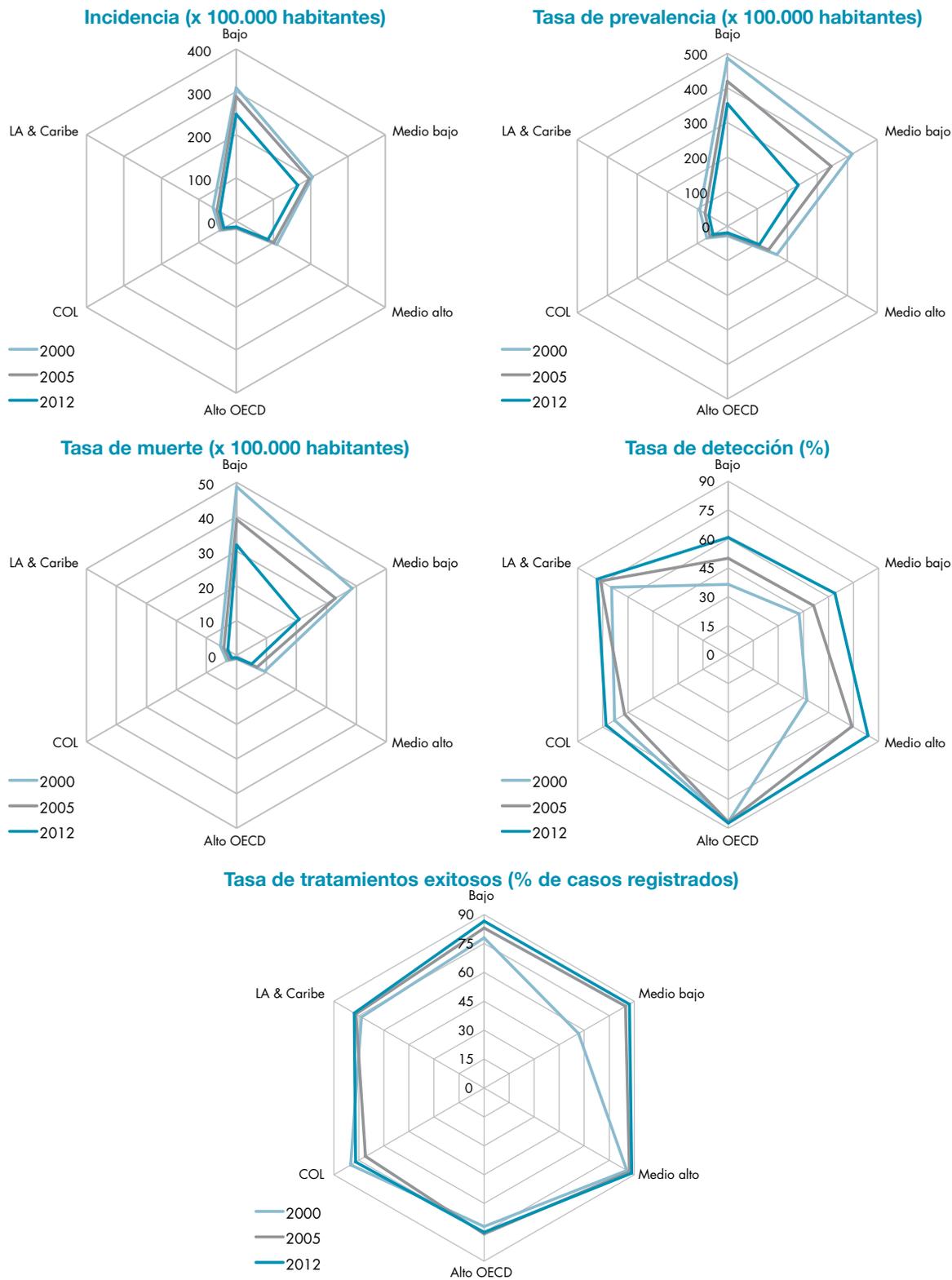
Las tasas de prevalencia e incidencia de tuberculosis y las de tasas de detección y tratamiento exitoso conllevan a una reducción importante en el número de muertes por 100.000 habitantes. Colombia presentó la mayor reducción, al disminuir a la mitad la tasa de muerte por tuberculosis que tenía en el año 2000 (3.2 muertes por 100.000 habitantes).

Tabla 22. Indicadores de tuberculosis 2000-2012

Indicador	Grupo Ingreso-País	2000	2005	2011	2012
Incidencia (x 100.000 habitantes)	Ingreso bajo	309,5	288,7	252,4	247,6
	Ingreso medio bajo	205,0	196,5	170,2	165,6
	Ingreso medio alto	109,3	100,9	88,2	86,2
	Ingreso alto OCDE	16,9	16,2	14,3	13,7
	Colombia	43,0	38,0	34,0	33,0
	Latino América y el Caribe	60,8	51,0	44,7	43,3
Tasa de prevalencia (x 100.000 habitantes, WHO)	Ingreso bajo	485,3	419,1	359,9	353,4
	Ingreso medio bajo	416,7	346,7	250,7	236,8
	Ingreso medio alto	165,5	137,3	111,0	107,0
	Ingreso alto OCDE	28,4	23,1	19,6	18,5
	Colombia	68,0	58,0	49,0	48,0
	Latino América y el Caribe	91,3	73,4	62,7	60,7
Tasa de detección (%)	Ingreso bajo	37	50,01	59,63	60,70
	Ingreso medio bajo	42	51,01	62,76	63,78
	Ingreso medio alto	47	74,13	83,37	83,71
	Ingreso alto OCDE	87	86,68	86,68	87,37
	Colombia	68	62	75	73
	Latino América y el Caribe	70	76,36	78,01	78,41
Tasa de tratamientos exitosos (% de casos registrados)	Ingreso bajo	77,9	83,0	86,6	
	Ingreso medio bajo	56,6	84,8	87,0	
	Ingreso medio alto	85,6	87,1	88,5	
	Ingreso alto OCDE	72,0	75,8	75,0	
	Colombia	80,0	71,0	77,0	
	Latino América y el Caribe	73,5	76,7	77,8	
Tasa de muerte (x 100.000 habitantes)	Ingreso bajo	48,7	39,2	32,2	31,9
	Ingreso medio bajo	38,6	33,0	22,3	20,9
	Ingreso medio alto	9,4	6,9	5,2	5,1
	Ingreso alto OCDE	1,0	0,9	0,8	0,8
	Colombia	3,2	2,4	1,8	1,6
	Latino América y el Caribe	5,4	4,1	3,1	3,0

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

**Gráfico 9. Indicadores de tuberculosis por ingreso país, Latinoamérica y el Caribe y Colombia**



Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

## 4.2. Acciones en salud

### 4.2.1. Inmunizaciones

De acuerdo con la nota descriptiva N° 378 de la OMS (OMS, 2014a), pese a que las coberturas de vacunación se han ampliado y con ello evitado cerca de dos y tres millones de fallecimientos, se calcula que 22.6 millones de lactantes no reciben el esquema básico de vacunación.

Como se puede observar en el Gráfico 10, de 2000 a 2012, todos los grupos de países muestran medros importantes en la aplicación de biológicos. Es de señalar, en este caso, aunque los países intentan alcanzar, para 2020, al menos un 90% de cobertura vacunal nacional y 80% en todos los distritos o unidad administrativa equivalente (OMS, 2014a); las coberturas útiles de vacunación<sup>23</sup> significan un 95%.

Las cifras contenidas en la Tabla 23 muestran que, con la excepción de la BCG (89%) Colombia ya en 2011 supera las metas nacionales, antedichas para los biológicos analizados. Sin embargo, no alcanza aún a coberturas útiles de vacunación; valor promedio que alcanzan los países de ingreso medio alto para la mayoría de biológicos y que supera, en todos los casos, a los grupos de países de referencia. Los países de ingreso alto de la OCDE sólo alcanzan coberturas útiles para las vacunas contra la Poliomeilitis (Pol3) y la Difteria Tétanos y Pertusis (DPT).

Sin embargo, es probable que los porcentajes de cobertura reportados en la base del Banco Mundial se alejen un poco de la realidad de alguno de los países de análisis –incluyendo Colombia– ante el conocido debate sobre los problemas en el cálculo de las coberturas de vacunación.

---

23 Una cobertura útil en vacunación es la “garantiza el control de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación y que constituye un indicador a cumplir en los planes de control, eliminación y erradicación de las mismas” (INS, 2002).

Tabla 23. Cobertura Vacunal 2000-2011

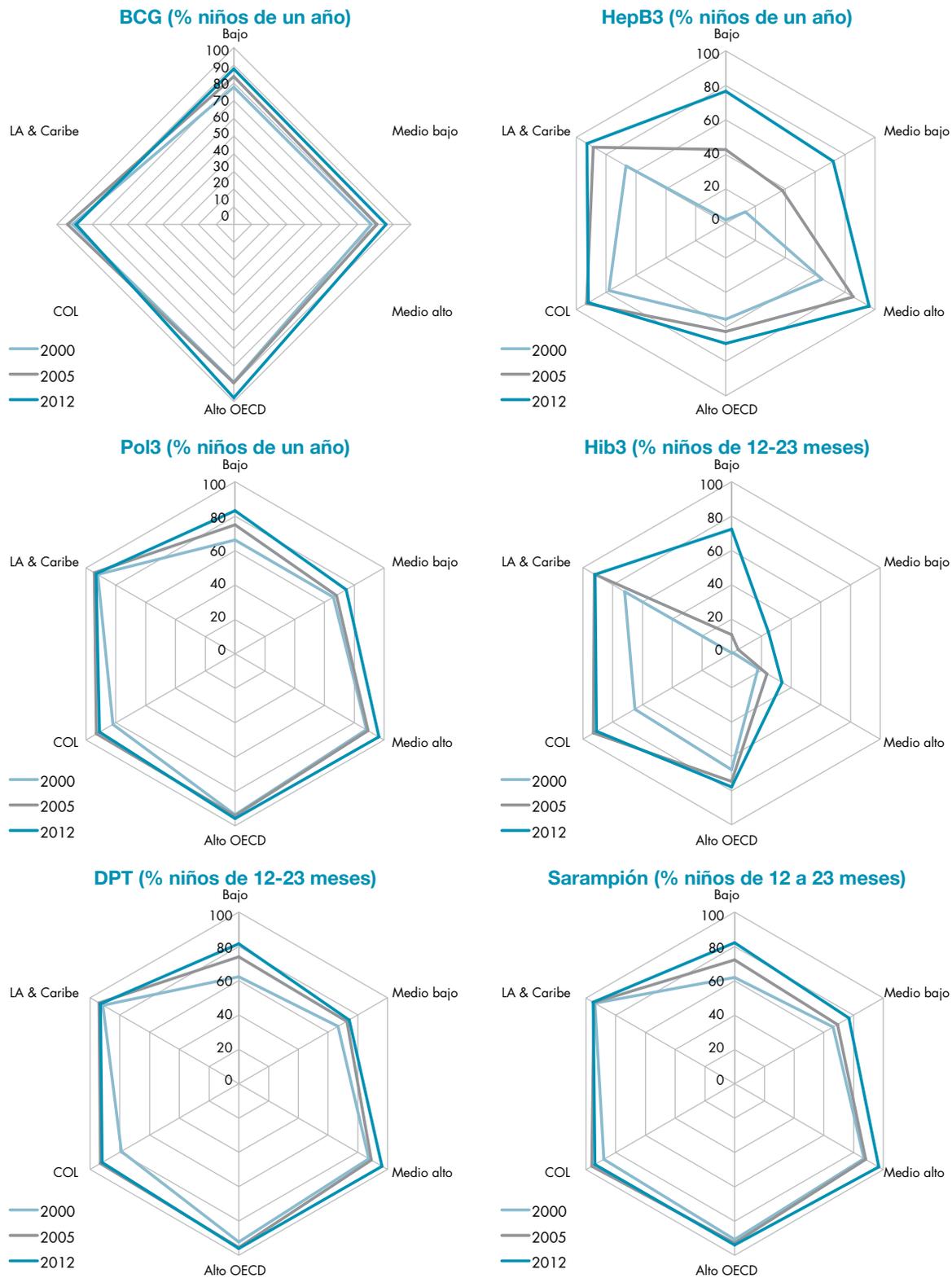
Grupo País	BCG				Hep B3				Pol3			
	2000	2005	2010	2011	2000	2005	2010	2011	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	77,7	83,6	87,2	87,9		42,8	77,4	76,6	66,1	75,0	82,8	83,2
Ingreso medio bajo	77,7	80,8	85,5	86,0		38,1	60,1	72,0	66,0	67,9	73,3	74,6
Ingreso medio alto	89,1	89,6	97,6	97,9	64,6	85,4	96,1	96,2	88,2	89,2	96,6	96,5
Ingreso alto OCDE					55,6	62,8	69,6	69,6	93,6	94,2	95,3	95,8
Colombia	91,0	94,0	83,0	89,0	78,0	93,0	85,0	92,0	82,0	93,0	85,0	91,0
Latino América & Caribe					66,8	88,5	92,1	92,7	92,2	94,4	93,1	93,3

Grupo País	Hib3				DPT				Sarampión			
	2000	2005	2010	2011	2000	2005	2010	2011	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo			72,2	72,3	62,4	73,9	82,4	81,5	62,0	72,2	81,9	82,1
Ingreso medio bajo					66,7	72,5	73,5	74,2	66,2	69,1	76,4	76,7
Ingreso medio alto	17,7	23,8	32,5	33,9	87,4	89,1	96,6	96,3	87,1	88,2	97,0	97,0
Ingreso alto OCDE	68,0	74,7	77,7	77,9	92,2	95,5	96,0	96,1	90,8	92,7	93,5	93,9
Colombia	65,0	93,0	85,0	91,0	79,0	93,0	85,0	92,0	88,0	96,0	88,0	94,0
Latino América & Caribe	72,1	92,4	91,3	92,0	91,4	94,1	93,3	93,0	94,0	94,7	94,5	95,2

Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores

Gráfico 10. Cobertura vacunal



Fuente: Catálogos de Datos Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, cálculos de los autores.

# Situación general de salud y comparación territorial

## 1. Carga de enfermedad

Para efectuar una valoración completa de la equidad es necesario revisar las condiciones basales de salud de la población, sus diferencias según género y condición socioeconómica, así como las características del entorno territorial. La estimación del estado de salud, comúnmente se ha sustentado en los indicadores de natalidad y mortalidad; estas variables hacen parte de las estadísticas que se recolectan a través de los registros vitales. Sin embargo, estos dos indicadores tienen la limitación de recoger eventos al principio y final de la vida; no aportan información sobre el estado de salud a lo largo del ciclo completo de la misma.

Este vacío se ha venido supliendo a través de las mediciones de carga enfermedad. Este es un indicador compuesto que valora muerte, discapacidad y desenlaces de enfermedad que se pueden presentar en cualquier momento del ciclo vital. El impacto de la carga puede ser medido tanto en la reducción de la expectativa de vida como en la afectación del transcurso de una vida saludable (Murray & Lopez, 1997; Murray, 1994).

En Colombia se desde 1995 se han llevado a cabo cuatro mediciones de carga de enfermedad (Acosta y Cols., 2008). Sin embargo, solamente se pueden efectuar comparaciones entre las últimas mediciones publicadas, 2005 y 2010. Según la metodología estándar, la carga de enfermedad se agrupa en tres grandes grupos de enfermedades: 1) Enfermedades Transmisibles y perinatales, 2) Enfermedades crónicas y 3) Lesiones de causa externa.

El último estudio de carga de enfermedad evidenció un incremento de la carga relacionada con enfermedades crónicas, la cual creció desde el 76% del total de la carga en 2005, al 83% en 2010. Un incremento notorio de carga de enfermedad si se tiene en cuenta el corto período transcurrido. Ese crecimiento se debió primordialmente al incremento del componente de discapacidad de la carga. Entre otros resultados relevantes está la reducción en la participación de las enfermedades transmisibles desde 15% en 2005 a 9% en 2010 del total. La variación en la carga por lesiones de causa externa es mínima, pasando del 9% al 8% en el periodo analizado (Peñaloza y Cols., 2013).

**Tabla 24. Expectativa de vida basal y ajustada, carga de discapacidad (AVD) y de muerte prematura (APMP). Colombia, 2010**

Sexo	Expectativa vida	AVD	ALD	APMP	Expectativa ajustada
Nacional	74.00	16.91	57.09	4.84	78.84
Hombres	70.67	16.42	54.25	6.02	76.69
Mujeres	77.51	17.42	60.09	3.57	81.08

Fuente: CENDEX, Cálculo de los autores

La expectativa de vida de la población colombiana de 74 años en 2010 es afectada en 21.8 años por la presencia de enfermedad: 22.2 años en hombres y 21 años en mujeres. En la población general, se puede decir que, en promedio, un colombiano podría haber vivido 4.8 años más si se hubiese afectado el componente evitable de carga por muerte prematura (APMP). En hombres la carga por APMP es de 6 años y en mujeres de 3.6 años. En cuanto a los años de vida perdidos por discapacidad (AVD), un colombiano vive 16.9 años con discapacidad evitable ocasionada por la enfermedad. Esta pérdida es de 16.4 años en los hombres y 17.4 en las mujeres. Esto implica que, en promedio, un hombre vive con discapacidad evitable desde los 54 años y una mujer desde los 60 años (años libre de discapacidad, ALD). Para una población de 45.5 millones, el país perdió 13.4 millones de años de vida saludable en 2010. El 77.8% de los AVISA perdidos corresponden a discapacidad evitable. El 20% de la carga (AVD y AVPP) se debe a enfermedad cardiovascular.

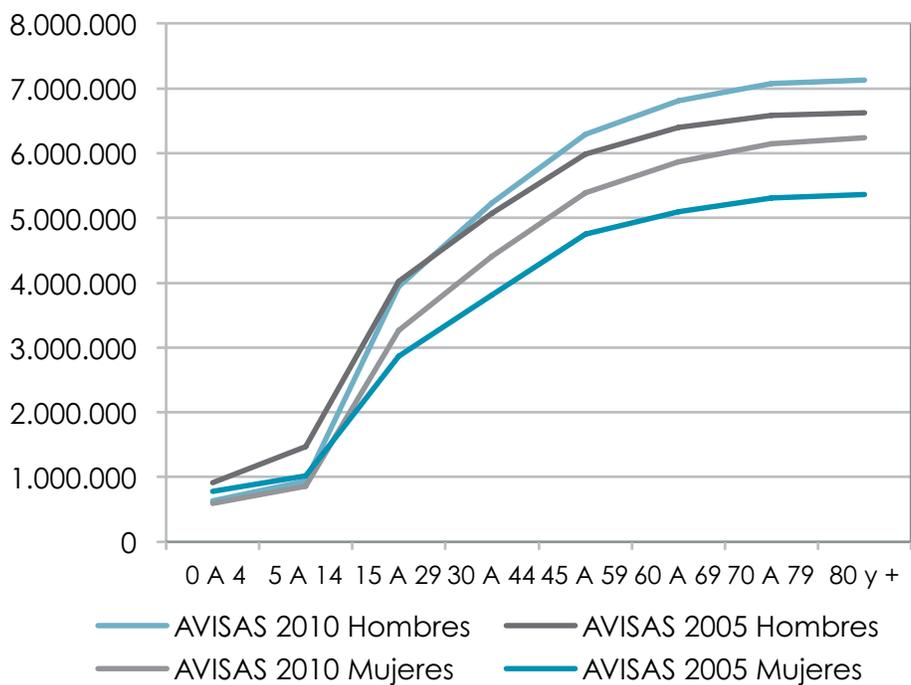
Para evaluar la carga de discapacidad del país es necesario tener algún contrafactual que sirva de referencia para ponderar su tamaño relativo. El estudio de carga de Australia puede aportar algunos parámetros de comparación (Mathers y Cols., 1999). Para una expectativa de vida en los hombres australianos de 75.6 años, la carga de discapacidad fue estimada en 9.1 años. En mujeres con una expectativa de vida de 81.3 años, la carga de discapacidad es 9.4 años. Esto quiere decir que los hombres australianos pueden aspirar a vivir hasta los 67 años libres de discapacidad evitable y las mujeres hasta los 72 años. Este resultado ilustra la transición demográfica que está atravesando la población colombiana. La expectativa de vida ha crecido desde los 68 años en 1990 a 75.2 en 2015. Sin embargo estos años ganados están afectados por la transición epidemiológica que ha inducido mayor carga por enfermedades como el cáncer y la diabetes. Australia y algunos países de Europa se encuentran más avanzados en la transición demográfica, lo cual hace que el impacto de su transición epidemiológica sea menor, en especial en los grupos de enfermedades transmisibles y lesiones.

Es importante establecer si existen diferencias entre regiones del país en cuanto a carga de enfermedad ya que este puede ser uno de los condicionantes de inequidad más importantes y puede ser determinante para establecer las prioridades en las políticas de salud pública. Sin embargo hasta el momento no se ha realizado una estimación de carga a nivel subnacional que permita hacer estas comparaciones.

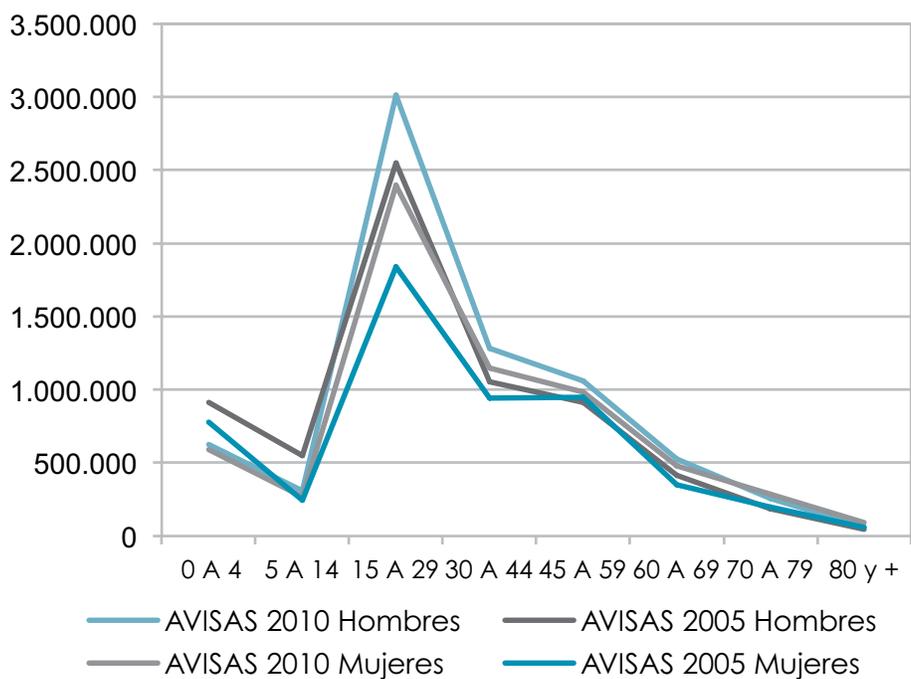
El volumen y tipo de la carga tiene profundas implicaciones sobre los servicios de salud. El hecho de tener la población colombiana casi el doble de la carga discapacidad por enfermedad evitable que la población australianas evidencia el incremento en la demanda de servicios de salud y en su complejidad.

Las gráficas 11 y 12 muestran el acumulado de años de vida saludable perdidos (AVISA) a lo largo de la vida y los AVISA perdidos según grupo de edad. Como se puede observar, la mayor parte de los AVISA se pierden durante los primeros cinco años de vida y durante la edad adulta joven. Esto se debe al impacto de la discapacidad o muerte prematura cuando la persona tiene una amplia expectativa de vida. Es notorio que la carga crece tanto en hombres como en mujeres y existe un nivel general mayor de carga en los hombres. Sin embargo, el mayor crecimiento en el periodo se evidencia en las mujeres jóvenes del grupo de 15 a 29 años.

**Gráfico 11. Años de vida saludable (AVISA) perdidos a lo largo de la vida**



**Gráfico 12. AVISA perdidos según grupo de edad**



Fuente: CENDEX, Cálculo de los autores. Colombia 2005-2010

Es importante tener en cuenta que la participación de los años perdidos por muerte prematura (APMP) en los AVISA es menor que la correspondiente a los años perdidos por discapacidad (AVD). Para 2010 la población colombiana perdió 2.974.996 años como APMP y 10.399.209 como AVD; para 2005 estos valores fueron 3.098.434 y 8.722.935 respectivamente, lo cual sugiere una tendencia a la reducción de los APMP y al incremento de los AVD hacia el futuro.

En los APMP se observa una diferencia sustancial entre los hombres adultos jóvenes frente a las mujeres jóvenes de los mismos grupos de edad. En 2010, los hombres de 15 a 44 años perdieron 947.579 APMP mientras las mujeres tan sólo 279.207, 3.4 veces más APMP en los hombres que en las mujeres. Las agresiones explican 469.442 APMP del total de la diferencia evidenciada y determinan que las lesiones ocasionadas por la guerra y los accidentes de tránsito representan importantes determinantes de la inequidad según género en el país. La aguda pérdida de años de vida por muerte prematura puede explicar parte de la diferencia en AVD entre hombres y mujeres.

**Gráfico 13. Años de vida saludable perdidos por muerte prematura (APMP)**

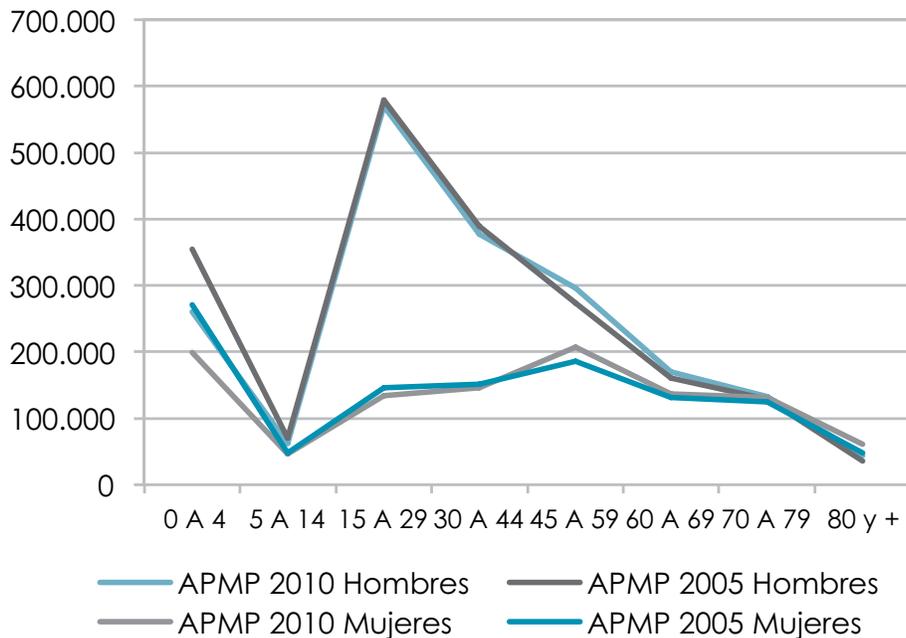
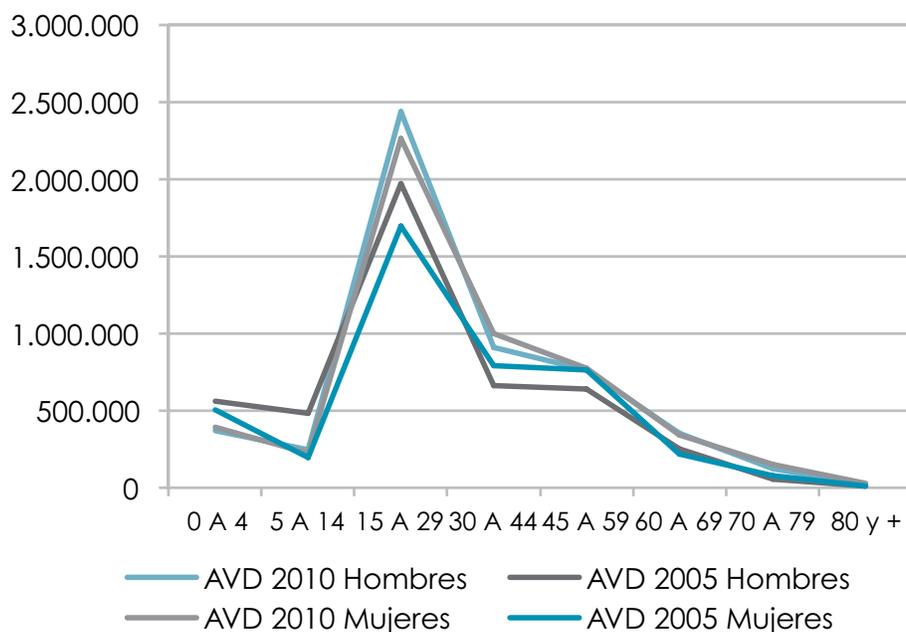


Gráfico 14. Años de vida saludable perdidos por discapacidad (AVD)



Fuente: CENDEX, Cálculo de los autores. Colombia 2005-2010

En cuanto a la carga por enfermedad transmisible se observa una tendencia a su reducción tanto en hombres como en mujeres, principalmente por la menor afectación en el grupo de 30 a 44 años en los hombres y en el grupo de 15 a 44 años en las mujeres. Estas diferencias se deben principalmente a la reducción en la carga de enfermedades parasitarias e infección respiratoria. La menor carga debida a Malaria, Cisticercosis y Triquinosis explica la mayor parte de la diferencia en ambos sexos.

Gráfico 15. AVISA perdidos por enfermedades transmisibles

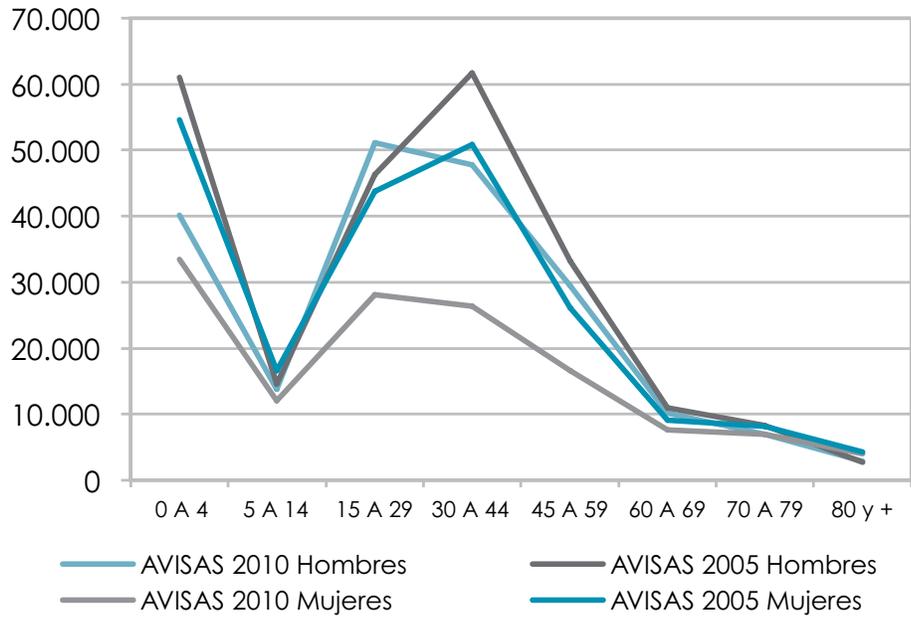
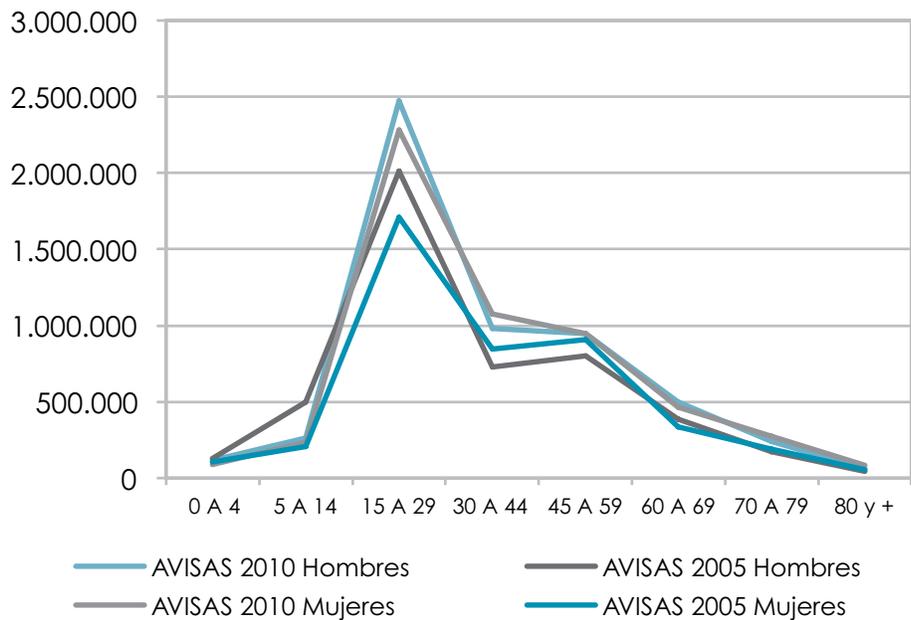
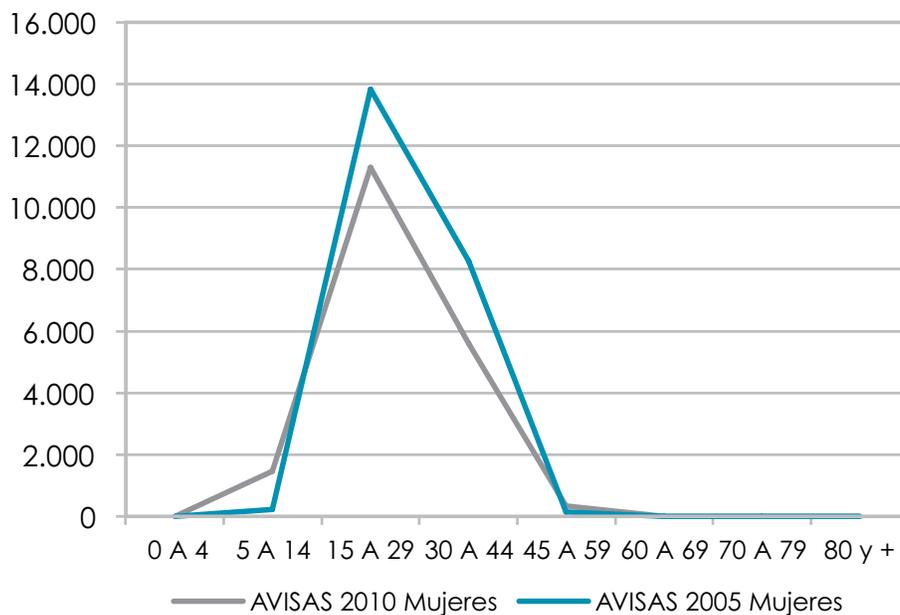


Gráfico 16. AVISA perdidos por enfermedad crónica



Fuente: CENDEX, Cálculo de los autores. Colombia 2005-2010

**Gráfico 17. AVISA perdidos por enfermedad materna**



**Gráfico 18. AVISA perdidos por enfermedad materno-infantil**

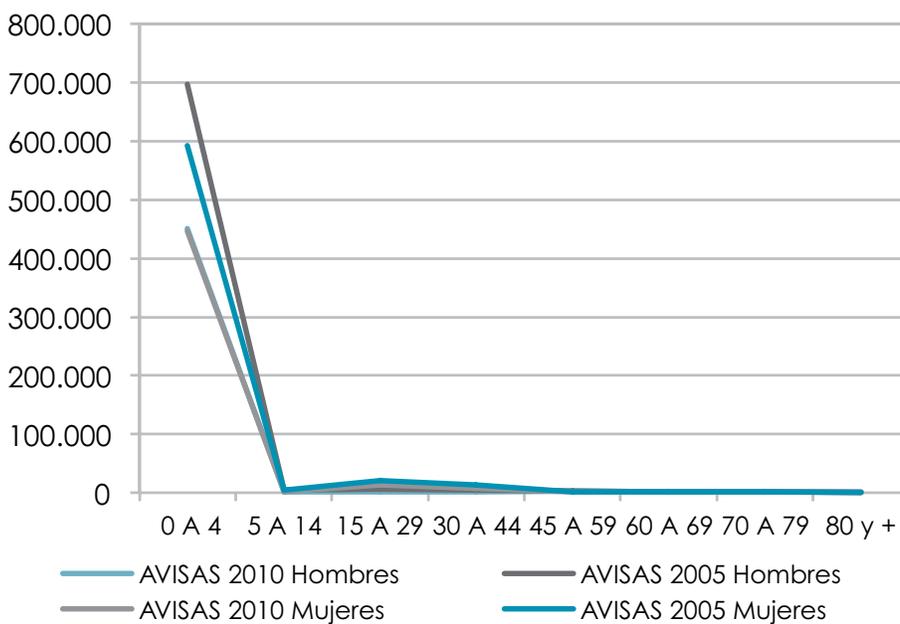
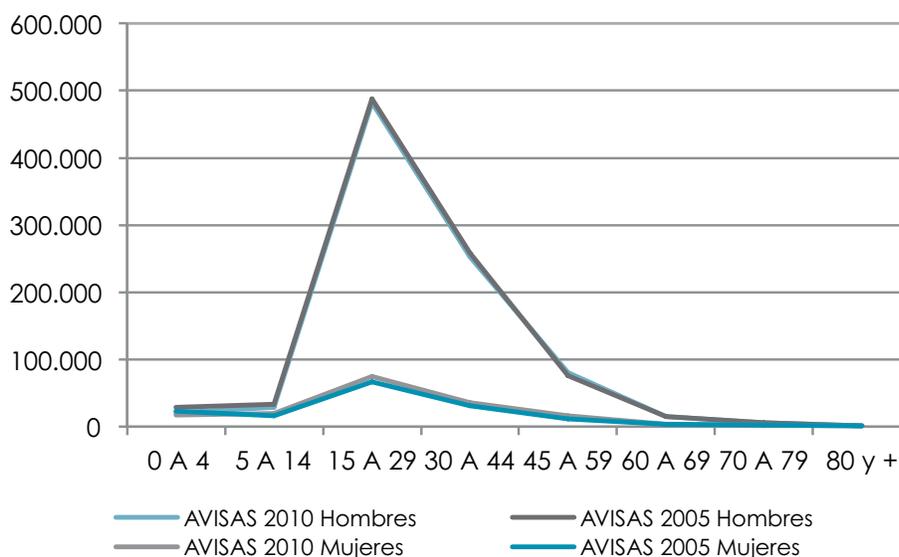


Gráfico 19. AVISA perdidos por lesiones de causa externa



Fuente: Cendex, Cálculo de los autores. Colombia 2005-2010.

## 2. Diferencias territoriales

En un análisis de equidad son importantes las diferencias en carga de enfermedad entre los distintos grupos sociales. Todavía no se ha hecho un análisis de carga discriminado por los departamentos del país, por tanto es necesario recurrir a la mortalidad para tener una idea de las posibles diferencias en carga. El gráfico 20 presenta el mapa de Colombia por departamentos con la causa principal de mortalidad en cuatro categorías: 1. Mortalidad por causa externa; 2. Mortalidad por Enfermedad Crónica; 3. Mortalidad por Enfermedades Transmisibles; 4. Mortalidad por afecciones maternas e infantiles.

Este resultado parece contradecir el resultado del Estudio de Carga de Enfermedad en el cual la mayor causa son las Enfermedades Crónicas. Sin embargo, descubre como al final la carga de enfermedad se consolida como un promedio nacional que esconde poderosas diferencias territoriales. Estas diferencias son sustanciales para la definición de la política de salud.

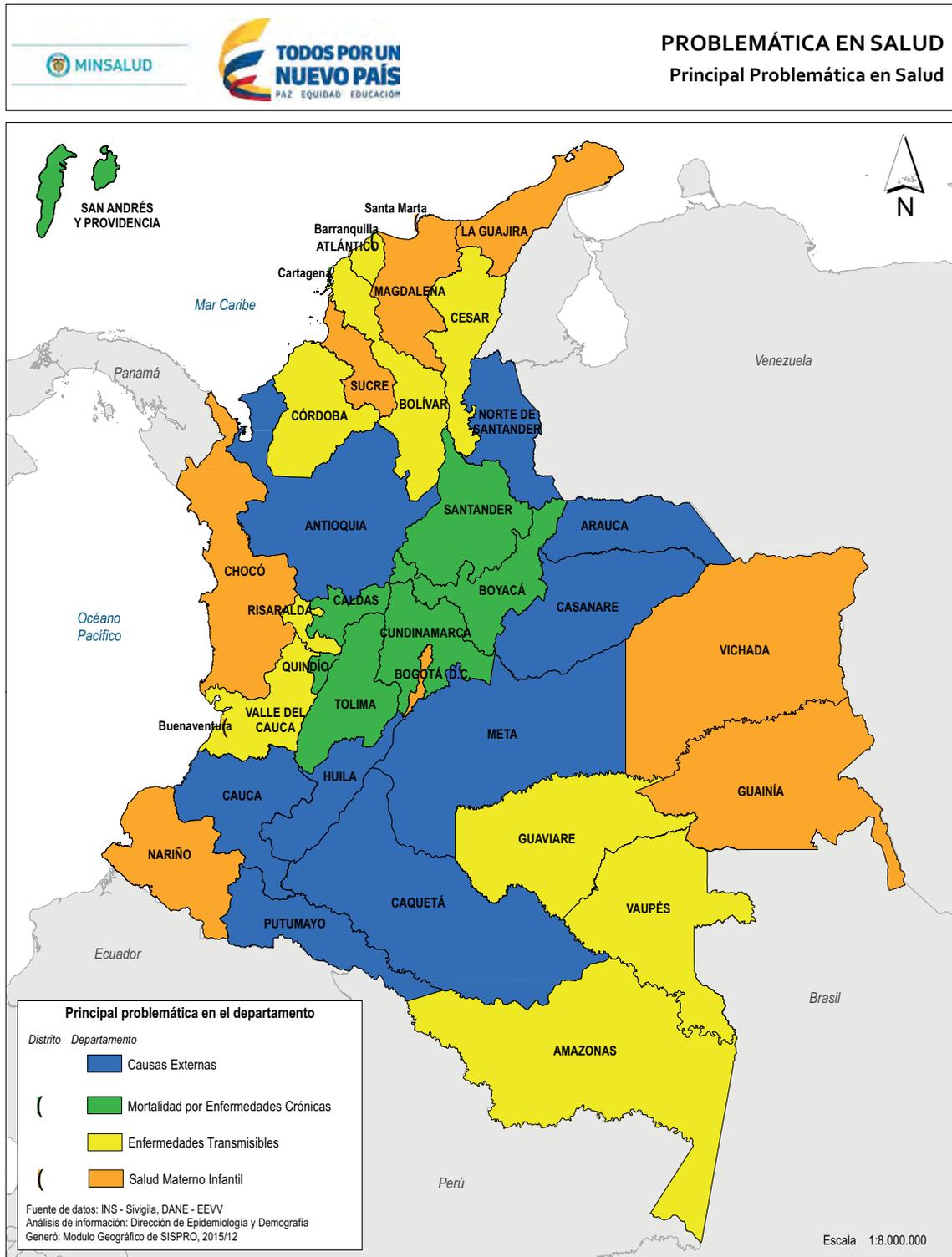
Los departamentos con mayor densidad poblacional presentan enfermedad crónica como causa principal de la mortalidad. Entre estos se encuentran Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Caldas, Risaralda y Quindío. Son dominantes las lesiones de causa externa en Antioquia, Putumayo y Huila, en el centro del país, y en los departamentos de Meta, Casanare y Arauca en la altillanura. Las enfermedades tropicales son causa principal de mortalidad en los departamentos que hacen parte de la Orinoquía y Amazonía. Por último, las afecciones materno - infantiles preponderan como causa de mortalidad en los departamentos del Pacífico y de la costa norte del país. Dadas las diferencias en densidad poblacional entre el centro del país y las zonas menos desarrolladas, la alta urbanización y concentración de riesgo de enfermedad crónica determina su peso específico en el agregado nacional. Pero desde la mortalidad evitable,

las enfermedades transmisibles y perinatales son un problema relevante para el país, así como la mortalidad por lesiones y agresiones en hombres adultos jóvenes.

