Instituto Nacional de Salud

ONS observatorio nacional de salud

Informe
Técnico
Sexta edición

Desigualdades Sociales en Salud en Colombia

Informe Nacional

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Resumen ejecutivo

ons
observatorio nacional de salud

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA
Directora de Epidemiología y Demografía (E)

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General INS

ESPERANZA MARTÍNEZ GARZÓN
Secretaria General

OFICINA DE COMUNICACIONES INS

ONS observatorio nacional de salud

CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA
Director Observatorio Nacional de Salud

Carlos Andrés Castañeda Orjuela
Director Técnico Observatorio Nacional de Salud

Equipo de trabajo

Maria Fernanda Valdez
Karol Patricia Cotes Cantillo

Equipo de apoyo

Clara Lucia Delgado Murillo
Edición Observatorio Nacional de Salud
Kevin Jonathan Torres Castillo
Diagramación y Diseño Observatorio Nacional de Salud

ISSN: 2346-3325

Calle 46 A N. 82-54, Int. 2.
Parque Industrial San Cayetano
Impresión Financiada por Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Desigualdades Sociales en Salud en Colombia; Sexto Informe Técnico (Pag.).
Bogotá, D.C., 2016.

Todos los derechos reservados. El Observatorio Nacional de Salud autoriza la reproducción y difusión del material contenido en esta publicación para fines educativos y otros fines NO comerciales, sin previa autorización escrita de los titulares del/los titulares de los derechos de autor, especificando claramente la fuente. El Observatorio Nacional de Salud prohíbe la reproducción del material contenido en esta publicación para venta, reventa u otros fines comerciales, sin previa autorización escrita del/los titulares de los derechos de autor. Estas solicitudes deben dirigirse al Observatorio Nacional de Salud-ONS, Avenida calle 26 No.51-20, bloque B oficina 208 o al correo electrónico ons@ins.gov.co.

Todos los derechos reservados ©
Colombia, Diciembre 2015

ONS © 2015

Introducción

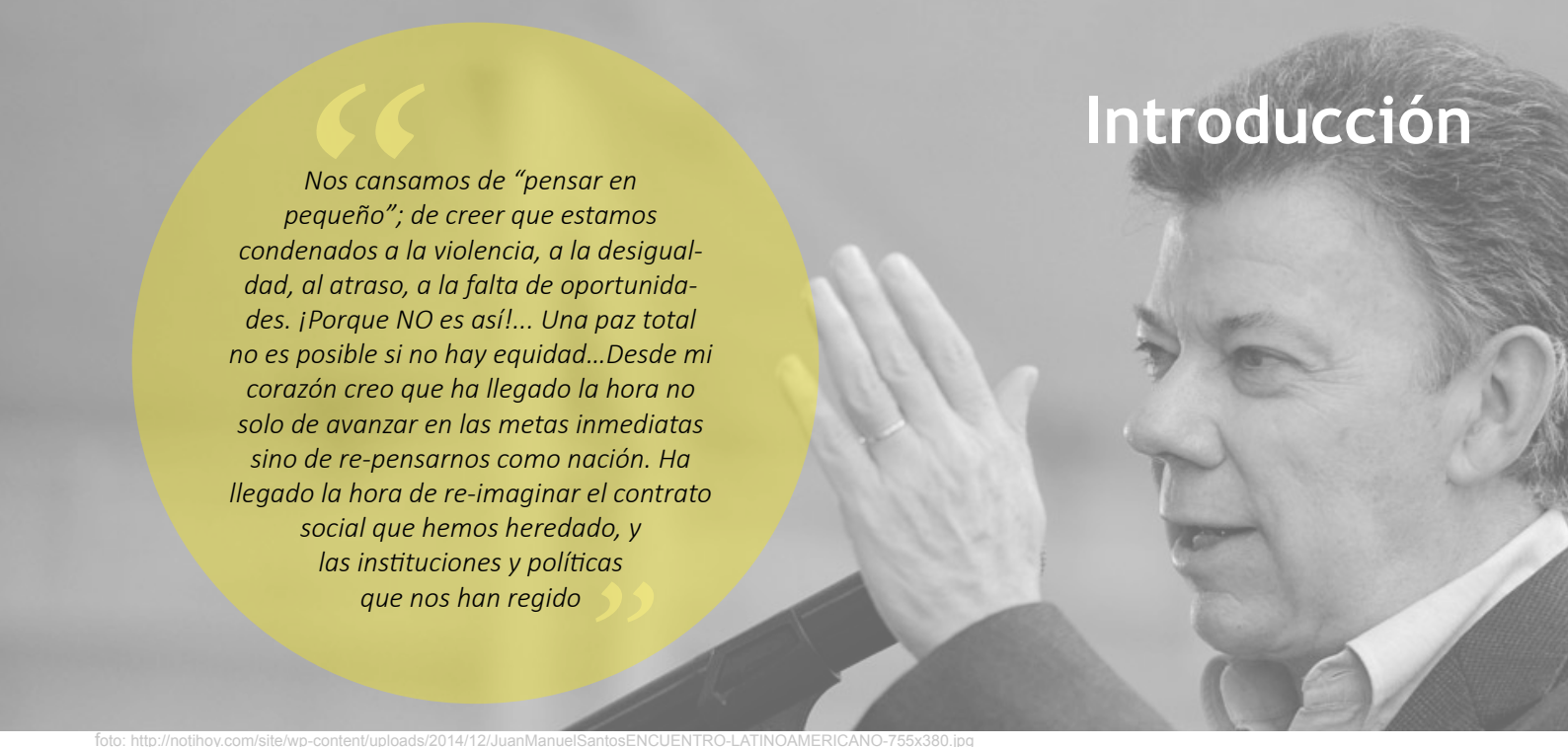

foto: http://notihoy.com/site/wp-content/uploads/2014/12/JuanManuelSantosENCUENTRO-LATINOAMERICANO-755x380.jpg

Las anteriores son algunas de las frases pronunciadas por el actual presidente de la República de Colombia, Doctor Juan Manuel Santos Calderón, en su discurso de posesión, las que resultan más que pertinentes para dar inicio a la contextualización del camino que se pretende emprender con el presente documento: **Primer Informe Nacional de Desigualdades Sociales en Salud en Colombia.** De estas frases queda claro que para lograr la paz, es necesaria la equidad y esto pasa por la necesidad de repensarse como Nación y de reflexionar sobre la estructura social y política que reproduce la inequidad.

Aunque el problema de la desigualdad es mundial y es en la actualidad, uno de los temas sociales que motiva mayor interés en distintos escenarios, la situación de desigualdad en Colombia es profunda y dramática. Según cifras del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el *Gini* para Colombia en 2013 fue de 0,539, y en 2014 de 0,538. Con ese indicador, Colombia es el país número 14 con mayor desigualdad dentro de 134 observados por el PNUD (1). En este contexto, el tema de las desigualdades sociales en salud, cobra vital importancia, toda vez que para muchos, una de las mejores maneras para valorar los logros sociales que disfruta una determinada comunidad o para entender las injusticias sociales que ésta sufre, es observar sus condiciones de salud (2).

El interés por el tema de la equidad en salud no es reciente, no obstante, la publicación en 2008 del Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud, le dio una gran fuerza en la agenda pública al plantear claras líneas de acción. En el país también se ha planteado un marco de acción para abordar los determinantes sociales de la salud (DSS), esbozados, principalmente, en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), en el que se plantea un marco general de acción.

Adicionalmente, el país ha tenido avances en términos de diseño institucional para el análisis y abordaje de los DSS. En tal sentido se conformó un Observatorio de Desigualdades Sociales en Salud (ODES) y una Comisión Intersectorial de Salud Pública, para promover la acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud.

En este marco, el equipo del Observatorio Nacional de Salud (ONS) se enfrentó al reto de exponer un panorama actualizado sobre la magnitud de las desigualdades sociales en salud en el país, con el propósito de brindar una mirada general sobre el tema, con base en unos indicadores esenciales, que permita incentivar el debate público en distintos escenarios, pero sobre todo, que permita la reflexión sobre las posibilidades de avanzar en su reducción y las pistas para la explicación de sus causas y mecanismos de reproducción.

