



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



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



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 (E)

MARTHA GEMMA GÓMEZ LOPEZ

Secretaria General (E)

OFICINA DE COMUNICACIONES INS



CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA

Director Observatorio Nacional de Salud



Carlos Andrés Castañeda Orjuela
Director Técnico Observatorio Nacional de Salud

Equipo de trabajo

Karol Patricia Cotes Cantillo
Sandra Patricia Salas Quijano
Gina Alexandra Vargas Sandoval
Diana Patricia Díaz Jiménez
Fabio Alberto Escobar Díaz
Luz Ángela Chocontá Piraquive
Luz Mery Cárdenas Cárdenas
Liliana Castillo Rodríguez
Pablo Enrique Chaparro Narváez
Nelson José Alvis Zakzuk
Juan Camilo Gutiérrez Clavijo
Carlos Andrés Valencia Hernández
Nohora Mercedes Rodríguez Salazar
Johanna Quintero Cabezas
Paula Tatiana Castillo Santana
Elkin Daniel Vallejo Rodríguez
Willian León Quevedo
Andrea García Salazar
Alexander Mestre Hernández

Equipo de apoyo

Ana Patricia Buitrago Villa
José Silverio Rojas Vásquez
Karen Daniela Daza Vargas
Gimena Leiton Arteaga

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

Direcciones Instituto Nacional de Salud

Mancel Enrique Martínez
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
Mauricio Beltrán Durán
Dirección de Redes en Salud Pública
Pablo Enrique Chaparro Narváez
Dirección de Investigación (E)
Martha Ospina
Dirección de Producción (E)

Impresión
Imprenta Nacional de Colombia
Carrera 66 No. 24-09 Bogotá, D.C.

ISSN: 2346-3325

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Informe Nacional de las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. (Pag.). Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., 2015.

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 de 2015
ONS © 2015

Tabla de contenido

Introducción

Capítulo 1

Determinantes de las desigualdades sociales en salud en Colombia

1.1. Aspectos metodológicos

1.2. Contexto social, político y económico

1.2.1. Modelo de desarrollo económico

1.2.2. La tenencia de tierras y la situación del campesinado

1.2.3. Sistema y régimen político

1.3. Grupos étnicos

1.3.1. Población indígena en Colombia

1.3.2. Población afrodescendiente

1.3.3. Pueblos Rom

1.4. Trabajo y empleo

1.4.1. Condiciones de trabajo y empleo

1.4.2. Desigualdades de trabajo y empleo

1.5. Educación

1.5.1. Sistema educativo en Colombia

1.5.2. Desigualdades en la educación en Colombia

1.6. Vivienda y servicios públicos

1.6.1. Ordenamiento territorial, vivienda y acceso a servicios públicos en Colombia

1.6.2. Desigualdades en vivienda

Capítulo 2

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

2.1. Metodología

2.2. Resultados

2.3. Conclusiones

Capítulo 3

Desigualdades en salud en Colombia

3.1 Selección de eventos

3.2 Desigualdades en la expectativa de vida en Colombia

3.3. Morbilidad

3.3.1. Desigualdades sociales en el bajo peso al nacer

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

3.3.3. Desigualdades en la obesidad

3.4 Mortalidad

3.4.1 Desigualdades en la mortalidad por accidentes de tránsito y transporte

3.4.2. Desigualdades en la mortalidad por cáncer de cuello uterino

3.4.3. Desigualdades en la mortalidad por cáncer de próstata

3.4.4. Desigualdades en la mortalidad por suicidio en Colombia

3.4.5. Desigualdades en la violencia homicida en Colombia

3.4.6. Desigualdades en la mortalidad por desnutrición

3.4.7. Desigualdades en la muerte materna

3.4.8. Desigualdades en la mortalidad por tuberculosis

3.4.9. Desigualdades en la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en Colombia en niños menores de cinco años

3.4.10. Desigualdades de la tasa de mortalidad en menores de cinco años

3.4.11. Desigualdades en la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en Colombia

3.5. Salud percibida

3.5.1. Desigualdades en salud percibida

3.6. Condiciones de vida saludable

- 3.6.1. Desigualdades en el consumo de frutas y verduras
- 3.6.2. Desigualdades en la práctica de actividad física
- 3.6.3. Desigualdades en el uso de anticonceptivos en Colombia
- 3.6.4. Desigualdades del embarazo y maternidad adolescente

Capítulo 4

Políticas públicas para reducir desigualdades sociales en salud: balance regional y local

4.1. Políticas públicas para la reducción de las desigualdades en salud, en el contexto latinoamericano

- 4.1.1. Argentina
- 4.1.2. Brasil
- 4.1.3. Chile
- 4.1.4. Colombia
- 4.1.5. Costa Rica
- 4.1.6. México
- 4.1.7. Balance comparativo entre los casos latinoamericanos

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

- 4.2.1. Causas de las inequidades en salud
- 4.2.2. *¿Cómo aborda Colombia éstas inequidades bajo un enfoque de curso de vida?*
- 4.2.3. Conclusiones y desafíos