Este resultado tiene amplias implicaciones en el Sistema de Salud y el Modelo de Atención dada la diversidad en el perfil epidemiológico. Sin embargo, es relevante conocer cómo han evolucionado estos indicadores de mortalidad en el ámbito departamental.

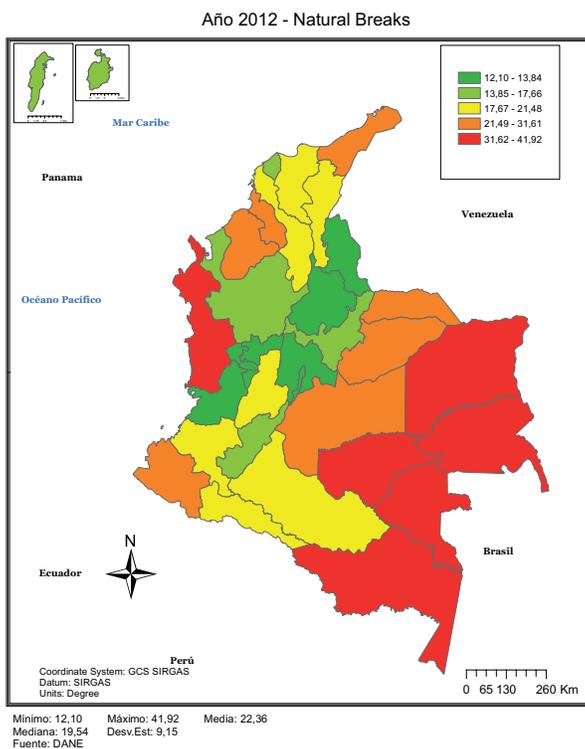
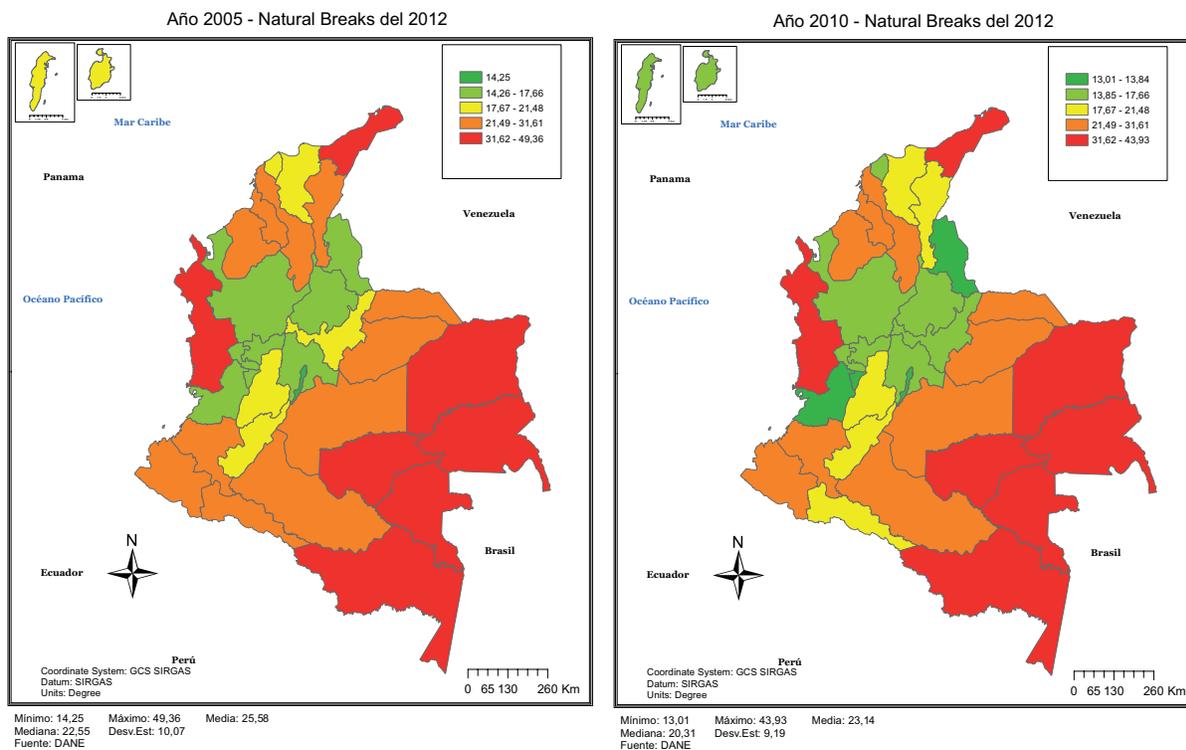
El Gráfico 21 representa la tasa de mortalidad infantil departamental, por quintiles, y compara los años 2005, 2010 y 2012. El método seleccionado en ArcGIS 10.3.1 para la construcción de quintiles es el de rupturas naturales de Jenks (natural breaks) –aplicado a las observaciones del año 2012– cuyo algoritmo compara iterativamente las sumas de las diferencias al cuadrado, de los valores observados, dentro de cada quintil, de tal forma que la varianza intra-quintil sea mínima y entre-quintiles sea máxima (de Smith y Cols., 2015). Los quintiles resultantes de este ejercicio –año 2012– son los usados para los años anteriores. Como se evidencia hay progresos en los resultados del indicador principalmente concentrada en la zona más desarrollada y urbana del país. En el Chocó, La Guajira y los departamentos de la Orinoquía y Amazonía no se observan avances de importancia.

Gráfico 20. Tipo de primera causa de mortalidad según Departamento, Colombia 2012



Fuente: Bodega de Datos del SISPRO. Encuestas ENSIN, ENSM, ENS.

**Gráfico 21. Tasa de mortalidad infantil a nivel departamental**

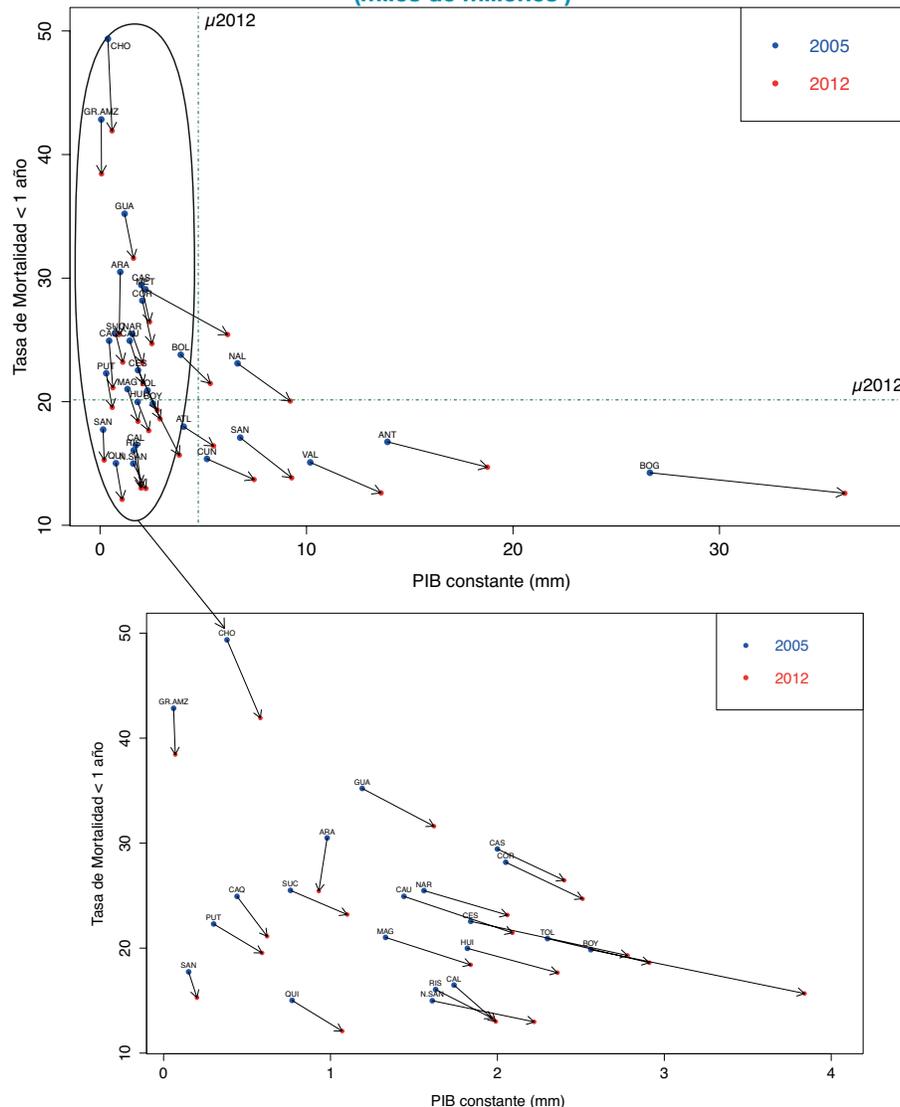


Fuente: DANE, serie 2005-2013.

Un determinante de la mortalidad es el nivel de desarrollo de los territorios. En Colombia las diferencias territoriales en desarrollo socioeconómico son muy importantes (Delgado y Cols., 2013). Por esa razón, se analizaron las diferencias departamentales y municipales en indicadores de mortalidad y acceso a servicios contrastando los cambios en las variables socioeconómicas y de equidad.

El Gráfico 22 compara la tasa de mortalidad infantil contra el PIB de cada departamento. También se presenta un comparativo entre la tasa de mortalidad infantil y el cambio en el Coeficiente de Gini entre los años 2005 y 2012 (Ver Gráfico 23). Se observan las marcadas diferencias existentes en el PIB departamental con diferencias notorias en su crecimiento entre los departamentos para los dos años analizados. También se evidencia cómo el crecimiento nacional del PIB está determinado por su incremento en Bogotá, Antioquia, Valle, Santander y, en menor medida, Atlántico y Cundinamarca.

**Gráfico 22. Tasa de Mortalidad Infantil (x 1.000 nacidos vivos) vs PIB a precios constantes (miles de millones)**

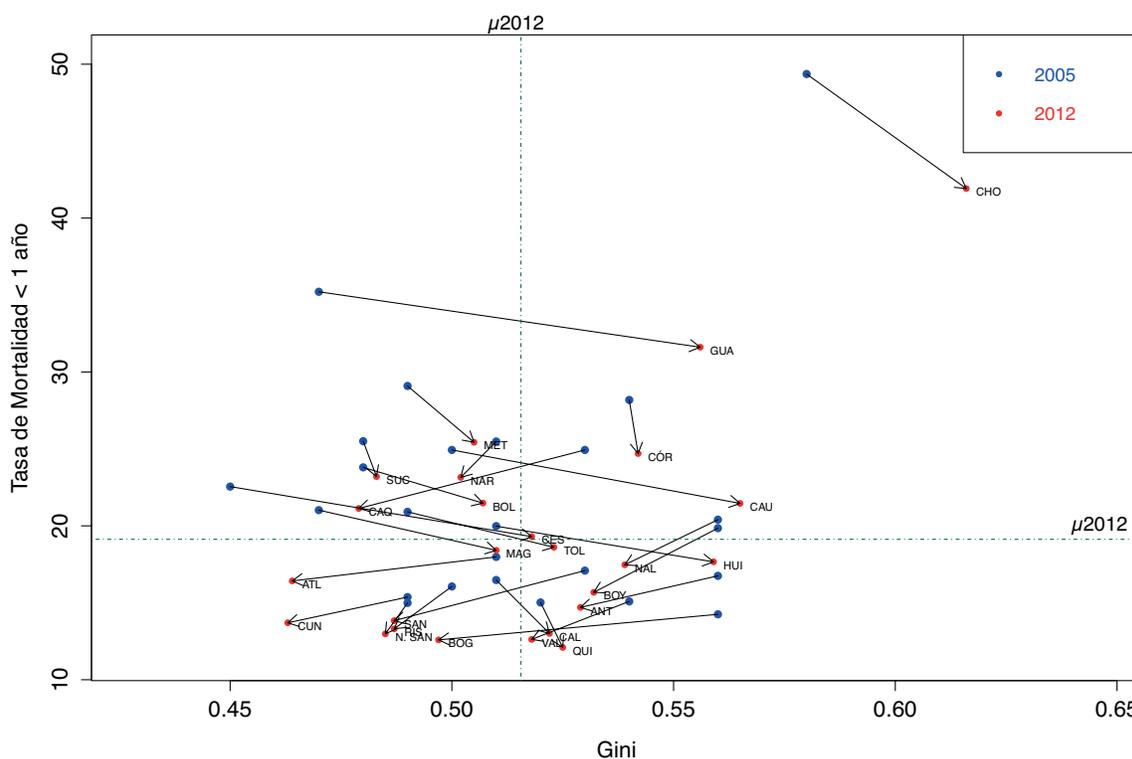


Fuente: DANE

En todos los departamentos se reduce la mortalidad infantil. Un número importante de departamentos mantiene tasas bajas de mortalidad infantil con niveles y crecimientos bajos en el PIB. Tal es el caso de Quindío – la mortalidad infantil más baja del país- Caldas, Risaralda y Norte de Santander. Hay departamentos con niveles y crecimientos relevantes en el PIB que presentan niveles altos en la mortalidad infantil. Entre estos departamentos se encuentran Boyacá, Tolima, Casanare y Córdoba.

Estos resultados sugieren que factores como educación, acceso a servicios sociales y de salud pueden marcar una diferencia en la relación entre nivel de desarrollo y mortalidad infantil, lo cual no alcanza a ser capturado por el PIB departamental.

**Gráfico 23. Tasa de Mortalidad Infantil (x 1.000 nacidos vivos) vs Coeficiente de Gini**



Fuente: DANE

En cuanto a la meta entre mortalidad Infantil e Inequidad socioeconómica en el ingreso, medida a través del coeficiente de Gini, se evidencian ganancias a nivel nacional en la reducción de la brecha de inequidad. Sin embargo, es notoria la diferencia entre departamentos. Algunos presentan incrementos importantes en equidad y otros retrocesos preocupantes. Atlántico, Cundinamarca, Bogotá, Norte de Santander, Santander, Antioquia, Valle, Nariño y Caquetá presentan ganancias en equidad. Departamentos con pérdidas importantes en equidad socioeconómica son Chocó, Guainía, Córdoba, Meta, Cauca, Sucre, Bolívar, Huila, Magdalena y Tolima. El Gini promedio nacional estimado no representa de manera adecuada la situación de equidad socioeconómica a nivel subnacional y es evidente que el número de departamentos con retrocesos en Gini es mayor

que el número que presenta ganancias. Sin embargo, los departamentos que presentan avances son los más urbanos y poblados del país. Es claro que existen menores tasas de mortalidad infantil en los departamentos donde hay menores niveles de equidad socioeconómica y mayor progresión en el coeficiente de Gini.

Estos resultados indican la inequidad en el ingreso como un condicionante importante en la mortalidad infantil, con mayor preponderancia que el crecimiento económico por sí solo. Este resultado se evalúa a través de un análisis de correlación de Spearman que, para el año 2012, evidencia una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre un cambio en la distribución del ingreso (Gini) del año 2000 al 2012 y la tasa de mortalidad en menores de un año para este último año. También los resultados indican que se deben enfocar los esfuerzos de intervención en salud pública y atención básica en salud en los departamentos donde existen mayores condiciones de inequidad socioeconómica.

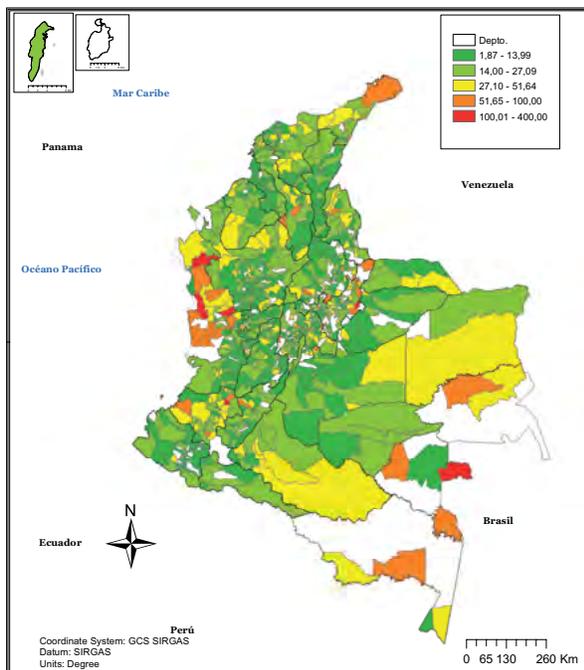
A nivel municipal la mortalidad infantil se ha venido concentrando en un número reducido de municipios localizados en la costa pacífica, la amazonia y el departamento de La Guajira (Gráfico 26). La Tabla 25 presenta los municipios con prevalencia de mortalidad extrema en los tres años analizados y evidencia que se encuentra concentrada en unos pocos municipios ubicados principalmente en la región pacífica, Chocó y Cauca – Nariño, así como en la Alta Guajira y los municipios de la Amazonía y la Orinoquía. No se evidencian cambios significativos en estos municipios en el período de tiempo analizado. Esto justifica una intervención focalizada si el país quiere reducir la mortalidad en menores de un año.

**Tabla 25. Municipios en estado crítico para el indicador de tasa de mortalidad en menores de un año (>100.01 x 1.000 nacidos vivos)**

2005		2010		2012	
Departamento	Municipio	Departamento	Municipio	Departamento	Municipio
15-Boyacá	15522-Panqueba	27-Chocó	27025-Alto Baudó	25-Cundinamarca	25807-Tibirita
15-Boyacá	15550-Pisba	27-Chocó	27250-El Litoral Del San Juan	27-Chocó	27077-Bajo Baudó
19-Cauca	19364-Jambaló	91-Amazonas	91263-El Encanto	27-Chocó	27430-Medio Baudó
27-Chocó	27025-Alto Baudó	91-Amazonas	91405-La Chorrera	68-Santander	68522-Palmar
27-Chocó	27073-Bagadó	94-Guainía	94343-Barranco Minas		
27-Chocó	27150-Carmen Del Darién	94-Guainía	94884-Puerto Colombia		
97-Vaupés	97889-Yavaraté				

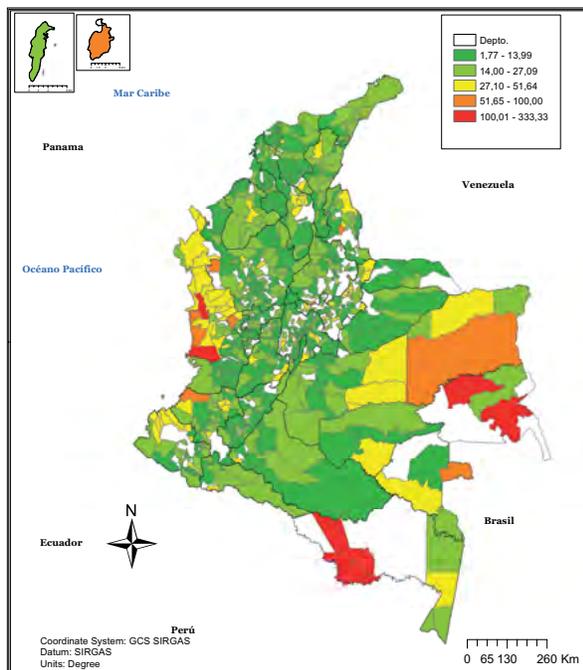
Gráfico 24. Tasa de mortalidad infantil a nivel municipal

Año 2005 - Natural Breaks del 2012



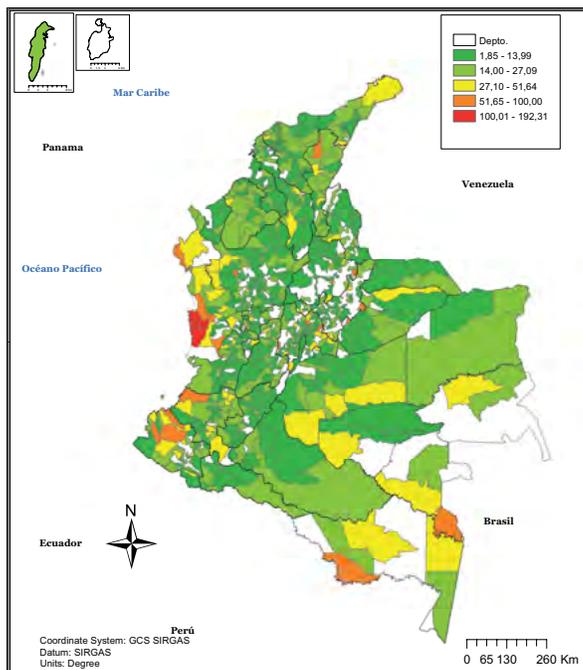
Mínimo: 1,87 Máximo: 400 Medía: 21,08  
 Mediana: 16,25 Desv.Est.: 23,07 n.d.: 184 municipios  
 Fuente: SISPRO, 4 Jun. 2015

Año 2010 - Natural Breaks del 2012



Mínimo: 1,77 Máximo: 333,33 Medía: 18,24  
 Mediana: 14,85 Desv.Est.: 17,67 n.d.: 263 municipios  
 Fuente: SISPRO, 4 Jun. 2015

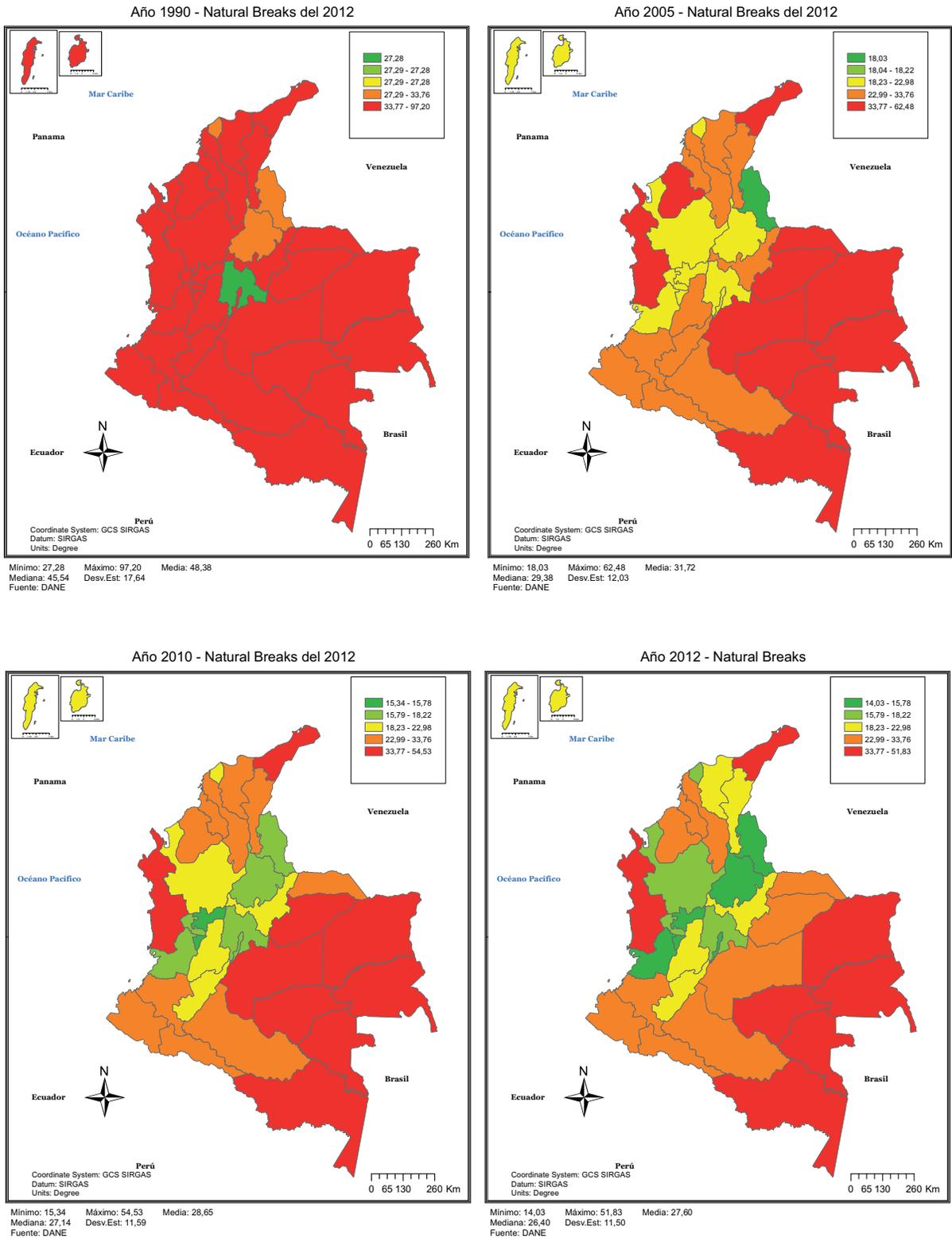
Año 2012 - Natural Breaks



Mínimo: 1,85 Máximo: 192,31 Medía: 17,44  
 Mediana: 13,69 Desv.Est.: 15,70 n.d.: 296 municipios  
 Fuente: SISPRO, 4 Jun. 2015

Fuente: SISPRO

**Gráfico 25. Tasa de mortalidad en la niñez a nivel departamental**

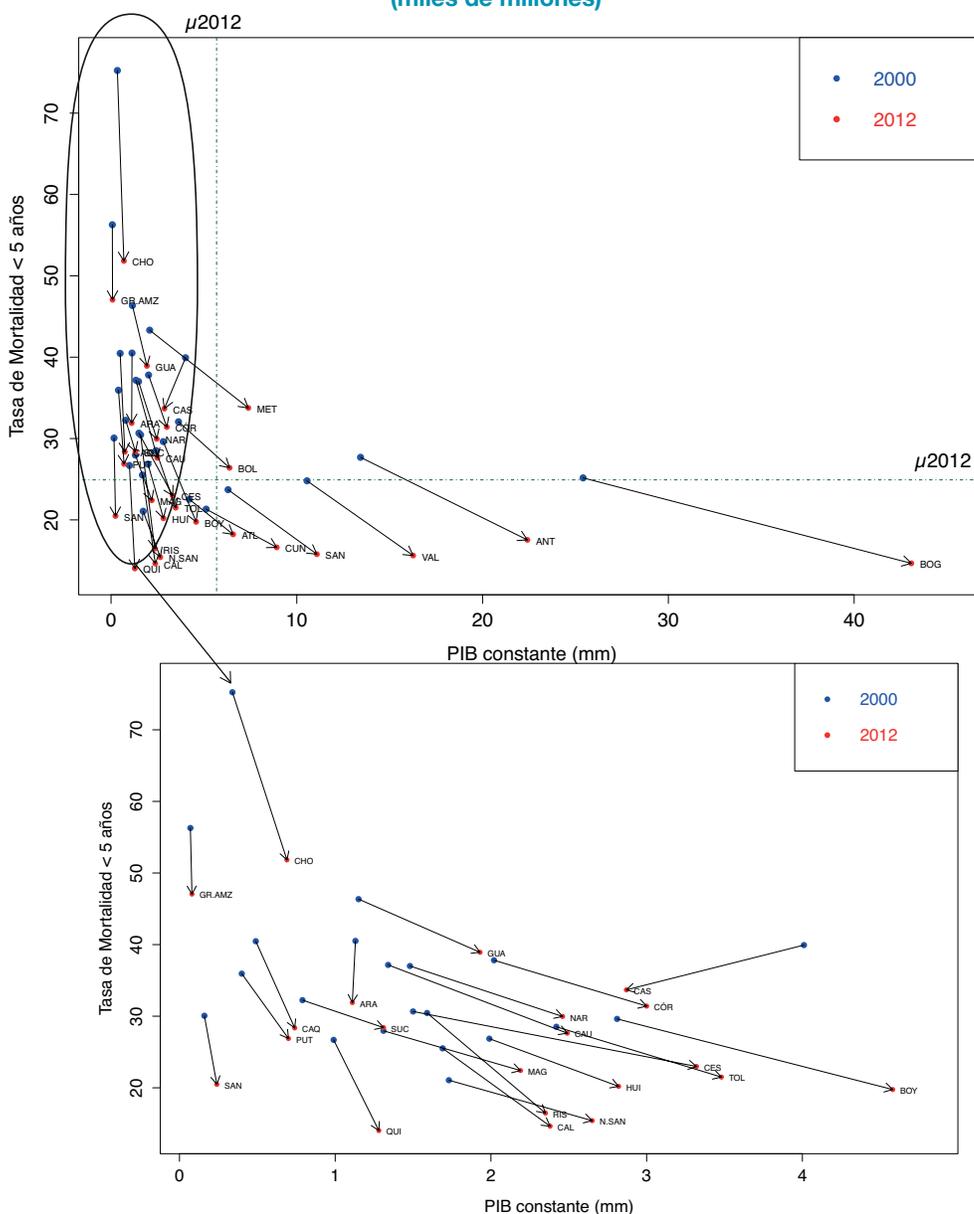


Fuente: DANE

La mortalidad en menores de 5 años parece menos concentrada que la mortalidad en menores de un año y se observa un mayor progreso a nivel departamental. Si se utilizan los parámetros de categorización de 2012, para 1990 prácticamente todos los departamentos estarían en condición crítica (Gráfico 25).

Esta situación empieza a mejorar en 2001 para los departamentos de la zona andina de la cordillera oriental, la zona cafetera y el Valle del Cauca. En 2010 y 2012 se observan avances en algunos departamentos de la Costa Atlántica: Atlántico, Magdalena y Cesar. Sin embargo no hay progreso marcado en los departamentos del sur del país: Nariño, Putumayo y Caquetá. En el Chocó, La Guajira y los departamentos de la Amazonía no se observan cambios relevantes desde 1990.

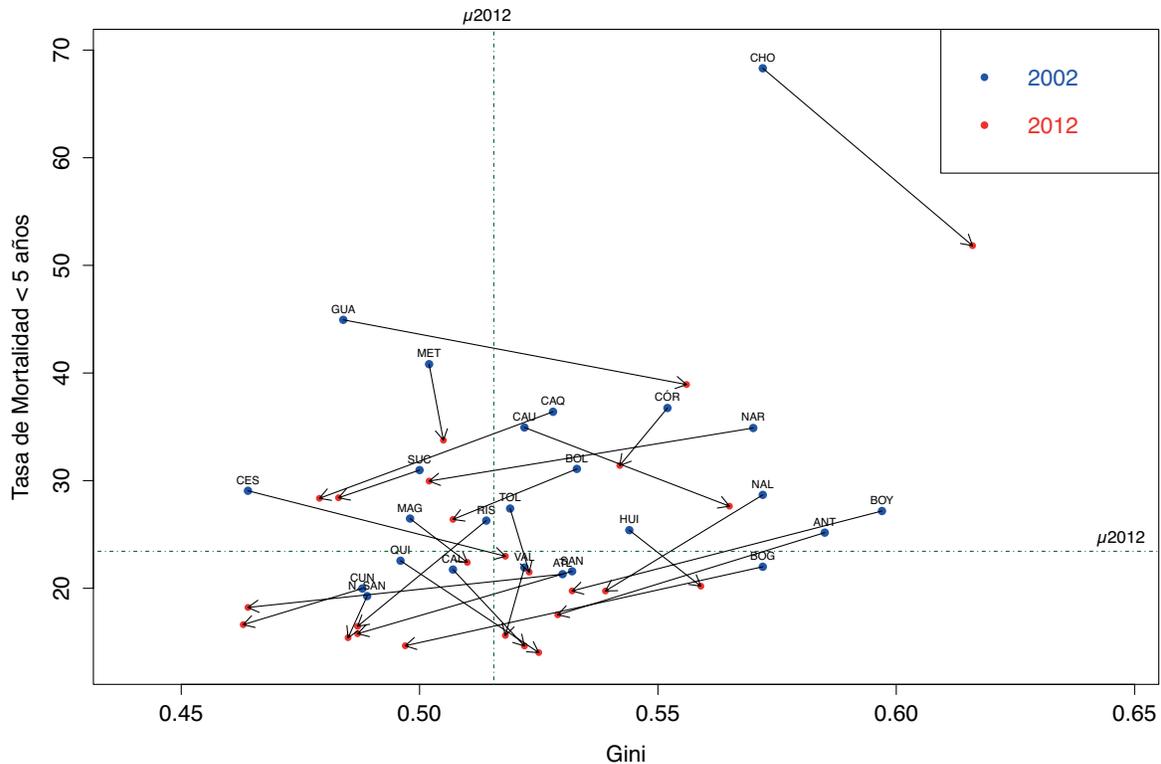
**Gráfico 26. Tasa de Mortalidad < 5 Años (x 1.000 nacidos vivos) vs PIB a precios constantes (miles de millones)**



Fuente: DANE

La relación entre la tasa de mortalidad en menores de 5 años y el desarrollo económico muestra reducciones en la mortalidad para todos los departamentos a pesar de las amplias diferencias en el PIB y las marcadas diferencias en crecimiento de los diferentes departamentos (Gráfico 26). Tal como en la mortalidad infantil, las diferencias en la inequidad socioeconómica son un determinante de la tasa de mortalidad en menores de 5 años (Gráfico 27).

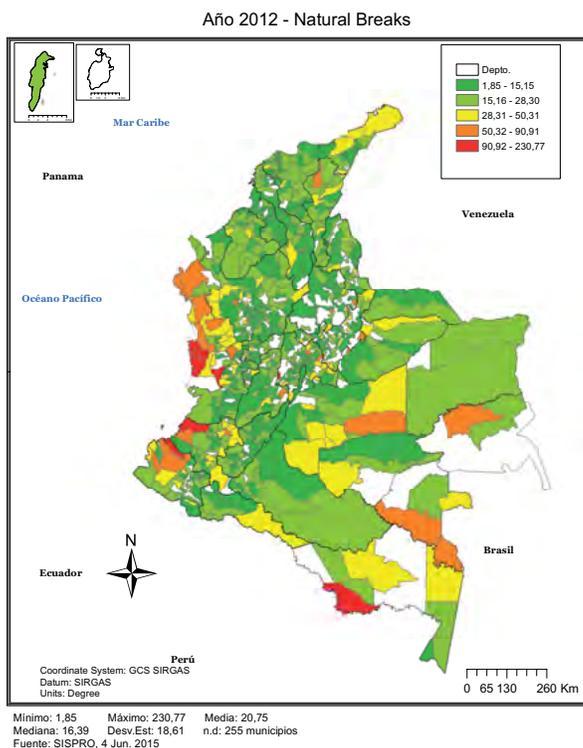
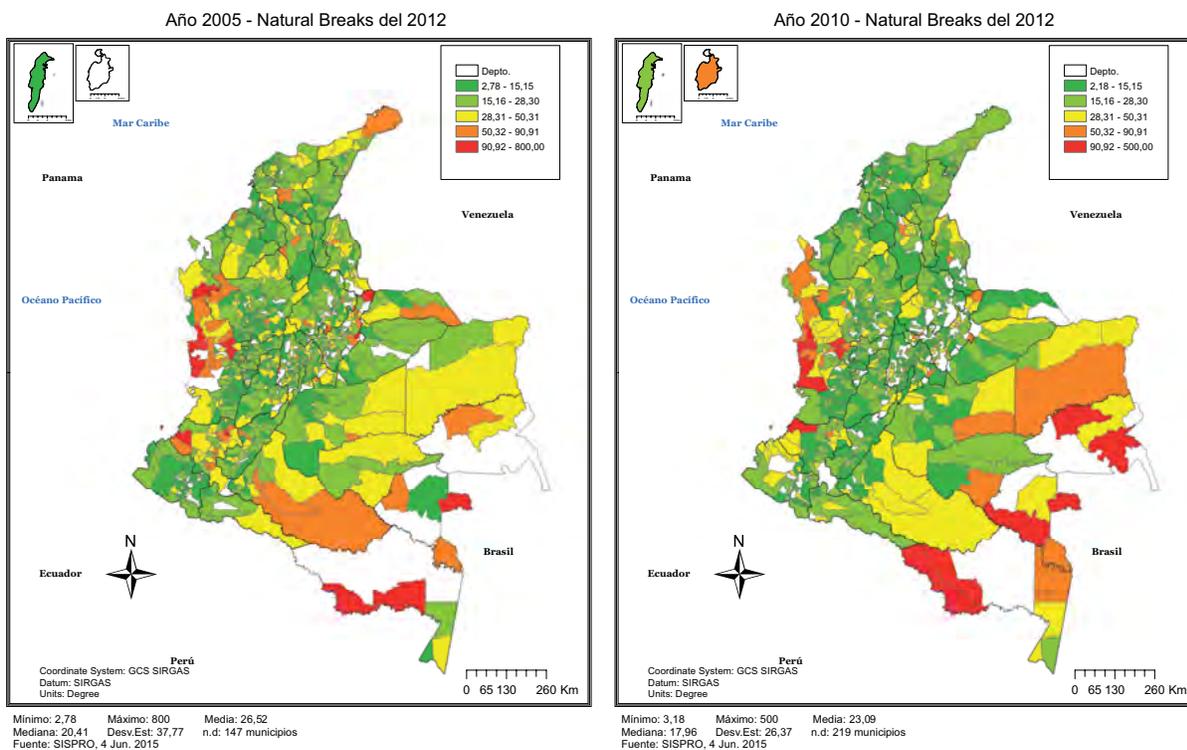
**Gráfico 27. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años (x 1.000 nacidos vivos) vs Coeficiente de Gini**



Fuente: DANE

En el análisis municipal se evidencia que se han dado avances en los municipios ubicados en la zona andina y en la costa norte del país. Sin embargo persisten municipios con indicadores inadecuados principalmente en el pacífico y en las zonas de Orinoquía y Amazonía (Gráfico 28).

Gráfico 28. Tasa de mortalidad en la niñez a nivel municipal



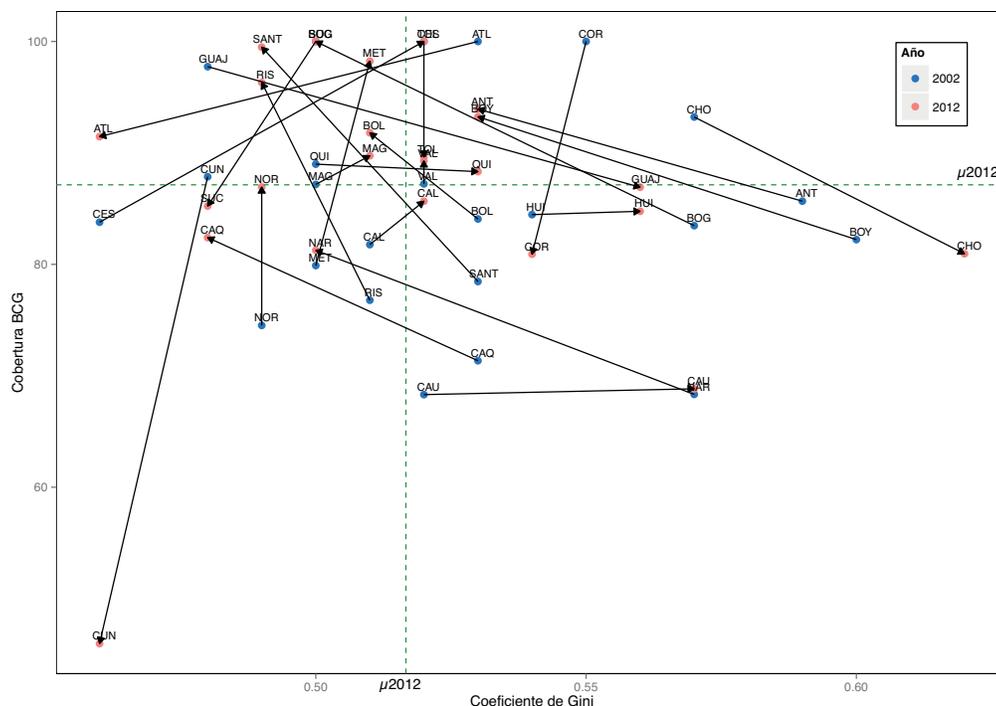
Fuente: SISPRO

Para la evaluación del acceso se revisaron los principales indicadores relacionados con vacunación, control prenatal, parto institucional y parto por cesárea, como aquellos indicadores que pueden de alguna manera permitir establecer las condiciones, de más allá de la cobertura en la población más vulnerable, como es el caso de la población materno infantil. En relación con la vacunación se evaluaron dos vacunas, la vacuna contra la tuberculosis (BCG) y la vacunación Triple viral (DPT).

Se seleccionó la vacuna BCG por su característica de aplicación institucional concurrente con el momento del parto, por lo cual se podría decir que, de alguna manera, mide la respuesta institucional, su calidad y su oportunidad. La DPT se seleccionó porque recoge el esfuerzo que debe hacer tanto la institución como la familia, para lograr la vacunación del niño y la sensibilización que se debe hacer a través de las diferentes campañas y procesos de comunicación a nivel nacional, para lograr la cobertura completa de vacunación.

En la vacunación de BCG se observan ganancias efectivas en equidad. El Gráfico 29 compara los avances del coeficiente de Gini entre 2002 y 2012 y la cobertura de la vacuna e indica que un número relevante de departamentos tiende a acercarse al cuadrante superior izquierdo, lo cual se evidencia en alta cobertura y bajo grado de inequidad socioeconómica. Sin embargo, es evidente que un número relevante de departamentos se encuentra en situación crítica, en particular el departamento de Cundinamarca, cuya cobertura está por debajo del 60%, Chocó que experimenta una desmejora en el nivel de cobertura de vacunación, Córdoba que también evidencia una reducción importante para 2012 y Cauca que muestra estancamiento. El promedio nacional es aceptable con una cobertura por encima del 87%.