Elementos conceptuales

Existe una gran variedad de trabajos que desarrollan aspectos conceptuales del tema de la equidad y la *equidad en salud*. En la actualidad el concepto de mayor reconocimiento en relación con la equidad en salud es el de Margaret Whitehead, quien define que la inequidad se refiere a desigualdades que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas (3). Resulta inmersa en la definición de inequidad la noción de justicia que, según Linares-Pérez, quien cita la obra de Peter y Evans, para el caso de desigualdades en salud puede tomar un enfoque utilitarista, igualitarista, uno desde la perspectiva de la prioridad o uno rawlsiano.

Dada la complejidad del tema de justicia, muchos análisis mantienen un enfoque basado en desigualdad, sin asumir un juicio de valor ético-moral de estas diferencias o consideraciones estrictas sobre su solución (4). Asimismo, Braveman plantea la necesidad de entender la búsqueda de la equidad como el esfuerzo por eliminar las disparidades en la salud entre grupos que ocupan posiciones diferentes en un contexto social jerarquizado (5).

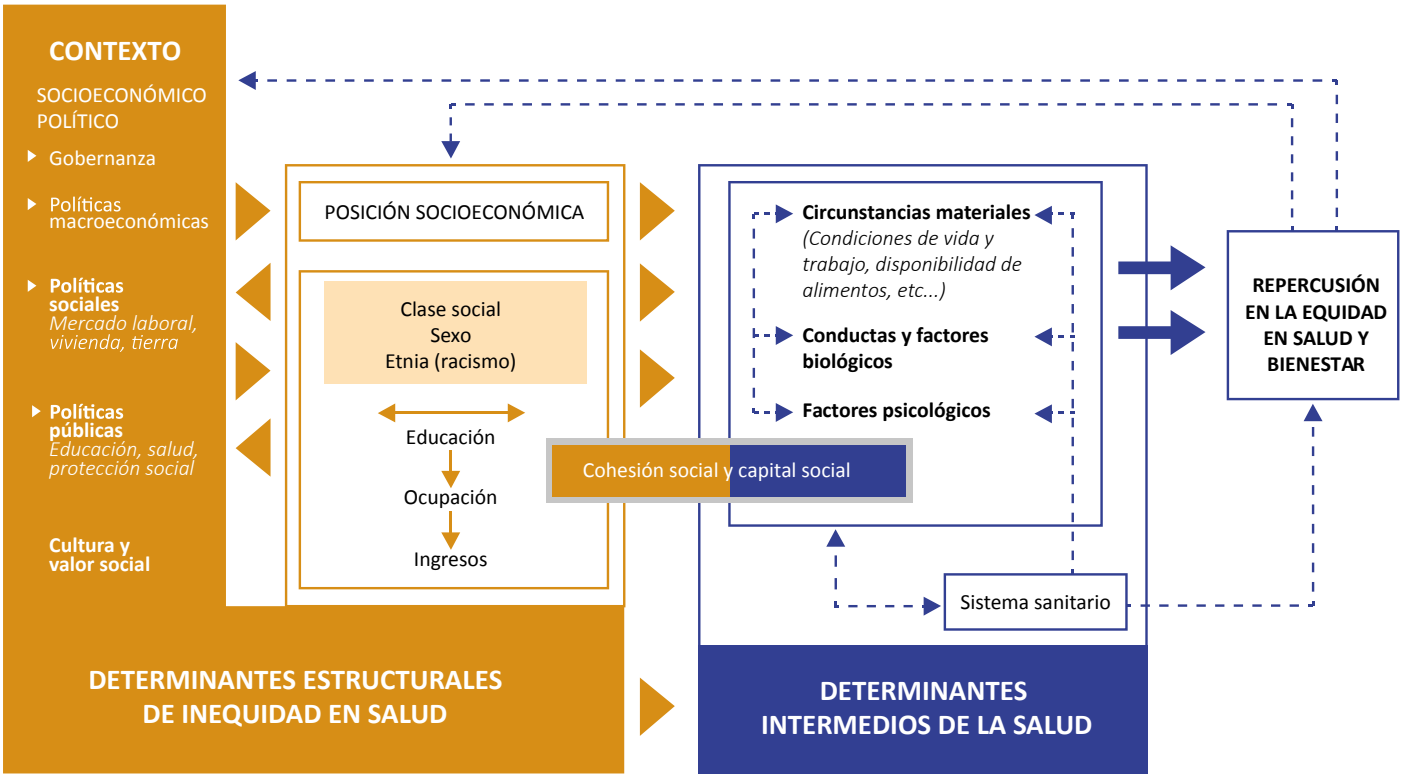

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud

Fuente: modificado de Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2010

De tal manera, las inequidades en salud son las disparidades en materia de salud o de sus determinantes sociales que favorecen a los grupos sociales que ya eran más favorecidos (6). En América Latina Jaime Breilh, representante del el movimiento de medicina social y de salud colectiva ha complejizado la mirada proponiendo que la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y en el acceso, sino al proceso intrínseco que la genera. En tal sentido la inequidad como categoría analítica alude "*al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y acceso desigual que es su consecuencia*" (7).

Para el modelo de la OMS (Figura 1), las dimensiones bajo las que se agrupan los distintos factores que determinan las desigualdades en salud se han centrado en dos grandes esferas: La primera los "*determinantes estructurales*", y la segunda "*determinantes intermedios o factores intermediarios de la salud*".

Determinantes estructurales: son aquellos determinantes que generan la estratificación social. Éstos incluyen los factores tradicionales de ingreso y educación, aunque actualmente es vital reconocer el género, la pertenencia étnica, la sexualidad y los recursos de capital social como los estratificadores sociales (8). Se consideran ejes de desigualdad elementos como la posición socioeconómica, el género, la edad, el territorio y la pertenencia étnica. Estos se consideran el núcleo de las oportunidades para tener una buena salud y evidencian la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos (9).

Es importante tener en cuenta que según la propuesta de la Comisión sobre los Determinantes Sociales en Salud (CDSS), se estableció que los determinantes estructurales de las inequidades en salud tienen su origen en el contexto político y socioeconómico, el escenario en el que se definen los mecanismos que generan, configuran y reproducen los sistemas de estratificación social. Igualmente, la distribución desigual del poder es la principal causa de los factores estructurales de las desigualdades, en esta medida las desigualdades de poder interactúan en cuatro dimensiones principales: *política, económica, social y cultural*, que en conjunto, constituyen todo el espectro a través del que los grupos, en distinta medida, son excluidos o incluidos.

Determinantes intermedios: son los que fluyen de la configuración de estar bajo una estratificación social y a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de la salud que compone las condiciones. Se incluye en la categoría los recursos materiales, factores psicosociales, los factores conductuales, biológicos y servicios sanitarios.

Capítulo 1

Determinantes de las desigualdades sociales en Salud

Introducción

El objetivo de este capítulo fue presentar una descripción de la situación actual de los determinantes de las DSS, enfatizando en aquellos aspectos relacionados con las desigualdades sociales. El análisis presentado pretendió destacar la situación del país en aquellos aspectos que pueden estar relacionados con la generación de desigualdades sociales y por lo tanto con las desigualdades en salud.

Contexto social, político y económico

El estado de salud y el desarrollo de una población vienen determinados en gran parte por el contexto social, económico y político. Se definieron para el país tres aspectos que se ilustran como elementos fundamentales en la generación de desigualdades. En primer lugar se analizó el **modelo de desarrollo económico** del país, teniendo en cuenta que la concepción de un modelo de este tipo, tiene grandes efectos en la construcción de una sociedad definida por una estructura de clases específica y asimismo, cómo dentro de esa estructura de clases se identifican desigualdades en todos los niveles de vida de la sociedad.