4.3. Percepciones de actores sociales frente a las respuestas políticas, para reducir las desigualdades sociales en salud

- 4.3.1. Noción de desigualdad
- 4.3.2. Orígenes de las desigualdades
- 4.3.3. Formas de expresión de la desigualdad
- 4.3.4. Impacto de las desigualdades en salud
- 4.4.5. Desafíos y retos

4.4. Conclusiones

Capítulo 5

Recomendaciones

5.1. Líneas de acción propuestas por la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud

5.2. Recomendaciones

Siglas y acrónimos

AGC	Acuerdo General de Colaboración	FONASA	Fondo Nacional de Salud
APS	Atención Primaria en Salud	GLOBOCAN	International Agency for Research on Cancer
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos	GENH	Gran Encuesta Nacional de Hogares
BM	Banco Mundial	Habs.	Habitantes
BPC	Beneficio de Prestación Continua	IDG	Índice de Desigualdad de Género
BPN	Bajo Peso al Nacer	IDH	Índice de Desarrollo Humano
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social	IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social de Costa Rica
CDSS	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud	IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina	IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades	IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
CISP	Comisión Intersectorial de Salud Pública	IRA	Infección Respiratoria Aguda
CGE	Carga Global de Enfermedad	ISAPRE	Institución de Salud Previsional
CGN	Contraloría General de la Nación	MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
CNA	Censo Nacional Agropecuario	MUCT	Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio
CNCPS	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales	NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
CNOA	Conferencia Nacional de Organizaciones Afrocolombianas	NSE	Nivel socioeconómico
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	n.v.	Nacidos vivos
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
CUT	Central Unitaria de Trabajadores	ODES	Observatorio de Desigualdades Sociales en Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
DIU	Dispositivo intrauterino	ODR	Observatorio de Discriminación Racial
DNT	Desnutrición	OECSV	Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá
DNP	Departamento Nacional de Planeación	OIT	Organización Internacional del Trabajo
DNE	Dirección Nacional de Educación	OMS	Organización Mundial de la Salud
DSS	Determinantes Sociales de la Salud	ONIC	Organización Nacional Indígena de Colombia
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud	ONS	Observatorio Nacional de Salud
EEUU	Estados Unidos de Norteamérica	ONU	Organización de Naciones Unidas
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	OPS	Organización Panamericana de la Salud
ENS	Encuesta Nacional de Salud	PAC	Programa de Aceleración de Crecimiento
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda	PAPSIVI	Programa de Atención Psicosocial y en Salud a Víctimas de la Violencia
ENH	Encuesta Nacional de Hogares	PDA	Plan Departamental para el Manejo de los Servicios de Agua y Saneamiento
ENCV	Encuesta Nacional de Calidad de Vida	PISA	Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia	PBOT	Plan Básico de Ordenamiento Territorial
EOT	Esquema Básico de Ordenamiento Territorial	POT	Plan de Ordenamiento Territorial
ESF	Estrategia de Salud a la Familia	POS	Plan Obligatorio de Salud
EPS	Entidad Prestadora de Salud	PDSP	Plan Decenal de Salud Pública

Siglas y acrónimos

PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PIB_{pc}	Producto interno bruto <i>per cápita</i>
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública
PROCESA	Programa Sectorial de Salud
RAP	Riesgo Atribuible Poblacional
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SAMU	Servicios de Atención Móvil de Urgencias
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad
SeTP	Salud en Todas las Políticas
SISBEN	Sistema de Identificación y clasificación para Programas Sociales
SIPO	Sistema de Información sobre Población Objetivo
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social y Salud
SP	Seguro Popular
SUS	Sistema Único de Salud
SIVM	Seguro de Invalidez y Muerte
TB	Tuberculosis
TM	Tasas de Mortalidad
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMH	Tasa de Mortalidad por Homicidio
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UE	Unión Europea
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UPCDI	Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Listado de tablas y figuras