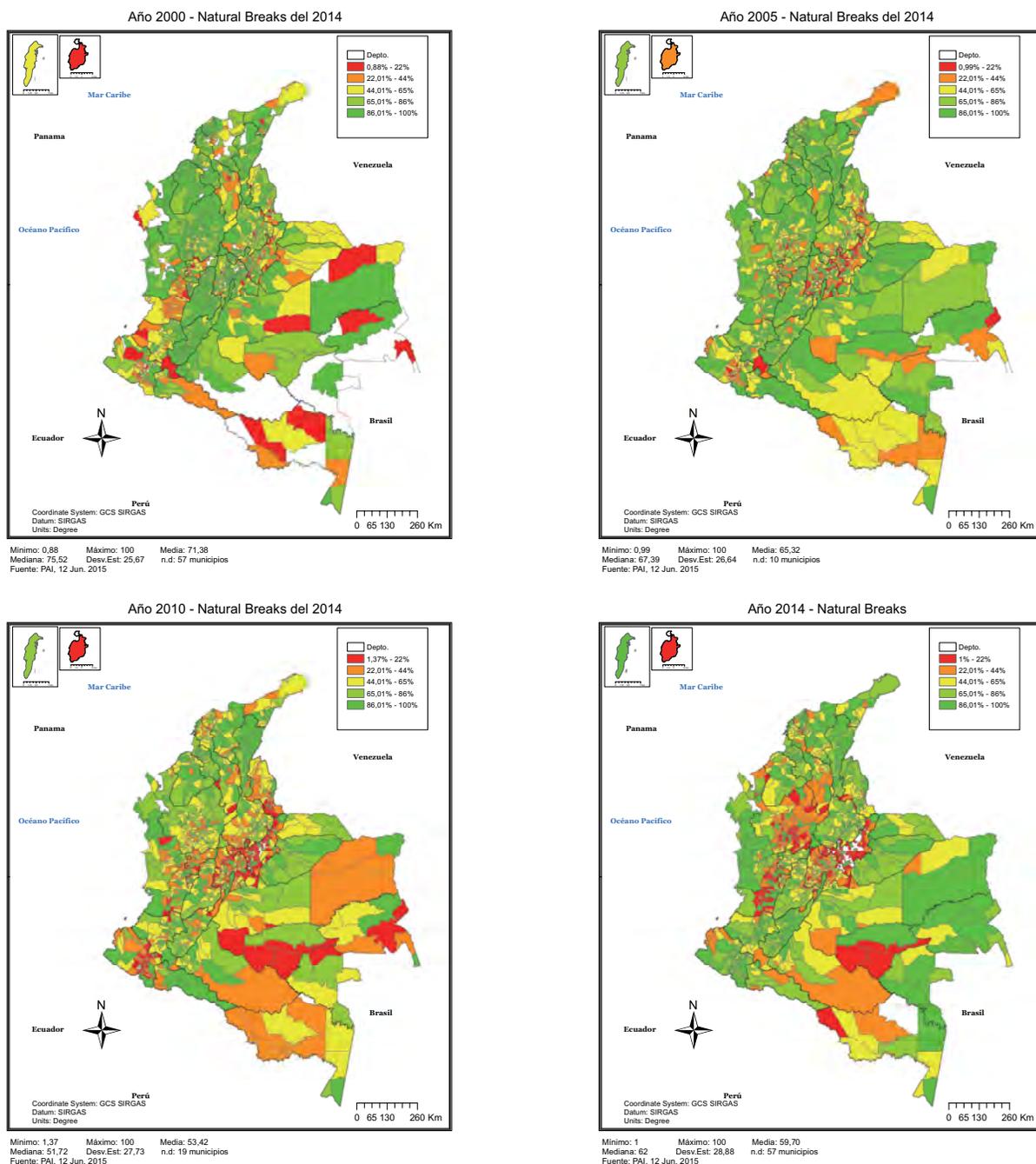
**Gráfico 29. Cobertura vacunal contra el Bacillus Calmette-Guerin (BCG) vs Coeficiente de Gini por Departamentos**



Fuente: DANE

El Gráfico 30 indica el progresivo crecimiento de cobertura por BCG desde 2000 hasta 2005; posteriormente parece haber una desmejora que se manifiesta en el incremento de municipios en situación crítica. En 2000 se encontraron en situación crítica 47 municipios, en 2005 llegaron a 83 y hay un evidente incremento con 169 municipios en 2010 y 140 en 2014. Esta es una situación particularmente preocupante porque muestra un estancamiento en la capacidad de generar una cobertura efectiva por parte de un número importante de municipios en el país.

**Gráfico 30. Cobertura de vacunación en BCG a nivel municipal**

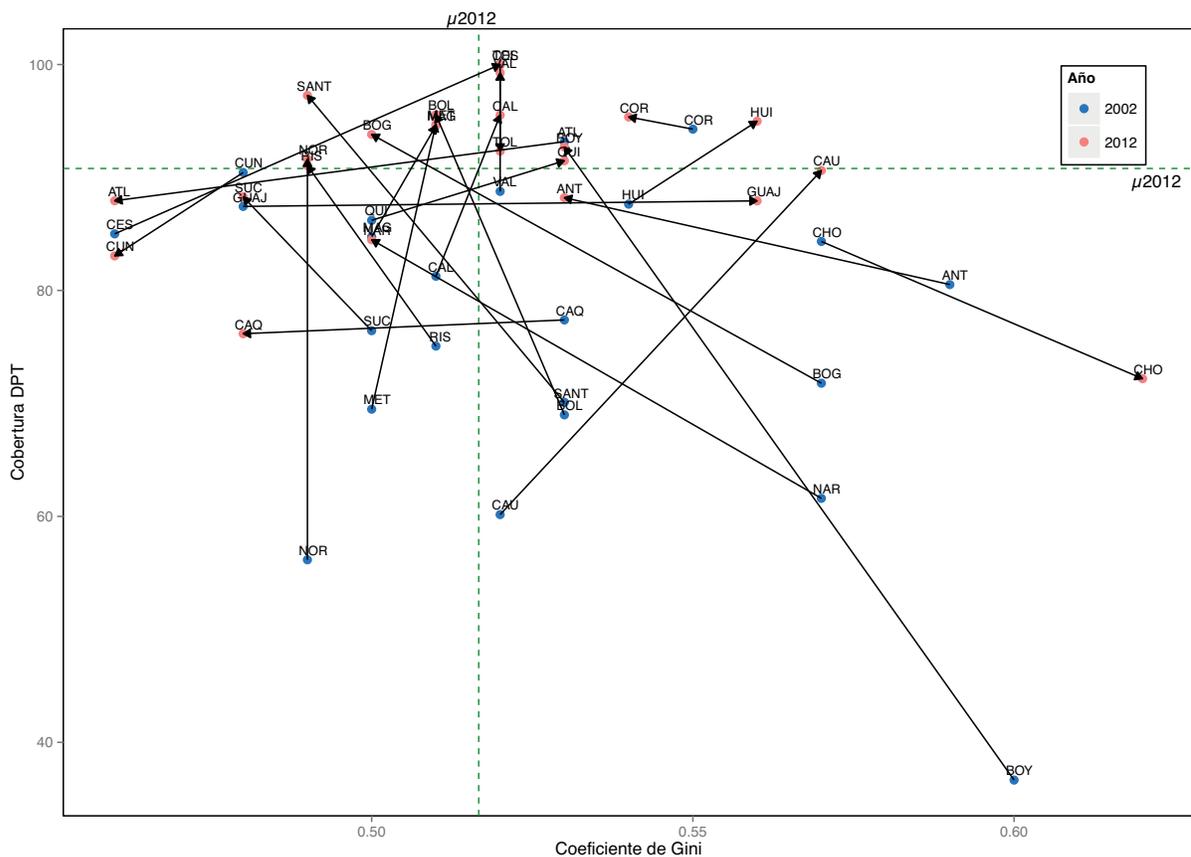


Fuente: Registros Programa Ampliado de Inmunizaciones

En DPT los resultados son diferentes, con una tendencia a la mejoría que muestra el gráfico 31 en un número importante de departamentos. Norte de Santander y Boyacá muestran altos incrementos así como Bogotá, Caldas y Santander. Algunos departamentos evidencian un estancamiento, tal es el caso de Atlántico y Cundinamarca, y evidente desmejora se observa en el departamento de Chocó. La tasa nacional de cobertura se encuentra en el cuadrante de cobertura efectiva; sin embargo, las diferencias departamentales son notorias.

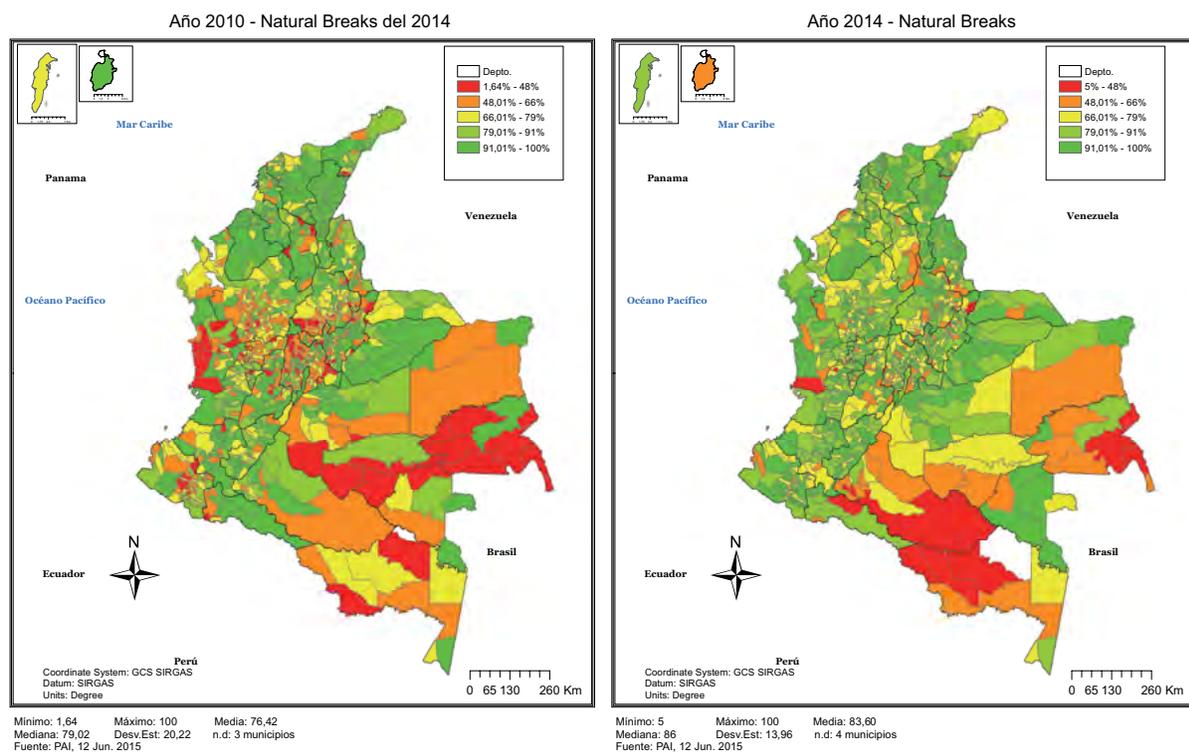
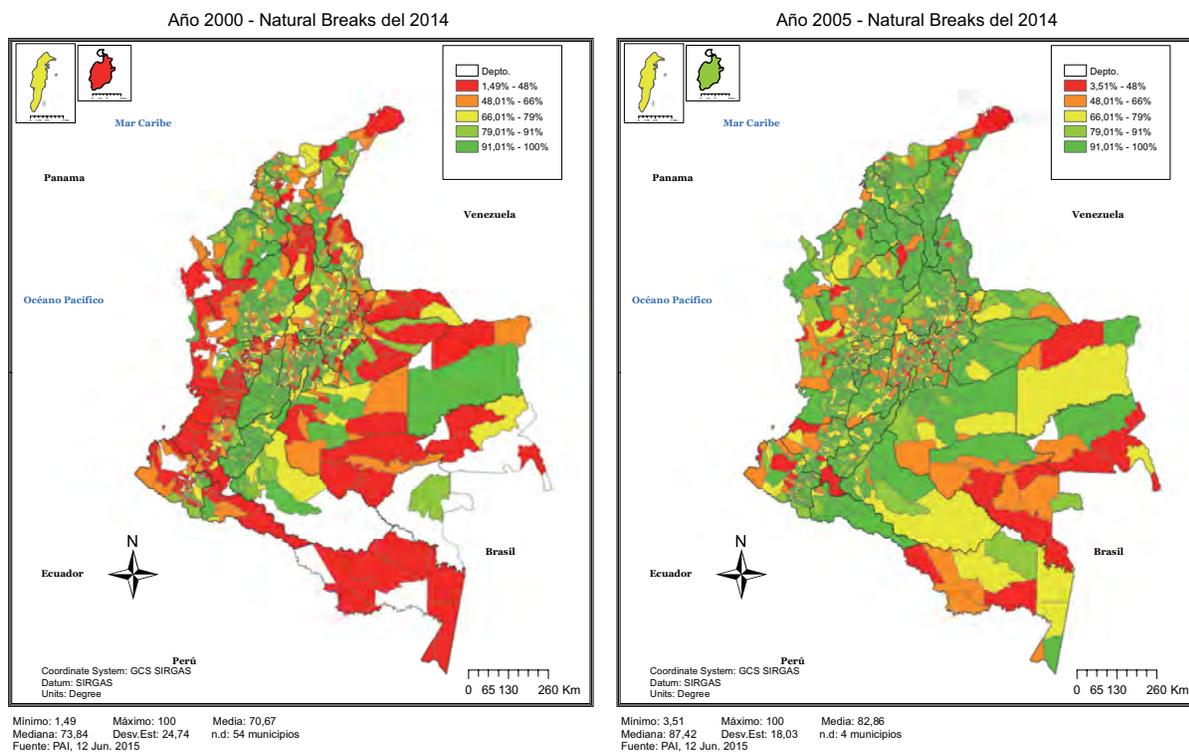
A nivel municipal (Ver Gráfico 32) se hace seguimiento a la serie, en los años 2000, 2005, 2010 y 2014, y se puede observar que en 2000 hay un evidente crecimiento en el número de municipios que presentan una cobertura aceptable; sin embargo, es ostensible un estancamiento desde el año 2005 en algunos municipios de la Costa Pacífica y, en especial, en municipios grandes de la Orinoquía y la Amazonía.

**Gráfico 31. Cobertura vacunal contra la difteria, tos ferina y tétanos (DPT) vs coeficiente de Gini por departamentos**



Fuente: DANE

Gráfico 32. Cobertura de vacunación en DPT a nivel municipal



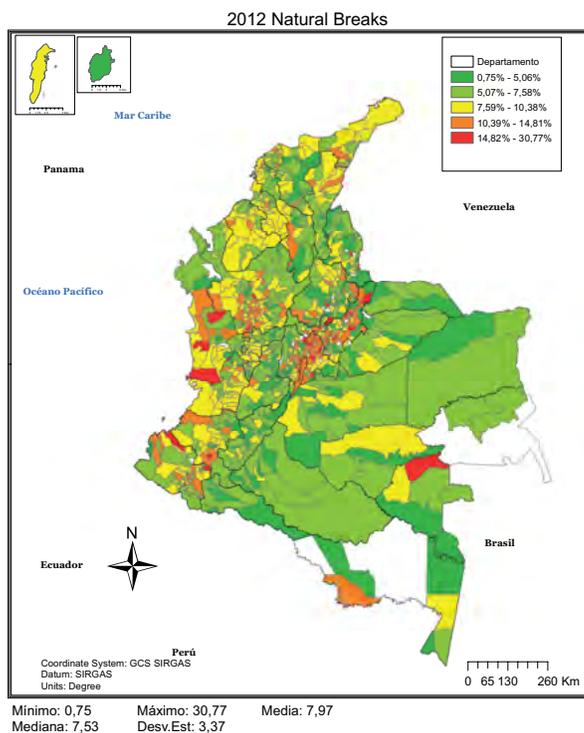
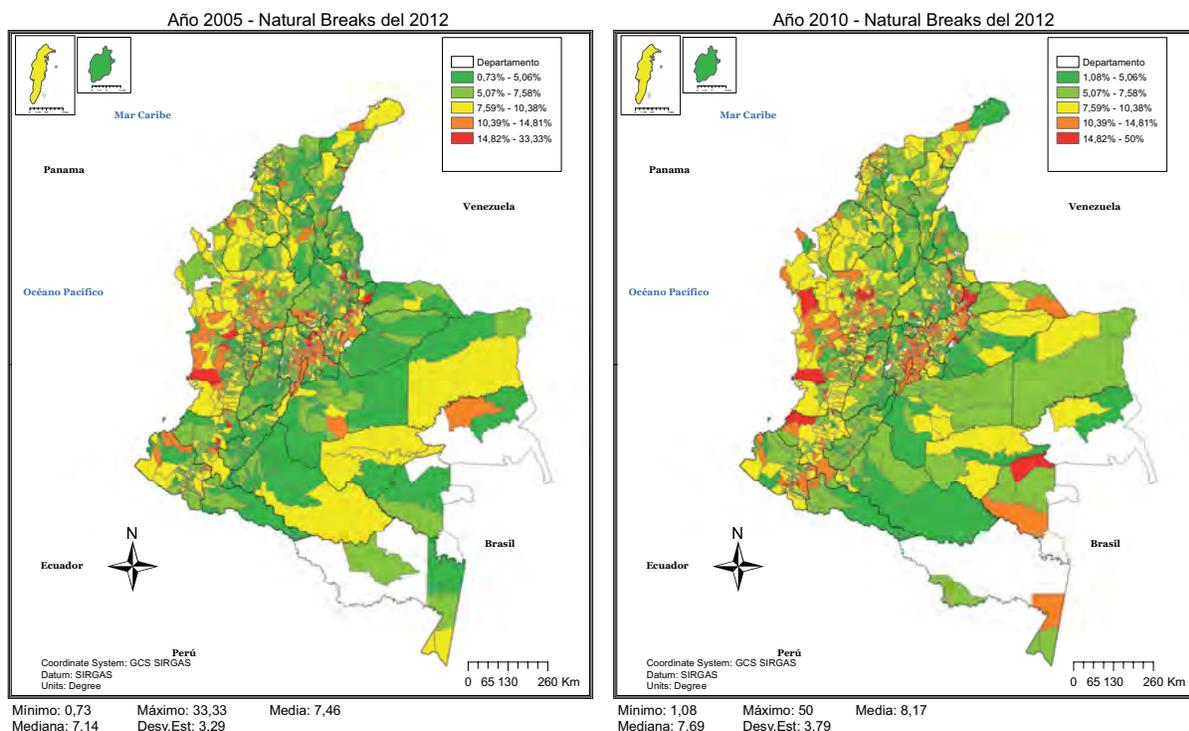
Fuente: Registros Programa Ampliado de Inmunizaciones

En el proceso de evaluación de equidad territorial para el control y atención del parto, se seleccionaron los siguientes indicadores: Bajo peso al nacer, nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales, atención institucional del parto y atención de partos por cesárea. Estos indicadores comprenden la integralidad del proceso de seguimiento del parto y su atención inmediata, y de alguna manera corresponde con las prioridades del nivel nacional, para la estrategia, para lograr un proceso oportuno de calidad en la atención.

En el Gráfico 33 se observa que algunos departamentos del país tienen un crecimiento del porcentaje de niños con bajo peso al nacer, en especial: Bogotá, Cundinamarca, Boyacá, Valle del Cauca, Atlántico y Nariño. Otros departamentos presentan un estancamiento a nivel alto como es el caso de Antioquia y La Guajira y por último existen departamentos con niveles bajos como son, los departamentos del sur del país: Caquetá, Huila y Meta. En el departamento del Chocó se encuentra una reducción en este indicador para el periodo analizado y es dónde se evidencia la peor situación en cuanto a equidad socioeconómica, medida a través del coeficiente de Gini (Gráfico 34). En los municipios se observa una situación sin cambios relevantes entre 2005 y 2012.

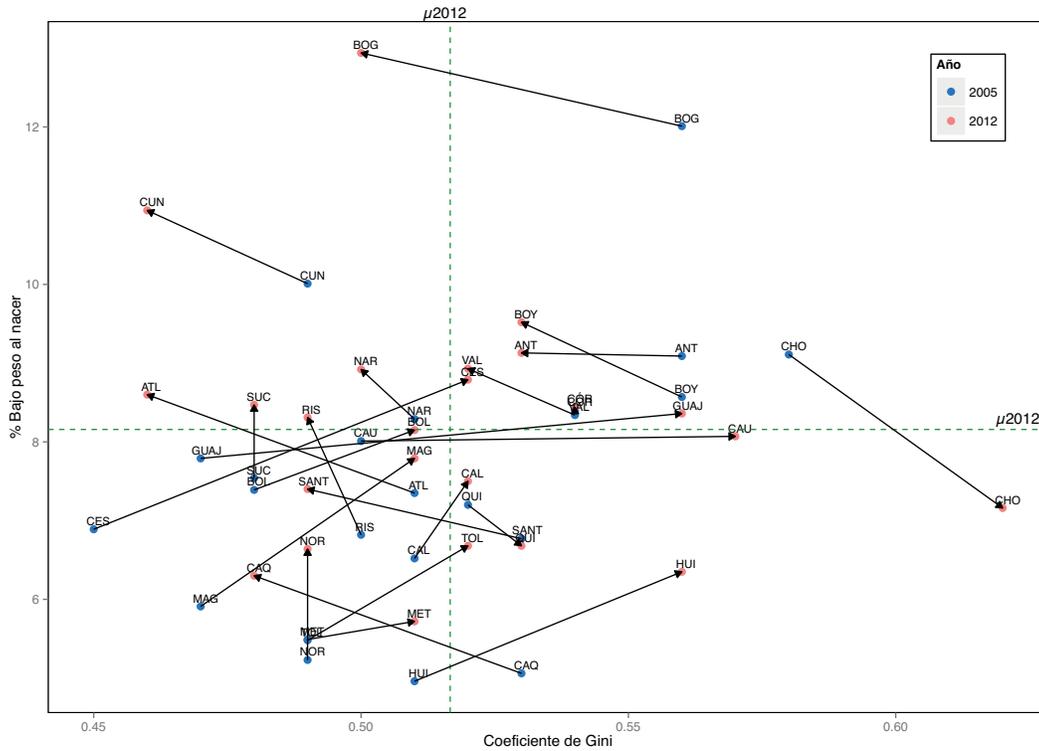
El Gráfico 36 muestra mejoría en el número de controles prenatales en la mayor parte de los municipios, ubicados en el centro del país, en la región andina y en la costa caribe, con excepción del municipio de Uribí en el Caribe y los municipios situados en el Pacífico, la Orinoquia y la Amazonía, los cuales no presentan mejoría en la cobertura de control prenatal.

Gráfico 33. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer a nivel municipal



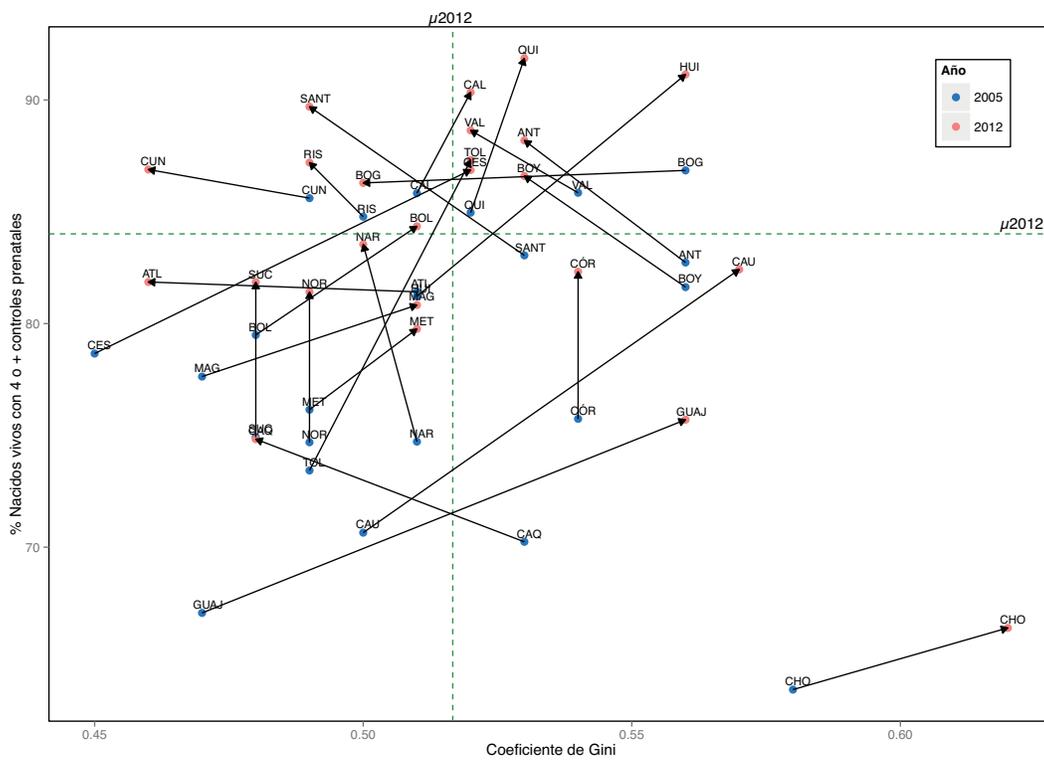
Fuente: SISPRO

Gráfico 34. Bajo peso al nacer vs coeficiente de Gini por departamentos



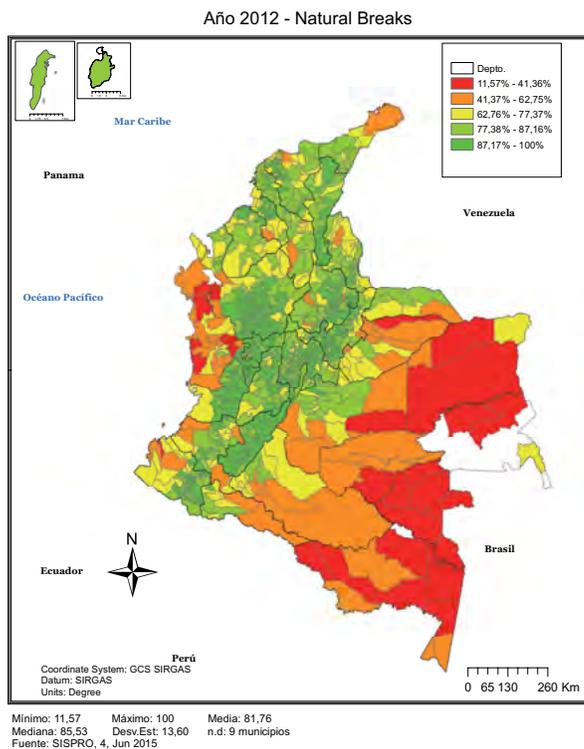
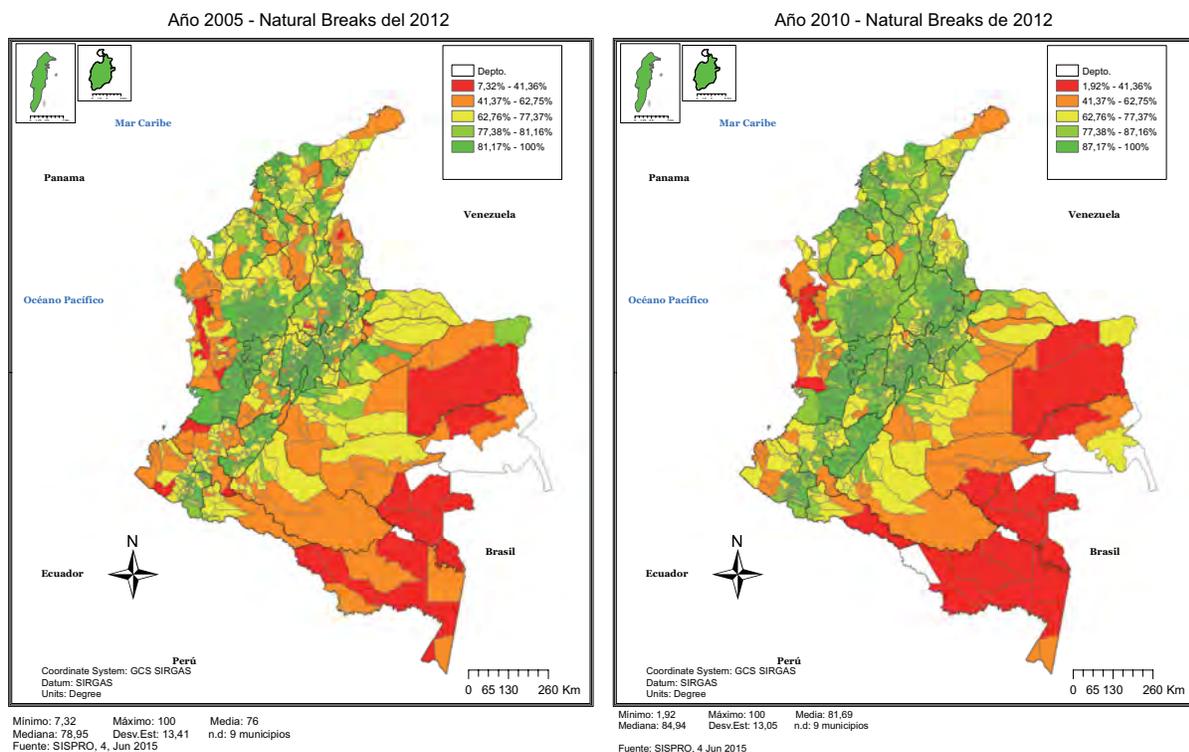
Fuente: DANE

Gráfico 35. Nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales vs coeficiente de Gini por departamentos



Fuente: DANE

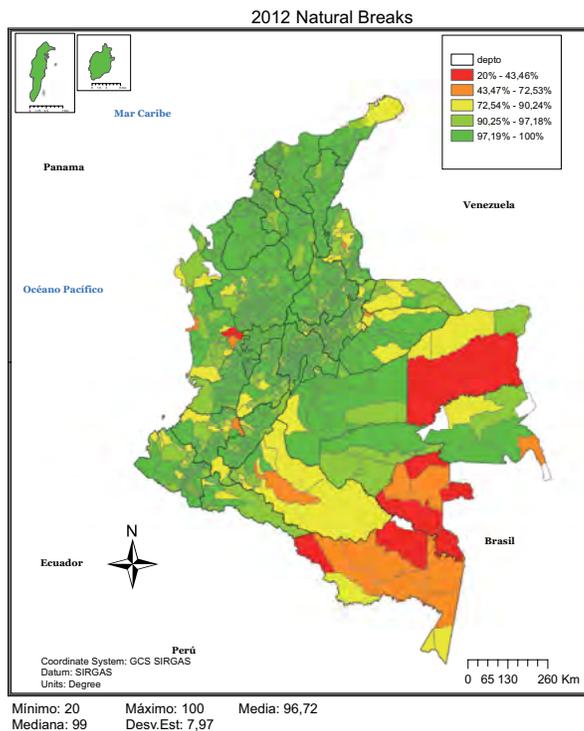
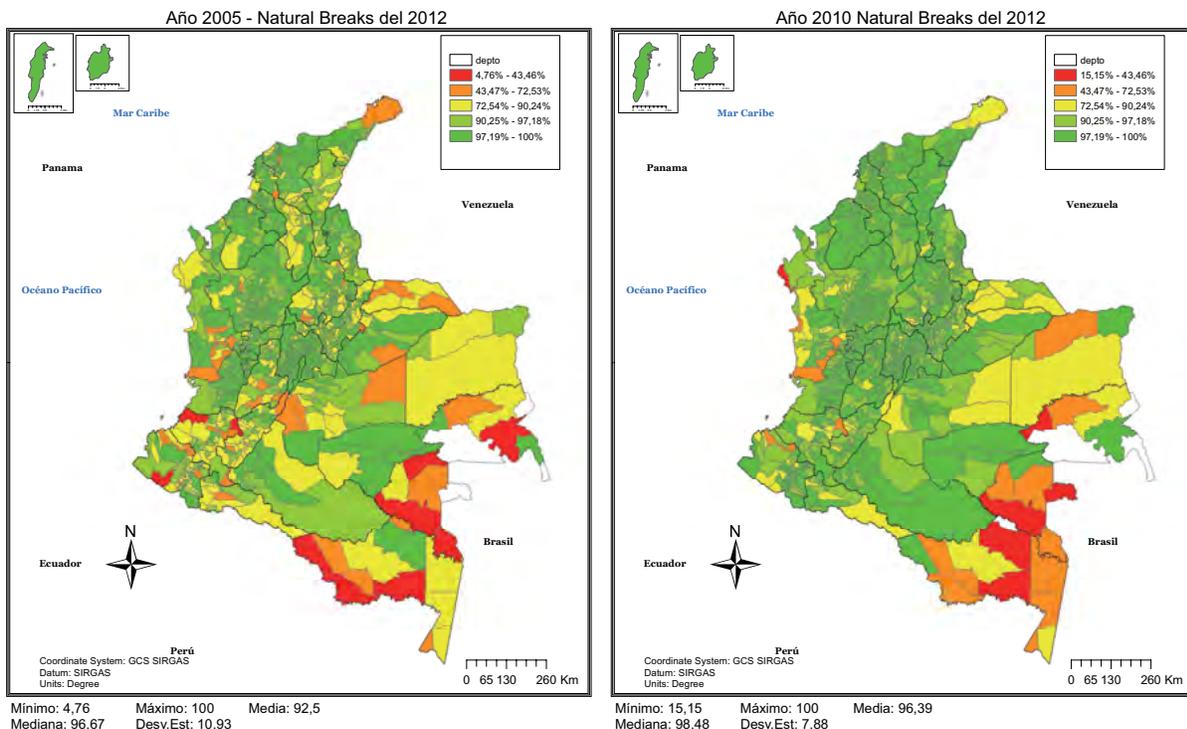
**Gráfico 36. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales a nivel municipal**



Fuente: DANE



Gráfico 38. Atención institucional del parto a nivel municipal

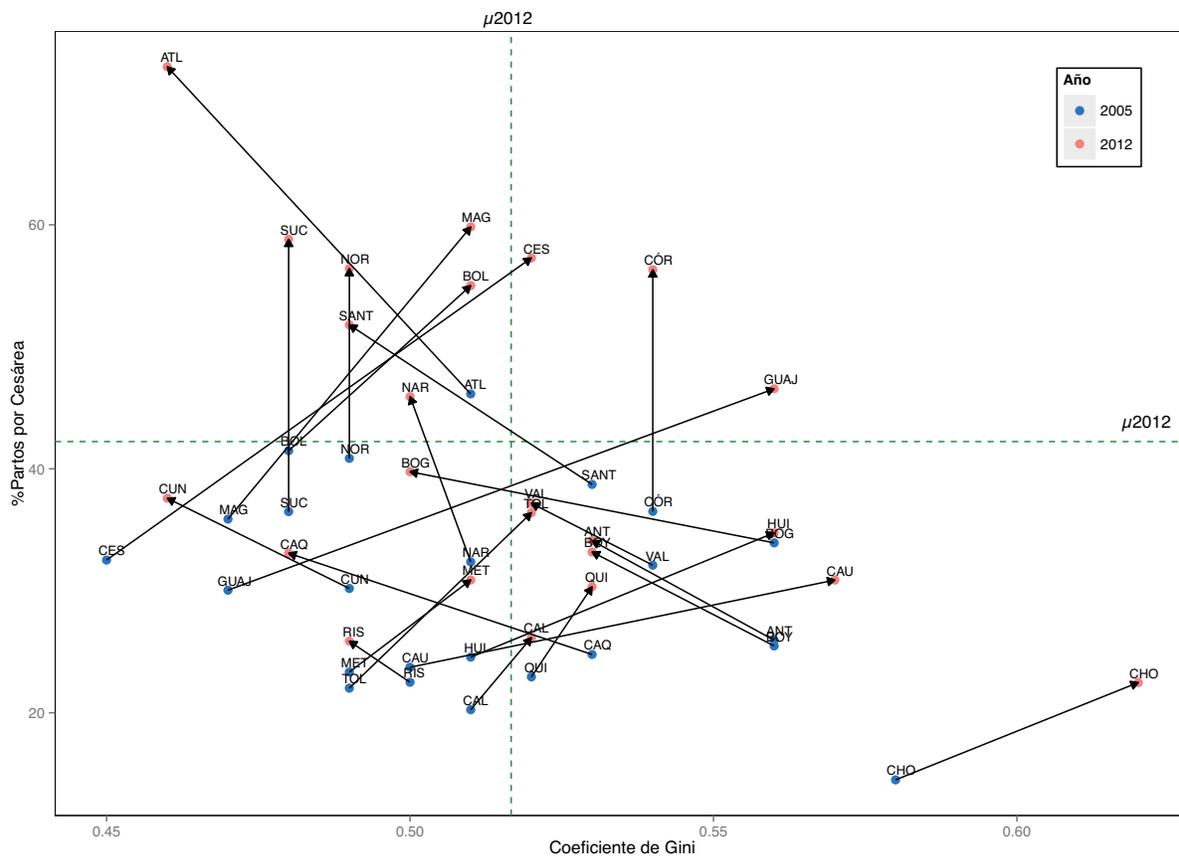


Fuente: SISPRO

En cuanto a la proporción de partos por cesárea, se evidencia retroceso en la mayor parte del país, con crecimientos en los niveles de cesárea en todos los departamentos, pero más acentuado en los departamentos de la costa Caribe. El Atlántico exhibe la mayor tasa de partos por cesárea, la cual se ubica por encima del 80%. Del mismo modo, los departamentos de Sucre, Magdalena, Bolívar, muestran una alta tasa de partos por cesárea. Por debajo de la tasa promedio nacional (encima del 40%) se ubican Bogotá, Cundinamarca, Valle, Antioquia, todos los departamentos del eje cafetero y los departamentos del sur del país. Sin embargo, es muy preocupante que en todo el país hay una tendencia creciente, en siete años, a la ejecución de partos por la vía cesárea (Ver Gráfico 39).

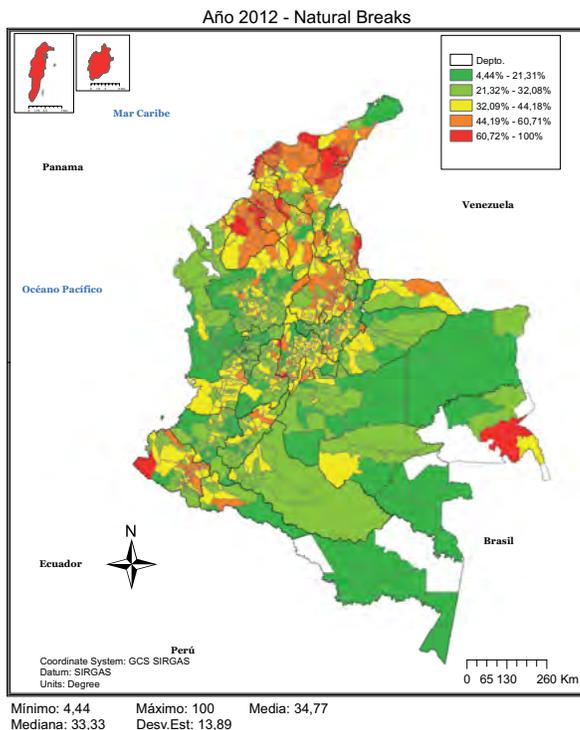
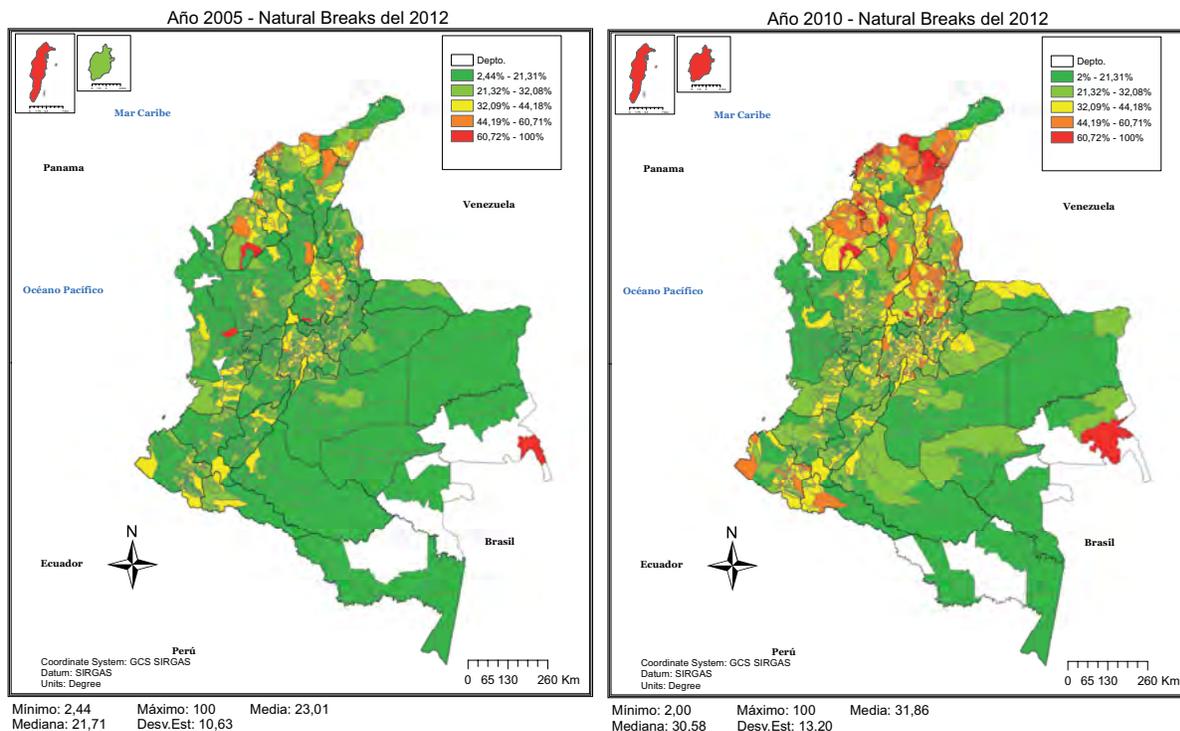
En el análisis municipal se evidencia también ésta situación con un incremento en el número de municipios críticos en todo el país, pero muy especialmente en la Costa Atlántica, donde los niveles de parto por cesárea realmente están muy por encima del promedio nacional (Ver Gráfico 40).

**Gráfico 39. Partos por cesárea vs coeficiente de Gini por departamentos**



Fuente: DANE

Gráfico 40 Partos por cesárea a nivel municipal



Fuente: DANE

# Análisis de Equidad Poblacional

## 1. *Situación general en salud*

La percepción del propio estado de salud es una medida subjetiva de la salud de una persona que puede estar influenciada por factores tales como la presencia de enfermedad crónica, las experiencias recientes de enfermedad del individuo y factores sociales. (Jylhä, 2009) plantea al menos tres marcos de referencia de evaluación del estado de salud auto reportado: 1. Factores históricos y culturales que influyen la concepción de salud; 2. Las experiencias y expectativas de los grupos de referencia que considera el individuo; y 3. Convenciones culturales que influyen la expresión positiva o negativa de salud. Obviamente el acceso a información médica sobre el propio estado de salud es un factor relevante así como la edad del individuo.

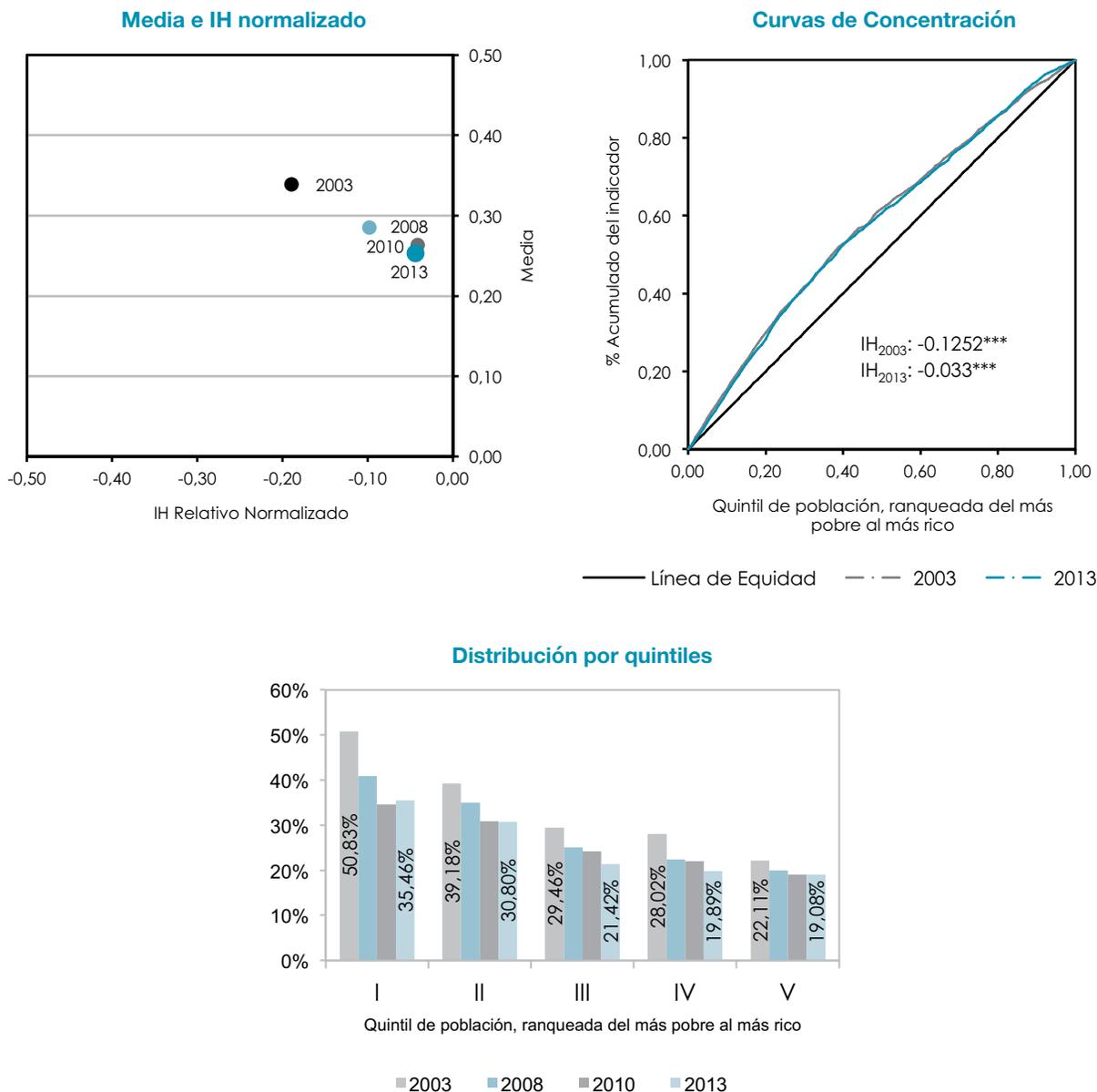
La inclusión de una escala de autopercepción de salud es común tanto en encuestas de salud como en encuestas de calidad de vida y se ha encontrado que, ajustada por la edad del individuo, se puede evidenciar una asociación de mal estado de salud con mayor probabilidad de muerte, la cual es usualmente atenuada cuando se controlan indicadores objetivos de salud (Larsson et al., 2002; Nybo et al., 2003; Wong et al., 2007). Sin embargo, al auto reporte de estado de salud tiene un alto valor intrínseco ya que en último término refleja la experiencia más íntima del individuo frente a su condición de salud. El hecho que cada uno pueda tener escalas diferentes no implica que al final el indicador condensa el diagnóstico personal de cada individuo.