El análisis logró concluir que la combinación de la financiarización de la economía (sector que genera significativamente menos empleos que la industria); el incentivo a la economía extractiva por encima de la agricultura no extensiva; la reorganización de élites económicas entorno a grandes conglomerados económicos y empresas multinacionales y el impacto del narcotráfico en la economía nacional ha generado un modelo de desarrollo profundamente desigual. Además, las políticas económicas de desmonte de las políticas cercanas al estado de bienestar han tenido un impacto importante en la generación de desigualdades considerando que los perceptores de renta concentran la mayor parte del ingreso y la brecha entre las clases medias y la clase dirigente es cada vez mayor. También, la privatización de ciertos mercados y su paso a conglomerados económicos ha tenido como consecuencia el acceso desigual a servicios como la salud y la educación.

Este modelo de desarrollo se refleja en todos los aspectos sociales, desde el origen de los conflictos socioambientales, hasta el estado de salud de los colombianos. En segundo lugar se analizó la **tenencia de tierras y la situación del campesinado**, ya que en países como Colombia, la tierra no es solo un factor de producción sino que es sin duda un generador y a la vez una de las formas de expresión más claras de la desigualdad, así como de generador de conflictos sociales.

En este análisis se evidenciaron importantes características del campo colombiano donde sobresale la alta concentración de la tierra en Colombia, donde un 52% de tierra le pertenece al 1,5% de población y donde de los 32 departamentos con información, 18 tenían un *Gini* de tierras superior a 0,80.

Por último se analizó el **régimen político**, en donde se encontró que este cuenta con elementos muy particulares que ayudan a profundizar las desigualdades sociales: el poder ejecutivo es extenso, encontrando pocas limitaciones para la introducción de medidas económicas y políticas que afectan la población en general; el poder legislativo se ha conservado estático; aún después de la introducción de la Constitución de 1991; el régimen de partidos ha logrado cambios significativos en modificar la composición de esta rama del poder; la descentralización presentó problemas en la implementación, siendo desigual para departamentos con menor cultura de la administración pública y causando altos riesgos de corrupción y el amplio poder de las élites en el régimen político, trabajando en poliarquía con el sector privado que puede facilitar prácticas clientelistas.

Grupos étnicos

La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud (10). En este sentido, la etnia es sin duda, un determinante estructural de las desigualdades sociales en salud en Colombia. En este apartado se analizaron tres comunidades étnicas, a saber: indígenas, afrodescendientes y ROM. Se encontró en primer lugar que según las cifras del Censo de 2005, los pueblos indígenas representan el 3,4% de la población nacional, los afrocolombianos representan el 10,6% y los ROM tan solo el 0,01%.

Se evidenció claramente que las comunidades étnicas evaluadas presentaron diferencias frente a la población general, lo que denotan situaciones de desigualdad. En indicadores de educación, se encontraron importantes diferencias principalmente en las poblaciones indígenas, las que tienen tasas de alfabetismo y tasas de asistencia escolar sustancialmente más bajas que el promedio nacional. Por su parte la población afro mostró estar dentro de los niveles del promedio nacional en indicadores de educación, mientras que los pueblos ROM, pese a la poca información que se tiene de ellos, mostraron indicadores de educación mejores que el promedio nacional. Se evidenciaron también desigualdades en termino de pobreza afectando principalmente a las comunidades afro, quienes tienen niveles de pobreza del 61%, 7 puntos porcentuales por encima del porcentaje mestizo.

Trabajo y empleo

El trabajo es un determinante fundamental del proceso *salud-enfermedad*. En este apartado se presentó una síntesis general de la situación de trabajo y empleo e ingresos en el país, seguido por un análisis de desigualdades en relación con trabajo, empleo e ingresos. A nivel general se encontró que en los últimos años ha habido mejoras en importantes indicadores del mercado del trabajo tales como el desempleo, la tasa de población en edad de trabajar sin ingresos propios y el porcentaje de afiliados a un fondo de pensión; sin embargo, se encontraron importantes diferencias entre diferentes grupos a comparar.

En *primer lugar*, las mujeres tienden a tener mayor desempleo que los hombres, así como un porcentaje de población en edad de trabajar sin ingreso propio mayor y una tasa de afiliación a pensiones menor. En *segundo lugar*, se encontraron importantes diferencias territoriales al comparar la zona rural con la urbana, en donde la zona urbana tiende a tener tasas de desempleo más bajas y un porcentaje cobertura pensional más bajo. Se mostraron además grandes brechas en niveles de desempleo, subempleo y en tasas de ocupación a nivel departamental. En *tercer lugar*, se hallaron mejores condiciones laborales en grupos que presentan mayor nivel educativo y de ingresos en el hogar, y finalmente, se encontró una peor situación de desempleo en los jóvenes de 15 a 24 años.

Al analizar los ingresos laborales de la población, se encontró que estos han mejorado para las personas de ingresos medios altos y empeorado para los más pobres, lo que aumentó las brechas. Se encontró también que los ingresos laborales de los hombres son mayores a los de las mujeres y que además la brecha tendió al aumento. Un aumento de brechas se vio también en el caso de las disparidades *rural-urbano* y se encontró un gradiente de aumento de la distribución de ingresos con el mayor nivel educativo.

Estos hallazgos soportan las afirmaciones realizadas en el estudio sobre trabajo decente y digno, donde se señaló que "*el mundo del trabajo en Colombia es actualmente una de los principales esferas a través de los cuales se transmite la desigualdad. Condiciones como el género, la etnia, la edad, los niveles de educación o la posición ocupacional anterior de quienes participan en el mercado laboral, son determinantes para explicar sus posibilidades de obtener acceso a un empleo en condiciones dignas y justas*" (11).

Educación

Es ampliamente reconocido que la educación es uno de los mecanismos más efectivos al momento de reducir las desigualdades. Además, la educación constituye un elemento fundamental que determina las oportunidades de los niños de gozar de buena salud en el transcurso de la vida.

En este apartado se evaluaron diferentes indicadores educativos y se llegó a concluir que estos tienen valores diferentes al hacer las disímiles estratificaciones. En general se encontró que las áreas rurales poseen peores valores frente a las áreas urbanas, además se observaron gradientes por ingresos del hogar y estrato socioeconómico que evidenciaron una peor situación educativa en los estratos más bajos y hogares de menores ingresos frente a sus contrapartes más aventajados.

Este análisis, al comparar los indicadores educativos en los años 2008 y 2014, evidenció a nivel nacional una mejoría de los mismos, pero los resultados variaron según el departamento evaluado, algunos departamentos presentaron el empeoramiento de algunos de sus indicadores educativos al comparar los dos años mencionados, como es el caso de la disminución de la asistencia escolar en el departamento del Magdalena o el aumento del analfabetismo en departamento de Chocó.

Vivienda y servicios públicos

La vivienda y el acceso a servicios públicos son determinantes importantes de la salud y de la desigualdad en salud, particularmente en un contexto de crecimiento de los escenarios urbanos. En esta sección se realizaron consideraciones en relación con la formación del entorno urbano del país, haciendo énfasis en procesos de generación de desigualdades sociales. Posteriormente se presentó un panorama general de la situación de vivienda y de servicios públicos, con énfasis en agua y saneamiento y luego se presentaron algunos indicadores relacionados con las desigualdades en el tema de vivienda y servicios públicos.

En cuanto a los servicios de agua y alcantarillado se evidenció que en el país ha avanzado en el aumento de las coberturas y en la disminución de brechas *rural-urbano*, aunque se observó todavía un rezago en las áreas rurales, principalmente para el servicio de alcantarillado en regiones como la Caribe y la del Pacífico.

En cuanto a las desigualdades en vivienda y servicios públicos, se encontró que en Colombia si bien se ha presentado una mejora en las condiciones de hacinamiento entre 2008 y 2014, los cambios a nivel de servicios inadecuados son más modestos, además se observó un leve empeoramiento de las condiciones inadecuadas de vivienda. Asi mismo, la estratificación por diferentes grupos sociales reveló que los hogares urbanos cuentan con mayor porcentaje de viviendas inadecuadas que los rurales, mientras que estos últimos tienen más condiciones de servicios no adecuados; además se observó un gradiente de mejores valores de los tres indicadores estudiados a mayor nivel de ingreso del hogar y estrato socioeconómico. Finalmente, es importante señalar que cada departamento contó con condiciones de vivienda diferentes que no necesariamente se asemejan al total nacional, destacó además el alto porcentaje de servicios inadecuados en el departamento del Chocó, pese a la mejora presentada en el indicador al comparar 2008 con 2014.