Tablas

Capítulo 1

- Tabla 1.1. Marco normativo referente a la figura del campesino y las actividades productivas del ámbito rural
- Tabla 1.2. Porcentaje de reelección parlamentaria 1974-2014
- Tabla 1.3. Índice de transparencia departamental
- Tabla 1.4. Desempeño fiscal de los departamentos 2013
- Tabla 1.5. Departamentos con mayor número de afro descendientes. Censo DANE Colombia, 2005
- Tabla 1.6. Tasas de desempleo en Colombia por departamento, para 2008 y 2014
- Tabla 1.7. Tasas de Desempleo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia por departamento, 2008 y 2014
- Tabla 1.8. Porcentaje de ocupados que trabajan más de 48 horas a la semana en Colombia por departamento, 2008 y 2014
- Tabla 1.9. Tasas de subempleo en Colombia por departamento, 2008 y 2014
- Tabla 1.10. Porcentaje de ocupados pensionados o afiliados a fondo de pensiones por departamento, 2008 y 2014
- Tabla 1.11. Porcentaje de población en edad de trabajar sin ingresos propios en Colombia por departamento, 2008 y 2014
- Tabla 1.12. Mediana y rango intercuartílico de ingreso de personas ocupadas en Colombia por sexo, área, y analfabetismo, 2008 y 2014
- Tabla 1.13. Mediana y rango intercuartílico de ingreso de personas ocupadas en Colombia por grado educativo obtenido, 2008 y 2014
- Tabla 1.14. Mediana y rango intercuartílico de ingreso de personas ocupadas en Colombia por rama de actividad económica, 2008 y 2014
- Tabla 1.15. Tasas de analfabetismo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia por departamento, 2008 y 2014
- Tabla 1.16. Tasas de analfabetismo en mayores de 15 años en Colombia por departamento, 2008 y 2014
- Tabla 1.17. Porcentaje de niños y jóvenes de 4 a 18 años que asisten a una institución educativa en Colombia por departamento, 2008 y 2014
- Tabla 1.18. Porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años en Colombia que terminaron el bachillerato en por departamento, 2008 y 2014
- Tabla 1.19. Porcentaje de hogares en viviendas en condiciones de hacinamiento por departamento, 2008 y 2014
- Tabla 1.20. Porcentaje de hogares en viviendas con servicios inadecuados por departamentos, 2008 y 2014
- Tabla 1.21. Porcentaje de hogares en viviendas inadecuadas por departamento, 2008 y 2014

Capítulo 2

- Tabla 2.1. Características de los estudios incluidos en la revisión
- Tabla 2.2. Matriz resumen para los desenlaces evaluados, ejes de estudio y ejes con desigualdades de la revisión de la literatura
- Tabla 2.3. Tendencias de las desigualdades en diez estudios que evaluaron desigualdades para más de un año

Capítulo 3

- Tabla 3.1. Dimensión del PDSP; indicadores y apartados para el análisis de las desigualdades sociales en salud
- Tabla 3.2. Expectativa de vida en Colombia por sexos, 1998-2012
- Tabla 3.3. Tabla de vida para hombres. Colombia, 2013
- Tabla 3.4. Tabla de vida para mujeres. Colombia, 2013
- Tabla 3.5. Modelos de regresión lineal para esperanza de vida al nacer, a nivel departamental y su asociación con el PIBpc e índice de *Gini*. Colombia, 2000-2013
- Tabla 3.6. Prevalencia de bajo peso al nacer, por departamento y sexo. Colombia, 2005, 2010
- Tabla 3.7. Modelo de regresión logística para el BPN y su asociación con el nivel educativo de la madre, índice de riqueza, sexo y cesárea Colombia 2005,2010
- Tabla 3.8. Prevalencia de obesidad en menores de cinco años, por departamento y sexo. Colombia, 2010
- Tabla 3.9. Modelo de regresión logística para la obesidad y su asociación con el nivel educativo de la madre, índice de riqueza, sexo y área, en menores de cinco años. Colombia, 2010
- Tabla 3.10. Prevalencia de obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, por departamento y sexo. Colombia, 2010
- Tabla 3.11. Modelo de regresión logística para la obesidad y su asociación con el nivel educativo de la madre, índice de riqueza, sexo y área, en el grupo de 5 a 17 años. Colombia, 2010
- Tabla 3.12. Modelos multivariados de regresión lineal para las tasas de mortalidad ajustadas por edad y variables socioeconómicas a nivel departamental. Accidentes de tránsito y transporte. Colombia 1998-2013
- Tabla 3.13. Modelos multivariados de asociación entre el PIBpc y el índice de *Gini* con la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a nivel departamental. Colombia, 1998-2012
- Tabla 3.14. Modelos multivariados de regresión lineal de la asociación entre variables socioeconómicas y las tasas de mortalidad departamental por cáncer de próstata
- Tabla 3.15. Modelos multivariados de asociación entre el PIBpc y el índice de *Gini* con la tasa de mortalidad por suicidio a nivel departamental. Colombia 1998-2012
- Tabla 3.16. Tasa de mortalidad por homicidio según sexo y edad por cuatrienios. Colombia, 1998-2013
- Tabla 3.17. Razones de tasas de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años entre departamentos. Colombia. 1998-2005