Para el análisis se incluyó el indicador de percepción de estado de salud de la Encuesta de Calidad de Vida que presenta una escala de cinco calificaciones de la propia salud: 1. Muy buena, 2. Buena, 3. Regular, 4. Mala y 5. Muy mala. La variable se transforma en dicotómica separando las calificaciones de buena y muy buena de las demás y midiendo la población que considera su salud menos que buena lo cual incluye las categorías de regular, mala y muy mala.

La curva de concentración (Ver Gráfico 41) muestra concentración de inequidad en la población más pobre con índice relativo de inequidad horizontal (IH) negativo de 0.03 para 2010. Se evidencia importante progresión en los cuatro periodos analizados: -0.13 (2003), -0.07 (2008) y -0.03 (2010 y 2013). El gráfico “Media e IH normalizado” compara el IH normalizado contra la media de percepción de estado de salud menos que bueno e indica una progresión sustancial en la reducción de autopercepción de salud menos que buena y en la brecha de inequidad; con índice normalizado de inequidad de -0.04 para 2013.

En 2003 el 34% de los colombianos consideraba que su salud era menos que buena, para 2013 esta proporción era del 25%. Este es un cambio relevante en un periodo de 10 años. La variación en el quintil más pobre fluctuó entre el 51% y el 35%, mientras que en el quintil más rico la reducción es más limitada, de 22% a 19%. Cuando se comparan todos los quintiles, la ganancia en cierre de brecha de inequidad más relevante está concentrada en la población en mayores condiciones de pobreza.

Gráfico 41. Autopercepción regular o mala del estado de salud



Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores.

La percepción de buena salud mejoró entre 2000 y 2013 en 14% en la población rural y 6% en la población del área urbana. El mayor incremento en buena percepción de estado de salud se presentó en la población más pobre del área rural cuya progresión entre 2003 y 2013 fue de 19%. En 2003 los índices normalizados de inequidad en percepción de salud afectaba a la población más pobre tanto en el área urbana como en la zona rural con -0,092 y -0,114 respectivamente. Para 2013 el valor de los índices era 0,063 y -0,047, lo cual indica –aunque reducción de la inequidad en ambos casos– una concentración de mala percepción de la salud en el área urbana sobre los más ricos y en la zona rural sobre los más pobres.

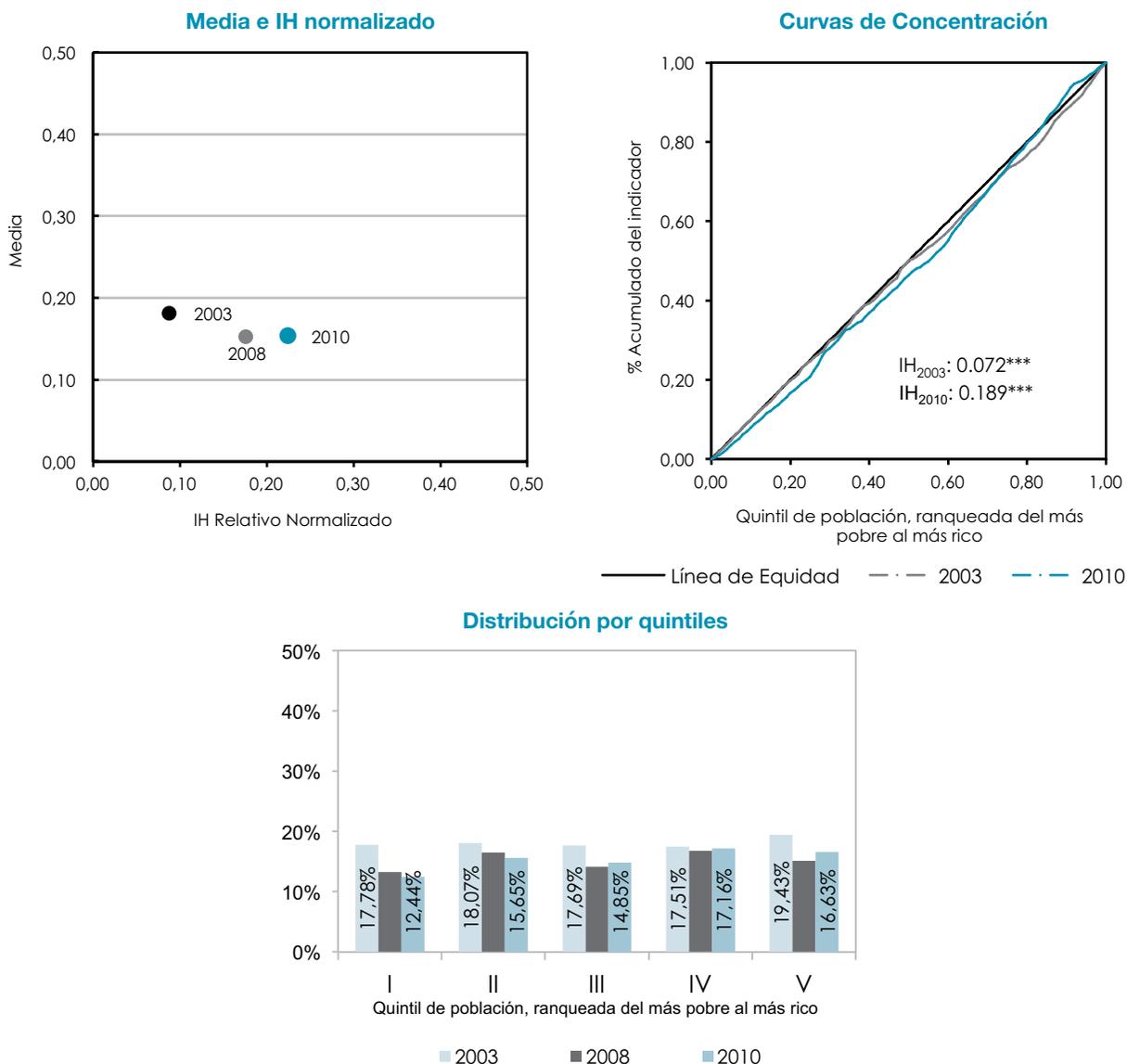
La enfermedad crónica comprende el conjunto de enfermedades responsable por la mayor mortalidad, pero al mismo tiempo comprende el grupo patológico donde las intervenciones preventivas son más efectivas. En los Estados Unidos uno de cada cuatro adultos tiene al menos una enfermedad crónica (Ward et al., 2014).

Entre los factores de riesgo controlables se encuentran el consumo de tabaco, la dieta, el estrés y el consumo de alcohol. Algunas enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión son factores de riesgo de otras enfermedades crónicas como el infarto del miocardio, el accidente cerebrovascular y la enfermedad renal. El estilo de vida moderno y urbano es un importante contribuidor a la enfermedad crónica y factores ambientales asociados a la urbanización son relevantes en el conjunto de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otros.

La transición demográfica es un factor asociado a la enfermedad crónica. En los últimos 30 años la expectativa de vida en el país se ha incrementado en 6.1 años. Para 2011, únicamente la enfermedad cardiovascular representaba el 25.4% del total de las muertes en el país y había incrementado su participación en 4% con respecto a 1998 (INS, 2013).

La curva de concentración (Ver Gráfico 42) muestra una mayor afectación de la población más rica en cuanto a la prevalencia de enfermedad crónica. El índice normalizado de inequidad ha venido expandiéndose indicando progresión en la inequidad. Creció de 0.088 en 2003 a 0.223 en 2010, con tendencia al estancamiento desde 2008. El índice de logro estándar (ILS) refleja el trade-off entre la media de la prevalencia de enfermedad crónica y el grado de inequidad. Dado que el índice de inequidad es positivo, el ILS es menor que la prevalencia promedio, lo cual sugiere que, descontado el componente de inequidad, la prevalencia de enfermedad debe ser 12.5%, menor que la reflejada en la prevalencia promedio.

**Gráfico 42. Presencia de enfermedad crónica**



Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores.

La prevalencia por quintil de riqueza indica una tendencia a la reducción en todos los grupos socioeconómicos. Sin embargo el quintil socioeconómico más rico mantiene una prevalencia de tres puntos porcentuales por encima del quintil más pobre en la prevalencia de enfermedad crónica.

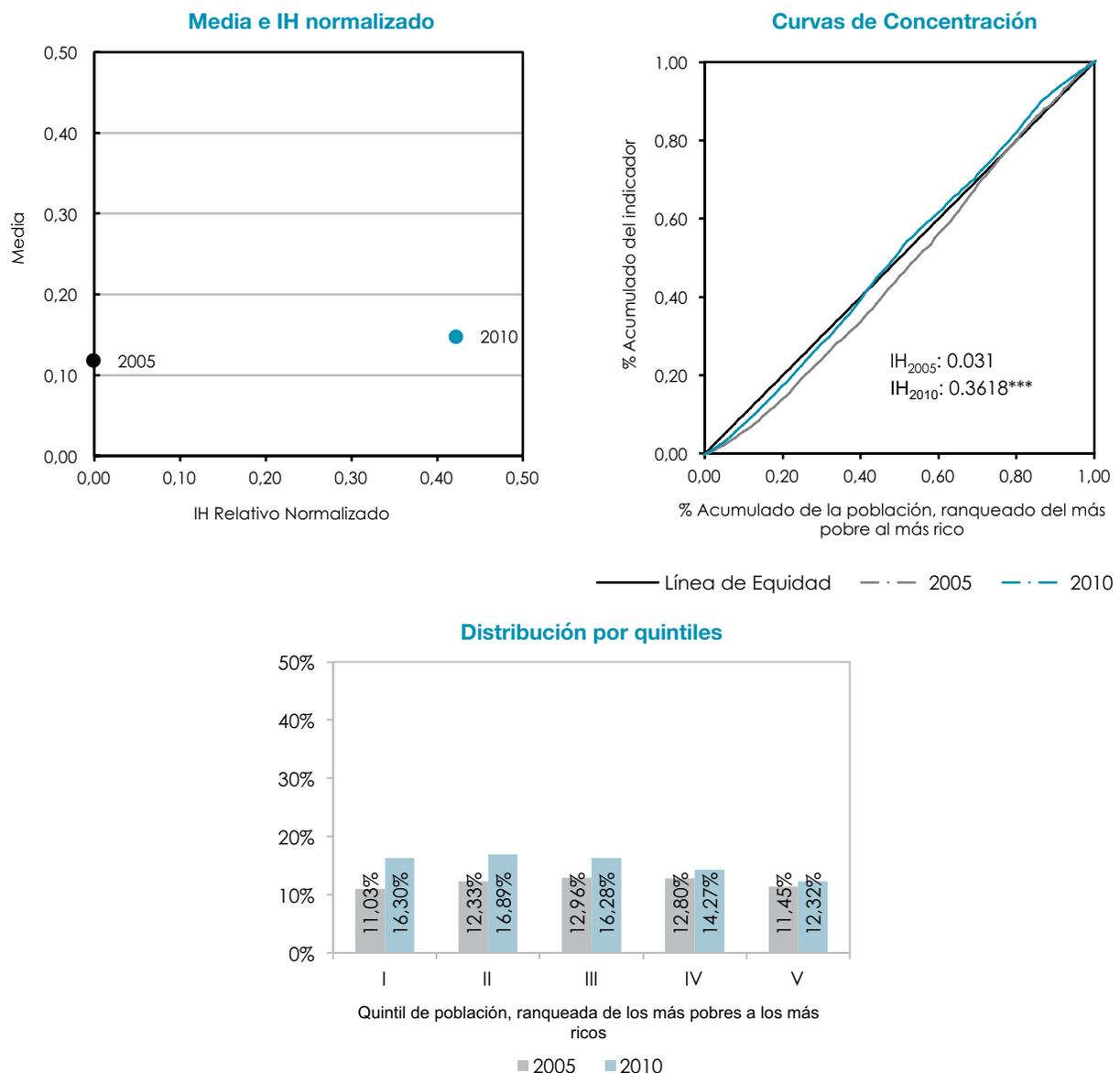
En cuanto a la inequidad urbano – rural, la presencia de enfermedad crónica pasó del 18% al 15.4% en la zona urbana y 14.4% en el área rural. Los índices normalizados de inequidad reflejan una reducida brecha de inequidad, 0.30 en la población urbana y 0.126 en la población rural.

La obesidad es un factor de riesgo relacionado con la presencia de enfermedad crónica. El riesgo de enfermedad cardiovascular se incrementa un 70% por la presencia de obesidad y el riesgo de

cáncer se incrementa más de un 20%. Los países de mediano nivel de desarrollo están enfrentando una transición nutricional con reducción de los índices de desnutrición e incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Según la Encuesta de Situación Nutricional 2010 (MPS, 2010), el 51% de los colombianos presenta sobrepeso y el 17%, obesidad.

En 2005 la prevalencia de obesidad en mujeres no gestantes era de 12.2%, se incrementa a 15.1% en 2010. El índice normalizado de inequidad muestra una alta inequidad que afecta a las mujeres más ricas con IH de 0.42 para 2010. El resultado indica un crecimiento alto en la brecha de inequidad ya que el IH normalizado para 2005 era de 0.003 lo cual muestra un patrón de gran diferenciación entre grupos socioeconómicos en prevalencia de obesidad con crecimiento en la afectación de los grupos sociales con mayores condiciones de riqueza (Ver Gráfico 43).

**Gráfico 43. Obesidad en no gestantes**



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

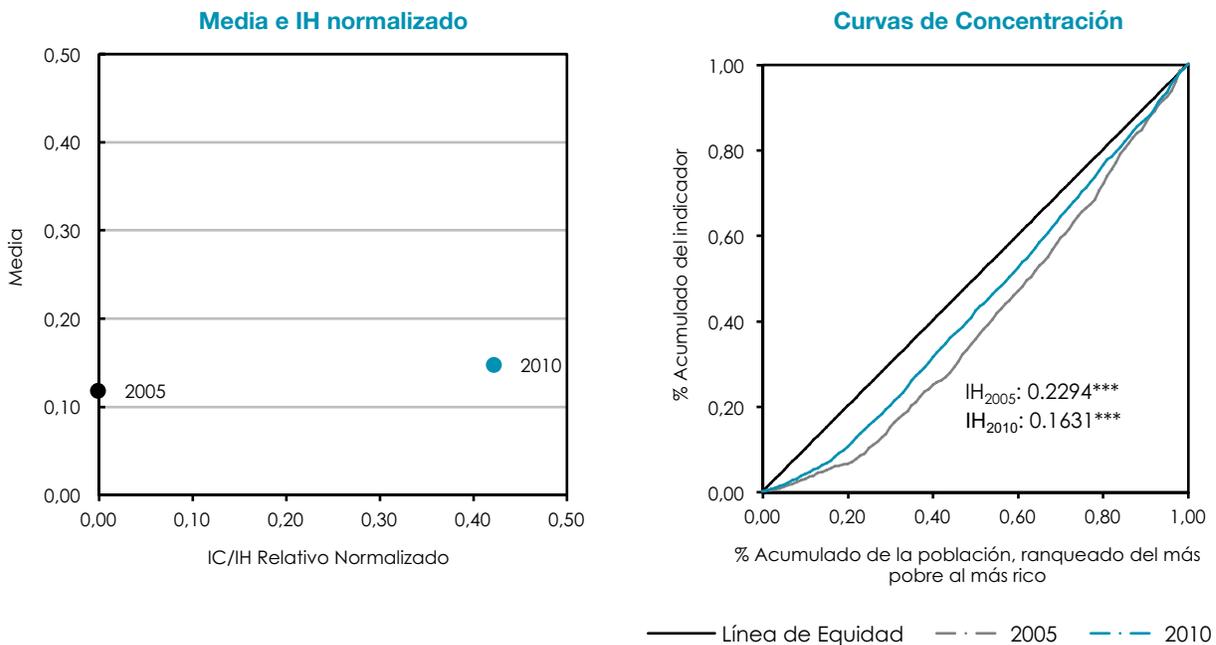
La obesidad en hombres muestra un patrón similar que afecta en la curva de concentración a la población más rica. El índice normalizado de inequidad horizontal muestra reducción de la brecha de inequidad (0.25 a 0.18). La prevalencia media de obesidad creció de 7.8% en 2005 a 10.6% en 2010. El índice estandarizado de logro muestra una prevalencia poblacional ajustada de 8.9% para 2010.

La distribución por grupos socioeconómicos indica que a partir de 2005 hay incremento en la prevalencia de obesidad en todos los quintiles. Sin embargo es de resaltar que el la brecha entre el quintil más rico y el más pobre se redujo entre 2005 y 2010 (Ver Gráfico 44).

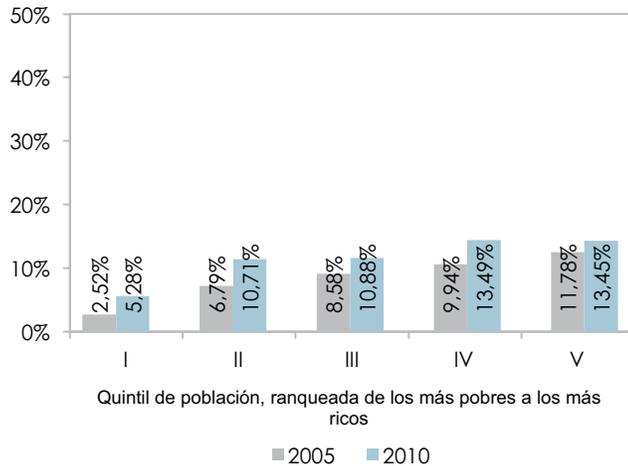
Las diferencias entre zona urbana y rural muestra crecimiento en todos los quintiles de ingreso en obesidad tanto en hombres como en mujeres, con excepción del grupo de mujeres pertenecientes al quintil más rico del área urbana. En cuanto al índice normalizado de inequidad se encuentra incremento sustancial de la inequidad en las mujeres de la zona rural con valores de 0.100 en 2005 y 0.46 en 2010. Entre las mujeres de la zona urbana el índice pasó de -0.011 a 0.551. En relación con los hombres la brecha de inequidad disminuye pasando en el área rural de 0.346 a 0.284 y en la urbana de 0.143 a 0.092. Estos resultados indican que la distribución de la obesidad entre mujeres tiende a distribuirse según nivel de riqueza y en los hombres de manera más homogénea.

El panorama completo de enfermedad crónica y obesidad es complejo pero muestra patrones diferenciales entre hombres y mujeres. En todo caso la intervención en enfermedad crónica y sus factores de riesgo debe ser una prioridad de salud pública durante los próximos años.

Gráfico 44. Obesidad en hombres



Distribución por quintiles



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

## 2. *Equidad en salud de la población infantil*

En la valoración de la equidad en la salud infantil se incluye el análisis de la mortalidad, la cobertura de Vacuna Antituberculosa (BCG), Vacuna Difterina – Tosferina – Tétanos (DPT) y Vacuna Triple Viral.

Existe alguna evidencia que indica que durante los años 90 e inicios de la década del 2000 en el país se redujeron los índices de cobertura en vacunación hasta valores cercanos al 70% (Carmacho & Flórez, 2012). Se evalúa la equidad en la cobertura de vacunación que se ejecuta en el país a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI. Para el efecto se consideraron tres vacunas: 1. Contra la tuberculosis (BCG); 2. Difteria, Tos Ferina y Tétano (DPT); 3. Sarampión, Rubeola, Paperas (SRP, triple viral). Estas vacunas fueron seleccionadas porque recogen momentos diferentes del esquema de vacunación. La vacuna contra la tuberculosis usualmente se aplica al nacimiento por parte de la institución que atendió el parto, la DPT se inicia a los 2 meses y se aplica en tres dosis hasta los seis meses de edad con refuerzo a los 18 meses y 5 años. La SRP se inicia a los 12 meses con refuerzo a los 5 años.

La vacunación con BCG revela una alta cobertura del 97.2%. La curva de concentración describe alta equidad y se estimó un ICN de 0.143 para 2010. La distribución por quintiles refleja esa alta cobertura y su crecimiento a lo largo del periodo de 5 años (Ver Gráfico 45).

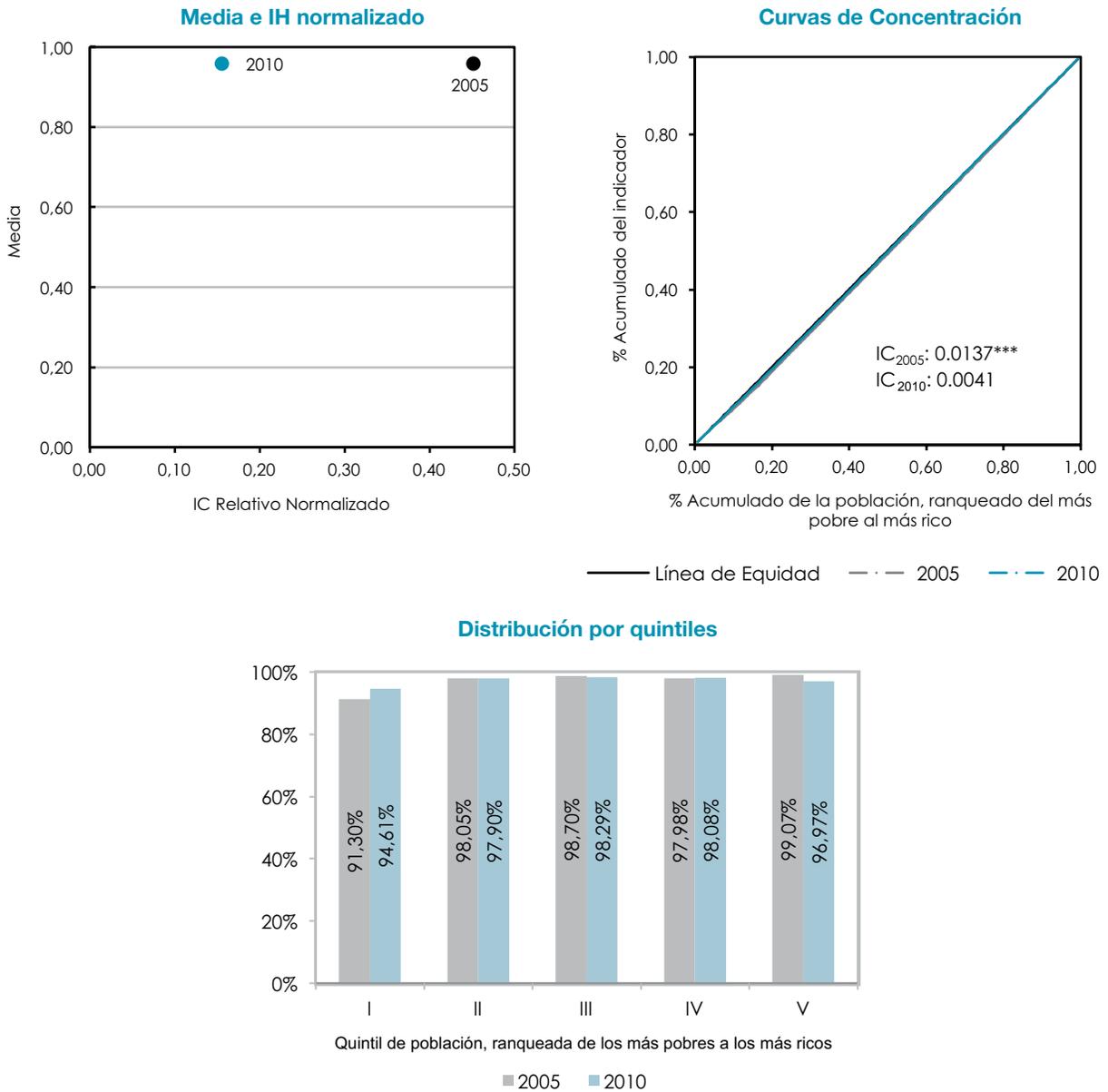
La brecha entre poblaciones urbanas y rurales en vacunación con BCG muestra estabilidad en la cobertura del 95% al 96% en la zona rural y 98% en 2005 y 2010. Hay ganancias en especial en la población del quintil más pobre del área rural. El ICN muestra equidad completa en la cobertura de vacunación con BCG.

En DPT la cobertura es de 90% para 2010 con un crecimiento de 9% en cobertura frente a 2005, lo cual es un logro relevante. Se observa en la curva de concentración algún nivel de inequidad que afecta a la población más rica con un ICN positivo pero con tendencia a la reducción de 0.178 para 2010. En el análisis por quintiles se observa la afectación de los quintiles extremos en riqueza, en términos de cobertura de la vacuna (Ver Gráfico 46).

Además, se evidencia crecimiento en cobertura tanto en el área rural como en la urbana 75% a 88% en zona rural entre 2005 y 2010; 84% a 91% en la zona urbana para los mismos años. La brecha de inequidad se cierra de acuerdo al ICN entre 2005 y 2010: 0.298 a 0.279 en zona rural y 0.165 a 0.111 en urbana. Es significativo que la inequidad afecta a la población más rica.

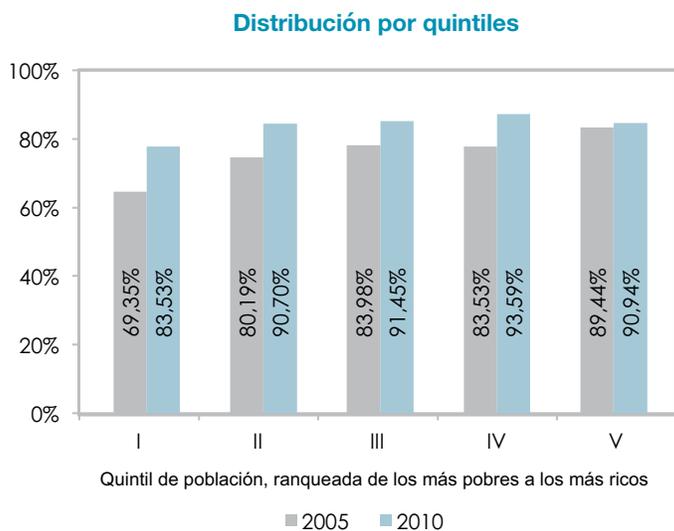
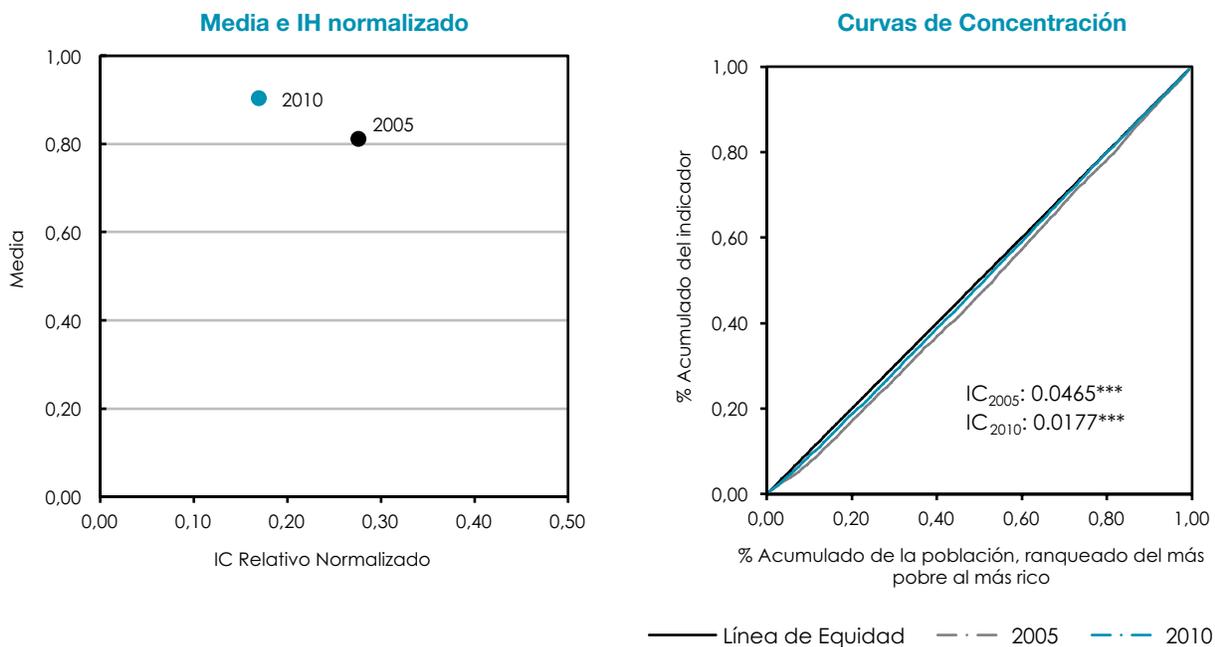
En la vacunación con SRP las coberturas son más bajas pero crecientes: 71.5% en 2005 y 74.6% en 2010, aún lejos del nivel de cobertura efectiva. Existe un ligero nivel de inequidad contra la población más rica con reducción en la brecha dado un ICN de 0.087. Es de resaltar que en el quintil más pobre se avanzó en 10.8% de cobertura, mientras que en el quintil más rico se retrocedió en 2.9%. Los resultados indican altas coberturas y la necesidad del reforzamiento de la campaña, en particular a partir de los 12 meses. Es necesario profundizar en las causas de las bajas coberturas en la población perteneciente a los quintiles más ricos de la población. Deben analizarse factores culturales, laborales e incluso barreras de acceso en los las coberturas de seguros privados donde es más probable que existan costos asociados a la vacunación (Ver Gráfico 47).

**Gráfico 45. Cobertura de vacunación en antituberculosa**



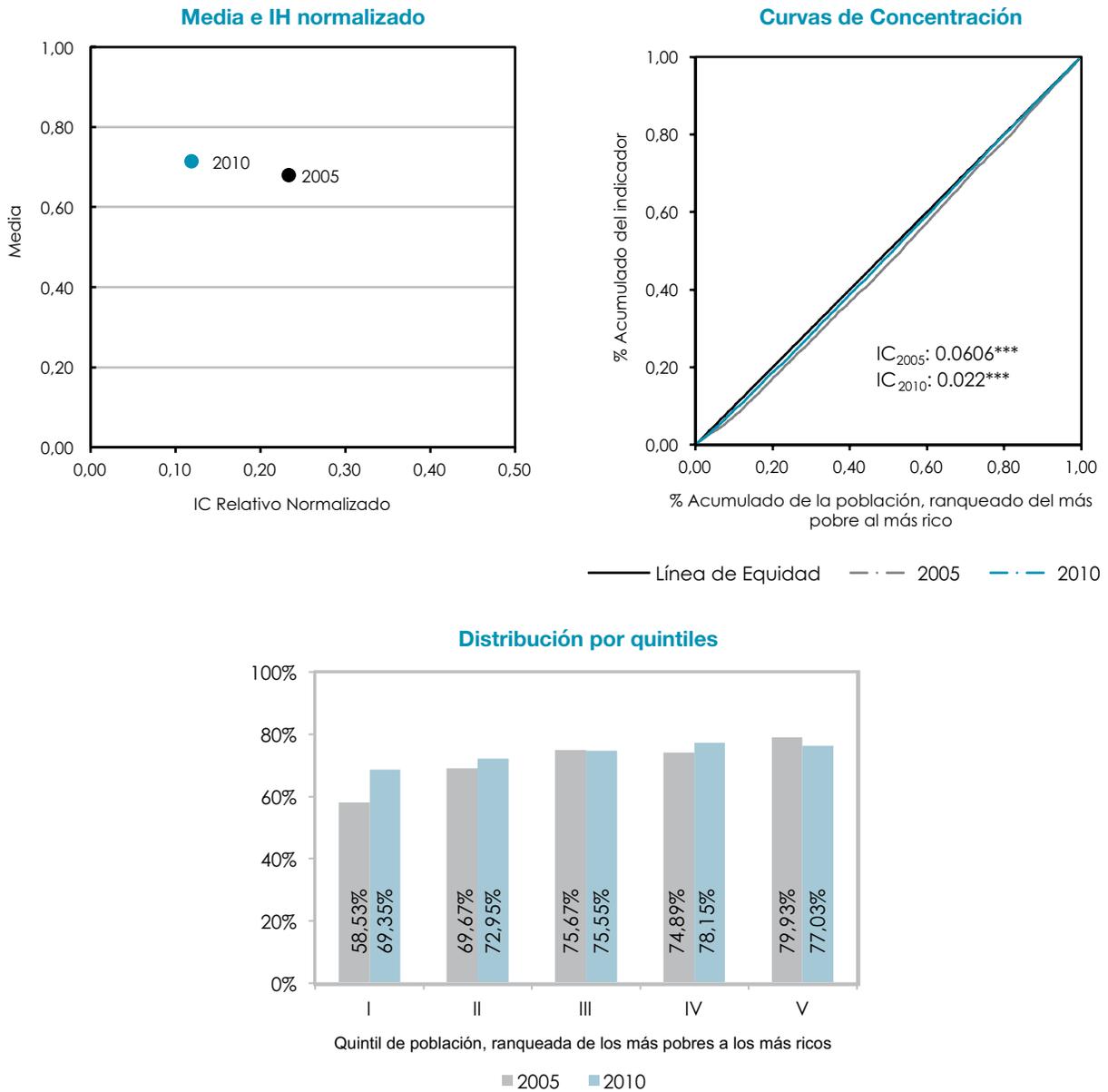
Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

**Gráfico 46. Cobertura de vacunación en Difteria, Tosferina y Tétanos (DPT)**



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

**Gráfico 47. Cobertura de vacunación en Triple Viral (SRP)**



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

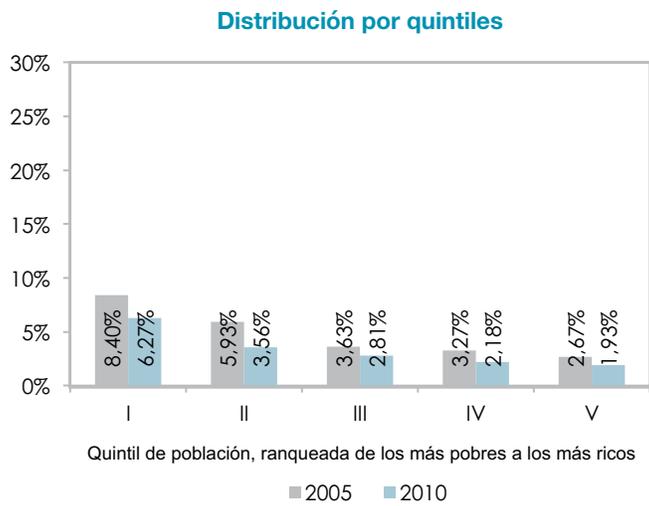
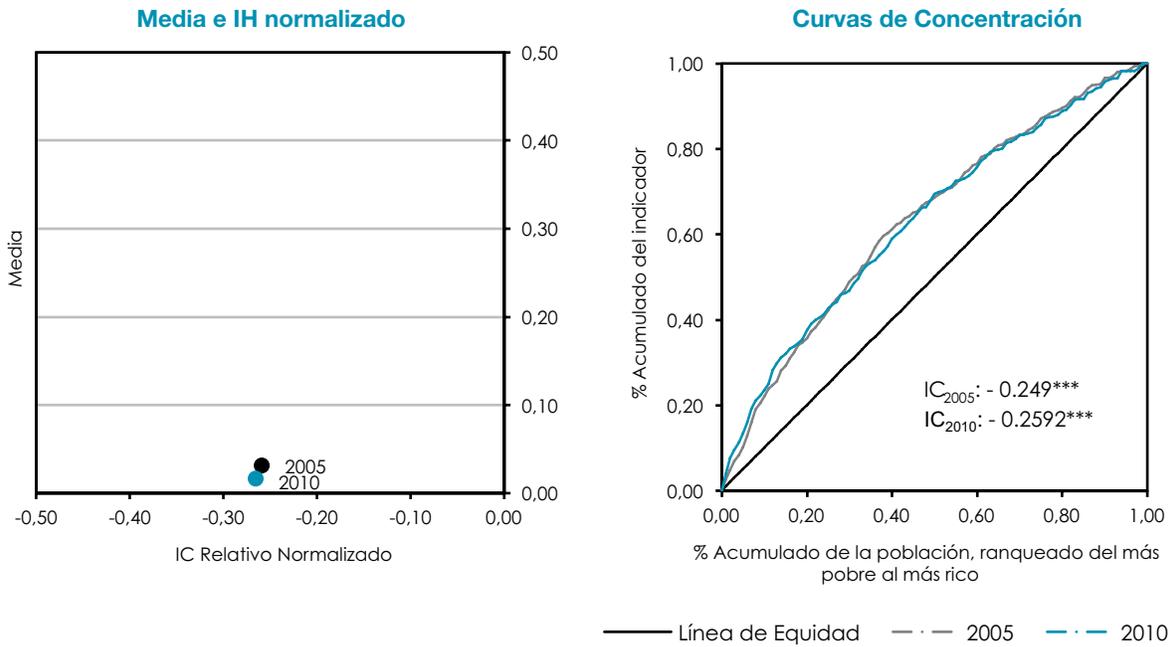
Los indicadores de peso y talla son esenciales para ponderar el adecuado desarrollo de los niños. En 2005 el 4.8% de los niños presentaba bajo peso. Ese indicador mejoró en 2010 al reducirse al 3.4% de los niños. Sin embargo, se presenta una amplia brecha de inequidad que afecta a los niños más pobres con un IC de -0.268 en 2010. Parece haber una senda de progresión en brecha de inequidad en el bajo peso, un índice de logro estándar de -0.428 en 2010 refleja algún avance frente al ILS de -0.610 de 2005. La distribución del bajo peso según riqueza indica reducción en la carga de bajo peso en todos los quintiles de ingreso entre 2005 y 2010. Sin embargo, la frecuencia de bajo peso sigue siendo 3.2 veces mayor entre los niños del quintil más pobre que en el más rico (Gráfico 48).

Es notoria la afectación de la población pobre y ubicados en la zona rural con índice de inequidad negativo, que indica cómo la brecha afecta a la población más pobre -0.261 en zona rural para 2010 y -0.227 en el área urbana. No se observa una tendencia a la reducción de este factor de inequidad.

La situación en baja talla es similar: la curva de concentración refleja inequidad hacia los más pobres con tendencia a la progresión hacia la reducción de la brecha en 2010. La gráfica del IC normalizado con la media de baja talla indica un 15.8% de niños con baja talla en 2005 y 13.1% en 2010. El IC normalizado indica -0.290 para 2005 y -0.214 en 2010, con 5% de mejoría en el indicador estandarizado de logro en el periodo analizado. La distribución por quintiles igualmente refleja una relación inversa entre riqueza y baja talla, el quintil más pobre acumula un 21.1% de niños de baja talla, 2.6 veces más que en el quintil más rico (Gráfico 49).

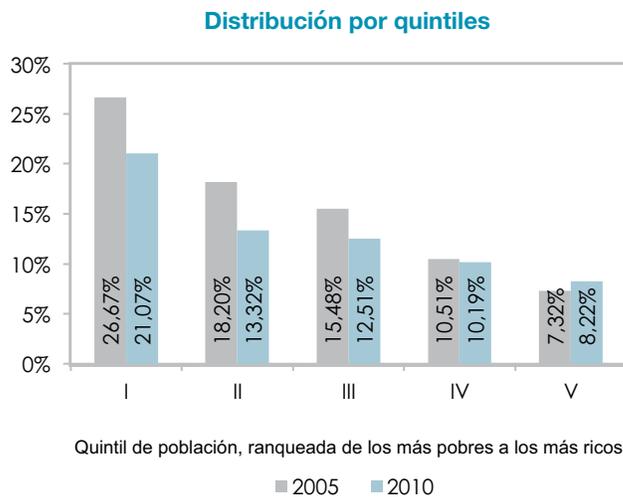
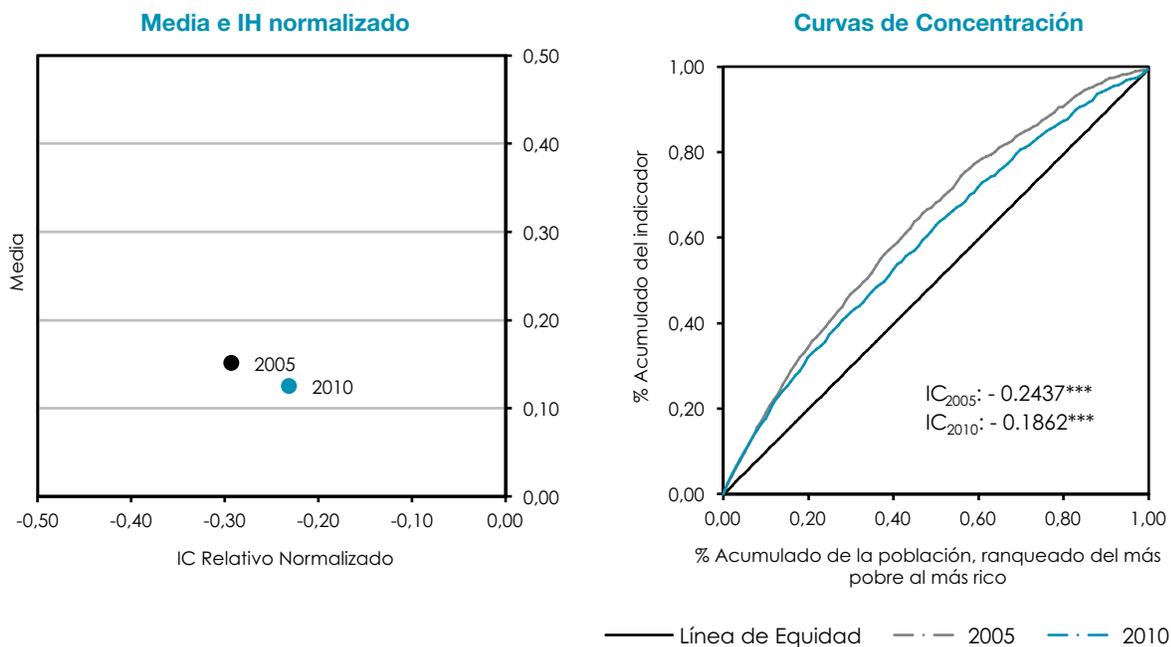
En el indicador de baja talla hay diferencias entre ámbitos urbanos y rurales. Para 2010 la media de baja talla en población rural es de 17.1% y en urbana de 11.5%. Se observa tendencia a la reducción en todos los grupos socioeconómicos pero las diferencias son ostensibles entre el grupo más rico y el más pobre. Para 2010 entre los niños de familias más ricas urbanas el 7.5% tenía baja talla mientras que los más pobres el 16.7% presentaba baja talla. En la zona rural estos valores eran 12.7% en los más ricos y 25.8% en los más pobres. Los índices de inequidad afectan a la población más pobre -0.190 en área rural y -0.178 en la urbana. Hay tendencia a la reducción de la inequidad.