Capítulo 2

Evidencia de las desigualdades sociales en salud en Colombia: una revisión sistemática de la literatura

Introducción

Esta revisión de literatura pretendió aportar una síntesis de la evidencia en desigualdades disponible en Colombia; así como identificar y describir algunas características de la investigación y medición de las desigualdades en salud. Se analizaron 26 estudios sobre el tema donde se observó que la investigación en desigualdades en salud en Colombia evidencia la existencia de estas desigualdades y su magnitud. De estos estudios se analizaron 11 aspectos descritos a continuación:

Desenlaces en salud

Los eventos en salud analizados fueron variados y en la mayoría de estudios (16 artículos) se incluyó más de un desenlace. Los desenlaces más frecuentes fueron los relacionados con el uso, acceso o calidad de los servicios de salud, incluyendo acceso a servicios de atención médica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Ejes de desigualdad

Los ejes de desigualdad corresponden a las variables o conjuntos de variables que definieron la posición social de los individuos o los grupos y respecto de las que se estudiaron las desigualdades en los desenlaces en salud. El más frecuente fue el nivel socioeconómico representado en diversas variables como el estrato, los ingresos del hogar o el puntaje del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN).

Indicadores de desigualdad

Existen diversas metodologías para medir las desigualdades sociales en salud que producen diferentes indicadores, estos pueden expresar la desigualdad de manera absoluta o relativa. En la presente revisión se encontró que la mayoría de los estudios utilizaron exclusivamente medidas relativas para estimar la desigualdad siendo el *Odds Ratio* la más frecuente.

Desigualdades de acuerdo al nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico (NSE) fue el eje más frecuentemente utilizado para describir las desigualdades en salud. En la mayoría de los estudios el NSE bajo se asoció con peores estados de salud, mayor prevalencia de desnutrición, mayor mortalidad infantil, peor estado de salud auto reportado, mayor mortalidad y peor acceso a los servicios de salud. El bajo NSE también se relacionó

con una desventaja en la frecuencia de factores de riesgo como el tabaquismo. También se describieron desigualdades que afectan a los grupos que se encuentran en un nivel socioeconómico superior, este es el caso de la morbimortalidad por cáncer de mama. También se expusieron algunas desigualdades que afectaron a los grupos con niveles más altos de ingresos, como por ejemplo el gasto de bolsillo en salud.

Desigualdades de acuerdo al sexo

En seis de los estudios incluidos se analizaron desigualdades por sexo. Con relación a la afiliación al sistema de salud, a la mortalidad y el acceso a servicios de salud, los hombres parecen estar en desventaja mientras que las mujeres se vieron más afectadas por una mala percepción de su salud y mayor discapacidad percibida (12,13,14) . A su vez, los hombres mostraron mayor probabilidad de presentar desnutrición mientras que las mujeres una mayor probabilidad de presentar sobrepeso (15), así como desventajas en todos los dominios de actividad física (16).

Desigualdades de acuerdo a la educación

El nivel educativo fue una variable frecuentemente utilizada para describir desigualdades. Se encontró que los grupos con bajo nivel educativo se vieron más afectados por la mortalidad por todas las causas (17). A su vez, el alto nivel educativo se relacionó con una mayor proporción de afiliación al Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS), mayor acceso a servicios de salud tanto curativos como preventivos y una mayor prevalencia de hábitos saludables; mientras la educación de la madre impactó positivamente todos los desenlaces en niños. Sin embargo se describieron algunos desenlaces negativos relacionados con el alto nivel educativo, entre estos el sobrepeso (15) y en las mujeres con el antecedente de tabaquismo (18).

Desigualdades de acuerdo a la ocupación

La ocupación fue la variable menos usada para la descripción de desigualdades, en general como es esperado, un mejor trabajo se relacionó con desenlaces de salud positivos. En Bogotá, D.C. se encontró una asociación positiva entre el índice de trabajo y el índice de alimentación y salud. Al analizar las razones de tasas de la buena percepción de salud de acuerdo a la ocupación, es claro que el efecto fue favorable para quienes ostentan cargos directivos comparados con quienes trabajan como empleados domésticos (19). Sin embargo, tener trabajo fue un factor asociado con la no realización de actividad física comparado con pensionados, desempleados e incluso quienes se dedican a los oficios del hogar (16).

Desigualdades de acuerdo al aseguramiento en salud

El aseguramiento, como afiliación al SGSSS, además de ser un objetivo y un desenlace de interés es también un eje a través del que se evalúa la desigualdad. Se evidenció cómo un mejor nivel de aseguramiento en salud se asoció con un mayor acceso a todos los servicios de salud mientras que la no afiliación o pertenecer al régimen subsidiado se asoció a un mayor número de barreras y consecuentemente un menor acceso, aunque también mayor concentración de mortalidad por cáncer de mama (20).

Desigualdades de acuerdo al territorio

Varios estudios evaluaron las desigualdades de diferentes indicadores de salud a nivel departamental. Se evidenció, por ejemplo, que el departamento de Chocó tiene el mayor riesgo proporcional de sífilis congénita y la mayor desigualdad en el número de años persona vividos (21)(6). Las inequidades también se describieron en relación a la zona de residencia urbana o rural; se encontró un peor estado de salud para quienes viven en el área rural (14) así como mayores barreras geográficas y económicas para el acceso a servicios (22). Además, se encontraron desigualdades mayores en el área urbana en el peso para la talla de los niños.

Desigualdades de acuerdo a la etnia

No se encontraron estudios diseñados para medir desigualdades en relación a la pertenencia étnica de los individuos. Sin embargo un estudio incluyó la variable raza en el análisis y en una investigación cualitativa se concluyó que sí hay una inequidad en el acceso a servicios de salud, particularmente para la población indígena (23) y en otra se encontró asociación entre pertenecer a una minoría étnica y un peor estado de salud para la población afrodescendiente en el Valle del Cauca, por el contrario, en las regiones Atlántica y Oriental pertenecer a la población afrodescendiente se asoció con un mejor estado de salud y para el resto del país no se encontraron asociaciones significativas (24).

Tendencia de las desigualdades en salud en el tiempo

En 12 de las investigaciones se evaluaron las desigualdades para más de un año. Varios estudios describieron reducción de las desigualdades, principalmente relacionadas con aseguramiento en salud y en acceso a servicios, aunque los servicios siguen concentrándose en la población de mayores ingresos quienes además son los que concentran el mayor gasto de bolsillo en salud. Se evidenció también una disminución de la desigualdad en la distribución de las coberturas de vacunación (25). Sin embargo otros estudios mostraron aumento en las desigualdades, este es el caso de los estudios que usaron la fracción o riesgo atribuible poblacional (RAP) (21,26) y los estudios que usaron el Índice de *Naga Yalcin* (27).

Capítulo 3

Desigualdades en salud en Colombia

Introducción

En este capítulo se revisaron y seleccionaron los indicadores de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 de acuerdo a sus ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales. Los análisis realizados en el estudio se agruparon en los siguientes cinco apartados: *Expectativa de vida, Morbilidad, Mortalidad, Salud Percibida, Condiciones de vida saludable*.

Desigualdades en la expectativa de vida en Colombia

A partir de la información DANE de los registros de mortalidad en Colombia para el periodo 1998-2013 y las proyecciones poblacionales para los mismos años, se estimó la expectativa de vida de la población colombiana. Se consideraron grupos de edad quinquenales (excepto para los menores de cinco años de edad, que se dividió en menores de un año y de uno a cuatro años) y se realizaron todos los análisis discriminados por sexo.

Se compararon las esperanzas de vida al nacer por departamento y municipio, agrupadas por cuatrienios (1998-2001, 2002-2005, 2006-2009, 2010-2013), y para el nivel departamental se hizo una análisis bivariado y multivariado, con el producto interno bruto *per cápita* (PIB*pc*) y el índice de desigualdad de ingreso de *Gini* como variables independientes, evaluando su asociación con la esperanza de vida al nacer.