- Tabla 3.18. Razón de mortalidad materna por condiciones seleccionadas. Colombia, 1998–2013
- Tabla 3.19. Modelos multivariados de asociación entre el PIBpc y el índice de *Gini*, con la tasa de mortalidad por tuberculosis a nivel departamental. Colombia, 1998-2012
- Tabla 3.20. Razones de tasas de mortalidad por edad en niños y niñas menores de cinco años, entre departamentos. Colombia 1998-2005
- Tabla 3.21. Tasas de mortalidad infantil en niños y niñas menores de cinco años por departamentos, por 100.000. Colombia, 1998-2005
- Tabla 3.22. Modelos de regresión lineal de la tasa de mortalidad infantil departamental y su asociación con el índice *Gini* y el PIBpc. Colombia, 200-2012
- Tabla 3.23. Tasas de mortalidad por IRA en niños y niñas menores de cinco años, entre departamentos. Colombia 1998-2005
- Tabla 3.24. Prevalencia global de la salud percibida regular o mala, en población mayor de 18 años según condiciones socioeconómicas. Colombia, 2000, 2005 y 2010
- Tabla 3.25. Antecedente de uso de anticonceptivos según tipo, en todas las mujeres
- Tabla 3.26. Antecedente de uso de anticonceptivos de acuerdo al tipo de ubicación en todas las mujeres
- Tabla 3.27. Antecedentes y uso actual de anticonceptivos de acuerdo a la zona de vivienda
- Tabla 3.28. Tipo de anticonceptivos usados de acuerdo a zona de vivienda
- Tabla 3.29. Tipo de métodos usados de acuerdo a índice de riqueza
- Tabla 3.30. Tipo de uso de método anticonceptivo según quintil de riqueza
- Tabla 3.31. Modelo de regresión logística para uso de anticonceptivos modernos
- Tabla 3.32. Prevalencia y razones de prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas entre 15 a 19 años según zona de residencia por condiciones seleccionadas. Colombia, 2000, 2005 y 2010

Capítulo 4

- Tabla 4.1. Alineación de los objetivos del programa de salud al Plan Nacional de Desarrollo. México, 2013-2018
- Tabla 4.2. Matriz comparativa de países latinoamericanos con políticas para reducción de desigualdades sociales en salud

Figuras

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

Capítulo 1

- Figura 1.1. Distribución del productor residente del área rural dispersa, según edad y sexo. Total Nacional (21)
- Figura 1.2. Distribución (%) de los productores residentes en el área rural dispersa censada, por nivel educativo alcanzado y sexo (21)
- Figura 1.3. Distribución (%) del productor residente del área rural dispersa, según edad y sexo. Total Nacional (21)
- Figura 1.4. Participación de indígenas respecto a la población total departamental. Colombia, 2005
- Figura 1.5. Pirámide poblacional indígena vs total de la población
- Figura 1.6. Alfabetismo de la población de 15 años y más por sexo en población indígena. Censo DANE Colombia, 2005
- Figura 1.7. Tasa de asistencia escolar en la población nacional e indígena por edades. Censo DANE Colombia, 2005 Población afrodescendiente
- Figura 1.8. Participación de afrocolombianos respecto a la población total departamental
- Figura 1.9. Causas del cambio de lugar de residencia de personas afrocolombianas. Censo DANE Colombia, 2005
- Figura 1.10. Indicadores de pobreza por grupo étnico-racial. Encuesta Calidad de Vida, 2003
- Figura 1.11. Pirámide poblacional afrocolombiana total vs total nacional. Censo DANE Colombia, 2005
- Figura 1.12. Población Rom a nivel municipal
- Figura 1.13. Pirámide poblacional Rom vs total nacional. Censo DANE Colombia, 2005
- Figura 1.14. Alfabetismo de la población de 15 años y más por sexo en población Rom. Censo DANE Colombia, 2005
- Figura 1.15. Nivel de escolaridad de los Rom residentes en Bogotá, D.C.
- Figura 1.16. Tasas de desempleo en Colombia por máximo nivel educativo obtenido, para 2008 y 2014
- Figura 1.17. Tasas de desempleo en Colombia por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
- Figura 1.18. Tasas de desempleo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia por grado educativo obtenido, 2008 y 2014
- Figura 1.19. Tasas de desempleo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
- Figura 1.20. Porcentaje de ocupados que trabajan más de 48 horas a la semana en Colombia por grado educativo obtenido, 2008 y 2014
- Figura 1.21. Porcentaje de ocupados que trabajan más de 48 horas a la semana en Colombia por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
- Figura 1.22. Tasas de subempleo en Colombia por grado educativo obtenido, 2008 y 2014
- Figura 1.23. Tasas de subempleo en Colombia por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
- Figura 1.24. Porcentaje de ocupados, pensionados o afiliados a fondo de pensiones por grado educativo obtenido, 2008 y 2014
- Figura 1.25. Porcentaje de ocupados, pensionados o afiliados a fondo de pensiones por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
- Figura 1.26. Porcentaje de población en edad de trabajar, sin ingresos propios en Colombia, por grado educativo obtenido, 2008 y 2014
- Figura 1.27. Porcentaje de población en edad de trabajar, sin ingresos propios en Colombia, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
- Figura 1.28. Tasas de analfabetismo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
- Figura 1.29. Tasas de analfabetismo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia por estrato socioeconómico de la vivienda, 2008 y 2014
- Figura 1.30. Tasas de analfabetismo en mayores de 15 años en Colombia por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
- Figura 1.31. Tasas de analfabetismo en mayores de 15 años en Colombia, por estrato socioeconómico de la vivienda, 2008 y 2014
- Figura 1.32. Porcentaje de niños y jóvenes de 4 a 18 años que asisten a una institución educativa en Colombia, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
- Figura 1.33. Porcentaje de niños y jóvenes de 4 a 18 años que asisten a una institución educativa en Colombia, por estrato socioeconómico de la vivienda, 2008 y 2014
- Figura 1.34. Porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años en Colombia, que terminaron el bachillerato, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
- Figura 1.35. Porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años en Colombia, que terminaron el bachillerato, por estrato socioeconómico de la vivienda, 2008 y 2014