Gráfico 48. Bajo peso - menores de 5 años



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

Gráfico 49. Baja talla - menores de 5 años



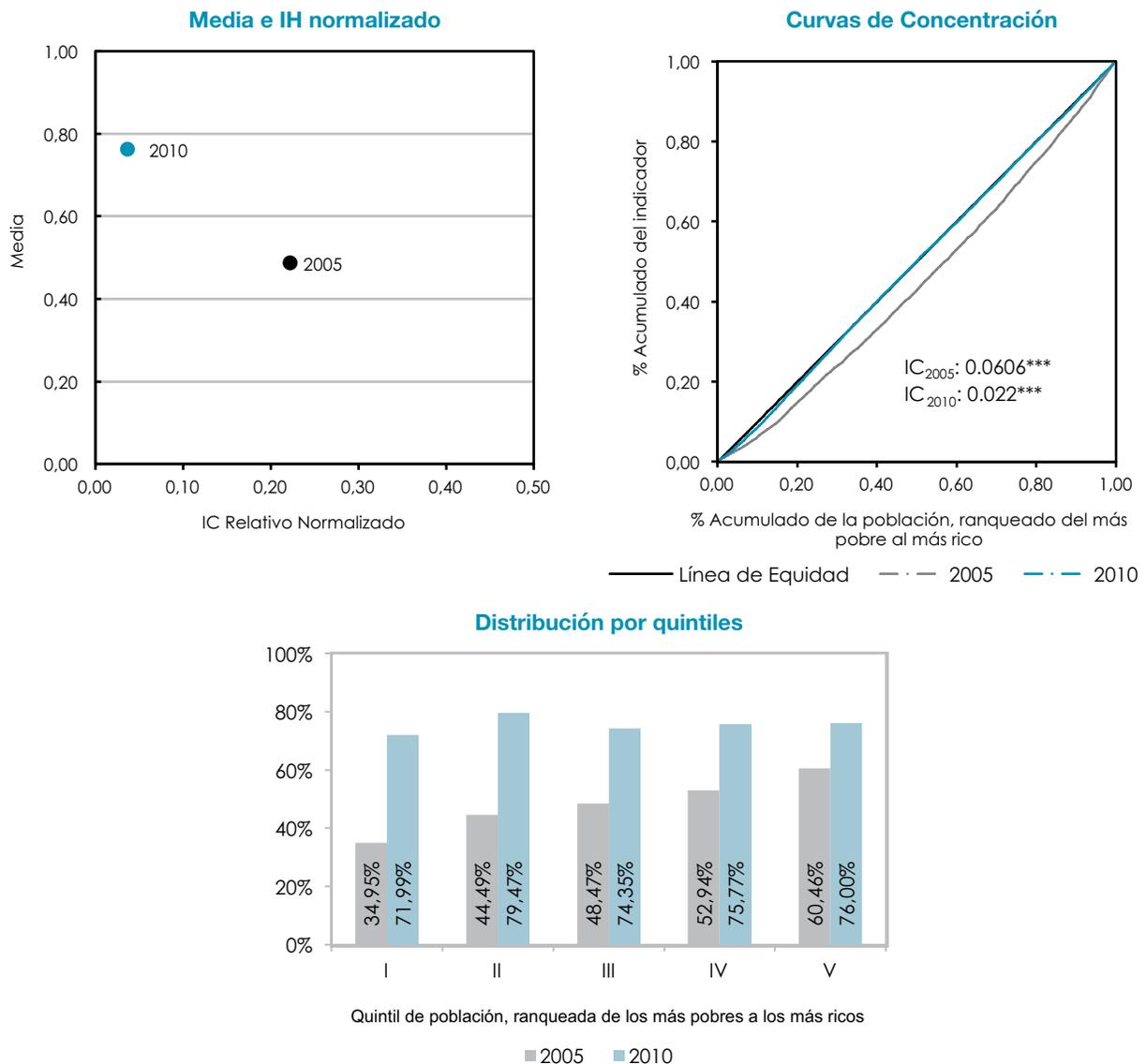
Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

Para evaluar la respuesta del sistema a los problemas de salud en la población infantil se incluyó en el análisis el acceso a programas de crecimiento y desarrollo. En el periodo 2005-2010 la cobertura pasó del 48.3% al 75.5%, la curva de concentración indica inequidad hacia la población más rica con sustancial mejoría en las condiciones de equidad en el acceso. Para 2005 el ICN era de 0.204, en 2010 el ICN era de 0.027. Esto representa una ganancia en el índice estándar de logro de 35%. La distribución por quintiles ilustra la progresión con ganancias de aproximadamente 30% en cada uno de los diferentes quintiles de ingreso, desde el más pobre hasta el más rico (Ver Gráfico 50).

El acceso a programas de crecimiento y desarrollo presenta diferencias tanto entre los entornos urbano y rural como en los años analizados, 2005 y 2010. En 2005 el 42.2% de la población rural y el 51% de la urbana tenía acceso a dichos programas. Esto se incrementa a 76.3% y 75.2% en 2010. El acceso crece en todos los grupos socioeconómicos con reducción en las brechas de inequidad, particularmente en la zona urbana donde el ICN reduce de 0.181 a 0.019 en 2010.

Los diferentes resultados ilustran las ganancias en el nivel de protección a la población infantil, lo cual se refleja en acciones preventivas como la inmunización, la prevalencia y manejo de las enfermedades más frecuentes y el acceso a servicios de salud. Ese notable avance en las poblaciones más pobres puede estar asociado a la mayor cobertura del régimen subsidiado de aseguramiento. Es significativo que se encontraron algunas inequidades que afectan a la población más rica, tema en el cual se debe profundizar en la evaluación.

**Gráfico 50. Programa de crecimiento y desarrollo**



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

La política nacional frente a la lactancia materna recomienda seis meses de lactancia materna exclusiva y al menos 18 adicionales de lactancia con alimentación complementaria. La media de seis meses de lactancia es muy baja frente a la recomendación.

En 2010, el 82.5% de los lactantes recibió seis meses de leche materna. El promedio mejoró frente a 2005, cuando la cobertura fue de 80.7%. El IC normalizado para 2005 fue de 0.175 y en 2010 de 0.141 (Gráfico 51). Los resultados evidencian todavía una aceptable pero frágil cobertura de lactancia materna, con una inequidad creciente frente a los estratos más afluentes desde el punto de vista económico.

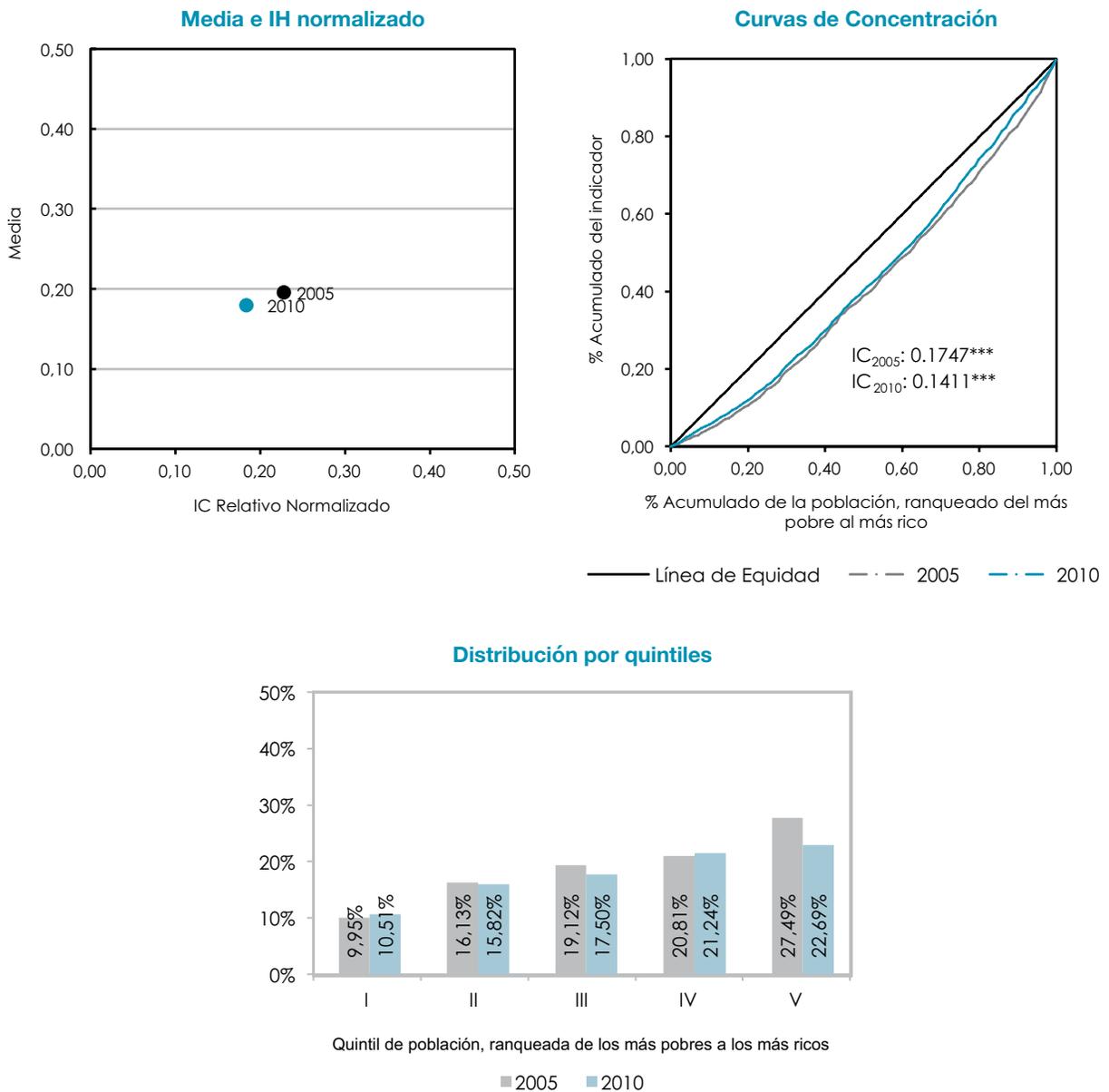
Los resultados de la distribución según quintil muestran limitado avance y retrocesos en algunos grupos de ingreso en el número de niños que recibieron lactancia materna restringida. En particular es relevante el retroceso en el grupo de mayores ingresos tanto urbano como rural. También es notable la menor proporción de niños con limitaciones en lactancia exclusiva en la población rural frente a la urbana. Esto es válido para todos los grupos de riqueza. El ICN evidencia inequidad hacia la población más rica. Este nivel no cambia significativamente en el período analizado (Tabla 26).

**Tabla 26. Porcentaje niños que recibieron menos de 6 meses de lactancia materna exclusiva según quintil de riqueza, 2005 y 2010**

Quintil	Rural		Urbana	
	2005	2010	2005	2010
I	8.3%	10.2%	18.0%	14.6%
II	9.6%	11.0%	18.6%	16.8%
III	11.7%	11.2%	20.1%	19.7%
IV	12.7%	16.6%	22.5%	22.0%
V	18.6%	16.3%	29.6%	23.4%

Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

Gráfico 51. Menos de 6 meses de lactancia



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

Como principales causas de inequidad en la morbilidad infantil, se analizó la EDA e IRA, los dos eventos de enfermedad más importantes en la población infantil.

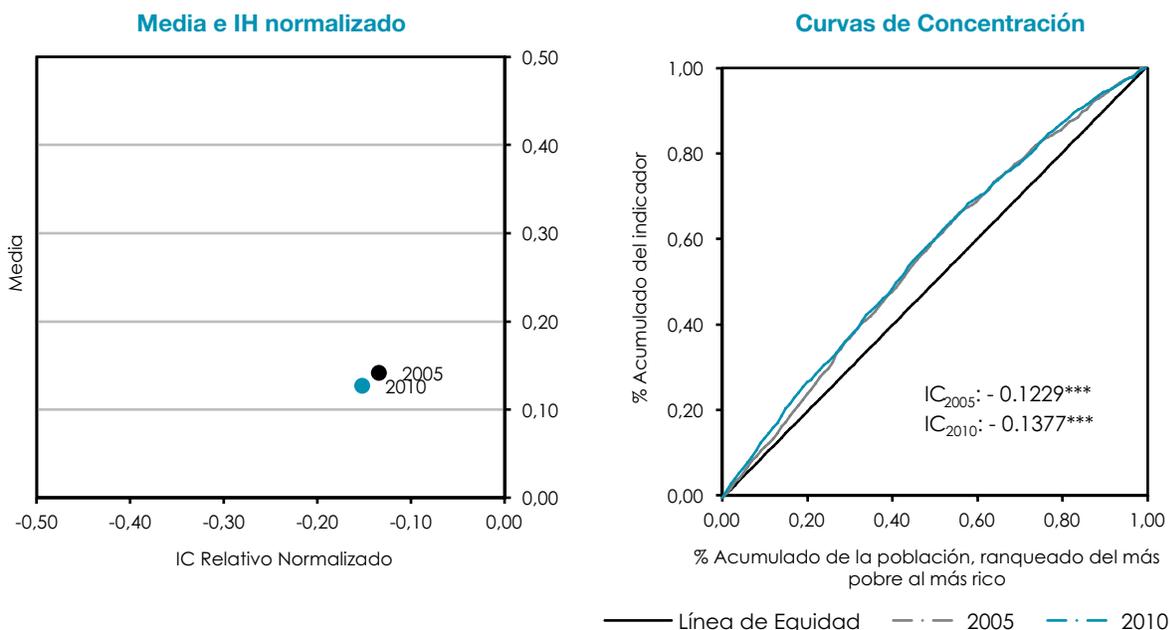
Entre 1998 y 2011, la mortalidad por EDA ha disminuido 10 veces, desde 33.8 hasta 3.7 por 100,000 menores de cinco años. La mortalidad por IRA pasó de 35.4 a 15.9 entre 2001 y 2011 (ASIS, 2013). La incidencia de EDA es de 12.7%, el ICN muestra mayor afectación a la población más pobre con -0.158, así como estancamiento en las ganancias en equidad. Hay ligeras reducciones en la incidencia en todos los quintiles de riqueza. El Índice estándar de logro muestra un

retroceso adicional de dos puntos porcentuales por encima de la media. El estancamiento observado en ganancias de equidad contrasta con la reducción de la mortalidad por EDA durante los últimos años (Gráfico 52). El acceso a tratamiento ha mejorado del 46.5% (2005) al 54.1% (2010). De acuerdo con el ICN, hay alto nivel de equidad en el acceso (0.083), con incremento porcentual en todos los quintiles de riqueza en el lapso analizado (Gráfico 53).

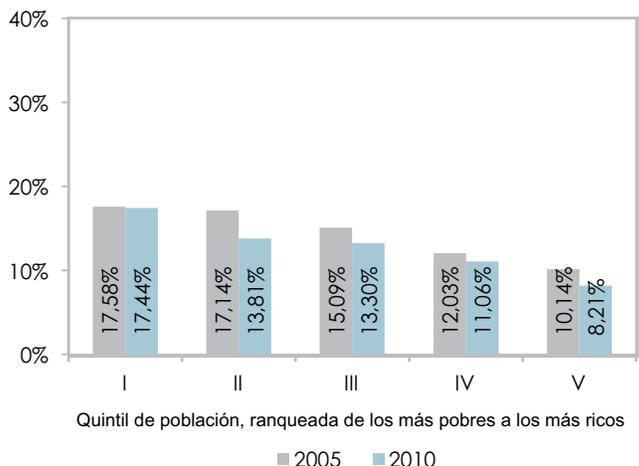
No se evidencia importantes diferencias en la población urbana y rural para el período analizado. El índice de concentración normalizado muestra mayor afectación de la población más pobre: -0.054 en población rural y -0.148 en urbana para 2010.

No se encuentran diferencias relevantes entre población urbana y rural en la prevalencia de enfermedad respiratoria aguda con un índice de inequidad bajo, cercano a cero, tanto en zona rural como urbana.

**Gráfico 52. Diarrea**

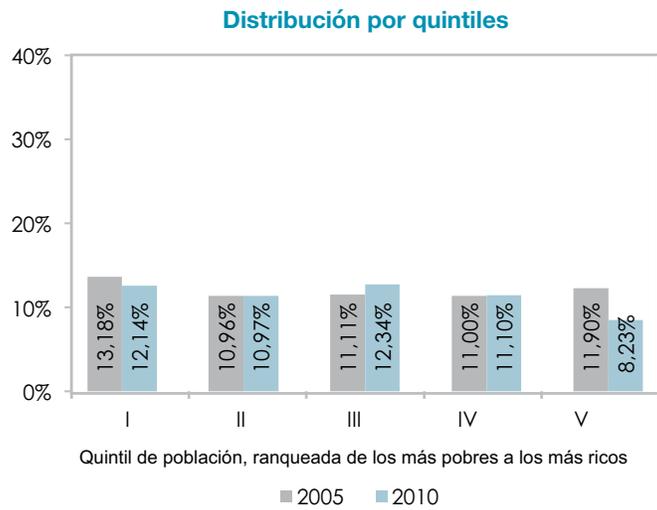
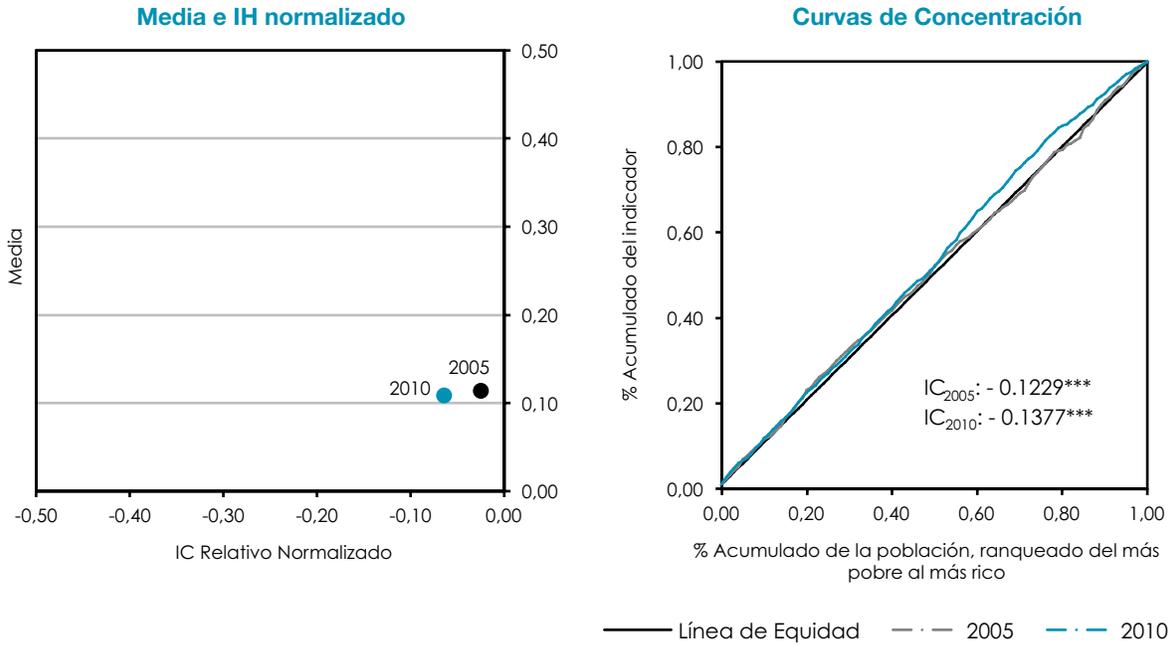


**Distribución por quintiles**



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

Gráfico 53. Infección Respiratoria Aguda



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

### 3. *Equidad en gestantes*

Colombia ha avanzado de manera contundente en la reducción de la mortalidad materna. En 1998, la razón de mortalidad materna era de 100 mujeres muertas por cada 100,000 nacidos vivos; en 1990, solamente el 66% de las mujeres embarazadas recibía cuatro o más controles prenatales (DNP, 2010), el 76.3% de las mujeres era cubierta por parto institucional y sólo el 80% de los partos era atendido por personal calificado. Los datos más recientes muestran una mortalidad materna nacional de 68.8 por 100,000 nacidos vivos para 2011. Sin embargo la dispersión de la tasa es muy alta por departamento, con variaciones entre 358 x 100,000 en Chocó y 31.9 en Quindío (MSPS, 2014).

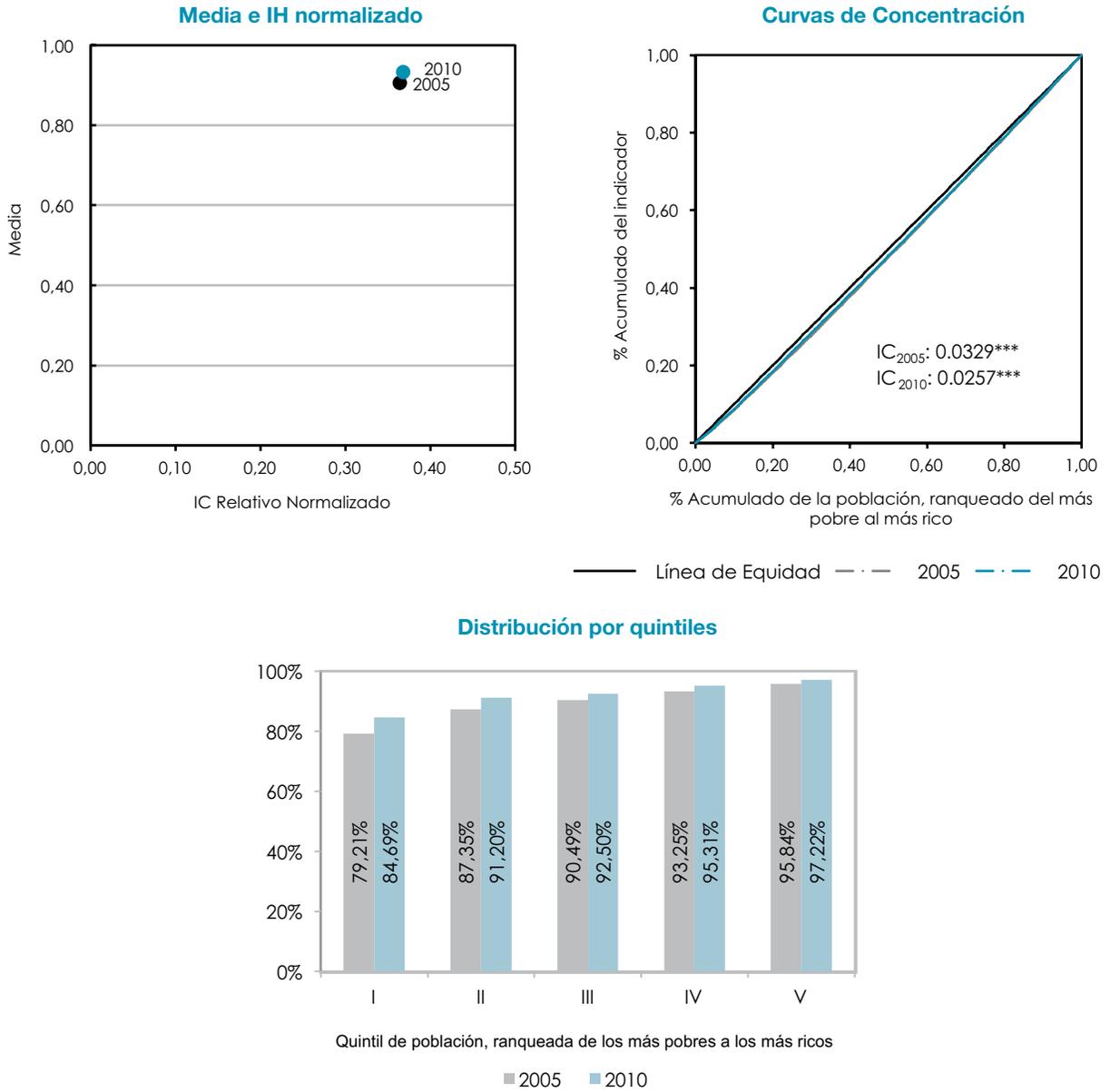
Para la valoración de equidad en gestantes se incluyó: 1. Número de controles prenatales; 2. Suplementación con hierro; 3. Atención institucional del parto; 4. Nacimiento por cesárea; 5. Complicación al momento del nacimiento; 6. Efectos post – parto que incluye complicación como consecuencia del parto, sangrado excesivo posparto e infección de senos posparto.

La recomendación de la OMS frente al control del embarazo incluye cuatro consultas de control prenatal y una consulta posparto (Villar & Bergsjö, 2003). La Encuesta Nacional de Demografía y Salud interroga sobre el número de controles prenatales que recibió cada mujer durante la gestación. A partir de la pregunta se diferencian las mujeres que recibieron cuatro o más controles prenatales de aquellas que tuvieron menos de cuatro. La curva de concentración muestra alto nivel de equidad, con muy ligera desviación que beneficia a las mujeres más ricas. El índice de concentración refleja ese alto nivel de equidad con 0.032 para 2005 y una ligera ganancia para 2010 (0.026). El índice normalizado de inequidad horizontal es de 0.33 y 0.34 respectivamente.

El Gráfico 54 muestra el alto nivel de cobertura con cuatro controles prenatales en 2010 (93%), con un relativo estancamiento en ganancia de equidad en el periodo evaluado, de acuerdo al índice normalizado de concentración. Este indicador puede reflejar la diferencia existente en el quintil de menores ingresos, donde la proporción de mujeres que estuvieron expuestas a cuatro controles prenatales fue de 84.7%, esto es 8.3% por debajo de la media y 12.5% menos que las gestantes ubicadas en el quintil de mayor riqueza.

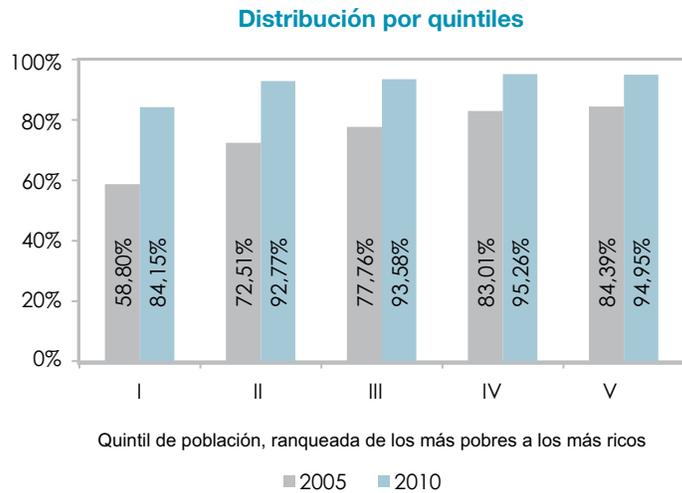
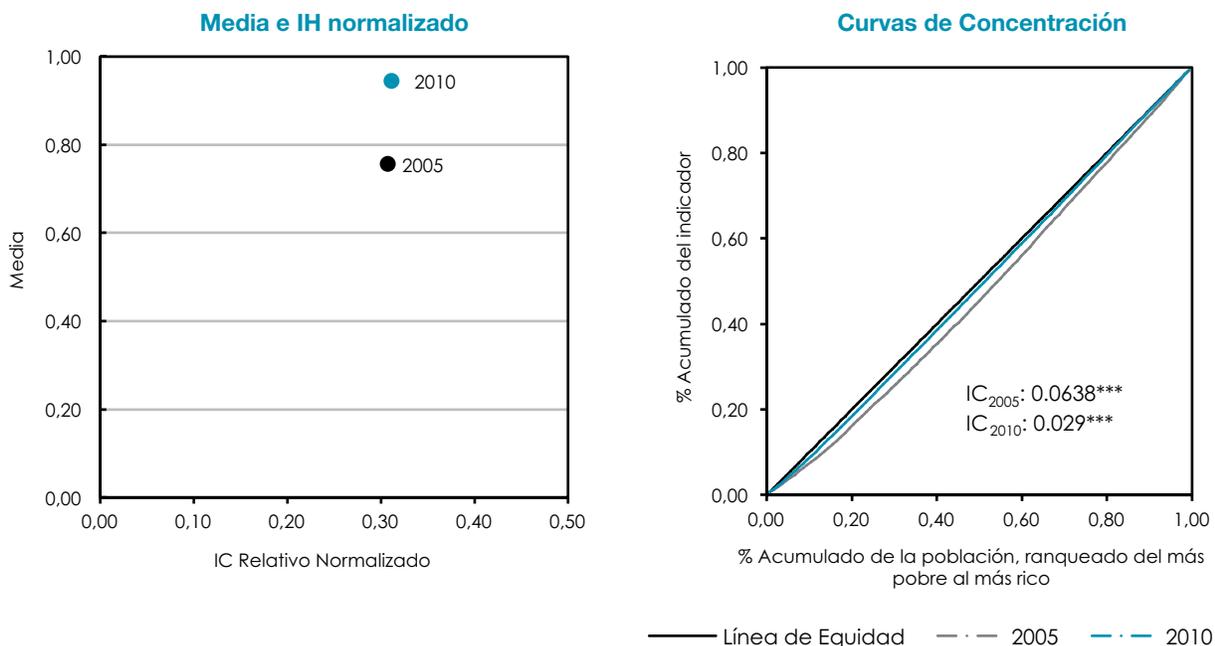
En el análisis según tipo de territorio se observa tendencia al incremento en acceso a más de cuatro (4) controles prenatales. En 2010, el 87.9% de las mujeres en área rural accedían a más de cuatro controles y 94.2% de las mujeres urbanas. Aun cuando las diferencias según quintil se han reducido, los diferenciales entre quintiles presentan brechas relevantes. Esto se evidencia en ICN de 0.279 para zona rural en 2010 y 0.247 para las mujeres urbanas.

**Gráfico 54. Controles prenatales (+4 visitas)**



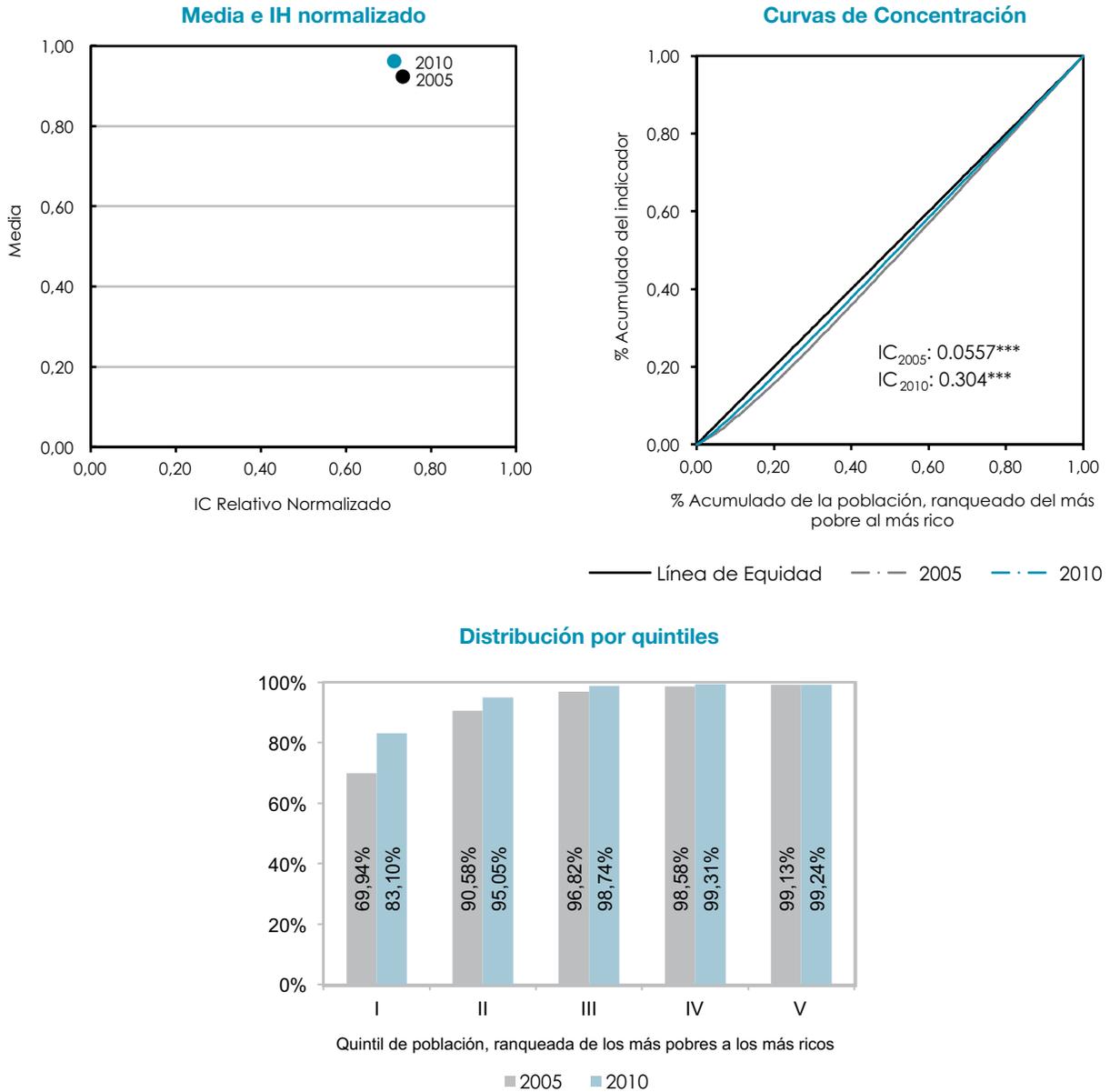
Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

Gráfico 55. Suplementación de hierro



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

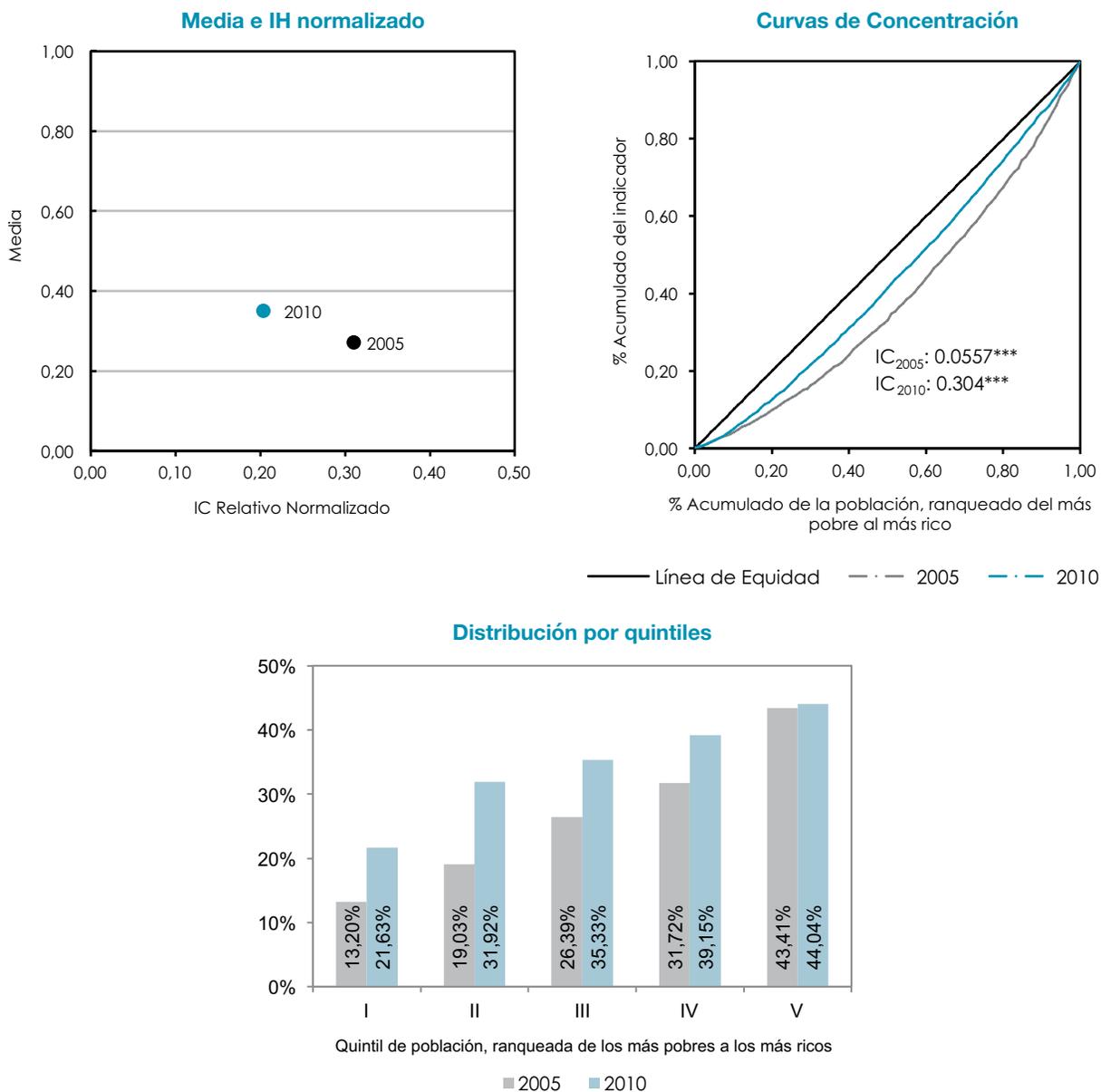
Gráfico 56. Parto institucional



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

La proporción de niños que nacen por cesárea ha venido creciendo de manera sostenida en el país y alejándose de la recomendación de máximo 15% por parte de la OMS (Gibbons et al., 2010). Ya en 1998 el 25% de los nacimientos era vía cesárea, en 2013 este valor es de 46% de acuerdo con las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. En el último año analizado (2010) el promedio era de 34.4%, mientras que en 2005 fue de 26.8%.

Gráfico 57. Nació por operación cesárea



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

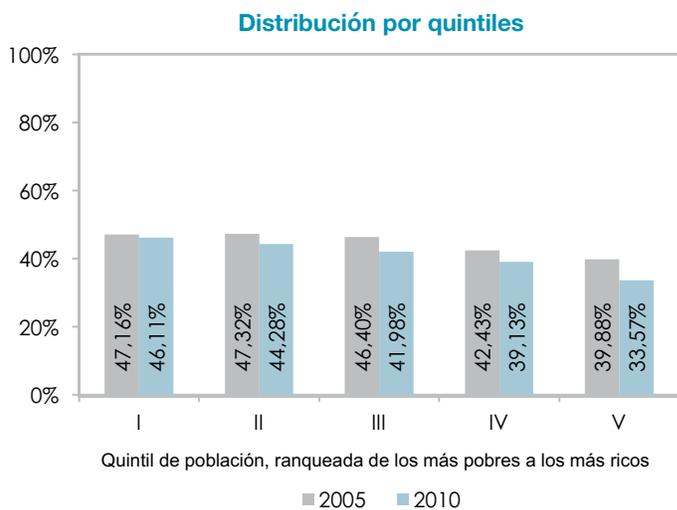
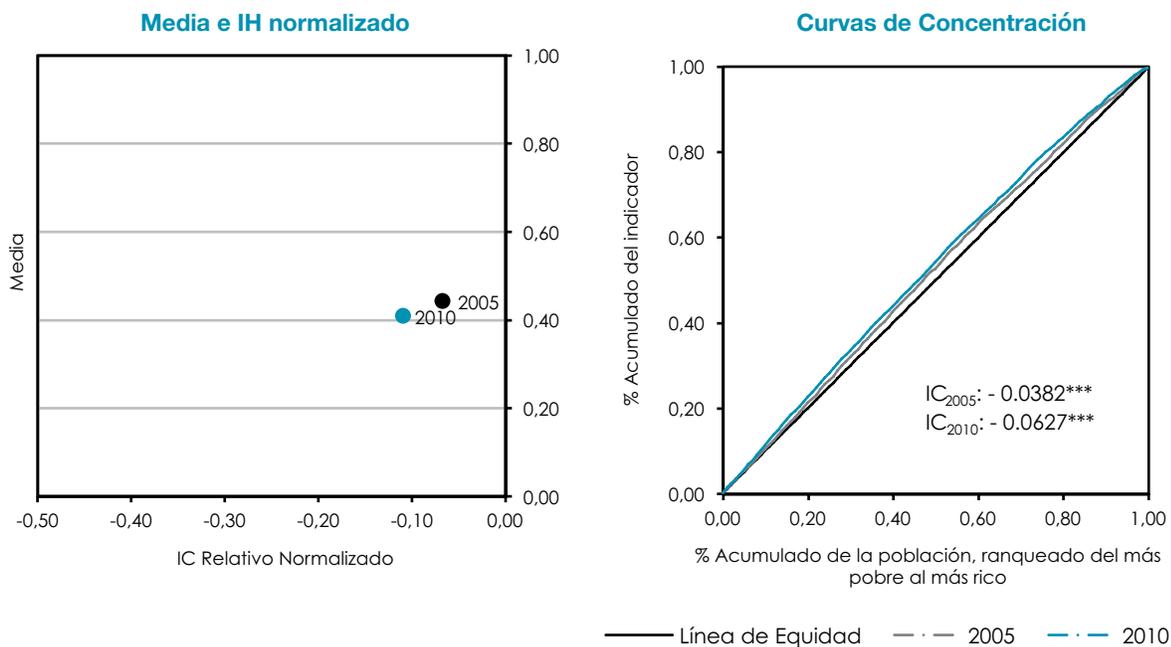
La curva de concentración refleja una situación de inequidad creciente hacia la población más rica en la proporción de nacimientos por cesárea, con decrecimiento en la brecha de inequidad. El índice normalizado de concentración era de 0.314 en 2005 y 0.197 en 2010. Esto claramente indica una creciente progresión hacia la equiparación en los niveles de parto por cesárea entre mujeres ricas y pobres en el país. La distribución por quintiles lo refleja: en 2005 la probabilidad de terminar un parto por cesárea era 3.3 veces más entre mujeres ricas que pobres, en 2010 esta proporción se ha reducido a 2.0 veces. La gráfica de distribución por quintiles muestra una relación proporcional entre incremento de la riqueza y posibilidad de parto por cesárea (Ver Gráfico 57).

Tanto en el área rural como en la urbana se presentan incrementos en la proporción de partos por cesárea, En 2005 16.3% de partos fueron cesáreas en el área rural y pasó a 23.9% en 2010. En la zona urbana el cambio fue de 31.5% a 38.5%. Este crecimiento se da especialmente en los tres quintiles intermedios de ingreso, tanto en el área urbana como en la rural. El ICN indica que el parto por cesárea está más concentrado en la población más rica.