Luego del análisis se encontraron los siguientes hechos estilizados:

- *La expectativa de vida al nacer en Colombia* fue de 76,51 años en hombres y 82,7 en mujeres en el año 2013. Esta expectativa ha aumentado desde 1998 en 4,46 años en hombres y 2,58 años en mujeres, disminuyendo la brecha entre sexos. La misma tendencia de aumento se observó a nivel departamental y municipal, aunque hay casos como el de Córdoba, donde hay una reducción en la esperanza de vida para ambos sexos o el caso de Magdalena, Cesar y Casanare donde las mujeres redujeron su esperanza de vida en el periodo de análisis.

- *El análisis multivariado* ajustado por departamento se evidencia una asociación inversa y estadísticamente significativa entre el *Gini* departamental y la esperanza de vida al nacer, de tal forma que los departamentos más desiguales tienen también una menor esperanza de vida al nacer.

Morbilidad

En lo referente a morbilidad se examinaron 3 desigualdades sociales: en el bajo peso al nacer, en la prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años y en la obesidad. A continuación se presentan los más importantes hallazgos en cada tipo de desigualdad.

Desigualdades Sociales en el bajo peso al nacer

Según la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) en Colombia el bajo peso al nacer (BPN), definido como el peso por debajo de los 2.500 gramos (28), aumentó su prevalencia entre los años 2005 y 2010 tanto para niños como para niñas, siendo más relevante en las niñas. La edad de la madre tiene un efecto diferenciado entre niños y niñas, mientras que mayores edades de gestación en la madre están relacionadas una menor prevalencia de BPN en niñas, lo contrario sucede con los niños. El análisis multivariado muestra una asociación inversa y estadísticamente significativa entre el índice de riqueza y el BPN, siendo las mujeres pobres más vulnerables a tener niños con BPN.

Desigualdades sociales en la prevalencia de la desnutrición en niños menores de cinco años

Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), a nivel nacional, la prevalencia de DNT crónica en menores de cinco años disminuyó pasando de 26,1% en 1990 a 13,2% en el 2010 (2). A su vez, las mayores prevalencias de DNT en niños y niñas menores de cinco años se reportaron en los departamentos de Vaupés (34,6%), Amazonas (28,6%), La Guajira (27,9%), Guainía (23,4%) y Cauca (23%).

En términos generales, en Colombia la prevalencia de DNT crónica se distribuyó de forma desigual entre la población. Se destacan las desigualdades según el nivel educativo de la madre e índice de riqueza del hogar, donde los hijos, tanto niñas como niños, de madres con menor nivel educativo e índice de riqueza, tuvieron mayor prevalencia de DNT. Las medidas de desigualdad relativa y absoluta mostraron una amplia brecha de la prevalencia de DNT entre los hijos de madres de menor nivel educativo y menor índice de riqueza comparado con los hijos de madres con nivel educativo superior y el mayor índice de riqueza en contra de los primeros.

Tanto la prevalencia de DNT como las brechas mostraron un claro gradiente. con. Según la zona de residencia, la prevalencia de DNT crónica en menores de cinco años fue alrededor de 5,3% mayor en los niños y niñas del área rural comparada con los niños del área urbana. Por último, Si bien la ENSIN 2010 no fue representativa por grupo étnico, los resultados indicaron una importante prevalencia de DNT crónica en los hijos de madres que se autodefinieron como indígenas (28,4 entre niñas y 30,7 entre niños) y de los niños de las que se autodefinieron como raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia (31,45) En todos los casos la brecha de desigualdad absoluta y relativa tuvo un mismo comportamiento.

Desigualdades en la obesidad

A partir de la información de la ENSIN 2010, se realizó un análisis en menores de 17 años. Se consideraron condiciones sociales y económicas como sexo, edad, zona de residencia, nivel educativo de la madre, etnia, nivel de riqueza. Para cada uno de estos estratificadores se calculó la prevalencia y medidas de desigualdades relativas y absolutas. Además se realizó un análisis bivariado y multivariado, con las variables independientes: nivel de educación de la madre, índice de riqueza del hogar, sexo, área de residencia, evaluando su asociación con la obesidad. Los principales resultados del análisis se exponen a continuación:

- En Colombia la prevalencia de obesidad tanto en menores de 5 años es mayor en las niñas que en los niños mientras que para niños y jóvenes de 5 a 17 años son los niños los que presentan mayor prevalencia.

- En cuanto a la etnia: la mayor prevalencia se presentó en los indígenas.

- Según el área de residencia de la madre, la mayor prevalencia se presentó en el área urbana tanto en niños menores de 5 años como en niños y jóvenes de 5 a 17 años.

- A medida que aumentó el índice de riqueza y el nivel educativo de la madre, también aumentó la prevalencia de obesidad y las medidas de brechas absolutas y relativas tanto en niños menores de 5 años como en niños y jóvenes de 5 a 17.

- En el análisis estadístico (bivariado y multivariado) se encontró que tanto en los menores de cinco años como en el análisis en el grupo de 5 a 17 años, al aumentar el índice de riqueza o el nivel de educación de la madre, aumentó la obesidad.

Mortalidad

En esta sección se evaluaron desigualdades en mortalidad para 11 tipos de evento, donde se observó una clara reducción de mortalidad en todos los eventos evaluados con excepción del cáncer de próstata. A continuación se presentan las tendencias generales para cada tipo de mortalidad.

- ***Accidentes de tránsito:*** las tasas ajustadas disminuyeron en ambos sexos, principalmente las relacionadas con lesiones en vehículos de tres o más ruedas, lesiones en vehículos de pedal y muerte en peatones por lesiones de tránsito, las tasas de mortalidad por lesiones en moto, en contraste, aumentaron.

- ***Cáncer de cuello uterino:*** se presentó un leve descenso entre 2010 y 2015, pasando de una tasa de mortalidad ajustada de 8,84 a 7,92 respectivamente; una tendencia a la reducción se evidenció también a nivel municipal y para todos los quintiles de pobreza según el índice de NBI.

- ***Suicidio:*** presentó una tendencia a la disminución de desde el 2001 a nivel nacional, a nivel municipal, en todos los quintiles de NBI y en ambos sexos

- ***Enfermedad diarreica aguda (EDA):*** en menores de 5 años, se evidenció que si bien entre 1998 y 2013 se presentaron 9753 defunciones, las muertes disminuyeron en 90,5% a nivel nacional. Además todos los departamentos redujeron la mortalidad por esta causa.

- ***Materna***: mantuvo una tendencia a la baja a nivel nacional y en la mayoría de los departamentos, presentando una reducción acentuada para el año 2013.

- ***Tuberculosis*** : las tasas disminuyeron para ambos sexos y también a nivel municipal, aunque apara la enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias, la tendencia fue una aparente estabilización de sus tasas de mortalidad en ambos sexos.

- ***Infección respiratoria aguda (IRA):*** en menores de 5 años Entre 1998 y 2013, la tasa de mortalidad por este evento se redujo considerablemente, tanto a nivel nacional como a nivel de departamentos y municipios; además, se evidenció una disminución en ambos sexos así como de la tasa cruda municipal de mortalidad en cada quintil de NBI.

- ***Mortalidad infantil:*** en menores de cinco años: se evidenció una tendencia decreciente de la tasa por 100.000 habitantes en todos los niveles de análisis, a saber, departamento, municipio y país.

- ***Homicidio***: la tasa de mortalidad presentó una tendencia a la reducción, ubicándose para 2013 en 31 muertes por cada 100.000 habitantes.

- ***Desnutrición (DNT):*** en menores de 5 años: para el periodo 1998-2013, disminuyeron las tasas de mortalidad a nivel nacional y también por sexo.

- ***Cáncer de próstata***: las tasas ajustadas de mortalidad del cáncer de próstata se han mantenido relativamente estables, con una leve disminución en el 2011.

El análisis también evaluó tres tipos de desigualdades en relación con la mortalidad. En *primer lugar*, se desagregaron los datos por sexo para evidenciar brechas existentes. Se encontró que las tasas de mortalidad por todos los eventos han sido más alta en los hombres/niños que en mujeres/niñas. Un caso que resalta es el del homicidio, en donde se encontró que los hombres registran alrededor de 12 veces más el riesgo de muerte por homicidio, en comparación con las mujeres.