Figura 1.36. Porcentaje de hogares en viviendas en condiciones de hacinamiento, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
 Figura 1.37. Porcentaje de hogares en viviendas en condiciones de hacinamiento por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
 Figura 1.38. Porcentaje de hogares en viviendas con servicios inadecuados por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
 Figura 1.39. Porcentaje de hogares en viviendas con servicios inadecuados por estrato socioeconómico, 2008 y 2014
 Figura 1.40. Porcentaje de hogares en viviendas inadecuadas por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014
 Figura 1.41. Porcentaje de hogares en viviendas inadecuadas por estrato socioeconómico, 2008 y 2014

Capítulo 2

Figura 2.1. Diagrama de flujo sobre la revisión de la literatura
 Figura 2.2. Distribución de la literatura sobre desigualdades sociales en Colombia, por año de publicación
 Figura 2.3. Distribución de los desenlaces en salud más frecuentes, para los que se midieron desigualdades sociales
 Figura 2.4. Distribución proporcional de los grupos de ejes de posición social, utilizados en los estudios
 Figura 2.5. Frecuencia de los indicadores de desigualdad utilizados en los estudios

Capítulo 3

Figura 3.1. Expectativa de vida en Colombia por sexos, 1998-2012
 Figura 3.2. Diferencia en la expectativa de vida entre sexos, por grupo de edad. Colombia, 2013
 Figura 3.3. Esperanza de vida al nacer, por departamento y sexo, promedio por cuatrienio. Colombia, 1998-2013
 Figura 3.4. Esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres por municipio, promedio por cuatrienios. Colombia, 1998-2013
 Figura 3.5. Esperanza de vida al nacer versus PIBpc departamental. Colombia, 2013
 Figura 3.6. Esperanza de vida al nacer *versus* índice de *Gini* departamental. Colombia, 2012
 Figura 3.7. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de BPN, según sexo. Colombia, 2005,2010
 Figura 3.8. Prevalencia de BPN en niños, según edad de la madre. Colombia 2005,2010
 Figura 3.9. Prevalencia de BPN en niñas, según edad de la madre. Colombia 2005,2010
 Figura 3.10. Desigualdad absoluta y relativa del BPN en niños, según la edad de la madre. Colombia, 2005, 2010
 Figura 3.11. Desigualdad absoluta y relativa del BPN en niñas, según la edad de la madre. Colombia, 2005, 2010
 Figura 3.12. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa en BPN, según el lugar de residencia de la madre. Colombia 2005, 2010
 Figura 3.13. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de BPN, según índice de riqueza de la madre. Colombia 2005,2010
 Figura 3.14. Prevalencia y medidas absolutas y relativas BPN, según nivel educativo de la madre. Colombia 2005,2010
 Figura 3.15. Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de cinco años, según departamento. Colombia, 2010
 Figura 3.16. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de la desnutrición crónica, en menores de cinco años, según sexo. Colombia, 2010
 Figura 3.17. Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de cinco años, por grupo de edad. Colombia, 2010
 Figura 3.18. Desigualdad absoluta y relativa de la desnutrición crónica en menores de cinco años, por grupo de edad. Colombia, 2010
 Figura 3.19. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de desnutrición crónica en menores de cinco años, por nivel educativo de la madre. Colombia, 2010
 Figura 3.20. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de desnutrición crónica en menores de cinco años, por nivel de riqueza de la madre. Colombia, 2010
 Figura 3.21. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de desnutrición crónica en menores de cinco años, por zona de residencia. Colombia, 2010
 Figura 3.22. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de desnutrición crónica en menores de cinco años, por pertenencia étnica. Colombia, 2010
 Figura 3.23. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en menores de cinco años, según sexo. Colombia, 2010
 Figura 3.24. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en menores de cinco años, por grupo de edad. Colombia, 2010
 Figura 3.25. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en menores de cinco años, por grupo étnico. Colombia, 2010
 Figura 3.26. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en menores de cinco años, por zona de residencia. Colombia, 2010
 Figura 3.27. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de obesidad en menores de cinco años, según el índice de riqueza de la madre. Colombia, 2010
 Figura 3.28. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de obesidad en menores de cinco años, según el nivel educativo de la madre. Colombia, 2010
 Figura 3.29. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, según sexo. Colombia, 2010
 Figura 3.30. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de la obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, por grupo de edad. Colombia, 2010
 Figura 3.31. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, por zona de residencia. Colombia, 2010
 Figura 3.32. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, según índice de riqueza de la madre. Colombia, 2010
 Figura 3.33. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, según nivel educativo de la madre. Colombia, 2010
 Figura 3.34. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo y evento. Accidentes de tránsito y transporte. Colombia, 1998-2013
 Figura 3.35. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo. Lesiones a peatones. Colombia, 1998-2013
 Figura 3.36. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Lesiones a peatones. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
 Figura 3.37. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental. Lesiones a peatones. Colombia, 2013
 Figura 3.38. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental. Lesiones a peatones. Colombia, 2012
 Figura 3.39. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo. Lesiones en vehículo de pedal. Colombia 1998-2013
 Figura 3.40. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Lesiones en vehículo de pedal. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
 Figura 3.41. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental. Lesiones en vehículo de pedal. Colombia, 2013
 Figura 3.42. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental. Lesiones en vehículo de pedal. Colombia, 2012
 Figura 3.43. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo. Lesiones en vehículo motorizado de dos ruedas. Colombia, 1998-2013
 Figura 3.44. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Lesiones en vehículo motorizado de dos ruedas. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
 Figura 3.45. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental. Lesiones en vehículo motorizado de dos ruedas. Colombia, 2013
 Figura 3.46. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental. Lesiones en vehículo motorizado de dos ruedas. Colombia, 2012