En la evaluación del desenlace del parto, se revisó la existencia de alguna complicación en el momento del parto. En 2005, el 44.4% de los partos presentaron alguna complicación lo cual se redujo a 40.7% en 2010. Tanto el índice de concentración (-0.063) como el índice normalizado (-0.106) muestran inequidad contra la población más pobre con empeoramiento en 2010 con relación al año 2005. El índice de logro normalizado estimado para 2010, refleja esta situación con un valor de 45.1% que es casi cinco puntos porcentuales superior a la media de complicaciones del año 2005. La curva de concentración representa el retroceso entre 2005 y 2010, así como la gráfica que compra el IC normalizado contra el promedio de complicaciones durante el nacimiento. En la distribución por quintiles de riqueza, en el quintil uno la diferencia de complicaciones entre los más pobres y los más ricos es de 12.5%. Esta diferencia era de 7.3% en 2005. La variación es explicada por la reducción sustancial observada en la proporción de complicaciones en el quintil más rico (Ver Gráfico 58).

El análisis territorial muestra una pequeña progresión en la reducción de complicaciones del parto de 3% tanto en la zona rural como la urbana. No hay diferenciales entre grupos de ingreso y el índice normalizado de concentración es cero. Esta es una política que ha mostrado ser profundamente equitativa entre contextos territoriales y grupos sociales.

**Gráfico 58. Complicación al momento del nacimiento**



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

En cuanto a los efectos posparto, se evalúan la hemorragia posparto como efecto inmediato y la infección de senos o mastitis como efecto de más largo plazo.

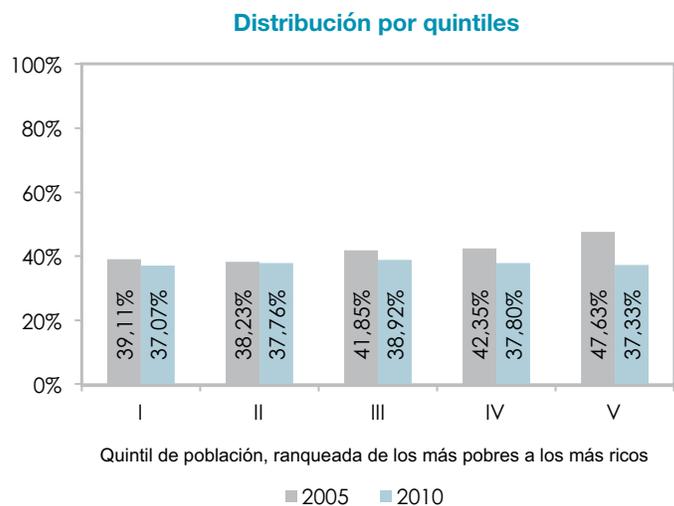
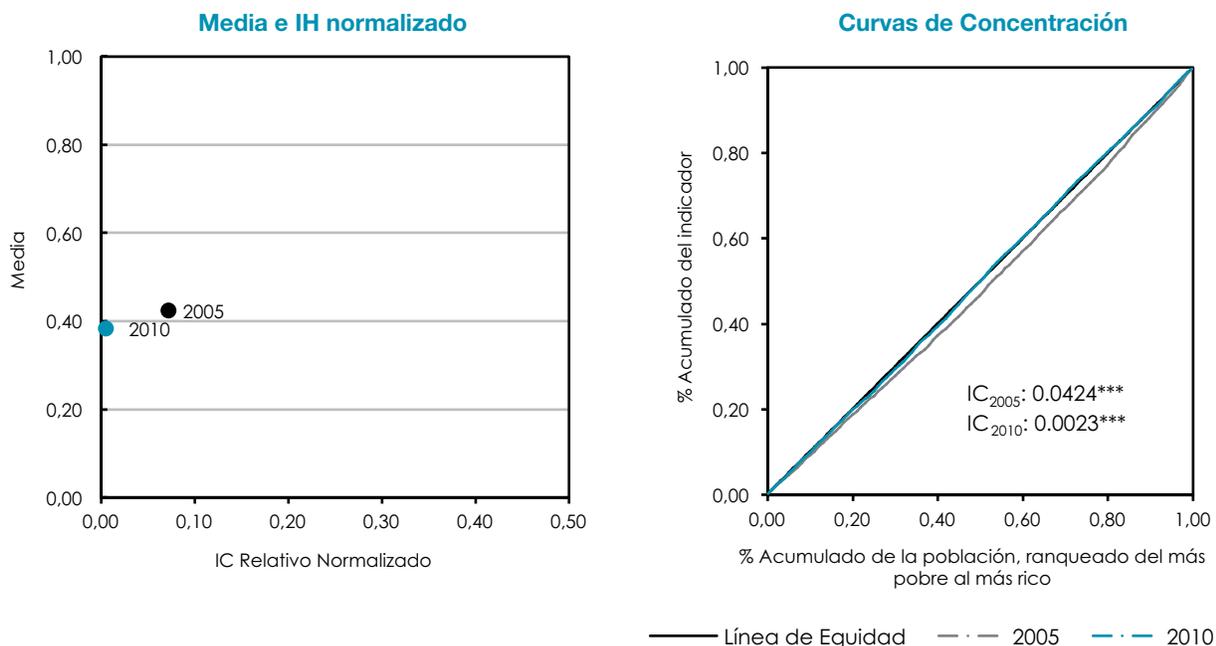
El sangrado excesivo tiene una relativa alta frecuencia presentándose en el 29.6% de las maternas (2010). La curva de concentración muestra una ligera inequidad que afecta a la población más pobre (IC=-0.073), el IC normalizado es -0.129 en 2005 y -0.103 en 2010, indicando cierta mejoría en la brecha de inequidad. Para 2010 hay una diferencia de más de 10% entre las mujeres de tres quintiles más pobres con las del quintil más rico (Ver Gráfico 60).

Por el contrario, la incidencia de infección de senos posparto es algo más frecuente en las mujeres más ricas. La frecuencia para 2010 es del 18.6% con más de 2% de incremento frente a 2005. El IC normalizado muestra muy limitada brecha de inequidad con un valor de 0.031, muy cercano a la línea de equidad (Ver Gráfico 61).

En el análisis territorial no se evidencian cambios relevantes en el sangrado post parto. En la infección de senos post parto solamente se evidencia un gradiente pequeño población urbana y rural. En los dos casos el ICN es cercano a cero lo que indica alta equidad.

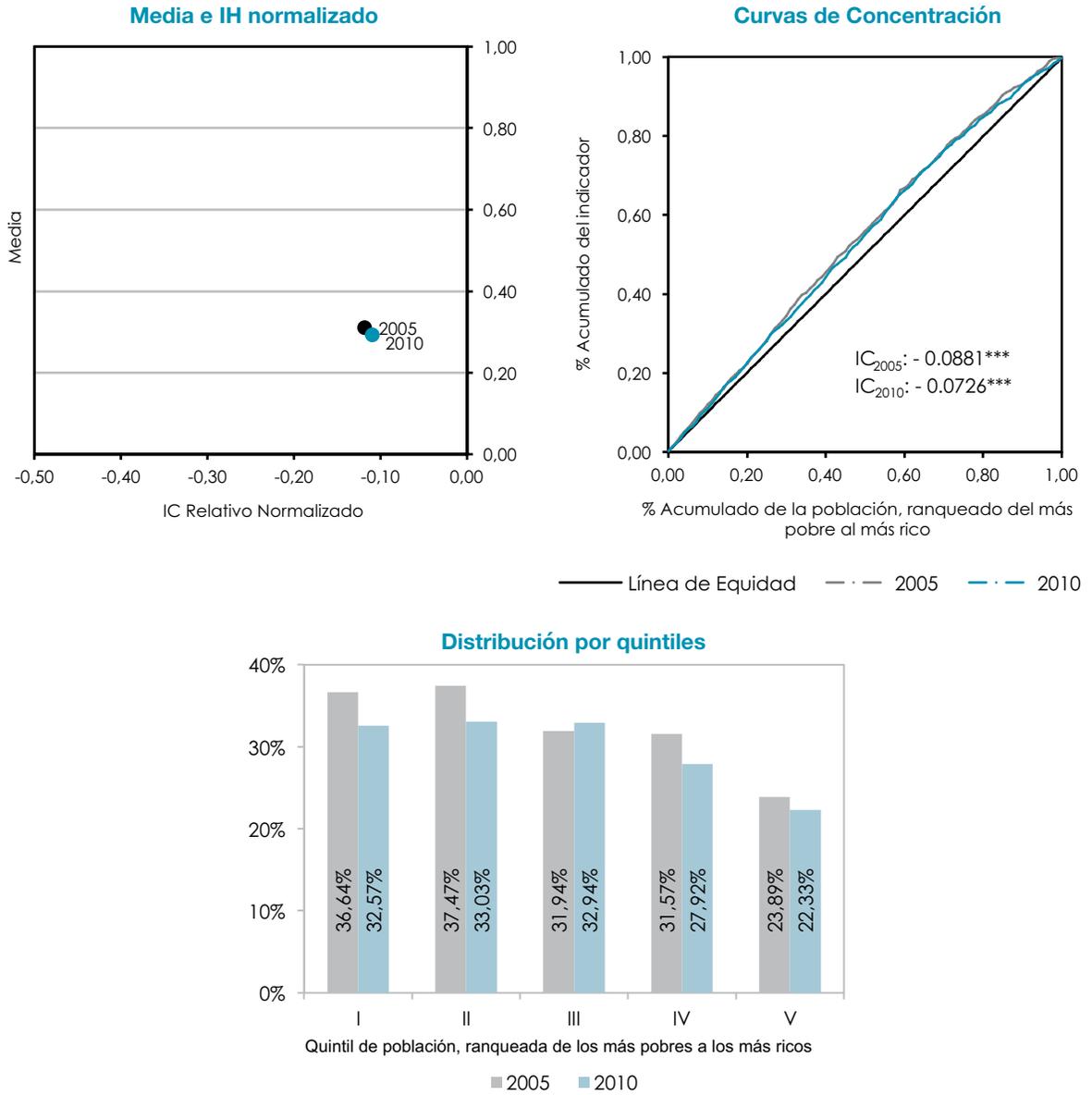
Los resultados del análisis de inequidad en salud materna, muestran evidentes progresos en los indicadores de morbilidad y en particular de acceso a los servicios del sistema de salud, así como mayor cobertura en actividades críticas para la reducción del riesgo, como el acceso a control prenatal, parto institucional y suplementación con hierro. Sin embargo, los resultados revelan cierta consistencia en la brecha de inequidad que afecta al quintil más pobre de la población. Dados los determinantes socioeconómicos y de geografía sanitaria que afectan a esta población, como vivir en zonas marginales de ciudades o zonas dispersas, desplazamiento, étnicas, educativas y de acceso a servicios sociales; la superación de esas barreras constituye un reto muy complejo para que el sistema de salud pueda mejorar sus condiciones de salud. La homogeneidad del sistema de aseguramiento, aunada a la limitada capacidad institucional de los sistemas territoriales en los departamentos donde se concentra la mayor marginalidad, requiere de intervenciones diferenciales, donde la fragmentación del aseguramiento y las muy limitadas competencias de intervención en salud pública de esos territorios, requerirán de mayor participación del gobierno nacional para superar esos problemas.

**Gráfico 59. Complicación como consecuencia del parto**



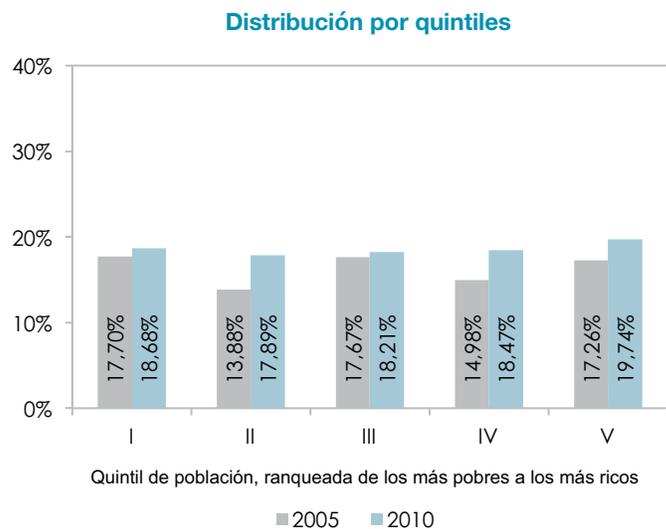
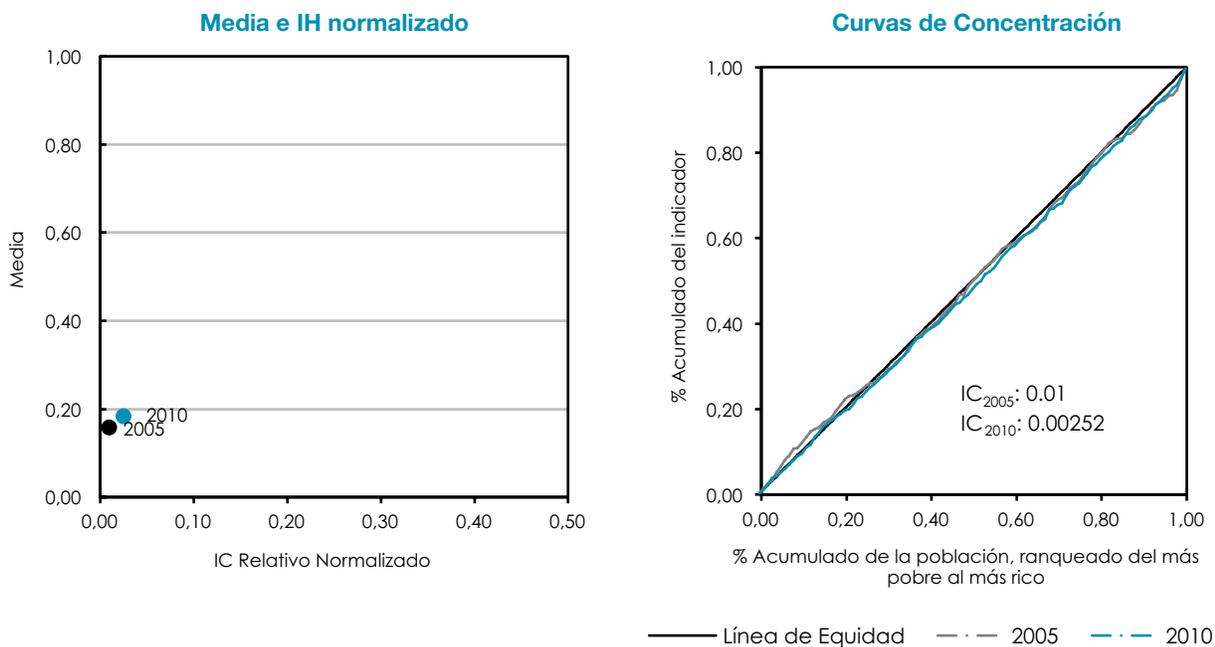
Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

**Gráfico 60. Sangrado excesivo posparto**



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

**Gráfico 61. Infección de senos posparto**



Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, cálculos de los autores

#### 4. Acceso, calidad y utilización de servicios de salud

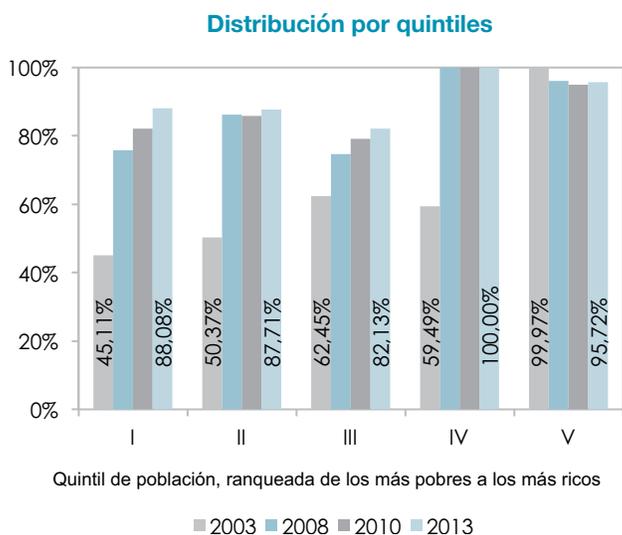
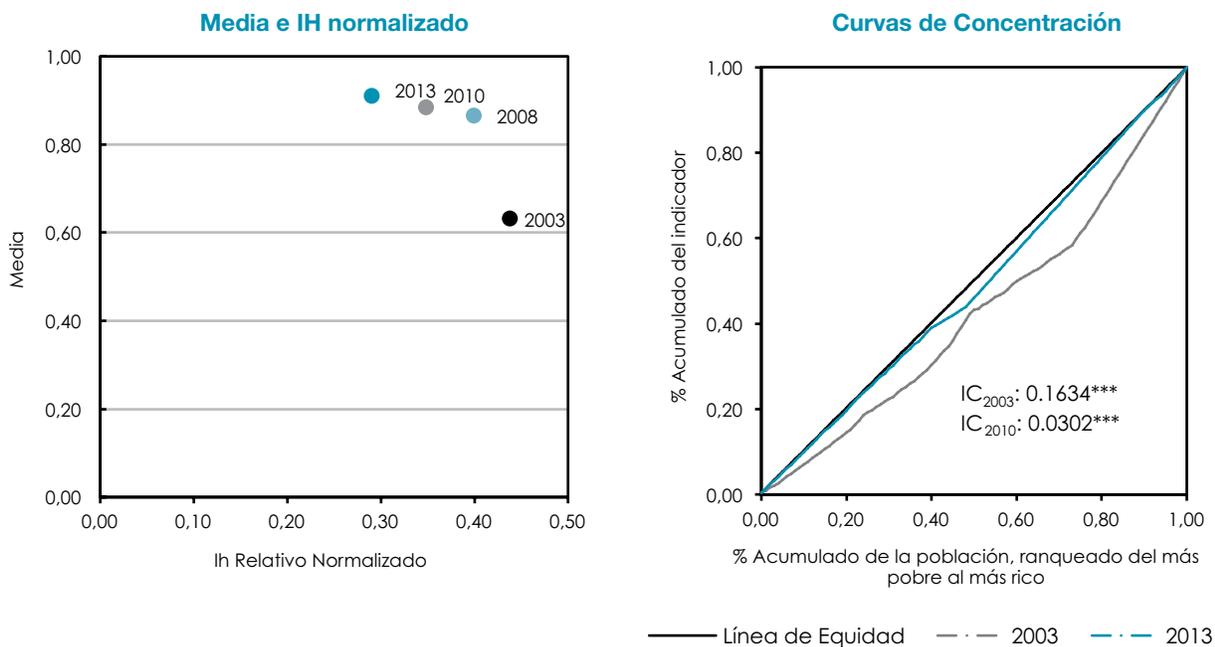
Un objetivo central de la reforma de salud propiciada por la Ley 100 de 1993, ha sido la protección financiera de las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad. Según el Estudio Sectorial de Salud (Yepes, 1990) la cobertura de la seguridad social para 1988 apenas cubría el 15.7% de la población total. Según el mismo estudio, en la década de 1980 el gasto en salud como proporción del PIB oscilaba entre el 7.4% y el 8.7%, gasto relativo mayor que el que actualmente tiene el sector salud, con el agravante que de la proporción de gasto, el gasto privado representaba el 4.1%, lo cual implica una muy alta exposición de los hogares al gasto catastrófico.

El aseguramiento social en salud se expande de 63.5% en 2003 a 90.7% en 2013. Sin embargo, aunque cada más cerca del logro de cobertura universal, aún persisten diferencias en favor de las poblaciones más ricas. El CIN ha venido reduciendo desde 2003 y se ubica en 0.326. La distribución por quintiles presenta cobertura universal en los dos quintiles más ricos y cómo la cobertura de seguridad social se duplica en los dos quintiles más pobres. La distribución por quintiles del régimen contributivo y el subsidiado indican que el 84.6% de la población más pobre era cubierta por el subsidiado y 65.1% de la más rica por el contributivo (Gráfico 62).

Tanto en el área rural como en la urbana hay crecimiento en la cobertura de aseguramiento social del 54.3% y 66.3% en 2003 se llega a 92.5% en el área rural en 2013 y 90.3% en la urbana. Este resultado es completamente diferente a la situación antes de la reforma de salud, donde la cobertura en el área rural no llegaba al 10%. El mayor incremento en cobertura se encuentra en la población más pobre en ingresos que pasa del 40.3% en el área rural para 2003 a 89.5% en 2013, mientras que este mismo grupo en área urbana pasa de 46.2% a 85.7%. El segundo grupo más pobre presenta el menor incremento. Este hallazgo es consecuente con el diseño del Régimen Subsidiado el cual imponía una barrera de entrada a los hombres de ingresos medios bajos en el proceso de focalización del subsidio. El nivel de inequidad es cercano a cero de acuerdo con el índice de concentración absoluto.

El modelo de atención de un sistema de salud es un determinante sobre el consumo final de servicios. Así mismo condiciona la distribución de este consumo entre servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias. En los países con sistemas centralizados es posible definir y controlar el modelo de atención. En modelos altamente descentralizados, como el colombiano, los procesos de planeación y control son más complejos y cuando existen aseguradores con capacidad de contratación selectiva, el modelo de atención queda prácticamente definido por las características de la red de servicios de cada asegurador. Otros factores que determinan el modelo de atención son los mecanismos de pago y la tecnología disponible en el sistema.

**Gráfico 62. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**



Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores.

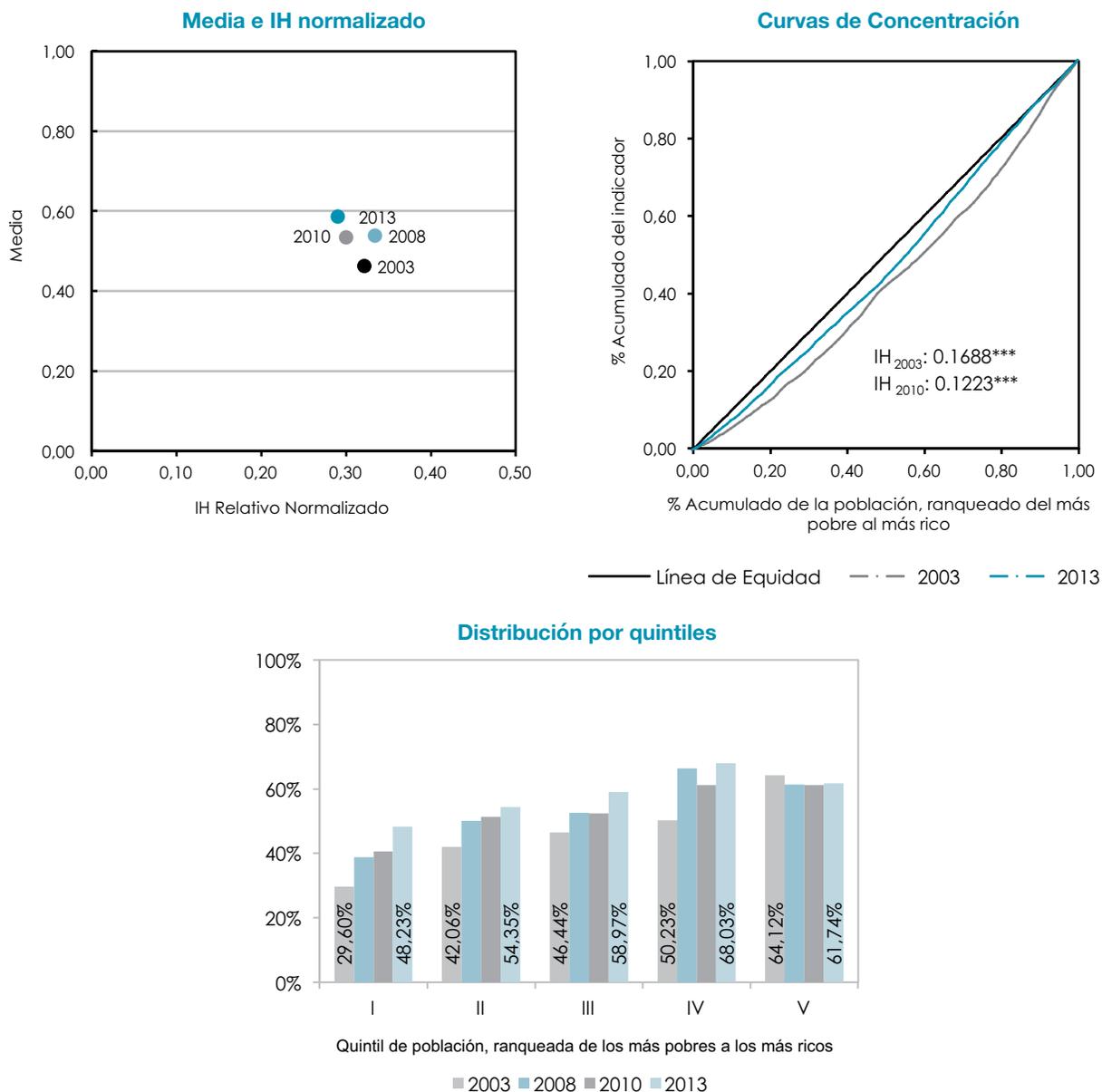
El uso de servicios médicos preventivos presenta una utilización del 58.3% en el año 2013. Tiene tendencia al incremento, dado que en 2003 era de 46.5%. Este es un nivel bajo y el acceso es relativamente inequitativo, lo cual contrasta con los hallazgos en hospitalización. El ICN mejoró en el periodo, pero para 2013 el nivel es alto con 0.293. La curva de concentración presenta una distribución pro-ricos con tendencia hacia la línea de equidad. La distribución por quintiles evidencia estancamiento en la población más rica con crecimiento en los demás quintiles. En 2003 el acceso a servicios preventivos de la población más rica era 2.2 veces mayor que en la población más pobre. Para 2013, este factor había bajado a 1.3 (Ver Gráfico 63).

A pesar del bajo acceso de toda la población a servicios de tipo preventivo, tanto médico como odontológico, se ha logrado un relativo avance en cobertura. En efecto, en 2003, el 34.7% y 50.0% de la población hizo uso de los servicios médicos preventivos en el área rural y urbana, respectivamente, porcentajes que para 2013 llegaron a 50.0 y 60.4 por ciento, en igual orden

Tanto en el área urbana como en la rural se mantiene una relación positiva entre mayor riqueza y mayor acceso a servicios preventivos. El ICN favorece a la población más rica: 0.165 en el área rural y 0.325 en la urbana.

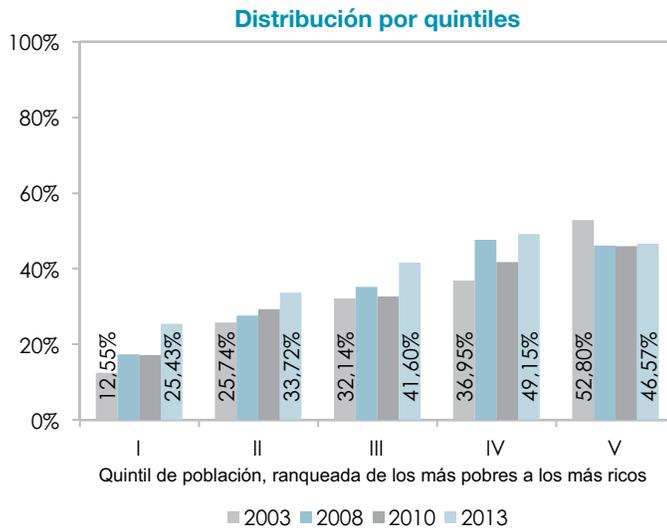
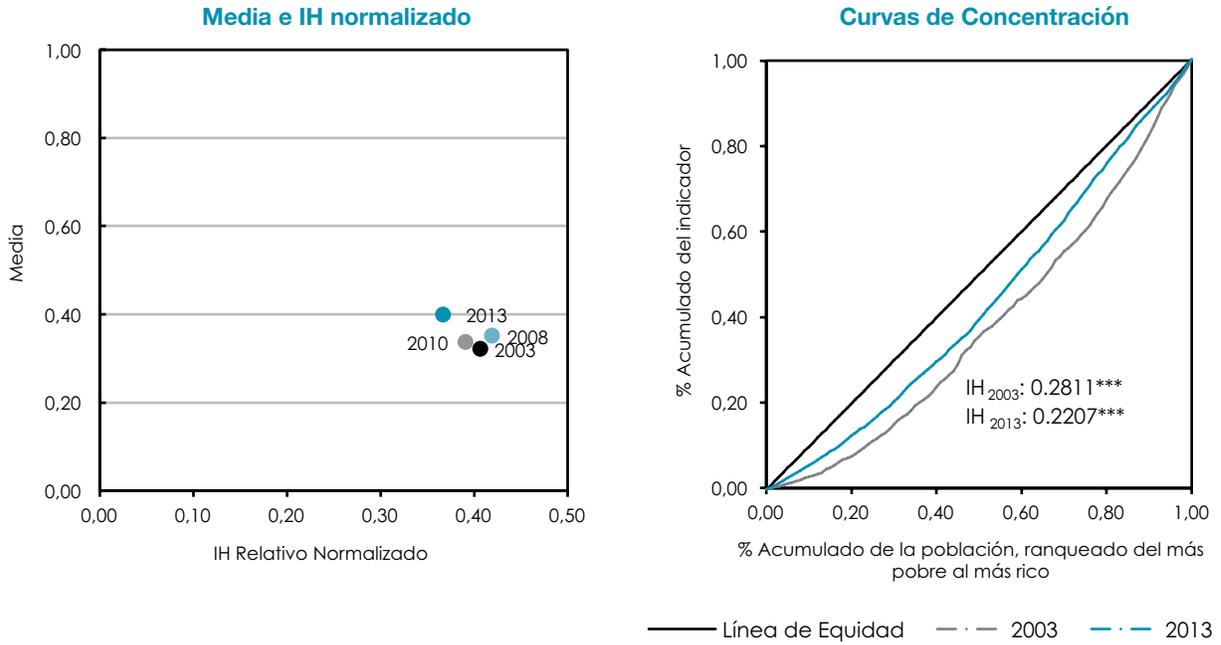
El acceso a servicios preventivos odontológicos es aún menor. El 39.3% para 2013 con tendencia al incremento a partir de 2003. El ICN de 0.354 muestra alta inequidad entre ricos y pobres (Gráfico 64).

**Gráfico 63. Uso de servicios médicos preventivos (SMP)**



Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores.

**Gráfico 64. Uso de servicios odontológicos preventivos (SOP)**



Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores.

La equidad en el acceso a servicios curativos se evaluó desde tres variables: uso de servicios ambulatorios ante problema de salud manifiesto, uso de servicios de especialistas por problema de salud manifiesto y uso de servicios hospitalarios.

En el uso de servicios ambulatorios frente a necesidad manifiesta se observa una utilización del 75.2% en 2013; sin grandes ganancias entre 2003 y 2013, con una evidente concentración pro-ricos lo cual se evidencia en un índice de concentración normalizada de 0.490 que presenta alguna mejoría en 2013 frente a los años anteriores. Sin embargo, hay diferencias relevantes entre quintiles poblacionales. Los dos grupos más pobres presentan uso de 60.2% y 55.8% frente a utilidades de 99% en subsiguientes quintiles de riqueza (Gráfico 65). Para las poblaciones rural-urbana, no se encuentra un crecimiento importante: 64.9% en 2003 a 70.1% en 2013 para el área rural y 71.00% a 76.6% en área urbana.

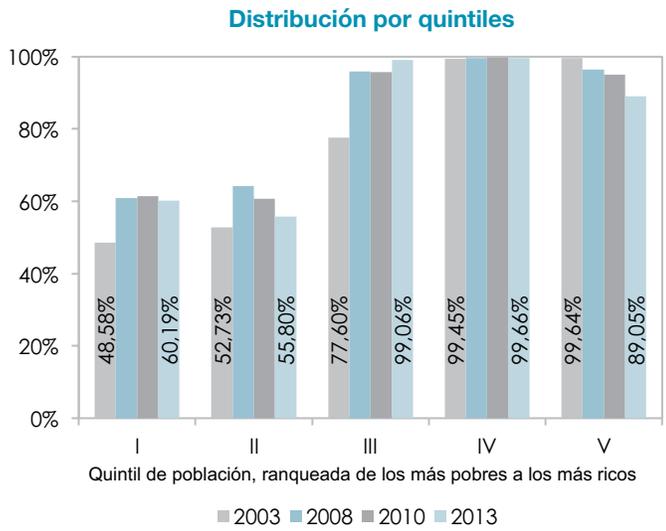
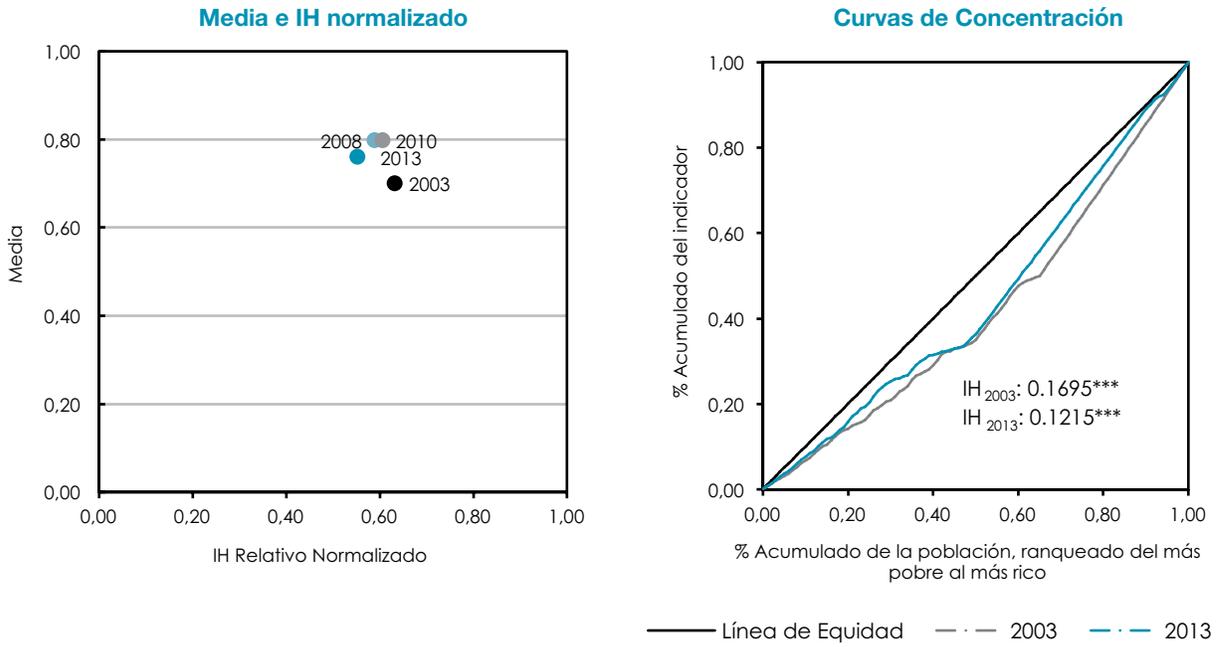
En cuanto a los servicios especializados, se observan utilidades del 33% en 2013, con un índice de concentración normalizado de 0.124. El ICN ha experimentado mejoras desde 2010 cuando tenía un valor de 0.331. La distribución por quintiles indica mayor acceso a especialista en el quintil más pobre, proporción que creció de 20.9% en 2003 a 31.5% en 2013. Dado que el acceso a especialista se mide como puerta de entrada, es notoria la alta utilización de la puerta de servicios especializados como mecanismo de acceso al sistema.

En relación al uso de servicios hospitalarios (Ver Gráfico 67) se evidencia una alta tasa de hospitalización del 8.6% para la población general. Esta tasa se ha mantenido relativamente estable a lo largo del periodo. La curva de concentración muestra una muy ligera brecha que afecta a la población más pobre. Se estima un índice de concentración de 0.086 y normalizado de 0.094 lo cual indica un alto nivel de equidad en el acceso a servicios hospitalarios. En la distribución por quintiles es notable que la tasa de hospitalización en el quintil más pobre es la más alta entre todos los grupos de riqueza con 9.8%. La más baja está en el quintil tres con 7.8%.

Estos resultados ilustran un resultado muy importante en equidad, dado que según el Estudio Sectorial de Salud en 1990 (Yepes, 1990) donde el acceso a servicios hospitalarios presentaba una severa inequidad hacia la población urbana más pobre y la población rural. Por otra parte, es relevante la alta tasa de hospitalización evidenciada en una de las más altas del continente y refleja un sistema donde el acceso a los hospitales de mediana y baja complejidad se han consolidado como puerta de entrada y la probabilidad de manejo hospitalario se incrementa.

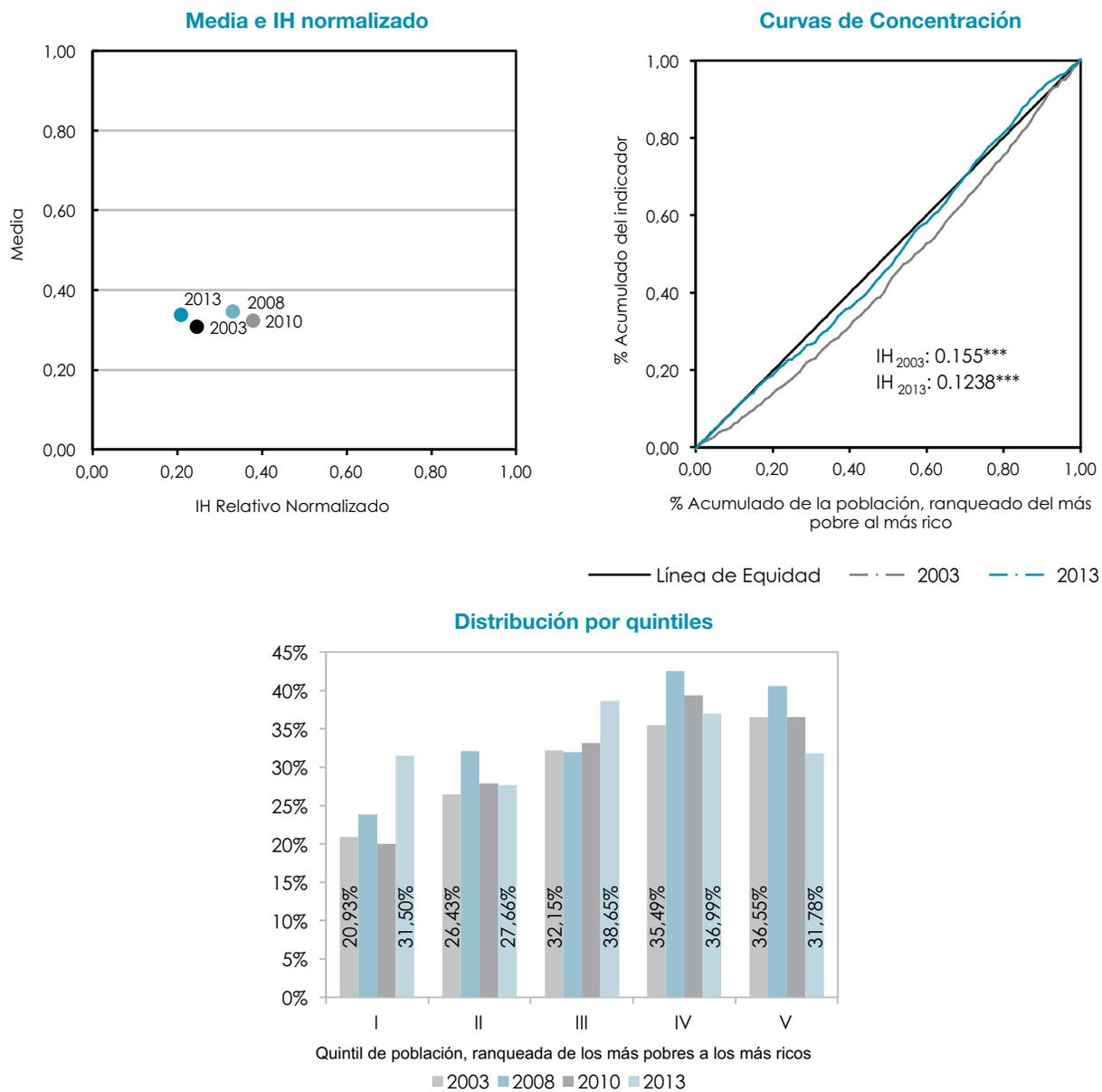
Los resultados urbano – rural evidencian un crecimiento de 1.3% en la tasa de hospitalización rural y 0.9% en la urbana, entre 2003 y 2013. Sin embargo es notable el crecimiento de 2.3% en la tasa del quintil rural más pobre y 2.1% en el quintil urbano más pobre. También es notable que la tasa de hospitalización en el quintil urbano más pobre es 2.2% mayor en el quintil urbano de menor riqueza que en el de mayor riqueza. Es importante establecer si esta diferencia está fundamentada en un represamiento de procedimientos hospitalarios definibles o extensivos hacia el abuso moral derivado de falencias en el modelo de prestación de servicios. Los índices de concentración muestran alta equidad con valores de concentración cercanos a cero.

**Gráfico 65. Uso de servicios ambulatorios por problema de salud manifiesto (SA)**



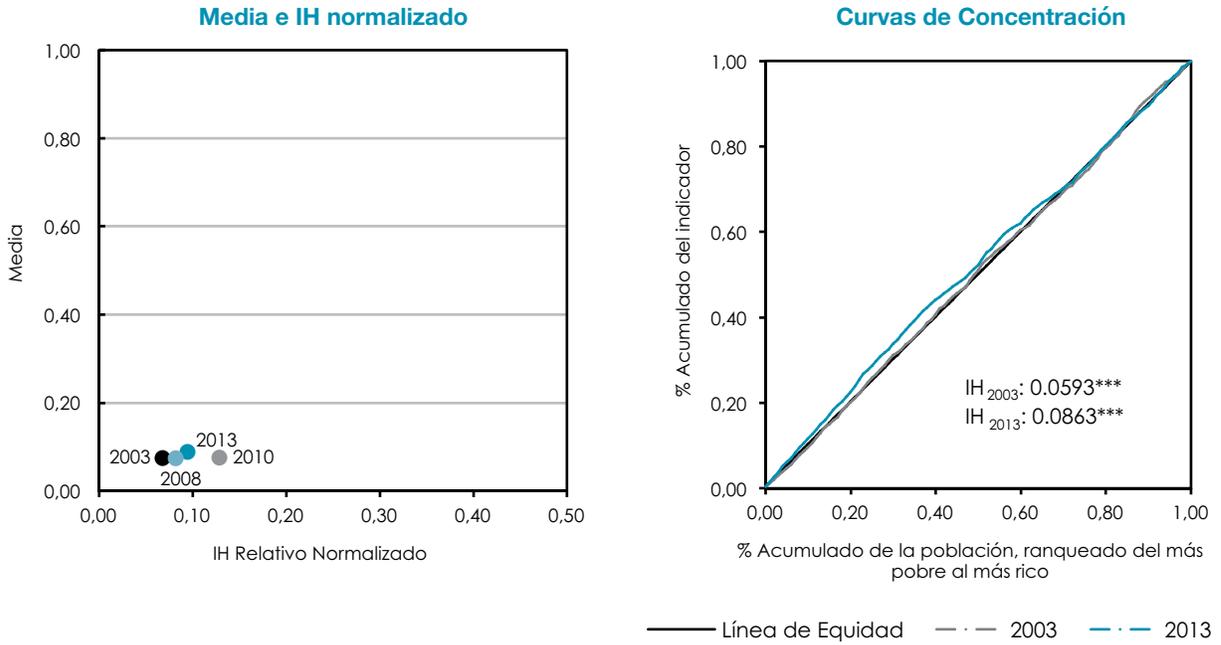
Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores.