En *segundo lugar* se evaluaron desigualdades por territorio. A nivel departamental se encontraron brechas en todos los eventos, donde las tasas de mortalidad tendieron a concentrarse en determinados departamentos. En algunos casos se pudo evidenciar un aumento de estas desigualdades brechas en el periodo de análisis, como es el caso de la mortalidad por EDA, IRA, DNT y mortalidad infantil. El caso de aumento de brechas más dramático fue sin duda el de desnutrición en niños menores de 5 años, donde al comparar tasas extremas de mortalidad por desnutrición, se evidenció que para 1998 la mortalidad en el Amazonas, departamento con mayores tasas, fue 20,9 veces mayor que en Bogotá D.C, el departamento con la menor tasa. Y para el año 2013, la diferencia entre el departamento con mayor tasa y el departamento con menor tasa se amplió a 351 veces. Por el lado de las niñas, en el departamento con mayor mortalidad por DNT para 1999 morían 31,7 veces más niñas que en el de menor tasa, para 2013 esta diferencia fue de 254,7 veces.

Para los casos de DNT, IRA y EDA, se evaluó además las brechas de desigualdades municipales, comparando las diferencias de tasas de mortalidad según quintiles. Se demostró en todos los casos la existencia de brechas de desigualdad, tanto absoluta como relativa, en mortalidad existentes entre los municipios más pobres en comparación con los menos pobres, y en todos los casos estas brechas tienden a aumentar en el periodo evaluado. En solo un caso la desigualdad ligada al territorio se analizó a partir de la pertenencia al área urbana o rural, este es el caso de la mortalidad materna donde se pudo evidenciar que quienes residen en áreas rurales dispersas fueron quienes obtuvieron las mayores razones de mortalidad materna.

Finalmente, se incluyó también un análisis de desigualdades socioeconómicas. Este incluyó una evaluación que comparó las tasas ajustadas de mortalidad municipal, en sus promedios anuales, de acuerdo al quintil de NBI. Esta evaluación se realizó para 7 de los 11 eventos evaluados, a saber: *cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata, EDA, suicidio, IRA en menores de 5 años, tasa de mortalidad infantil, tuberculosis y desnutrición*. Se encontró que en todos los casos evaluados las menores tasas de mortalidad se presentaron en los municipios del quintil 1, el quintil más rico. La única excepción fue el caso de la mortalidad infantil, en donde paradójicamente los municipios pertenecientes al quintil más rico, registraron las mayores tasas de mortalidad municipal en la mayoría de los años evaluados, tanto para niños como niñas.

Aunque se demostró una tendencia a los del quintil más rico a tener menos tasas de mortalidad, no se evidenció de forma consistente, un patrón de gradientes de ocurrencia del evento donde las tasas de mortalidad fueran mayores a medida que el porcentaje de NBI fuera más alto. Solo en el caso de la desnutrición infantil se vio un claro gradiente a favor de los menos vulnerables. En otros casos, la relación no fue tan clara, por ejemplo, en el caso de suicidio si bien las tasas más bajos están en el quintil más rico, el quintil más pobre (quintil 5), también presenta tasas bajas comparables a los del quintil más rico. Otro ejemplo es el caso del cáncer de próstata, donde las tasas más altas se presentaron en el segundo y tercer quintil de pobreza.

Las desigualdades socioeconómicas se evaluaron también mediante análisis bivariados y multivariados. En referencia a los estudios bivariados, estos se centraron en evaluar la correlación entre las tasas de mortalidad por tuberculosis, suicidio, cáncer de próstata y cáncer de cuello uterino, con dos variables socioeconómicas a nivel departamental: el PIB*pc* y el *Gini*. El ejercicio arrojó que solo en el caso de cáncer de cuello uterino existen indicios de una desigualdad social en contra de los más vulnerables reflejado en una correlación entre una mayor desigualdad y mayores tasas por este evento. En el resto de los casos o no se encontró correlación clara, como en el caso de la tuberculosis, o la correlación es contradictoria reflejando desigualdades a favor de los menos vulnerables, como pasó en el resto de los casos.

Con relación a los estudios multivariados, estos se usaron para evaluar 6 eventos *mortalidad por accidentes de tránsito, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata, suicidio, mortalidad infantil y tuberculosis* y su relación con el PIB*pc* y *Gini* departamental, ajustado a otras variables no observadas a nivel departamental.

El ejercicio solo permitió identificar al *Gini* departamental como una variable asociada a la mortalidad infantil en la población Colombiana, de tal forma que los departamentos con niveles más altos de desigualdad en el ingreso medida por *Gini*, tienen también tasas más altas de mortalidad infantil. Sin embargo, para el resto de los casos las variables PIB*pc* y *Gini* no fueron significativas.

Salud percibida

La salud percibida se considera una medida subjetiva de cada individuo frente a su estado de salud (29,30). En el presente apartado se realizó un análisis secundario de la información de salud percibida regular o mala en adultos mayores de 18 años participantes en las ENDS 2000, 2005 y 2010.

El análisis logró evidenciar que en Colombia las desigualdades sociales en la salud percibida, regular o mala constituyen un patrón que se ha mantenido a través del tiempo. Para estos años la prevalencia de salud percibida regular o mala fue mayor en mujeres y personas con mayor edad, menor nivel educativo, menor índice de riqueza y procedentes del área rural del país. Las regiones Pacífica, Oriental, Orinoquía, Amazonía y Atlántica, ocuparon los principales lugares de mayor prevalencia de salud percibida regular o mala.

En términos de las brechas de desigualdad relativa (razón de prevalencia), para el año 2010 éstas disminuyeron según sexo y edad en comparación con el 2000. No obstante, la desigualdad relativa incrementó según nivel educativo, especialmente en contra de hombres y mujeres de primaria y secundaria. La brecha de desigualdad relativa en salud percibida regular o mala según zona de residencia permaneció constante.

Condiciones de vida saludable

Desigualdades en el consumo de frutas y verduras

El presente apartado corresponde a un análisis secundario de la base de datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN 2010). Se comparó la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras según características sociales y económicas como sexo, edad, nivel educativo, índice de riqueza, zona de residencia y pertenencia étnica, hallándose que:

- En Colombia solo un 26,6% de la población de 5 a 64 años reportó una frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras.

- Las mayores prevalencias se hallaron en los departamentos de Córdoba (35,8%), Sucre (33,9%), Bolívar (33,5) y Boyacá (32,8), mientras que Vaupés (3,9%), Amazonas (8,3%), Guainía (8,7%) y Vichada (9,1) reportaron las prevalencias más bajas.

- La prevalencia fue mayor en mujeres en comparación con los hombres y disminuyó a mayor edad.

- Tanto en hombres como en mujeres se presentó un gradiente de desigualdad social según nivel educativo e índice de riqueza, en el que la prevalencia de la frecuencia de consumo se incrementó a medida que se tenía un mejor nivel educativo y un índice de riqueza más alto.

- La prevalencia de la frecuencia de consumo fue significativamente menor en el área rural en comparación con el área urbana.

- La prevalencia de la frecuencia de consumo fue notoriamente inferior en hombres y mujeres que se autodefinieron como indígenas o como raizales.

Desigualdades en la práctica de actividad física

En este apartado, se realizó un análisis secundario de la base de datos de actividad física de la ENSIN 2010. Se calculó la prevalencia de 150 minutos de actividad física a la semana para los dominios tiempo libre, caminar y montar en bicicleta como medio de transporte. Condiciones sociales como sexo, edad, nivel educativo e índice de riqueza, fueron consideradas como estratificadores de las desigualdades sociales. Para cada uno de estos estratificadores se calculó la prevalencia y la desigualdad relativa (razón de prevalencia), de cada dominio de actividad física estudiado.

Adicionalmente, se revisó la literatura existente con el fin de identificar estudios con representatividad nacional que reportaran hallazgos de desigualdades sociales en la práctica de actividad física.