- Figura 3.47. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo. Lesiones en vehículo motorizado de tres o más ruedas. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.48. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Lesiones en vehículo motorizado de tres o más ruedas. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.49. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental. Lesiones en vehículo motorizado de tres o más ruedas. Colombia, 2013
- Figura 3.50. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental. Lesiones en vehículos motorizados de tres o más ruedas. Colombia, 2012
- Figura 3.51. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Otras lesiones de tránsito. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.52. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Otras lesiones de transporte. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.53. Tasas de mortalidad ajustadas por edad para cáncer de cuello uterino en mujeres. Colombia 1998-2013
- Figura 3.54. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio para cáncer de cuello uterino. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.55. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio y quintil de NBI, para cáncer de cuello uterino. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.56. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental, para cáncer de cuello uterino en mujeres. Colombia, 2013
- Figura 3.57. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental, para cáncer de cuello uterino en mujeres. Colombia, 2012
- Figura 3.58. Tasas de mortalidad ajustadas por edad para cáncer de próstata en hombres. Colombia 1998-2013
- Figura 3.59. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio para cáncer de próstata. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.60. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio y quintil de NBI, para cáncer de próstata. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.61. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental, para cáncer de próstata en hombres. Colombia, 2013
- Figura 3.62. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental, para cáncer de próstata en hombres. Colombia, 2012
- Figura 3.63. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo, para suicidio. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.64. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio, para suicidio. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.65. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio y quintil de NBI, para suicidio. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.66. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental, para suicidio. Colombia, 2013
- Figura 3.67. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental, para suicidio. Colombia, 2012
- Figura 3.68. Tasa de mortalidad por homicidio según sexo. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.69. Tasa de mortalidad por homicidio, razones y diferencias de TMH según sexo, por cuatrienios. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.70. Tasa de mortalidad por homicidio, razones y diferencias de TMH según grupos de edad, por cuatrienios, por sexo. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.71. Tasa de mortalidad por homicidios según departamentos por cuatrienios. Colombia, 2008-2013
- Figura 3.72. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años por 100.000, por departamentos, para 2013 y cambio porcentual de las tasas de mortalidad en el periodo 1998-2013
- Figura 3.73. Tasa cruda nacional de mortalidad por desnutrición según sexo. Colombia 2000, 2005, 2010 y 2013
- Figura 3.74. Desigualdad absoluta y relativa en la tasa cruda nacional de mortalidad por desnutrición, según sexo. Colombia 2000, 2005, 2010 y 2013
- Figura 3.75. Tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niñas, según quintiles de NBI*. Colombia 2000, 2005, 2010 y 2013
- Figura 3.76. Tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niños, según quintiles de NBI*. Colombia 2000, 2005, 2010 y 2013
- Figura 3.77. Desigualdad absoluta (diferencia de tasas) en la tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niñas, según quintiles de NBI*. Colombia, 2000, 2005, 2010 y 2013
- Figura 3.78. Desigualdad relativa (razón de tasas) en la tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niñas, según quintiles de NBI*. Colombia, 2000, 2005, 2010 y 2013
- Figura 3.79. Desigualdad absoluta (diferencia de tasas) en la tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niños, según quintiles de NBI*. Colombia, 2000, 2005, 2010 y 2013
- Figura 3.80. Desigualdad relativa (razón de tasas) en la tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niños, según quintiles de NBI*. Colombia, 2000, 2005, 2010 y 2013
- Figura 3.81. Razón de mortalidad materna por 100.000 n.v. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.82. Razón de mortalidad materna y razón de RMM, según edad por cuatrienios. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.83. Razón de mortalidad materna, razón y diferencias absolutas en las RMM, según área de residencia por cuatrienios. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.84. Razón de mortalidad materna, razón y diferencias absolutas en las RMM, según nivel educativo por trienios. Colombia, 2008-2013
- Figura 3.85. Razón de mortalidad materna, razón y diferencias absolutas en las RMM, según aseguramiento por trienios. Colombia, 2008-2013
- Figura 3.86. Razón de mortalidad materna, según departamentos por trienios. Colombia, 2008-2013
- Figura 3.87. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo. Tuberculosis. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.88. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio para tuberculosis, en promedio anual. Colombia, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.89. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio, enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias, promedio anual. Colombia, 1998-2001 y 2010-2013
- Figura 3.90. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio y quintil de NBI para tuberculosis, en promedio anual. Colombia, 2000, 2005, 2010 y 2013
- Figura 3.91. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio y quintil de NBI para VIH y tuberculosis, en promedio anual. Colombia, 2000, 2005, 2010 y 2013
- Figura 3.92. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental, para VIH y tuberculosis. Colombia, 2013
- Figura 3.93. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental, para VIH y tuberculosis. Colombia, 2012
- Figura 3.94. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental, para tuberculosis. Colombia, 2013
- Figura 3.95. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental, para tuberculosis. Colombia, 2012
- Figura 3.96. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por 100.000, por sexo. Colombia 1998-2012
- Figura 3.97. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por 100.000, por departamentos, para 2013 y cambio porcentual de las tasas de mortalidad en el periodo 1998-2013
- Figura 3.98. Tasa cruda municipal de mortalidad por EDA en niños menores de 5 años según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013
- Figura 3.99. Tasa cruda municipal de mortalidad por EDA en niñas menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013
- Figura 3.100. Razón de tasas crudas de mortalidad municipales por EDA en niños menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013
- Figura 3.101. Razón de tasas crudas de mortalidad municipales por EDA en niñas menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013
- Figura 3.102. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por 100.000, según sexo. Colombia, 1998 y 2012
- Figura 3.103. Curva de concentración de la mortalidad por EDA en menores de cinco años ordenada por el índice de NBI, a nivel municipal en hombres. 2011-2013
- Figura 3.104. Curva de concentración de la mortalidad por EDA en menores de cinco años, ordenada por el índice de NBI, a nivel municipal, en mujeres. 2011-2013
- Figura 3.105. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por cada 100.000 menores de 5 años. Por sexo. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.106. Tasa de mortalidad en la niñez por 100.000 personas menores de cinco años. Colombia, 1998-2012
- Figura 3.107. Tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años por 100.000, por departamentos, para 2013 y cambio porcentual de las tasas de mortalidad en el periodo 1998-2013
- Figura 3.108. Tasa cruda municipal de mortalidad infantil en niños menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013
- Figura 3.109. Tasa cruda municipal de mortalidad infantil en niñas menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013