**Gráfico 66. Uso de servicios médico especialistas por problema de salud manifiesto (SE)**

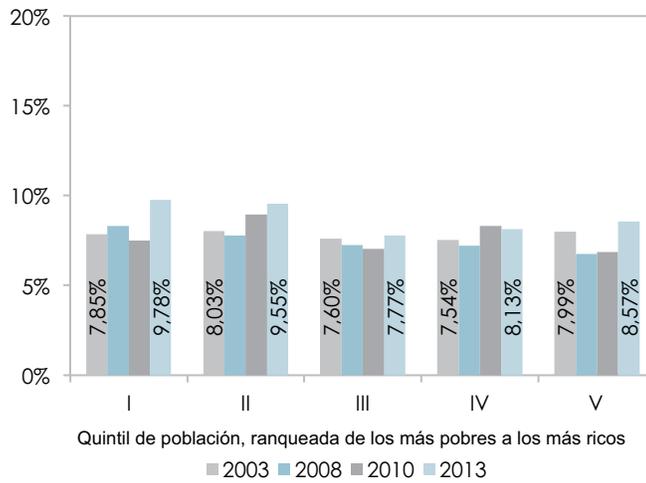


Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores.

Gráfico 67. Uso de servicios hospitalarios (SH)



Distribución por quintiles



Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores.

La calidad de los servicios de salud se evalúa con medidas subjetivas de percepción y medidas objetivas de oportunidad en la atención del médico general y especialista de acuerdo con las preguntas de la Encuesta de Calidad de Vida. En la percepción, la ECV clasifica en muy buena, buena, regular y mala. Para el análisis se segmentó la pregunta y se presentan los resultados de percepción negativa, en este caso regular y mala o menos que buena. En la oportunidad se estima la medida de inequidad frente a los días para ser atendido.

En cuanto a la percepción regular o mala de los servicios ambulatorios, un 15% de los atendidos la percibió de esa manera. Hay tendencia a la mejoría ya que en 2003 el valor de ese indicador era del 23.2%. La curva de concentración muestra una distribución con ligera concentración en los más ricos y diferencias en equidad entre los grupos de riqueza con un IC de 0.015 y un ICN de 0.190 en 2013. Hay tendencia a la ampliación de la brecha ya que para 2003 el ICN era de 0.058. En la distribución según quintil se observa esa mayor proporción de población más rica que percibe los servicios ambulatorios como regulares o malos (Gráfico 68).

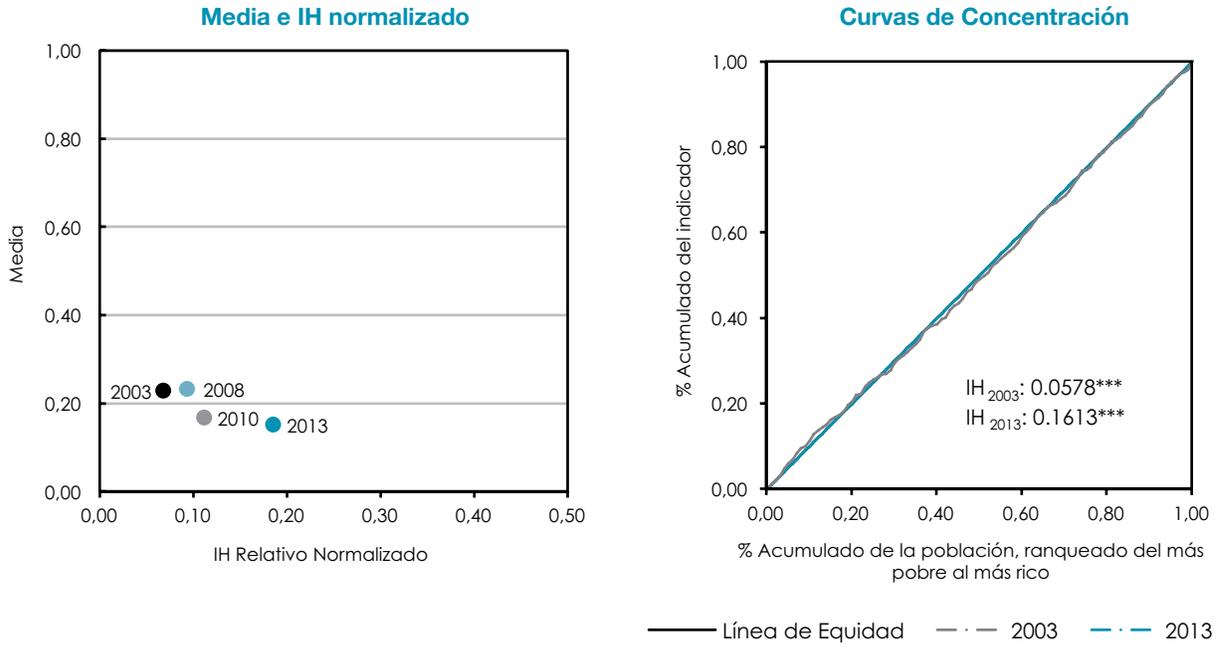
La percepción regular o mala de los servicios hospitalarios (Ver Gráfico 69) ha disminuido del 18.7% en 2003 a 10.6% en 2013. Es relevante que la curva de concentración mostraba una concentración en los pobres en 2003 con un ICN de -0.025 en 2003 y en 2013 se concentra en los ricos con ICN de 0.188. La distribución por quintiles es descriptiva de dicha situación: en 2003 el 21,7% de los más pobres consideraba regulares o malos los servicios hospitalarios, lo cual se reduce hasta el 8.5% en 2013. Mientras tanto, entre los más ricos el cambio fue menor, de 15.3% a 10.7%.

En cuanto al análisis territorial de la percepción de calidad de los servicios, se evidencia una baja percepción de regular o mala calidad de los servicios ambulatorios y hospitalarios, 13.4% y 15.4% para ambulatorios en área rural y urbana en 2013; así como 8.8% y 11.1% en rural y urbana para servicios hospitalarios en el mismo año. En todos los quintiles de ingreso, urbanos y rurales, se encuentra relación sustancial de percepción de regular o mala calidad en los dos tipos de servicios. Los índices de concentración muestran que esa percepción es altamente equitativa con valores cercanos a cero.

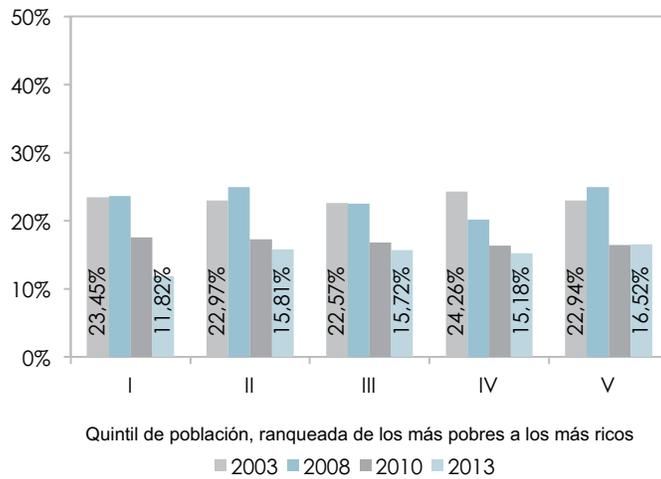
Se observa un deterioro en la oportunidad del acceso a servicios de medicina-odontología general (Gráfico 70) y consulta médica especializada (Gráfico 71). En la primera se pasó de 1.9 a 4.3 días de espera para la atención entre 2003 y 2013. En el segundo caso se pasó de 10.9 en 2003 a 14.3 días en 2010. En consulta general el grupo de menor ingreso tiene mejor oportunidad que el grupo más rico. En la consulta especializada se observa el efecto contrario.

El promedio de días de espera para acceder a consulta de medicina general u odontología se duplicó en el área rural entre 2003 y 2013, los días de espera para acceder a consulta especializada crecieron en 6 días en el área rural y 3 en el área urbana, para el período 2003-2013. Este efecto se distribuyó equitativamente entre ricos y pobres de acuerdo con el índice normalizado de concentración (ICN).

**Gráfico 68. Percepción regular o mala de la calidad de servicios ambulatorios (PSA)**

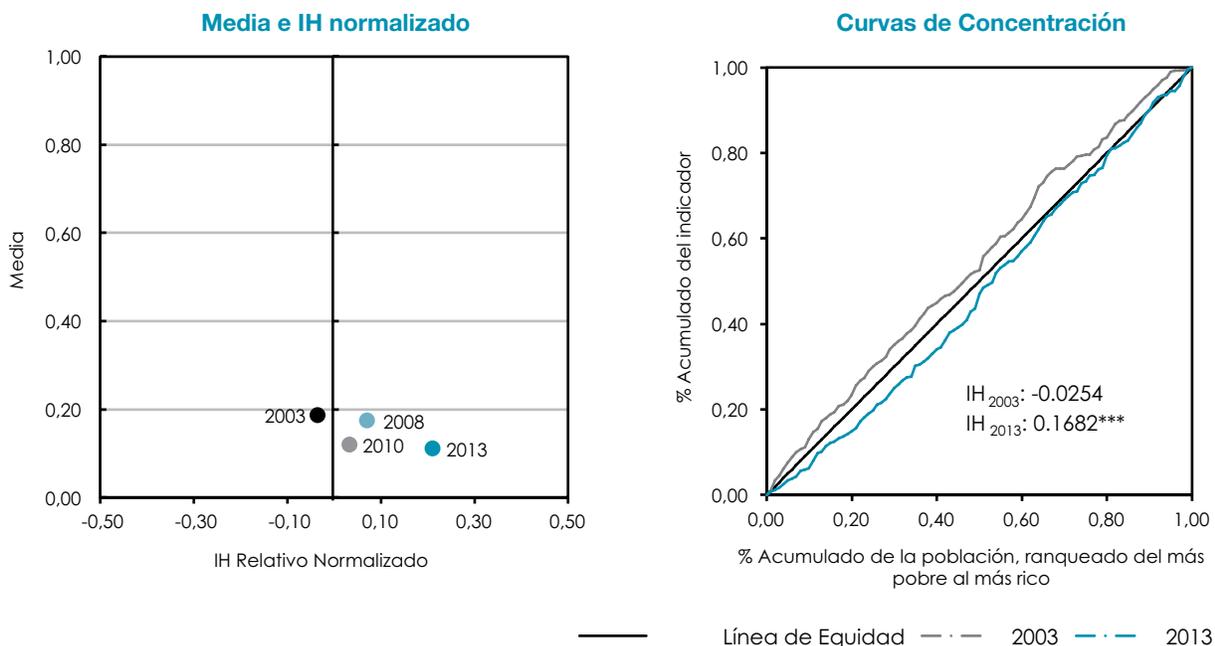


**Distribución por quintiles**

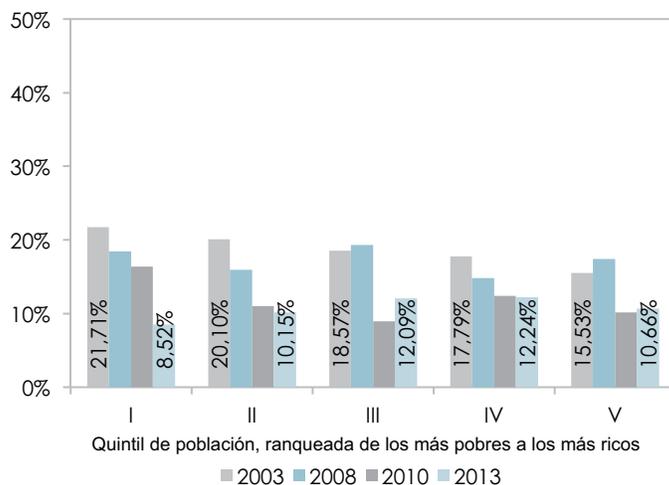


Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores.

**Gráfico 69. Percepción regular o mala de la calidad de servicios hospitalarios (PSH)**

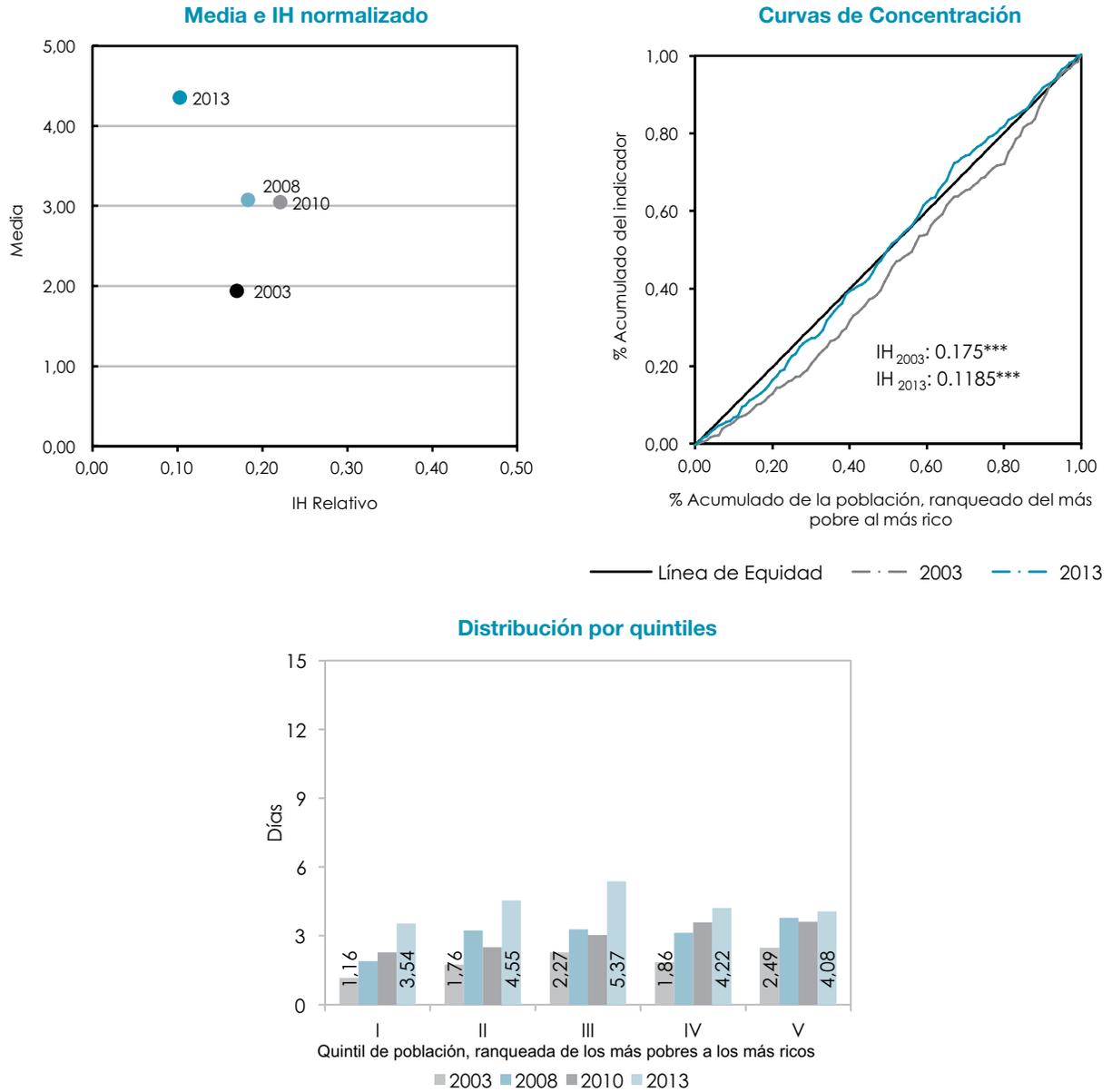


**Distribución por quintiles**



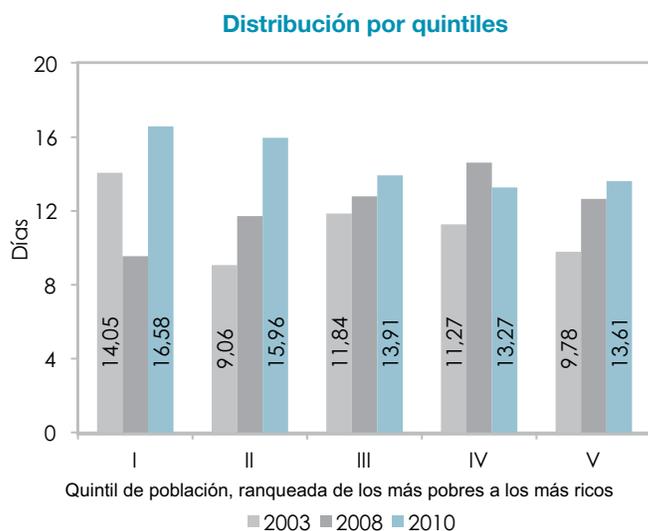
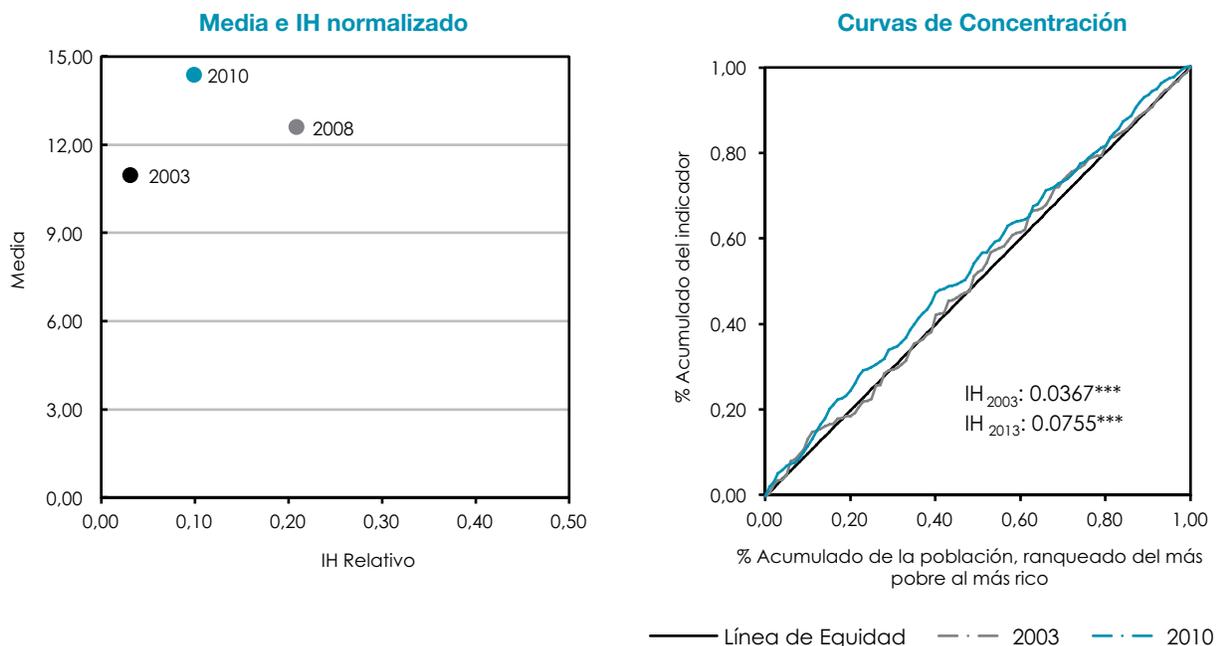
Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores.

**Gráfico 70. Días para ser atendido por un médico general u odontólogo**



Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores

**Gráfico 71. Días para ser atendido por un especialista**



Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores

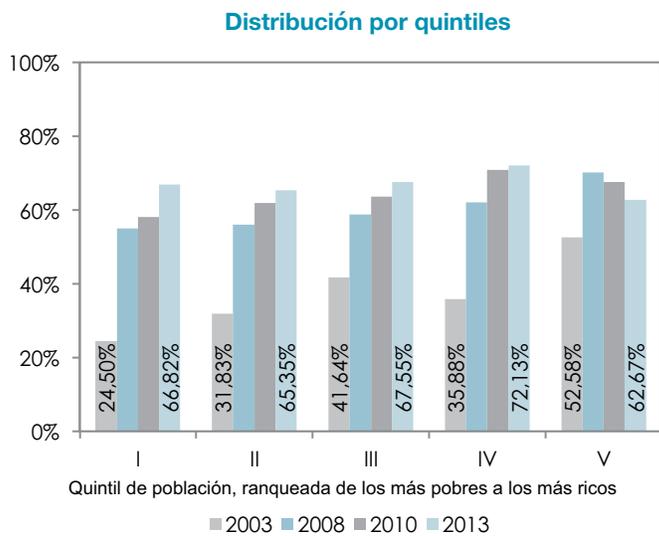
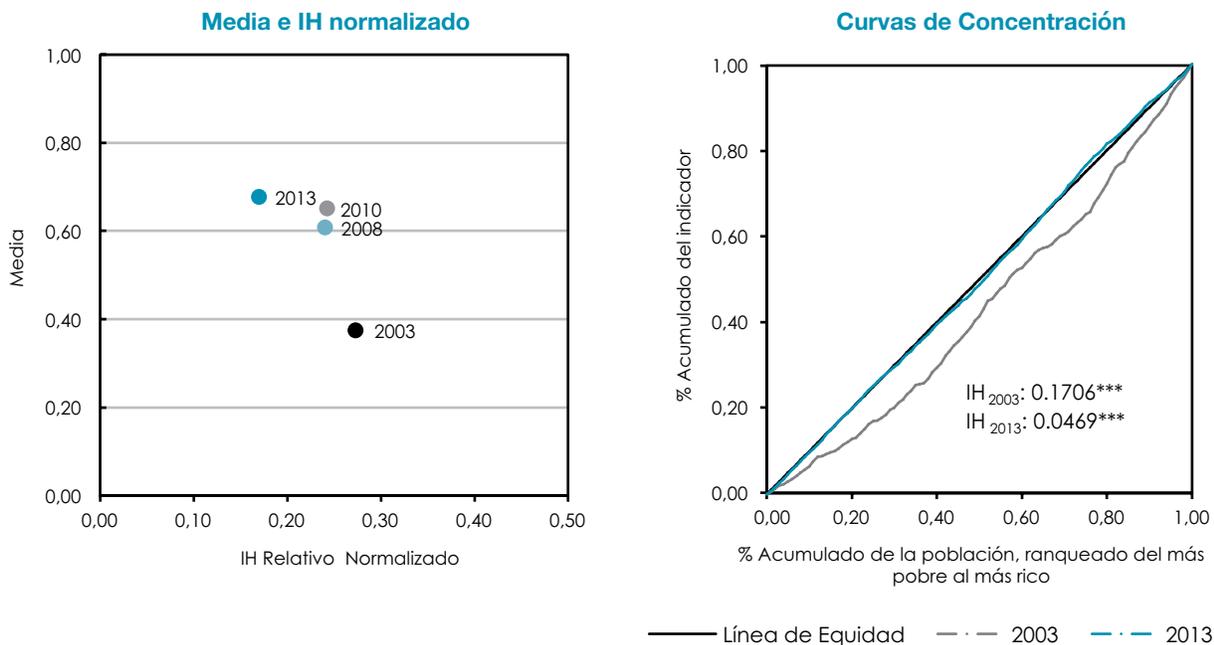
El suministro de los medicamentos formulados por parte del médico es un indicador muy sensible del acceso a los servicios de salud, en particular como medida de la integralidad del proceso de atención. Este es un tema particularmente sensible de la Ley estatutaria de salud, la cual considera la integralidad como un componente fundamental del proceso de servicio y su ausencia, uno de los factores más importantes en la intervención sobre la fragmentación de la atención. La media de suministro total de medicamentos es de 67.0% para 2013. Este indicador ha mejorado de manera sustancial ya que en el 2003 era del 37.3%. La tasa de suministro total o parcial también ha mejorado de manera ostensible desde 52.8% hasta 81.0% en el mismo periodo.

Los índices de concentración normalizados indican cierre de la brecha de equidad: para suministro total de 0.171 (2003) a 0.047 (2013) y en suministro parcial o total de 0.308 a 0.070. La curva de concentración refleja este avance y para 2013 se sitúa justo sobre la línea de equidad. La distribución según quintiles muestra ganancias relevantes en los quintiles más pobres. El quintil uno, pasó del 24.5% de provisión de fórmula completa en 2003, al 66.8% en 2013. El suministro total o parcial de medicamentos pasó del 37.9% en el quintil uno en 2003, al 85.7% en 2013, por encima del suministro total o parcial para el quintil más rico que era del 76.2% en 2013 (Gráfico 72).

El suministro completo de medicamentos tuvo un crecimiento sustancial tanto en el área rural como urbana, de 30% en 2003 pasó a 65.9% entre 2003 y 2013. Para la urbana el cambio fue de 39.3% a 67.2%. El incremento se distribuyó de manera similar entre los diferentes quintiles de ingreso y de acuerdo con la concentración existe alta equidad en la distribución.

Se ha argumentado con razón que la cobertura universal de aseguramiento no refleja necesariamente acceso universal. Sin embargo, los resultados de acceso a servicios y medicamentos evidencian un impactante avance en equidad del sistema de salud colombiano. Si se hace un indicador compuesto del acceso a servicios ambulatorios, especializados, hospitalarios y a medicamentos, tomando como base de referencia (100%) la media del quintil más rico y estimando la proporción de los demás quintiles con base en el porcentaje logro con respecto a la población más rica, los porcentajes de logro serían: 95% para el quintil más pobre, 93% para el quintil dos, 109% para el quintil tres y 112% para el quintil cuatro.

**Gráfico 72. Suministro total de medicamentos (SM)**



Fuente: Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, cálculos de los autores

## Conclusiones

El concepto de salud cambia de acuerdo con la evolución de las sociedades y en la literatura sobre los servicios de salud no existe un consenso acerca de cómo medir las ganancias sociales derivadas de la intervención a los sistemas. Esto en razón a la multiplicidad de marcos de referencia, su complejidad y los intereses de los agentes que los componen. La tendencia es a posicionar a la persona en el centro del sistema de salud.

Para este estudio se tuvieron en cuenta los contextos internacional, territorial y poblacional. En el primero, se analizaron variables indicativas de la condición de salud y de sus determinantes para Colombia, comparados con diferentes grupos de países, según región y nivel de ingreso per cápita. En el segundo, se ponderaron las diferencias territoriales en Colombia –según departamento o municipio– en indicadores de salud materno-infantil. Por último, se estableció el grado de inequidad nacional, en variables indicativas de la salud en la población adulta, infantil, mujeres y gestantes así como en el acceso, calidad y utilización de los servicios de salud. Este análisis de equidad es el resultado de un proceso de varios años de consolidación de información de encuestas nacionales y la adaptación de una metodología utilizada en diversos estudios internacionales.

Numerosas conclusiones pueden derivarse de la interpretación de los resultados obtenidos en este estudio e importantes preguntas quedan por responder a partir de ellos. Se espera que ambos puedan inducir a investigadores en su complementación y profundización a efecto de brindar herramientas e información a los “policy makers” para la formulación y revisión de políticas, objetivos, estrategias y metas a corto, mediano y largo plazo, dentro de los planes y programas de acción, nacionales o regionales, que se definan con miras a brindar a la población respuestas idóneas, eficaces y oportunas sobre las necesidades de salud. Esto es particularmente relevante en un sistema cuyos objetivos sociales, a partir de la Ley Estatutaria de la Salud, parecen moverse desde un énfasis en logros y utilidades en protección financiera hacia la evaluación de las ganancias efectivas en salud.

Desde esta nueva perspectiva, tanto en los avances en el estado de la salud como en búsqueda de mayor equidad en salud, en el curso de la última década pueden evidenciarse avances significativos en la mayoría de los indicadores analizados, correspondientes con el grado de desarrollo del país. No obstante, es preciso advertir la persistencia de una notoria brecha entre Colombia y los países de la OCDE y aún ante Latinoamérica y el Caribe, aunque la misma tiende a su reducción en algunas variables, en otras, se evidencian retrasos significativos en la comparación intertemporal.

Pese a la estrechez de recursos, como puede apreciarse en el indicador de gasto per cápita en salud respecto de la media para los países de la OCDE, el Estado colombiano ha apostado por el acceso a la salud y de ello dan cuenta los avances reconocidos por la comunidad internacional, que han tenido lugar durante el pasado cuarto de siglo y subsisten en lo corrido del actual, como puede verse en los resultados de los indicadores comparados de esfuerzo fiscal, resultados de salud y de equidad.

Es importante resaltar que el análisis referido al posicionamiento de Colombia compara los resultados respecto de las medias ponderadas por la población para los diferentes grupos de países y ante la alta dispersión de los datos de país, las distancias se harán mayores con relación a los países líderes en cada grupo o variable considerada. Por consiguiente, más que fijar la atención sobre los valores absolutos es de mayor importancia centrar la atención en su evolución y dinámica comparadas; y es en este aspecto en donde se funda la conclusión positiva sobre el mejor estar del estado de la salud, tanto de resultados como de equidad.

Un aspecto que caracteriza la concepción actual del sistema colombiano de seguridad es el énfasis que confiere al aspecto curativo sobre el preventivo. Sin embargo, los resultados de las acciones en vacunación y de cobertura universal muestran la contribución de la inversión selectiva en salud pública a la carga potencial por enfermedades transmisibles y sus consecuencias en discapacidad y mortalidad. En igual sentido, el énfasis en la política materno infantil se refleja en mejor cobertura y atención de la mujer embarazada, neonatal y pediátrica. Sin embargo, los resultados muestran desbalances para las áreas de salud en el envejecimiento, donde tiende a concentrarse la mayor carga de enfermedad

Asimismo, son relevantes las reducciones en brechas de equidad en los entornos urbanos y rurales. Esta había sido una de las mayores deficiencias para el sistema de salud. Los avances se dan tanto en cobertura como en acceso a servicios de salud. En salud pública siguen existiendo diferenciales, en especial en las áreas de intervenciones que no están ligadas a programas nacionales, como el programa ampliado de inmunizaciones y los programas centralizados de atención a enfermedades prioritarias. Es todavía un reto lograr la efectividad de las intervenciones descentralizadas en este campo.

Los resultados sugieren avanzar en la intervención sobre los Determinantes Sociales la Salud como la provisión de agua potable, los sistemas de evacuación de aguas servidas y de lluvia, de disposición de basuras, de condiciones de higiene en las viviendas y su entornos, la adopción de prácticas de vida y de entretenimiento sano y las condiciones sociales y económicas que posibiliten a las familias un mejor estar de vida. Medir las condiciones de equidad entre grupos poblacionales y sociales frente a los determinantes sociales representa reto de futuro para los investigadores.

A modo de síntesis se destacan algunos de los resultados obtenidos en el estudio que dan sustento a las conclusiones y recomendaciones generales atrás esbozadas.

La evolución y la tendencia señaladas en la composición demográfica de la población son indicativas de la ruta que seguirá la transformación cualitativa y el énfasis relativo en la constitución de las demandas futuras por salud, dada la carga de enfermedad que implican los cambios esperados en la composición de los grupos poblacionales.

La alta tasa de dependencia amplifica ante la presencia de altas tasas de desempleo o de alto empleo precario, tiende a generar presión económica sobre los sistemas de salud y, por ende, sobre su capacidad de respuesta, en la medida que implica, de un lado, una masa relativa de aportes menor, que constriñe el principio de solidaridad, aminora los aportes contributivos y no contribuye al fortalecimiento de los ingresos fiscales, todos ellos fuente de financiamiento de la

salud. Como consecuencia, se intensifica la creciente presión de demandas por salud de mayor costo, derivadas de una creciente población adulta dependiente.

Cerca de 3.5 millones de personas en Colombia aún no disponen de acceso al consumo de agua potable y más de 10 millones, cerca de una cuarta parte de la población, carecen de servicios y sistemas de eliminación de desechos (letrinas), evacuación de aguas servidas a través de servicios de alcantarillado y, de medios adecuados para la disposición de residuos, todos factores propiciatorios de inequidades sanitarias y de un mal estado de salud.

Los países de la OCDE elevan su gasto en salud desde 9.5% del PIB en 2000 a 12.1% en 2011, por encima de los de Colombia en 2.6 y 6.0 puntos porcentuales, respectivamente, comportamiento similar se observa respecto de Latinoamérica y el Caribe con diferencias próximas a 0.5 y 1.4 puntos porcentuales, en su orden. Este indicador para Colombia se ancla en torno a 6.0% del PIB.

El gasto en salud de los países de la OCDE (US\$2.727 en 2000 y US\$5.160.2 en 2011) es más de seis veces el de los respectivos promedios de Latinoamérica y el Caribe, que le siguen en magnitud (US\$462.5 y US\$872.0, respectivamente), y más de ocho veces el de Colombia (US\$462.5 y de US\$617.9 en el primero y último años indicados).

En la evolución del gasto público en salud resalta el comportamiento errático de las cifras de Colombia y una tendencia creciente en los grupos de países en referencia. No obstante, los valores correspondientes a Colombia – 4.7% en 2000 y 4.6% en 2011 –destacan en su magnitud sobre los respectivos promedios de Latinoamérica y el Caribe, países de ingreso medio alto, medio bajo y bajo y son superados por la OCDE, con 5.9% en 2000 y 7.5% en 2011.

Los países de la OCDE son los de mayor expectativa de vida al nacer, la cual va de 77.9 años en 2000 a 80.4 en 2011. En el lado opuesto se ubican los países de ingreso bajo con 55.7 y 61.1 años, respectivamente. En el medio Colombia con 71.0 y 73.6 años, algo por debajo de los respectivos promedios de Latinoamérica y el Caribe que siguen en orden a la OCDE.

Colombia, con 92 muertes maternas por mil nacidos vivos en 2010 reduce este indicador en 30% respecto de 2000 (130), presenta aún un nivel alto que excede los correspondientes valores de los países de la OCDE (10.8 y 11.8) y de Latinoamérica y el Caribe con 98 y 74.

En Colombia la tasa de prevalencia de tuberculosis decrece a un ritmo similar al de los países de ingreso bajo; de 68 casos en 2000 a 48 por 100.000 habitantes en 2012, cifras superiores a las correspondientes para los países de la OECD con 16.9 y 13.7 e inferiores a la de Latinoamérica y el Caribe con 91 y 60. Similar comportamiento se da en la tasa de incidencia con 68 y 48 casos en el caso de Colombia respecto de 28.4 y 18.5 en los países de la OECD y 91 y 60 para Latinoamérica y el Caribe. La tasa de detección de tuberculosis es en Colombia de 73%, mayor en 10 puntos porcentuales a la de países de ingresos bajos y de 5, 11 y 14 puntos porcentuales por debajo de Latinoamérica y el Caribe, los países de ingreso medio alto y la OCDE, en su orden.

Las tasas de prevalencia e incidencia de tuberculosis y las de detección y tratamiento exitoso han conllevado a una reducción importante en el número de muertes por 100.000 habitantes; éstas

disminuyen a la mitad, de 3.2 muertes por 100.000 habitantes en 2000 a 1.6 en 2012.

Respecto de la carga de enfermedad, se puede decir que para 2010 y en promedio, la expectativa de vida habría aumentado 4.8 años más si se hubiese afectado el componente evitable de carga por muerte prematura (APMP). En hombres la carga por APMP es de 6 años y en mujeres de 3.6 años.

Un colombiano vive 16.9 años con discapacidad evitable. Esta pérdida es de 16.4 años en los hombres y 17.4 en las mujeres. Esto implicaría que, en promedio, un hombre vive con discapacidad evitable desde los 54 años y una mujer desde los 60 años (años libre de discapacidad, ALD). Para una población de 45.5 millones, el país perdió 13.4 millones de años de vida saludable en 2010. El 77.8% de los años de vida saludables perdidos corresponden a discapacidad evitable. El 20% de la carga de discapacidad y de muerte prematura se debe a enfermedad cardiovascular.

Los departamentos con mayor densidad poblacional presentan enfermedad crónica como causa principal de la mortalidad. Entre estos se encuentran Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Caldas, Risaralda y Quindío. Son dominantes las lesiones de causa externa en Antioquia, Putumayo, Huila y los departamentos del Meta, Casanare y Arauca en la altillanura. Las enfermedades tropicales son causas principales de mortalidad en los departamentos que hacen parte de la Orinoquía y la Amazonía. Por último, las afecciones materno-infantiles son preponderantes como causa de mortalidad en los departamentos del Pacífico y de la costa norte del país.

Con prescindencia de los niveles de ingreso territoriales y de los grados de inequidad inherentes a ellos, y de la disímil evolución de estos indicadores, para todos los casos se observa reducciones en las respectivas tasas de mortalidad infantil y de la niñez, con diferencias apreciables entre departamentos, sugiriendo con ello la necesidad de emprender estudios de profundidad en los diferentes entes territoriales y de sus subregiones homogéneas.

En el análisis municipal se evidencia que se han dado avances en los municipios ubicados en la zona andina y en la costa norte del país. Sin embargo, persisten municipios con indicadores inadecuados, principalmente en el pacífico y en las zonas de la Orinoquía y la Amazonía.

En la vacunación de BCG se observan ganancias efectivas en todo el territorio nacional, con una cobertura por encima del 87%. Sin embargo, un número significativo de departamentos se encuentra en situación crítica, en particular el departamento de Cundinamarca cuya cobertura está por debajo del 60%, Chocó y Córdoba que experimentan desmejora en sus niveles de cobertura y Cauca que muestra estancamiento.

Los indicadores de peso y talla son esenciales para ponderar el adecuado desarrollo de los niños. En 2005 el 4.8% de los niños presentaba bajo peso. Sin embargo, la frecuencia de bajo peso sigue siendo 3.2 veces mayor entre los niños del quintil más pobre que en el más rico.

Para 2010 entre los niños de familias más ricas urbanas, el 7.5% tenía baja talla mientras que en los más pobres era el 16.7%. En la zona rural estos valores eran 12.7% en los más ricos y 25.8% en los más pobres.

Algunos departamentos muestran crecimiento en sus porcentajes de niños con bajo peso al nacer: Bogotá, Cundinamarca, Boyacá, Valle del Cauca, Atlántico y Nariño. Otros presentan estancamiento a nivel alto como son los casos de Antioquia y La Guajira y, por último, los departamentos del sur del país (Caquetá, Huila y Meta) tienen niveles bajos. En Chocó, que confronta la peor situación en cuanto a equidad socioeconómica medida a través del coeficiente de Gini, se registra acentuada desmejora en el comportamiento de esta variable.

El acceso a programas de crecimiento y desarrollo presenta diferencias en los entornos urbano y rural en los años analizados, 2005 y 2010. En 2005 el 42.2% de la población rural y el 51% de la urbana tenía acceso a dichos programas. Esto se incrementa a 76.3% y 75.2% en 2010. El acceso crece en todos los grupos socioeconómicos con reducción de las brechas de inequidad, en particular en la zona urbana donde el índice de concentración normalizado se reduce de 0.181 a 0.019 en 2010.

En 2010, el 82.4% de los lactantes recibió 6 meses de leche materna. El promedio mejoró frente a 2005, cuando la cobertura fue de 80.7%. La curva de concentración refleja una alta inequidad frente a los niños más ricos.

Los resultados muestran limitado avance y retrocesos en algunos grupos de socioeconómicos en el número de niños que recibieron lactancia materna restringida. En particular, se aprecia el retroceso en el grupo de mayor nivel socioeconómico, tanto urbano como rural.

Ha habido mejoría en el número de controles prenatales en la mayor parte de los municipios, ubicados en el centro del país, en la región andina y en la costa caribe, con excepción del municipio de Uribí en el Caribe; en contrario los municipios situados en el Pacífico, la Orinoquia y la Amazonía no enseñan progresos en este indicador.

Colombia ha avanzado de manera notable en la reducción de la mortalidad materna. Datos recientes muestran una mortalidad materna nacional de 68.8 por 100,000 nacidos vivos para 2011. Sin embargo, las diferencias entre departamentos son grandes, entre 358 muertes por 100.000 nacidos vivos en Chocó y 31.9 por 100.000 nacidos vivos en Quindío (MSPS, 2014).

Uno de los aspectos relacionados con la atención del parto más enfatizado en la política pública es la atención institucional. En el contexto territorial se avanza en el promedio de partos institucionales. Estos en la zona rural pasan de 78.1% 2005 a 87.4% en 2010 y en la urbana de 97.5% a 98.4%. La brecha más grande subsiste en el quintil más pobre rural frente al urbano con 24 puntos porcentuales de diferencia.

Todos los departamentos presentan avances ostensibles en el porcentaje de partos atendidos por personal calificado: Incluso en departamentos en condiciones de inequidad severa como Chocó, Cauca y La Guajira, pese a su retroceso en la condición socioeconómica.

En cuanto a los resultados de equidad se destaca la consistente reducción de las brechas entre grupos poblacionales socioeconómicos casi en la totalidad de las variables analizadas:

En 2003 el 34% de los colombianos consideraba que su salud era menos que buena, para 2013 esta proporción era del 25%. Este es un cambio notable en un periodo de 10 años. La variación en el quintil más pobre fluctuó entre el 51% y el 35%, mientras que en el quintil más rico la reducción es más limitada, de 22% a 19%. Cuando se comparan todos los quintiles, la ganancia en cierre de brecha de inequidad más significativa está concentrada en la población en mayor condición de pobreza.

Pese a que la percepción negativa de la salud se encontraba concentrada sobre la población más pobre, tanto en el área urbana como rural para 2003, en 2013 se reduce el grado de inequidad en ambos casos y en mayor grado dentro de la población más pobre del área rural, en gran parte explicable por la ampliación de la cobertura de aseguramiento.

La obesidad es un factor de riesgo relacionado con la presencia de enfermedad crónica, el cual se incrementa 70% tratándose de enfermedad cardiovascular y 20% para cáncer. Según la Encuesta de Situación Nutricional 2010 (MPS, 2010) el 51% de los colombianos presenta sobrepeso y el 17% obesidad.

Esta condición afecta de modo diferenciado a hombres y mujeres; su incidencia es relativamente mayor en los hombres del quintil superior y en las mujeres del inferior, lo cual refleja la presencia de distintos patrones y pautas socioeconómicas y culturales inter quintiles. Su creciente extensión demanda que se dé prioridad a su atención por sus consabidos efectos en la génesis de enfermedades crónicas de índole cardiovascular y diabetes, entre otros males.

En suma, los resultados del análisis de inequidad en salud materna muestran evidentes progresos en los indicadores de morbilidad y, en particular, en el acceso a los servicios del sistema de salud, así como mayor cobertura en actividades críticas para la reducción del riesgo, como el acceso a control prenatal, parto institucional y suplementación con hierro. Sin embargo, los resultados revelan cierta consistencia en la brecha de inequidad que afecta al quintil más pobre de la población.

Se constatan cambios importantes en indicadores de acceso, calidad y utilización de servicios. El aseguramiento social en salud se expande de 63.5% en 2003 a 90.7% en 2013. No obstante, aunque estamos cada más cerca del logro de cobertura universal, aún persisten diferencias en favor de las poblaciones más ricas.

A los servicios médicos preventivos acudió el 58.3% de la población en el año 2013 con notorio crecimiento respecto de 2003 (46.5%). Estas coberturas son bajas y en su descomposición reflejan alto grado de inequidad y tendencia hacia el cierre de la brecha. En efecto, en 2003, el 34.7% y 50.0% de la población hizo uso de los servicios médicos preventivos en el área rural y urbana, respectivamente, porcentajes que para 2013 llegaron a 50.0% y 60.4%, en igual orden.

El suministro total de medicamentos formulados es un indicador sensible de la integralidad del proceso de atención. En el área rural sólo el 30% de las formulaciones fue provista en 2003 cifra que pasó a 65.9% en 2013. En el ámbito urbano la correspondiente variación fue de 39.3% a 67.2%. Dichos incrementos se dieron de modo relativamente uniforme entre los diferentes quintiles de ingreso.

Estos resultados reflejan un cambio frente al sistema anterior. En 1990 solo el 15.7% de la población colombiana estaba cubierto por la seguridad social en salud (Yepes, 1990), porcentaje que para 2014 se eleva a 97%. Vale decir que este gran avance en el nivel de aseguramiento no necesariamente significó la erradicación de las brechas de inequidad en el acceso y en la calidad de los servicios de salud. En efecto, sólo hasta 2012 se igualaron los derechos contenidos en los planes, antes inferiores en el régimen subsidiado donde se inscribe alrededor de la mitad de la población asegurada, situación aún más acentuada en la población no asegurada en condiciones de vulnerabilidad, aquejada de pobreza y miseria, con acceso sólo a la red pública hospitalaria de salud.