Los resultados más sobresalientes de este análisis fueron:

- La *prevalencia de la práctica de actividad física*, tanto en los dominios tiempo libre y como medio de transporte disminuyó en el periodo 2005 y 2010. La prevalencia en mujeres ha sido siempre más baja que la de los hombres y estas brechas aumentaron con el tiempo

- Con relación a *caminar como medio de transporte*, entre los años 2005 y 2010 aumentó de la prevalencia en los dos sexos y se redujó de la brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia) hombres *vs* mujeres.

- El *uso de la bicicleta como medio de transporte* mostró una reducción de la brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia), que se debió a un leve aumento de este comportamiento en las mujeres y a la disminución de la prevalencia de uso de bicicleta en hombres durante el 2010, en comparación con el 2005.

- La *práctica de actividad física* es un comportamiento con profundas desigualdades según edad y posición socioeconómica. Se encontró que a medida que la edad aumenta, disminuye la prevalencia de uso de la bicicleta como medio de transporte en las mujeres y en el dominio de la práctica de actividad física en tiempo libre en los hombres, mientras que tanto en mujeres como en hombres, la prevalencia de caminar como medio de transporte aumentó.

- A nivel nacional, un gradiente en la práctica de actividad física en tiempo libre se observó en hombres y mujeres según nivel educativo e índice de riqueza, siendo la prevalencia de este comportamiento más alta a mayor nivel educativo e índice de riqueza. No obstante, una situación contraria se presentó en el dominio de uso de bicicleta como medio de transporte en hombres y en caminar como medio de transporte en mujeres en quienes la prevalencia de estos comportamientos fue mayor a menor índice de riqueza.

Desigualdades en el uso de anticonceptivos en Colombia

En este apartado se extrajeron datos provenientes de la ENDS 2010, respecto a la frecuencia de uso de anticonceptivos, el tipo de anticonceptivos utilizados y la prevalencia de utilización de cada uno. Se realizaron análisis bivariados de acuerdo a información como estado civil, departamento, tipo de sitio de residencia (rural/urbano) e índice de riqueza. Se calculó el coeficiente de correlación de *Pearson* del acceso a anticonceptivos modernos *vs* el *Gini* departamental para los departamentos con información disponible. Finalmente, se realizó un modelo de regresión multivariada con el método *stepwise*.

Sobresalen del análisis los siguientes resultados:

- Se presentó un aumento de la frecuencia de uso de anticonceptivos en Colombia, con una prevalencia nacional que indica buena cobertura.

- A nivel departamental se evidenció que la frecuencia de uso fue menor en ciertas zonas del país, específicamente en aquellos departamentos que tienen menores índices de desarrollo.

- La correlación entre el *Gini* y el uso de anticonceptivos modernos a nivel departamental fue negativa, lo que sugirió que en aquellos departamentos con mayor desigualdad según ingreso, la proporción de uso métodos anticonceptivos modernos disminuyó.

- Hay ciertos tipos de métodos que se usan más frecuentemente según el nivel de ingreso o de acuerdo a tipo de vivienda. El uso de la píldora y la inyección fue más frecuente en el área rural y en la población más pobre, mientras el dispositivo intrauterino, los implantes subdérmicos, el condón y la esterilización masculina fueron más frecuentes la población urbana y en los quintiles más ricos.

- De acuerdo con el modelo multinivel, el uso de anticonceptivos modernos se asoció al índice de riqueza.

Desigualdades del Embarazo y maternidad adolescente

A partir de la información de las ENDS 2000, 2005 y 2010 correspondientes a las adolescentes entre 15 a 19 años, se estimó la prevalencia y razones de prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas, analizando las diferencias entre zona de residencia (rural o urbana), por condiciones sociales seleccionadas tales como el nivel educativo, el índice de riqueza, pertenencia étnica y región. Además, se estimaron las tasas de fecundidad por departamentos para 2005 y 2010 con base en los tres años previos a la encuesta y se estimaron los porcentajes de variación. También se evaluó la correlación entre tasas departamentales para 2010 con indicadores sociales para 2009 como el Producto Interno Bruto per cápita (PIB*pc*), Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), cobertura en educación básica y media e índice de *Gini*.

De análisis se puede concluir que los ejes de desigualdad asociados con el embarazo y maternidad adolescente son diferentes según el área de residencia sea rural o urbana. De manera general se observó una mayor probabilidad de embarazo y maternidad adolescente en la zona urbana, lo que se mantuvo durante los periodos observados. La asociación del área rural con el embarazo y maternidad adolescente se acentuó con bajos niveles educativos y de riqueza.

Se observó también que las tasas de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años por departamentos tienden a ser mayores en los departamentos con menor cobertura en educación y con menor PIB*pc*, mientras que estas tienden a ser menores en los departamentos con más baja desigualdad (bajo índice de *Gini*) y más bajos índices de NBI.

Capítulo 4:
Políticas públicas para reducir desigualdades sociales en salud: *Colombia, América Latina y consideraciones de la sociedad civil*

Introducción

El propósito central de este capítulo fue el de motivar una reflexión sobre las acciones que se están llevando a cabo en países del contexto latinoamericano, que pueda contribuir a pensar o discutir alternativas para avanzar en la reducción de desigualdades sociales en salud en el país, para esto se realizó una caracterización de las respuestas políticas de 6 países latinoamericanos: *Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Brasil y México*. Se realizó también una descripción de las políticas que se están llevando a cabo en el país que apuntan a la reducción de desigualdades sociales, y además se presentan las percepciones de representantes de algunas organizaciones sociales, de la respuesta del Estado para enfrentar expresiones de desigualdad social.

Políticas públicas para la reducción de desigualdades en el contexto latinoamericano

Para los cinco países latinoamericanos se realizó un análisis de diferentes dimensiones que caracterizan el contexto político, económico, de salud y de políticas públicas para la reducción de desigualdades. De una forma general se observó que en cuanto a los aspectos políticos y económicos existen características compartidas, por ejemplo, políticamente todos coinciden en la división del poder del Estado en las ramas legislativa, ejecutiva y judicial y en el régimen presidencialista.

En cuanto a los sistemas de salud se encontraron regimenes segmentados donde operan el sector público, el de la seguridad social y el privado, como pasa en México y Costa Rica. Hay otros donde el sistema es público casi en su totalidad, como es el caso brasileño. Por último, están países como Chile y Colombia con modelos de aseguramiento en sus respectivos sistemas, aunque con algunas diferencias entre ellos.

Con respecto a las políticas públicas dirigidas a reducir desigualdades sociales en los países analizados, gracias a la formulación de diferentes planes y programas, se cuentan con metas evaluables que se orientan a la definición del problema. La cobertura de las políticas son selectivas principalmente y en algunos casos universales. Los ámbitos de acción de orientan de forma frecuente a los grupos poblacionales específicos y desfavorecidos. En cuanto a los determinantes, parece haber un dominio de acciones a favor de la modificación de los intermedios, aunque también algunas políticas que apuntan a las condiciones estructurales de las desigualdades sociales.

Reduciendo las causas de las inequidades: siete políticas centradas en cinco determinantes sociales de la salud durante el curso de vida en Colombia

En esta sección se reconocen cinco determinantes sociales de la salud y se describe cómo Colombia espera lograr acción sobre estos determinantes para reducir las desigualdades. El *primer determinante* es el desarrollo de la infancia, ya que en la infancia se generan desigualdades para el resto de la vida; para esto se cuentan con el Programa de Gestión de la Maternidad Segura, que establece el derecho a la atención en salud durante el embarazo, controles prenatales, parto y primer año de vida. Además, se cuenta con la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia de *Cero a Siempre*, que constituye un conjunto de acciones planificadas que espera influir el desarrollo temprano, de conocimiento y habilidades de los niños y niñas.

El *segundo determinante* es el de las oportunidades para la educación. El programa central para fomentar la educación es el programa "*ser pilo paga*", que intenta fomentar la excelencia y calidad de la Educación Superior otorgándoles créditos condonables para estudio a estudiantes con excelencia académica y bajo nivel de ingreso en sus hogares.

En *tercer lugar* está el determinante de las oportunidades para el primer empleo, esto ya que se reconoce que el desempleo es malo para la salud y los jóvenes, junto con los adultos mayores, suelen ser los más afectados por el desempleo. Para esto, el gobierno puso en marcha el programa de 40 mil primeros empleos, donde empleadores reciben beneficios por contratar a jóvenes al menos por 6 meses.