- Figura 3.110. Curva de concentración de la TMI en niños menores de cinco años por 100.000, ordenada por el índice de pobreza multidimensional, a nivel municipal. Colombia, 2011-2013
- Figura 3.111. Curva de concentración de la TMI en niñas menores de cinco años por 100.000, ordenada por el índice de pobreza multidimensional, a nivel municipal. Colombia, 2011-2013
- Figura 3.112. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años por 100.000 menores de cinco años, según sexo. Colombia, 1998-2013
- Figura 3.113. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años por 100.000, por departamentos, para 2013 y cambio porcentual de las tasas de mortalidad en el periodo 1999-2013
- Figura 3.114. Tasa cruda municipal de mortalidad por IRA en niños menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013
- Figura 3.115. Tasa cruda municipal de mortalidad por IRA en niñas menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013
- Figura 3.116. Razón de tasas crudas de mortalidad municipales por IRA en niños menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013
- Figura 3.117. Razón de tasas crudas de mortalidad municipales por IRA en niñas menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013
- Figura 3.118. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años por 100.000 por municipios y sexo. Colombia, 1998 y 2012
- Figura 3.119. Curva de concentración de la mortalidad por IRA en niños menores de cinco años, ordenada por el índice de pobreza multidimensional, por municipios. 2011-2013
- Figura 3.120. Curva de concentración de la mortalidad por IRA en niñas menores de cinco años ordenada por el índice de pobreza multidimensional, por departamentos. 2011-2013
- Figura 3.121. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala en población mayor de 18 años, según sexo. Colombia, 2000, 2005 y 2010
- Figura 3.122. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala, en población mayor de 18 años, según grupo de edad. Colombia, 2000, 2005 y 2010
- Figura 3.123. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala, en población mayor de 18 años, según índice de riqueza. Colombia, 2005 y 2010
- Figura 3.124. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala, en población mayor de 18 años, según nivel educativo. Colombia, 2000, 2005 y 2010
- Figura 3.125. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala, en población mayor de 18 años, según zona de residencia. Colombia, 2000, 2005 y 2010
- Figura 3.126. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala, en población mayor de 18 años, según pertenencia étnica. Colombia, 2010
- Figura 3.127. Razón de Odds para salud percibida regular, mala y muy mala, en población mayor de 16 años, según ocupación. Colombia, 2007*
- Figura 3.128. Prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según departamento. Colombia, 2010
- Figura 3.129. Prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según sexo. Colombia, 2010
- Figura 3.130. Prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según grupo de edad. Colombia, 2010
- Figura 3.131. Prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según nivel educativo. Colombia, 2010
- Figura 3.132. Prevalencia de consumo de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según índice de riqueza. Colombia, 2010
- Figura 3.133. Prevalencia de consumo de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según zona de residencia. Colombia, 2010
- Figura 3.134. Prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según pertenencia étnica. Colombia, 2010
- Figura 3.135. Prevalencia de actividad física en tiempo libre, caminar y montar en bicicleta como medio de transporte en adultos de 18 a 64 años, del área urbana. Colombia, 2005 y 2010
- Figura 3.136. Prevalencia de actividad física en tiempo libre, caminar y montar en bicicleta como medio de transporte en adultos de 18 a 64 años del área urbana, según grupos de edad. Colombia, 2010
- Figura 3.137. Prevalencia de actividad física en tiempo libre, caminar y montar en bicicleta como medio de transporte en adultos de 18 a 64 años del área urbana, según nivel educativo. Colombia, 2010
- Figura 3.138. Prevalencia de actividad física en tiempo libre, caminar y montar en bicicleta como medio de transporte en adultos de 18 a 64 años del área urbana, según índice de riqueza, Colombia, 2010
- Figura 3.139. Uso de anticonceptivos modernos por departamento
- Figura 3.140. Correlación entre acceso a métodos modernos e índice de Gini
- Figura 3.141. Prevalencia y razón de prevalencias de adolescentes alguna vez embarazadas, según zona de residencia. Colombia 2000, 2005 y 2010
- Figura 3.142. Prevalencia y razón de prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas entre 15 a 19 años, según nivel educativo por zona de residencia. Colombia, 2000, 2005 y 2010
- Figura 3.143. Prevalencia y razón de prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas entre 15 a 19 años, según nivel de riqueza por zona de residencia. Colombia, 2000, 2005 y 2010
- Figura 3.144. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, por departamentos. Colombia, 2005-2010
- Figura 3.145. Tasa de fecundidad departamental en mujeres de 15 a 19 años e indicadores socioeconómicos de 2009. Colombia, 2010