La pregunta relevante en este momento del sistema es hacia donde debe avanzar su desarrollo para posibilitar mayores ganancias en equidad. La homogeneidad en la operación del aseguramiento, aunada a la limitada capacidad institucional de las entidades territoriales donde se concentra la mayor marginalidad, demandan de esquemas de atención diferenciados con alta participación del sector público en lo concerniente a su financiación y en el liderazgo de acciones que involucren a las propias comunidades y potencien la utilización de los saberes autóctonos tradicionales.

Frente a dichas circunstancias, la Ley Estatutaria de Salud representa una gran oportunidad y es un gran paso para impulsar la equidad y superar los problemas de acceso al sistema de salud e integra los conceptos de promoción, prestación, tratamiento y paliación como componentes de la atención en salud que, de manera integral, conforman el núcleo esencial de derechos a la salud. Esto implica que las políticas del Estado deben orientarse hacia la integralidad de la atención como regla básica para generar ganancias en equidad.

El gasto prestacional tiende a generar muy bajas utilidades en salud en la medida en que las prestaciones y tecnologías van siendo menos eficaces en la recuperación de la salud. Sin embargo, intervenciones de base colectiva que pueden generar grandes utilidades como el aporte de micronutrientes o la recuperación nutricional de niños en desnutrición aguda, moderada y severa tienen un lugar muy secundario en la financiación de la inversión en salud. Ese es el tipo de retos que el Sistema de Salud debe afrontar si quiere realmente hacer realidad el derecho a la salud y recuperar la legitimidad social.

El mayor reto en el sistema colombiano es la transformación de una visión en la que la legitimidad del sistema se ha ligado al componente prestacional de los servicios, limitada por su naturaleza individualista y ligada a la optimización del gasto de bolsillo desde el individuo y las familias, objeto primordial de la seguridad social y no del sistema visto en forma integral. Se debe lograr una visión de carácter solidario, según la cual los recursos del sistema, siempre limitados, sean considerados bienes públicos y sujetos a decisiones sociales en cuanto a su inversión.

La sociedad debe llegar a aceptar una regla de priorización básica, donde el interés colectivo se sobreponga sobre el interés individual y el gasto en vacunación o programas efectivos de salud pública, sean siempre prioritarios sobre el gasto en prestaciones. Solo con base en el consenso sobre esta norma básica, será posible posicionar la equidad como núcleo de toda la intervención del Sistema.

# Bibliografía

- Acosta Ramírez, N., Peñalosa, R. E., & Rodríguez García, J. (2008). Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Centro de Proyectos Para El Desarrollo (CENDEX), 94.
- Alkire, S., & Santos, M. E. (2010). Acute multidimensional poverty: A new index for developing countries. United Nations Development Programme Human Development Report Office Background Paper, (2010/11).
- Alleyne, G. A. O., Casas, J. A., & Castillo-Salgado, C. (2000). Equality, equity: why bother? Bulletin of the World Health Organization, 78(1), 76–77. Retrieved from <http://goo.gl/kONEGP>.
- Angulo Salazar, R. C., Díaz Cuervo, Y., & Pardo Pinzón, R. (2011). Índice de Pobreza Multidimensional para Colombia (IPM-Colombia) 1997–2010. Archivos de Economía, Documento, 382.
- Camacho, A., & Flórez, C. E. (2012). Diagnóstico e inequidades de la salud materno-infantil en Colombia: 1990-2010. La salud En Colombia, 67.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - CELADE. (2013). Estimaciones y proyecciones de población a Largo Plazo 1950-2100. Retrieved February 18, 2015, from <http://goo.gl/zB69Jd>.
- Comité, D. (2000). Observación General No. 14. El Derecho Al Disfrute Del Más Alto Nivel Posible de Salud (artículo 12), Párr, 11, 12–21.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley No. 100 de 1993. Ley 100, 1993(Diciembre 23), 1–132.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley No. 1122 De 2007, 2007(Enero 9), 1–18. Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/LEY\\_1122\\_DE\\_2007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/LEY_1122_DE_2007.pdf).
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria No. 1751, 13. Retrieved from [http://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley\\_1751\\_de\\_2015.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf).
- Corte Constitucional. (2008). Sentencia T – 760/2008.
- Corte Constitucional. (2014). Sentencia C-313/14.
- De Colombia, C. P. (1991). Constitución Política de Colombia, 1991. Santafe de Bogotá.
- De Smith, M., Goodchild, M. F., & Longley, P. A. (2015). Geospatial Analysis: A Comprehensive Guide to Principles, Techniques and Software Tools (Fifth Edit). Retrieved from <http://goo.gl/Z0AdBV>.
- Delgado, M., Villar, L., Malagón, J., & Riveros, L. C. (2013). Elaboración de proyecciones de mediano plazo de actividad económica regional 2013-2017. Retrieved from <http://goo.gl/yxNgC7>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2004). Encuesta de Calidad de Vida 2003. Retrieved from <http://goo.gl/cGlme1>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2009). Encuesta de Calidad de Vida 2008. Retrieved from <http://goo.gl/OMqYT2>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2011). Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2010. Retrieved from <http://goo.gl/IliOSX>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2014). Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013. Retrieved from <http://goo.gl/oeKB3p>.

- Departamento Nacional de Planeación - DNP. (2010). Los objetivos de Desarrollo del Milenio. II Informe de seguimiento 2008, 209.
- Departamento Nacional de Planeación - DNP, Departamento para la Prosperidad Social - DPS, & Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. (2012). Documento Conpes Social 150 - Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación - DNP, Presidencia de la República de Colombia, Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional - Acción Social, & SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS EN COLOMBIA - SNU. (2005). Hacia una Colombia equitativa e incluyente: objetivos de desarrollo del milenio. Colombia. Retrieved from <http://goo.gl/oKNRJ5>.
- Dye, C., Boerma, T., Evans, D., Harries, A., Lienhardt, C., & McManus, J. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. OMS Ginebra. Retrieved from <http://goo.gl/mRx8qr>.
- Foster, J., Seth, S., Lokshin, M., & Sajaia, Z. (2013). A Unified Approach to Measuring Poverty and Inequality--Theory and Practice: Streamlined Analysis with ADePT Software. Washington, DC: World Bank. Retrieved from <https://www.openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13731/9780821384619.pdf?sequence=1>.
- Gastwirth, J. L. (1971). A general definition of the Lorenz curve. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 1037–1039.
- Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Meriardi, M., & Althabe, F. (2010). The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World Health Report*, 30, 1–31.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, PROFAMILIA, Instituto Nacional de Salud - INS, & Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2005). Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2005. Retrieved from <http://goo.gl/dx2CYO>.
- Instituto Nacional de Salud - INS. (2002). Boletín Epidemiológico Semanal No. 42.
- Instituto Nacional de Salud - INS. (2013). Observatorio Nacional de Salud, Boletín #1.
- Jenkins, S. (1988). Calculating income distribution indices from micro-data. *National Tax Journal*, 139–142.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69, 307–316. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>.
- Kakwani, N. C., & Bank, W. (1980). *Income inequality and poverty: methods of estimation and policy applications*. Oxford University Press New York.
- Kakwani, N., Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (1997). Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *Journal of Econometrics*, 77(1), 87–103.
- Laframboise HL. (1973). Health policy: breaking the problem down into more namageable segments. Retrieved from <http://goo.gl/Vmg1fd>
- Lalonde, M. (1974). Informe de Lalonde sobre el Estado de Salud. *Determinantes Del Estado de Salud*. Canadá.
- Larsson, D., Hemmingsson, T., Allebeck, P., & Lundberg, I. (2002). Self-rated health and mortality among young men: what is the relation and how may it be explained? *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(4), 259–266.
- Lerman, R. I., & Yitzhaki, S. (1989). Improving the accuracy of estimates of Gini coefficients. *Journal of Econometrics*, 42(1), 43–47.

- Mathers, C., Vos, T., & Stevenson, C. (1999). The burden of disease and injury in Australia. Australian Institute of Health and Welfare. Retrieved from <http://goo.gl/hsk8Jm>.
- Ministerio de la Protección Social (MPS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto Nacional de Salud (INS), Profamilia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Instituto Colombiano del Deporte (OID), ... Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética (ACFNA). (2010). Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2010. Retrieved from <http://goo.gl/s6UzHR>.
- Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. (2013). Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021.
- Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. (2014). Análisis de Situación de Salud, Colombia 2013. Bogotá, Colombia.
- Murray, C. J. (1994). Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization*, 72(3), 429–445.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9063), 1436–1442.
- Nybo, H., Petersen, H. C., Gaist, D., Jeune, B., Andersen, K., McGue, M., ... Christensen, K. (2003). Predictors of Mortality in 2,249 Nonagenarians—The Danish 1905-Cohort Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1365–1373.
- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. World Bank Publications.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud - OMS. OMS Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2014a). Cobertura Vacunal - Nota descriptiva N° 378. Retrieved from <http://goo.gl/DTiuFI>.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2014b). Mortalidad Materna - Nota descriptiva N°348. Retrieved from <http://goo.gl/KZf6K5>.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2014c). Tuberculosis - Nota Descriptiva N° 104. Retrieved from <http://goo.gl/e1ISke>.
- Orozco Africano, J. M. (2006). Evaluación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena.
- Peña, D. (2002). Análisis de datos multivariantes (Vol. 24). McGraw-Hill Madrid. Retrieved from <http://goo.gl/M3LpX9>.
- Peñalosa, R. E., Salamanca, N., Rodríguez, J., & Beltrán, A. (2013). Carga de Enfermedad Colombia 2010. (Pontificia Universidad Javeriana, Ed.). Bogotá D.C.: CENDEX.
- Procuraduría General de la Nación - República de Colombia. (2008). El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud. Bogotá: Autor.[Links].
- Profamilia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID, Ministerio de la Protección Social - MPS, & Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Retrieved from <http://goo.gl/x57uZg>.
- Profamilia, Ministerio de la Protección Social - MPS, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, & Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID. (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Retrieved from <http://goo.gl/9pBAsJ>.

- Profamilia, Ministerio de la Protección Social -MPS, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID, & Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF. (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2010. Bogotá, Colombia: Profamilia Bogotá.
- Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 12(6), 398–414. Retrieved from <http://goo.gl/FYe3VI>.
- StataCorp, L. P. (2007). Stata data analysis and statistical Software. Special Edition Release, 10.
- Talavera, M. (2012). El concepto de salud, definición y evolución. Examen Final: Administración En Salud. IX Semestre de Medicina.
- The World Bank. (2013). New Country Classifications. Retrieved August 5, 2013, from <http://goo.gl/h2ZOUS>
- The World Bank. (2015a). Estadísticas de salud, nutrición y población. Retrieved March 3, 2014, from <http://goo.gl/SDGbzH>.
- The World Bank. (2015b). World Development Indicators Data. Retrieved March 3, 2014, from <http://goo.gl/wGTKeD>.
- United Nations Department of Economics and Social Affairs (UNDESA). (2012). World Population Prospects. Retrieved February 18, 2015, from <http://goo.gl/p8lxMX>.
- Van Doorslaer, E., Koolman, X., & Jones, A. M. (2002). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe: a decomposition approach. ECuity II Project. Retrieved from <http://goo.gl/izDV4s>.
- Van Doorslaer, E., & Masseria, C. (2004). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OCDE countries. OCDE Paris, France: Retrieved from <http://goo.gl/McQnKm>.
- Villar, J., & Bergsjö, P. (2003). Nuevo modelo de control prenatal de la OMS. Grupo de Investigación Del Estudio de Control Prenatal de La OMS. Organización Mundial de La Salud.
- Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 33(5), 545–557.
- Ward, B. W., Schiller, J. S., & Goodman, R. A. (2014). Peer Reviewed: Multiple Chronic Conditions Among US Adults: A 2012 Update. *Preventing Chronic Disease*, 11.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2010). Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud. *Desarrollando El Máximo Potencial de Salud Para Toda La Población*. España: Ministerio de Sanidad Y Política Social. Retrieved from <http://goo.gl/wce92R>.
- Wong, D. D., Wong, R. P. C., & Caplan, G. A. (2007). Self-rated health in the unwell elderly presenting to the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 19(3), 196–202.
- World Health Organization - WHO, & United Nations Children's Fund - UNICEF. (2012). Progress on drinking water and sanitation. Update. <http://doi.org/978-924-1503279>.
- Yepes, F. J. (1990). La salud en Colombia: Estudio sectorial de salud. *La Salud En Colombia: Estudio Sectorial de Salud*.

# Anexos

## Anexo 1

### 1. Clasificación de países del Banco Mundial basada en el Ingreso Nacional Bruto (INB)

N°	Ingreso bajo	Ingreso medio bajo	Ingreso medio alto	Ingreso alto OCDE	Latinoamérica-Caribe
1	Afghanistan	Armenia	Albania	Australia	Antigua and Barbuda
2	Bangladesh	Bhutan	Algeria	Austria	Argentina
3	Benin	Bolivia	American Samoa	Belgium	Aruba
4	Burkina Faso	Cameroon	Angola	Canada	Bahamas, The
5	Burundi	Cape Verde	Argentina	Chile	Barbados
6	Cambodia	Congo, Rep.	Azerbaijan	Czech Republic	Belize
7	Central African Republic	Cote d'Ivoire	Belarus	Denmark	Bolivia
8	Chad	Djibouti	Belize	Estonia	Brazil
9	Comoros	Egypt, Arab Rep.	Bosnia and Herzegovina	Finland	Cayman Islands
10	Congo, Dem. Rep.	El Salvador	Botswana	France	Chile
11	Eritrea	Georgia	Brazil	Germany	Colombia
12	Ethiopia	Ghana	Bulgaria	Greece	Costa Rica
13	Gambia, The	Guatemala	China	Iceland	Cuba
14	Guinea	Guyana	Colombia	Ireland	Curacao
15	Guinea-Bissau	Honduras	Costa Rica	Israel	Dominica
16	Haiti	India	Cuba	Italy	Dominican Republic
17	Kenya	Indonesia	Dominica	Japan	Ecuador
18	Korea, Dem. Rep.	Kiribati	Dominican Republic	Korea, Rep.	El Salvador
19	Kyrgyz Republic	Kosovo	Ecuador	Luxembourg	Grenada
20	Liberia	Lao PDR	Fiji	Netherlands	Guatemala
21	Madagascar	Lesotho	Gabon	New Zealand	Guyana
22	Malawi	Mauritania	Grenada	Norway	Haiti
23	Mali	Micronesia, Fed. Sts.	Hungary	Poland	Honduras
24	Mozambique	Moldova	Iran, Islamic Rep.	Portugal	Jamaica
25	Myanmar	Mongolia	Iraq	Slovak Republic	Mexico
26	Nepal	Morocco	Jamaica	Slovenia	Nicaragua
27	Niger	Nicaragua	Jordan	Spain	Panama
28	Rwanda	Nigeria	Kazakhstan	Sweden	Paraguay
29	Sierra Leone	Pakistan	Lebanon	Switzerland	Peru
30	Somalia	Papua New Guinea	Libya	United Kingdom	Puerto Rico
31	South Sudan	Paraguay	Macedonia, FYR	United States	Sint Maarten (Dutch part)

N°	Ingreso bajo	Ingreso medio bajo	Ingreso medio alto	Ingreso alto OCDE	Latinoamérica-Caribe
32	Tajikistan	Philippines	Malaysia		St. Kitts and Nevis
33	Tanzania	Samoa	Maldives		St. Lucia
34	Togo	Sao Tome and Principe	Marshall Islands		St. Martin (French part)
35	Uganda	Senegal	Mauritius		St. Vincent and the Grenadines
36	Zimbabwe	Solomon Islands	Mexico		Suriname
37		Sri Lanka	Montenegro		Trinidad and Tobago
38		Sudan	Namibia		Turks and Caicos Islands
39		Swaziland	Palau		Uruguay
40		Syrian Arab Republic	Panama		Venezuela, RB
41		Timor-Leste	Peru		Virgin Islands (U.S.)
42		Ukraine	Romania		
43		Uzbekistan	Serbia		
44		Vanuatu	Seychelles		
45		Vietnam	South Africa		
46		West Bank and Gaza	St. Lucia		
47		Yemen, Rep.	St. Vincent and the Grenadines		
48		Zambia	Suriname		
49			Thailand		
50			Tonga		
51			Tunisia		
52			Turkey		
53			Turkmenistan		
54			Tuvalu		
55			Venezuela, RB		

Fuente: (The World Bank, 2013, 2015a, 2015b)

## Anexo 2. Indicadores contruidos para análisis de inequidad

Grupo	Población de análisis	Indicadores	Variable
Situación general en salud	> 18 años	Autopercepción del estado de salud	¿Su estado de salud en general es...? 1: Menos que bueno 0: Muy bueno, bueno
	15- 49 años	Presencia de enfermedad crónica	¿Tiene alguna enfermedad crónica (hipertensión arterial, diabetes, etc.)? 1: Si 0: No
Población Infantil	15- 49 años	Obesidad no gestantes	1: IMC>30 0: d.i.c (15-49 años)
		Obesidad en hombres	1: IMC>30 0: d.i.c (15-49 años)
	12 - 23 meses	BCG	1: Única dosis de BCG, 0: d.i.c
		DPT	1: Tres dosis de DPT, 0: Menos de tres dosis de DPT
		Triple viral	1: Única dosis de Triple Viral, 0: d.i.c
	< 5 años	Bajo peso	1: Niño con altura-para-edad z-score <-2 desviaciones estándar de la media de referencia (Nota: z-score calculados usando WHO 2006 Child Growth Standards) 0: d.i.c
		Baja talla	1: Niño con peso-para-edad z-score <-2 desviaciones estándar de la media de referencia. (Nota: z-score calculados usando WHO 2006 Child Growth Standards) 0: d.i.c
		Programa de crecimiento y desarrollo	1: Está inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo o control del niño sano 0: d.i.c
		Menos de 6 meses de lactancia	1: menos de 6 meses de pecho 0: 6 o más meses de pecho (No necesariamente exclusiva)
		Diarrea	En los últimos 15 días tuvo diarrea? 1: Si, 0: No
		Infección Respiratoria Aguda (IRA)	En los últimos 15 días tuvo respiración corta y rápida o dificultad para respirar? 1: Si, 0: No
	Gestantes	< 5 años	Controles prenatales (+ 4 visitas)
¿Durante el embarazo le suministraron o compró hierro?			1: si 0: no
Mujeres con niños menores de 5 años		Parto en institución de salud	¿Dónde tuvo lugar el parto? 1: hospital/clínica/institución/puesto de salud o consultorio médico particular 0: propio hogar, otro hogar
		Complicación al momento del nacimiento	1: Labor prolongada, sangrado excesivo después del parto, fiebre con sangrado vaginal que oía mal, convulsiones no causadas por fiebre o alguna otra complicación 0: Sin complicaciones
		Complicación como consecuencia del parto (durante los 40 días después del parto)	1: Sangrado intenso de la vagina, desmayo y pérdida de conciencia, fiebre temperatura alta o escalofríos, infección de los senos, dolor y ardor al orinar, flujos o líquidos vaginales, pérdida involuntaria de orina, depresión posparto 0: Sin complicaciones
		Sangrado excesivo posparto	1: Sangrado intenso de la vagina 0: otra complicación
		Infección de senos posparto	1: Infección de los senos 0: otra complicación
		Nació por operación cesárea	1: si 0: no

Grupo	Población de análisis	Indicadores	Variable
Acceso, calidad y utilización de servicios de salud	> 18 años	Afilación al SGSSS	¿Está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud? 1: Si 0: No
		Uso de servicios médicos preventivos	Sin estar enfermo o por prevención ¿Consulta por lo menos una vez al año al médico? 1: Si 0: No
		Uso de servicios odontológicos preventivos	Sin estar enfermo o por prevención ¿Consulta por lo menos una vez al año al odontólogo? 1: Si 0: No
		Uso de servicios ambulatorios por problema de salud manifiesto	Para quienes en los últimos 30 días tuvieron alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización ¿Acudió a un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud para tratar dicho problema? 1: Si 0: No
		Uso de servicios médico especialistas por problema de salud manifiesto	Para quienes en los últimos 30 días tuvieron alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización y acudieron a un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud para tratar dicho problema ¿Fue remitido o recurrió al especialista? 1: Si 0: No
		Uso de servicios hospitalarios	¿Durante los últimos 12 meses tuvo que ser hospitalizado? 1: Si 0: No
		Suministro total de medicamentos	Para quienes en los últimos 30 días tuvieron alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización y le fueron formulados medicamentos. Estos medicamentos o remedios ¿Le fueron entregados por cuenta de la institución a la cual está afiliado? 1: Si, todos 0: Algunos o ninguno
		Percepción de calidad de servicios ambulatorios	Para quienes en los últimos 30 días tuvieron alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización y acudieron a un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta, institución de salud, promotor de salud o enfermero para tratar dicho problema. Considera que la calidad del servicio fue... 1: Menos que bueno 0: Bueno
		Percepción de la calidad de servicios hospitalarios	Para quienes fueron hospitalizados en los últimos 12 meses. Considera que la calidad de este servicio fue... 1: Menos que bueno 0: Bueno
		Días de espera para ser atendido por un médico general u odontólogo	Para quienes en los últimos 30 días tuvieron alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización y acudieron a un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontológico?
Días de espera para ser atendido por un especialista	Para quienes en los últimos 30 días tuvieron alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización, acudieron a un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud y fueron remitidos o recurrieron al especialista ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el especialista?		

### Anexo 3. Dimensiones IPM – Colombia

Dimensión	Indicador	Privación
Acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vida	Fuente de agua para consumo	Hogares urbanos que no tienen servicio público de acueducto en la vivienda. Hogares rurales que obtienen el agua para preparar los alimentos de pozo sin bomba, agua lluvia, río, quebrada, manantial, nacimiento, pila pública, carro-tanque o aguatero.
	Electricidad	Hogares que no tienen servicio domiciliario de electricidad.
	Eliminación de excretas	Hogares urbanos que no tienen servicio público de alcantarillado.
		Hogares rurales que tienen inodoro sin conexión, letrina, bajarman o no tienen servicio sanitario.
	Basuras	Hogares urbanos que tiran la basura al río, caño, patio, lote o zanja, la queman, la entierran o acceden a un servicio informal de recolección.
		Hogares rurales que tiran la basura al río, caño, patio, lote o zanja, la queman, la entierran.
	Pisos	Hogares que tienen pisos en tierra.
	Paredes exteriores	Hogares urbanos con material de las paredes exteriores madera burda, tabla, tablón, guadua, otro vegetal, zinc, tela, cartón, deshechos y sin paredes.
Hogares rurales con material de las paredes exteriores guadua, otro vegetal, zinc, tela, cartón, deshechos y sin paredes.		
Hacinamiento crítico	Hogares urbanos con 3 o más personas por cuarto.	
	Hogares rurales con más de 3 personas por cuarto.	
Clima educativo del hogar	Logro educativo	Hogares con al menos una persona de 15 años o más con 9 años o menos de educación formal. Los hogares que no tienen personas de 15 años o más, se les considera en condición de privación.
	Alfabetismo	Hogares con al menos una persona de 15 años o más que no sabe leer y escribir. Los hogares que no tienen personas de 15 años o más, se les considera en condición de privación.
Condiciones de la niñez y la juventud	Asistencia escolar	Hogares con al menos un niño entre 6 y 16 años que no asiste a una institución educativa.
	Rezago escolar	Hogares con al menos un niño entre 7 y 17 años con rezago escolar.
	Atención integral a primera infancia	Hogares con al menos un niño de 0 a 5 años sin AIPI (salud, nutrición y educación).
	Trabajo infantil	Hogares con al menos un niño trabajando.
Ocupación	Desempleo de larga duración	Hogares con al menos una persona desempleada por más de 12 meses.
Salud	Aseguramiento en salud	Hogares con al menos una persona que no se encuentre asegurada a la salud.
	Servicio de salud dada una necesidad	Hogares con al menos una persona que en los últimos 30 días tuvieron un problema de salud que no haya implicado hospitalización y que no acudieron a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud.

### Anexo 4. Media, distribución estandarizada por quintiles e índices de concentración, Colombia

	Año	Quintiles					Media	CI/HI Relativo	IC/HI Absoluto	CI/HI Absoluto Normalizado	Índice estándar de desempeño	Índice estándar de desempeño normalizado	
		I	II	III	IV	V							
<b>Equidad y situación general en salud</b>													
Autopercepción del estado de salud (menos que buena)	2003	0.5083	0.3918	0.2946	0.2802	0.2211	0.3392	-0.1252***	-0.1895	-0.0425	-0.0643	0.3817***	0.4035
	2008	0.4090	0.3497	0.2515	0.2237	0.1999	0.2867	-0.0724***	-0.1015	-0.0208	-0.0291	0.3075***	0.3158
	2010	0.3463	0.3091	0.2426	0.2195	0.1900	0.2615	-0.0307***	-0.0416	-0.0080	-0.0109	0.2695***	0.2724
	2013	0.3546	0.3080	0.2142	0.1989	0.1908	0.2533	-0.0333***	-0.0442	-0.0084	-0.0112	0.2616***	0.2645
	2003	0.1778	0.1807	0.1769	0.1751	0.1943	0.1810	0.072***	0.0879	0.0130	0.0159	0.1679***	0.1651
Presencia de enfermedad crónica	2008	0.1331	0.1653	0.1418	0.1682	0.1517	0.1520	0.149***	0.1757	0.0227	0.0267	0.1294***	0.1253
	2010	0.1244	0.1565	0.1485	0.1716	0.1663	0.1535	0.189***	0.2232	0.0290	0.0343	0.1245***	0.1192
Obesidad no gestantes	2005	0.1103	0.1233	0.1296	0.1280	0.1145	0.1218	0.0031	0.0035	0.0004	0.0004	0.1214***	0.1214
	2010	0.1630	0.1689	0.1628	0.1427	0.1232	0.1514	0.3618***	0.4263	0.0548	0.0645	0.0966***	0.0868
Obesidad en hombres	2005	0.0252	0.0679	0.0858	0.0994	0.1178	0.0783	0.2294***	0.2488	0.0179	0.0195	0.0603***	0.0588
	2010	0.0528	0.1071	0.1088	0.1349	0.1345	0.1064	0.1631***	0.1825	0.0174	0.0194	0.0891***	0.0870
<b>Equidad en salud de la población infantil</b>													
Baja talla	2005	0.2667	0.1820	0.1548	0.1051	0.0732	0.1584	-0.2437***	-0.2895	-0.0386	-0.0459	0.197***	0.2043
	2010	0.2107	0.1332	0.1251	0.1019	0.0822	0.1310	-0.1862***	-0.2142	-0.0244	-0.0281	0.1554***	0.1590
Bajo peso	2005	0.0840	0.0593	0.0363	0.0327	0.0267	0.0484	-0.249***	-0.2616	-0.0120	-0.0127	0.0604***	0.0610
	2010	0.0627	0.0356	0.0281	0.0218	0.0193	0.0336	-0.2592***	-0.2682	-0.0087	-0.0090	0.0423***	0.0426
Programa de crecimiento y desarrollo	2005	0.3495	0.4449	0.4847	0.5294	0.6046	0.4832	0.1053***	0.2038	0.0509	0.0985	0.4323***	0.3847
	2010	0.7199	0.7947	0.7435	0.7577	0.7600	0.7552	0.0065**	0.0268	0.0049	0.0202	0.7503***	0.7350
Menos de 6 meses de lactancia	2005	0.0995	0.1613	0.1912	0.2081	0.2749	0.1931	0.1747***	0.2165	0.0397	0.0418	0.1594***	0.1513
	2010	0.1051	0.1582	0.1750	0.2124	0.2269	0.1757	0.1411***	0.1712	0.0248	0.0301	0.1509***	0.1456
Diarrea	2005	0.1758	0.1714	0.1509	0.1203	0.1014	0.1436	-0.1229***	-0.1435	-0.0176	-0.0206	0.1613***	0.1642
	2010	0.1744	0.1381	0.1330	0.1106	0.0821	0.1274	-0.1377***	-0.1578	-0.0175	-0.0201	0.145***	0.1475
IRA	2005	0.1318	0.1096	0.1111	0.1100	0.1190	0.1163	-0.0184	-0.0209	-0.0021	-0.0024	0.1184***	0.1187
	2010	0.1214	0.1097	0.1234	0.1110	0.0823	0.1095	-0.0543***	-0.0610	-0.0060	-0.0067	0.1155***	0.1162
BCG	2005	0.9130	0.9805	0.9870	0.9798	0.9907	0.9695	0.0137***	0.4499	0.0133	0.4361	0.9562***	0.5334
	2010	0.9461	0.9790	0.9829	0.9808	0.9697	0.9716	0.0041	0.1434	0.0040	0.1394	0.9676***	0.8322
DPT	2005	0.6935	0.8019	0.8398	0.8353	0.8944	0.8104	0.0465***	0.2455	0.0377	0.1989	0.7727***	0.6115
	2010	0.8353	0.9070	0.9145	0.9359	0.9094	0.9002	0.0177***	0.1775	0.0159	0.1597	0.8843***	0.7405

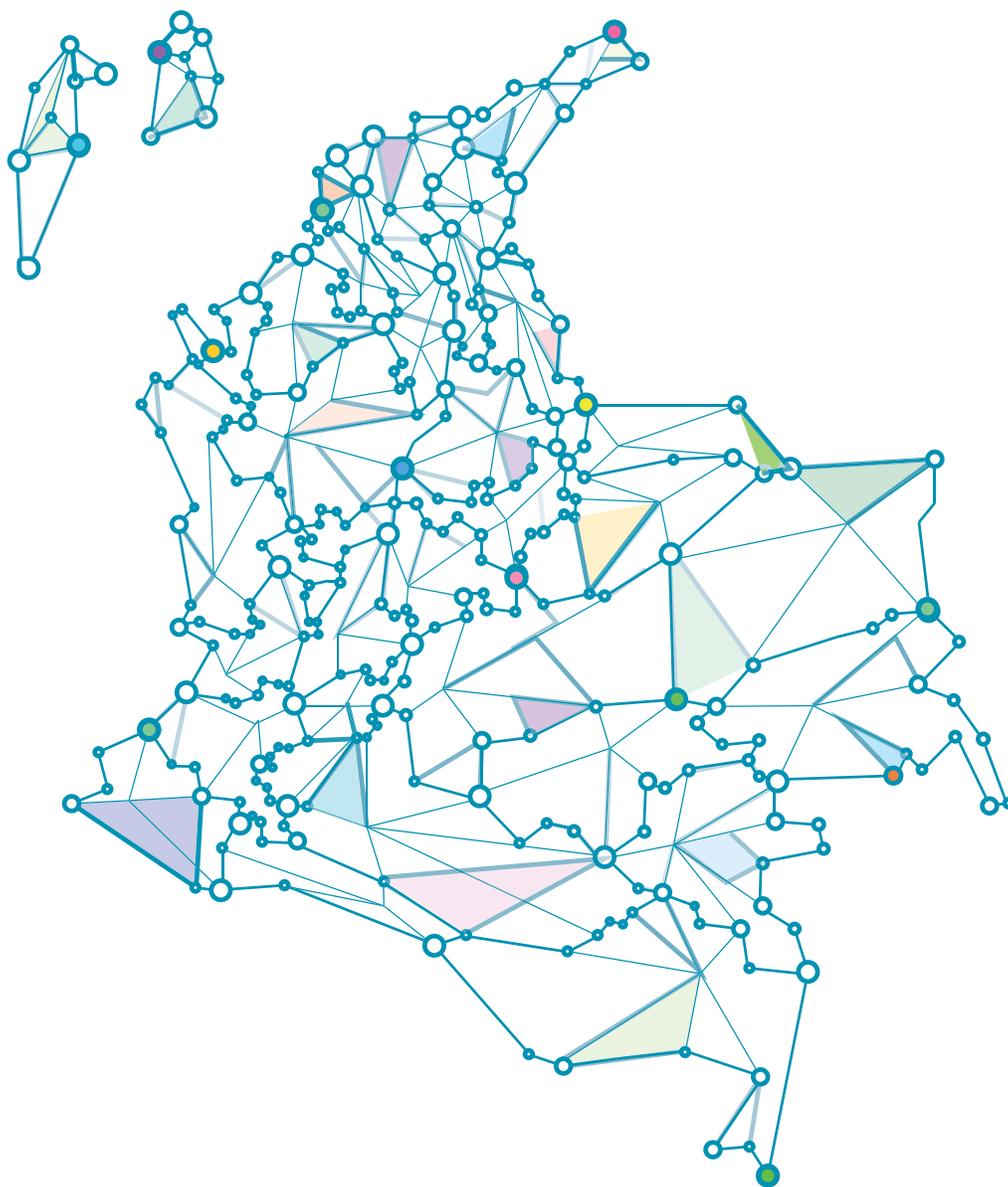
	Año	Quintiles					Media	CI/Hi Relativo	IC/Hi Absoluto	CI/Hi Absoluto Normalizado	Índice estándar de desempeño	Índice estándar de desempeño normalizado
		I	II	III	IV	V						
<b>Equidad en salud de gestantes</b>												
Controles prenatales (+4 visitas)	2005	0.7921	0.8735	0.9049	0.9325	0.9584	0.9011	0.0329***	0.0297	0.3000	0.8714***	0.6011
	2010	0.8469	0.9120	0.9250	0.9531	0.9722	0.9259	0.0257***	0.0238	0.3209	0.9021***	0.6049
Suplementación de hierro	2005	0.5880	0.7251	0.7776	0.8301	0.8439	0.7615	0.0638***	0.0486	0.2038	0.7129***	0.5577
	2010	0.8415	0.9277	0.9358	0.9526	0.9495	0.9240	0.0209***	0.0193	0.2537	0.9047***	0.6703
Parto institucional	2005	0.6994	0.9058	0.9682	0.9858	0.9913	0.9199	0.0557***	0.0513	0.6397	0.8686***	0.2802
	2010	0.8310	0.9505	0.9874	0.9931	0.9924	0.9548	0.0304***	0.0291	0.6428	0.9257***	0.3120
Complicación al momento del nacimiento	2005	0.4716	0.4732	0.4640	0.4243	0.3988	0.4441	-0.0382***	-0.0170	-0.0305	0.461***	0.4746
	2010	0.4611	0.4428	0.4198	0.3913	0.3357	0.4074	-0.1058	-0.0255	-0.0431	0.4329***	0.4505
Complicación como consecuencia del parto	2005	0.3911	0.3823	0.4185	0.4235	0.4763	0.4208	0.0424***	0.0179	0.0308	0.4029***	0.3900
	2010	0.3707	0.3776	0.3892	0.3780	0.3733	0.3779	0.0023	0.0009	0.0014	0.377***	0.3765
Sangrado excesivo posparto	2005	0.3664	0.3747	0.3194	0.3157	0.2389	0.3154	-0.0881***	-0.0278	-0.0406	0.3432***	0.3560
	2010	0.3257	0.3303	0.3294	0.2792	0.2233	0.2957	-0.0726***	-0.0215	-0.0305	0.3172***	0.3262
Infección de senos posparto	2005	0.1770	0.1388	0.1767	0.1498	0.1726	0.1632	0.01	0.0016	0.0019	0.1616***	0.1613
	2010	0.1868	0.1789	0.1821	0.1847	0.1974	0.1861	0.0252	0.0047	0.0058	0.1814***	0.1803
Nació por operación cesárea	2005	0.1320	0.1903	0.2639	0.3172	0.4341	0.2675	0.2301***	0.0616	0.0841	0.206***	0.1835
	2010	0.2163	0.3192	0.3533	0.3915	0.4404	0.3442	0.1291***	0.0444	0.0678	0.2997***	0.2764
<b>Equidad en el acceso, calidad y utilización de servicios de salud</b>												
Afiliación al SGSSS	2003	0.4511	0.5037	0.6245	0.5949	0.9997	0.6348	0.1634***	0.1038	0.2841	0.531***	0.3507
	2008	0.7579	0.8618	0.7469	0.9997	0.9605	0.8654	0.0574***	0.0497	0.3691	0.8157***	0.4963
	2010	0.8217	0.8589	0.7919	0.9998	0.9494	0.8844	0.0425***	0.0376	0.3252	0.8468***	0.5592
	2013	0.8808	0.8771	0.8213	1.0000	0.9572	0.9073	0.0302***	0.0274	0.2954	0.8799***	0.6119
	2003	0.2960	0.4206	0.4644	0.5023	0.6412	0.4649	0.1688***	0.0785	0.1467	0.3864***	0.3183
Uso de servicios médicos preventivos	2008	0.3874	0.5003	0.5253	0.6640	0.6126	0.5380	0.1493***	0.0803	0.1738	0.4577***	0.3642
	2010	0.4064	0.5135	0.5242	0.6110	0.6124	0.5335	0.138***	0.0736	0.1578	0.4599***	0.3757
	2013	0.4823	0.5435	0.5897	0.6803	0.6174	0.5826	0.1223***	0.0713	0.1707	0.5114***	0.4119
Uso de servicios odontológicos preventivos	2003	0.1255	0.2574	0.3214	0.3695	0.5280	0.3204	0.2811***	0.0901	0.1325	0.2303***	0.1879
	2008	0.1743	0.2768	0.3515	0.4760	0.4620	0.3482	0.2729***	0.0950	0.1458	0.2531***	0.2024
	2010	0.1727	0.2924	0.3272	0.4169	0.4599	0.3338	0.263***	0.0878	0.1318	0.246***	0.2020
	2013	0.2543	0.3372	0.4160	0.4915	0.4657	0.3930	0.2207***	0.0867	0.1429	0.3062***	0.2501

Año	Quintiles					Media	CI/HI Relativo	CI/HI Relativo Normalizado	IC/HI Absoluto	CI/HI Absoluto Normalizado	Índice estándar de desempeño	Índice estándar de desempeño normalizado
	I	II	III	IV	V							
<b>Equidad en el acceso, calidad y utilización de servicios de salud</b>												
Uso de servicios ambulatorios por problema de salud manifiesto	2003	0.4858	0.5273	0.7760	0.9945	0.9964	0.1695**	0.5583	0.1180	0.3888	0.5784**	0.3076
	2008	0.6095	0.6428	0.9589	0.9965	0.9642	0.1177**	0.5646	0.0932	0.4470	0.6984**	0.3446
	2010	0.6142	0.6075	0.9570	0.9978	0.9502	0.1194**	0.5746	0.0946	0.4553	0.6977**	0.3370
	2013	0.6019	0.5580	0.9906	0.9966	0.8905	0.1215**	0.4903	0.0914	0.3688	0.6608**	0.3834
	2003	0.2093	0.2643	0.3215	0.3549	0.3655	0.155**	0.2235	0.0475	0.0685	0.2589**	0.2379
Uso de servicios médicos especialistas por problema de salud manifiesto	2008	0.2384	0.3212	0.3196	0.4251	0.4058	0.1888**	0.2874	0.0647	0.0985	0.2781**	0.2443
	2010	0.2001	0.2790	0.3317	0.3934	0.3649	0.2255**	0.3311	0.0719	0.1056	0.247**	0.2134
	2013	0.3150	0.2766	0.3865	0.3699	0.3178	0.1238**	0.1850	0.0410	0.0613	0.2901**	0.2698
	2003	0.0785	0.0803	0.0760	0.0754	0.0799	0.0593**	0.0644	0.0046	0.0050	0.0734**	0.0730
	2008	0.0833	0.0777	0.0726	0.0723	0.0677	0.0727**	0.0785	0.0054	0.0059	0.0693**	0.0688
Uso de servicios hospitalarios	2010	0.0750	0.0694	0.0704	0.0831	0.0685	0.1084**	0.1174	0.0084	0.0091	0.0689**	0.0682
	2013	0.0978	0.0955	0.0777	0.0813	0.0857	0.0863**	0.0945	0.0076	0.0083	0.08**	0.0793
	2003	0.2450	0.3183	0.4164	0.3588	0.5258	0.1706**	0.2721	0.0636	0.1015	0.3093**	0.2714
	2008	0.5493	0.5603	0.5884	0.6200	0.7016	0.0914**	0.2299	0.0551	0.1385	0.5473**	0.4639
	2010	0.5800	0.6196	0.6355	0.7082	0.6759	0.0814**	0.2304	0.0526	0.1490	0.5942**	0.4978
Suministro total de medicamentos	2013	0.6682	0.6535	0.6755	0.7213	0.6267	0.0469**	0.1421	0.0314	0.0951	0.6382**	0.5745
	2003	0.3794	0.4484	0.5604	0.5188	0.7354	0.1456**	0.3085	0.0769	0.1628	0.451**	0.3650
	2008	0.6852	0.7245	0.7179	0.7748	0.8335	0.0638**	0.2516	0.0476	0.1878	0.6988**	0.5587
	2010	0.7533	0.7571	0.7739	0.8317	0.8055	0.0487**	0.2277	0.0383	0.1789	0.7476**	0.6070
	2013	0.8566	0.7940	0.8078	0.8256	0.7617	0.0133**	0.0700	0.0108	0.0567	0.7993**	0.7533
Percepción de calidad servicios ambulatorios (menos que bueno)	2003	0.2345	0.2297	0.2257	0.2426	0.2294	0.0578**	0.0752	0.0134	0.0174	0.2186**	0.2145
	2008	0.2366	0.2491	0.2246	0.2018	0.2495	0.0759**	0.0989	0.0176	0.0230	0.2149**	0.2095
	2010	0.1758	0.1723	0.1678	0.1629	0.1642	0.1053**	0.1267	0.0177	0.0213	0.1505**	0.1469
	2013	0.1182	0.1581	0.1572	0.1518	0.1652	0.1613**	0.1897	0.0242	0.0285	0.1258**	0.1215
	2003	0.2171	0.2010	0.1857	0.1779	0.1553	-0.0254	-0.0313	-0.0048	-0.0059	0.1922**	0.1933
Percepción de calidad servicios hospitalarios (menos que bueno)	2008	0.1846	0.1594	0.1936	0.1486	0.1741	0.0699*	0.0845	0.0120	0.0146	0.1603**	0.1578
	2010	0.1638	0.1099	0.0893	0.1241	0.1016	0.0334	0.0379	0.0039	0.0045	0.1141**	0.1136
	2013	0.0852	0.1015	0.1209	0.1224	0.1066	0.1682**	0.1882	0.0179	0.0200	0.0884**	0.0862

	Año	Quintiles					Media	CI/HI Relativo	CI/HI Relativo Normalizado	IC/HI Absoluto	CI/HI Absoluto Normalizado	Índice estándar de desempeño	Índice estándar de desempeño normalizado
		I	II	III	IV	V							
<b>Equidad en el acceso, calidad y utilización de servicios de salud</b>													
Días de espera para ser atendido por un médico general u odontólogo	2003	1.1622	1.7601	2.2704	1.8667	2.4866	1.9424	0.175**	0.3399			1.6025***	
	2008	1.8982	3.2475	3.2810	3.1374	3.7794	3.0669	0.1928***	0.5913			2.4756***	
	2010	2.2726	2.5149	3.0468	3.5814	3.6115	3.0437	0.2186***	0.6653			2.3783***	
	2013	3.5367	4.5478	5.3717	4.2179	4.0752	4.3297	0.1185***	0.5129			3.8168***	
Días de espera para ser atendido por un especialista	2003	14.0458	9.0632	11.8444	11.2730	9.7835	10.9466	0.0367	0.4016			10.545***	
	2008	9.5462	11.7144	12.7823	14.6170	12.6410	12.5544	0.18***	2.2594			10.295***	
	2010	16.5850	15.9554	13.9096	13.2668	13.6133	14.3263	0.0755*	1.0819			13.2443***	
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1													

Fuente: ENCV, ENDS, cálculos de los autores





**GOBIERNO DE COLOMBIA**

---



**MINSALUD**

---