El *cuarto determinante* son las condiciones de la vivienda. Se sabe que viviendas en condiciones pobres y deficientes son malas para la salud, por eso el Gobierno tiene un programa de vivienda 100% subsidiadas, donde se pretenden entregar 100.765 viviendas a familias en condición de vulnerabilidad.

El *quinto determinante*, el de la existencia de protección social para la familia y el adulto mayor, se intenta manejar por medio de dos programas: *Más Familias en Acción,* el programa de transferencias monetarias condicionadas y el Programa *Colombia Mayor*, el cual subsidia a adultos mayores que no cuentan con una pensión o viven en la indigencia o extrema pobreza.

El *sexto determinante* son las condiciones de la vivienda. Se sabe que viviendas en condiciones pobres y deficientes son malas para la salud, por eso el gobierno tiene un programa de vivienda 100% subsidiadas, donde se pretenden entregar 100.765 viviendas a familias en condición de vulnerabilidad.

Finalmente, el último determinante, el de la existencia de protección social para la familia y el adulto mayor, se intenta manejar por medio de dos programas: *Más Familias en Acción*, el programa de transferencias monetarias condicionadas y el *Programa Colombia Mayor*, el cual subsidia a adultos mayores que no cuentan con una pensión o viven en la indigencia o extrema pobreza.

Capítulo 5:
Discusión y recomendaciones

Introducción

A continuación se presentan, una serie de recomendaciones generales que surgieron del diálogo entre el modelo conceptual, los principales hallazgos presentados en este Informe, las recomendaciones establecidas por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (1), la Comisión para la Reducción de Desigualdades en Salud en España, así como las recomendaciones planteadas por otros organismos internacionales que han analizado el tema de desigualdades sociales.

Recomendaciones

Mejorar las condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital.

En relación con la infancia

• Propender porque todos los niños, madres y otras personas con niños a su cargo se beneficien de un amplio conjunto de programas y servicios de calidad para el desarrollo de la primera infancia, con independencia de su capacidad de pago (31).

• Garantizar la equidad en el acceso y calidad de los servicios sanitarios comenzando por el embarazo e infancia. Promover una atención multidimensional para las mujeres embarazadas (nutrición, educación para salud y acceso a recursos sociales y económicos adecuados), y favorecer la implementación de medidas de intervención con evidencia demostrada como la lactancia materna los primeros seis meses de vida, con particular énfasis en las mujeres en situación más vulnerable (31).Promover políticas de inserción para las madres que han perdido o abandonado su actividad laboral (32).

En relación con los entornos saludables

• Gestionar el desarrollo urbano de forma que haya un mayor acceso a viviendas asequibles y a viviendas de interés social; invertir en la mejora de los barrios marginales, priorizando, en particular, el abastecimiento de agua y saneamiento, la electricidad y la pavimentación de las calles para todas las familias, con independencia de su capacidad de pago. (31,33)

• Promover la equidad sanitaria entre las zonas rurales y urbanas mediante inversiones sostenidas en el área rural, combatiendo políticas y procesos de exclusión que generen pobreza rural, y den lugar a procesos de privación de tierras y al desplazamiento de la población rural (2).

• Centrar la gestión y la planificación urbana alrededor de la salud y la equidad sanitaria (31). Los planes de movilidad y transporte público, así como los incentivos para el desarrollo de actividad física, como medio de transporte deben estar articulados a la generación de entornos saludables (33).

En relación con la educación

• Fortalecer la cobertura y calidad de la educación pública en todos los niveles.

• Destinar mayores recursos para áreas más marginadas, mejorando las oportunidades de acceso a la educación. (34)

• Mejorar la nutrición en establecimientos educativos públicos (34)

En relación con las condiciones de trabajo y empleo

• Convertir el pleno empleo, la equidad en materia de empleo y el trabajo digno en objetivos esenciales de las políticas socioeconómicas nacionales.

• Fomentar la incorporación de las mujeres al mercado laboral en igualdad de condiciones.

• Promover trayectorias de trabajo decente para los jóvenes y fortalecer el vínculo entre la educación y el trabajo. (35)

• Fomentar estrategias para la protección de derechos laborales en sectores con alta proporción de trabajo informal.

• Fortalecer la colaboración entre el sector salud, trabajo, política social e igualdad con el fin de coordinar políticas intersectoriales más efectivas, que no solo se enfoquen en el estudio de los factores de riesgos, si no que propendan por una mirada integral de las relaciones entre las condiciones de trabajo y empleo y las desigualdades sociales en salud, y propenda por su reducción.

Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

• Continuar fortaleciendo la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP), e iniciar un proceso de sistematización de la experiencia con el fin de valorar los resultados en el tema de coordinación en el abordaje de los DSS, los niveles de sensibilización de los sectores que la integran en relación con el tema y su nivel de impacto, en términos del planteamiento de las políticas propias de los otros sectores.

• Valorar la posibilidad de incluir en la CISP otros sectores, como por ejemplo el Ministerio Hacienda y Crédito Público.

• Promover un diseño institucional que permita la articulación de los sectores en torno al abordaje de los determinantes sociales de las desigualdades en salud en el nivel regional, departamental y municipal, de acuerdo a sus recursos y capacidades y estructura administrativa. La creación de comisiones similares a la CISP nacional puede ser una primera opción.

• Fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

• Mejorar la capacidad nacional para aplicar un régimen impositivo progresivo y evaluar la posibilidad de implantar nuevos mecanismos nacionales e internacionales de financiación pública. (1)
• Instaurar mecanismos para financiar la intervención del conjunto del Gobierno sobre los DSS y distribuir la financiación de forma equitativa entre las regiones geográficas y los grupos sociales. (1)

• Propender por un sistema justo de tributación para financiar el sistema de salud. (33)

• Hacer efectivos los mecanismos de participación social establecidos por la Constitución Nacional de manera que se promueva una participación más directa en la toma de decisiones y el control social.

• Continuar fortaleciendo las políticas para eliminar la corrupción y evitar fortalecer la capacidad institucional para evitar el clientelismo

• Establecer las medidas necesarias para hacer efectivo las políticas de restitución de tierras a víctimas de conflicto armado en Colombia.

• Incluir en todos los planes de salud departamental y municipal, objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, calidad y efectividad de los servicios sanitarios en el marco de los desarrollos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).

En relación con el género y la etnia

• Combatir los prejuicios sexistas en las estructuras sociales, las leyes y su aplicación, en la forma en que se dirigen las organizaciones y se conciben las intervenciones, y en el modo en que se mide el desempeño económico de un país. (31)

• Desarrollar procesos participativos con las comunidades étnicas que apunten a la construcción de categorías y variables que sean acordes a las realidades de estas poblaciones que permitan analizar un panorama real de la situación de estas, pensando en la construcción de políticas públicas que garanticen derechos y contribuyan a la disminución de desigualdades por razones de etnia.

Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

• Dedicar presupuesto de las agencias financiadoras para fomentar la investigación sobre la evidencia y las causas de las desigualdades en salud y en la atención sanitaria, así como sobre la efectividad de las intervenciones para

reducirlas. (32)

• Incorporar el conocimiento sobre los DSS como una parte obligatoria de la formación pre y posgrado en las carreras de ciencias de la salud, y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de servicios. (32)

Ejes transversales

• Profundizar en la coordinación y la articulación intersectorial en el abordaje de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.

• Evaluar y hacer seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública en relación con la disminución de las desigualdades sociales de la salud y la pertinencia de las acciones planteadas.

• Sensibilizar en el tema de determinantes sociales de la salud en distintos niveles.

• Disponer de los recursos económicos y humanos necesarios para implementar las políticas orientadas hacia la actuación sobre los DSS en todos los sec-

ons
observatorio nacional de salud

Instituto Nacional de Salud

ons
observatorio nacional de salud

Avenida calle 26 No. 51-20, Zona 6 CAN. Bogotá, D.C.
(57+1) 220 7700 ext 1389-1390
018000113400

www.ins.gov.co