Capítulo 4

- Figura 4.1. Comisión Intersectorial de Salud Pública, 2012-2021
- Figura 4.2. Siete políticas que actúan sobre los determinantes sociales de la salud a lo largo de la vida en Colombia
- Figura 4.3. Resumen Percepciones de actores sociales frente a las respuestas políticas, para reducir las desigualdades sociales en salud

Anexos

- Anexo 1. Operacionalización del consumo de frutas y verduras

Prólogo

El presente Informe Técnico *“Desigualdades Sociales en Salud en Colombia”* tiene un gran valor toda vez que describe muy detalladamente, información útil para el monitoreo de las desigualdades y la implementación de políticas. El Informe presenta gran cantidad de información sobre este tema de tanta relevancia en Colombia. El informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CSDH. Closing the gap in a generation, 2008) enfatiza que *“la injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas”* y señala que las desigualdades en salud *“son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas”*.

La igualdad en salud ha sido definida como *“la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente”* (Sociedad para la Equidad en Salud, Starfield, 2006), por lo tanto la desigualdad en salud se produce cuando existen estas diferencias. La evidencia científica ha mostrado que las desigualdades en salud son enormes, y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos (Benach y Muntaner, 2005). Vean por ejemplo el Cuadro 1 donde se presentan datos que muestran la carga de enfermedad ocasionada por las desigualdades en salud a nivel mundial.

Cuadro 1. Organización Mundial de la Salud: 10 datos sobre las desigualdades en salud

Las desigualdades en salud son diferencias sistemáticas en los resultados en salud

Las desigualdades en salud son diferencias en el estado de salud o en la distribución de los recursos para la salud entre los distintos grupos de población, que se derivan de las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Todos los días mueren 21 000 niños y niñas antes de cumplir los 5 años

Mueren de neumonía, malaria, diarrea y otras enfermedades. Los hijos e hijas de las familias rurales y más pobres siguen viéndose afectados de manera desproporcionada.

La mortalidad materna es un indicador clave de desigualdad en salud

La mortalidad materna es un indicador sanitario que muestra las enormes diferencias existentes entre ricos y pobres, tanto entre los países como dentro de ellos. El riesgo de muerte materna de las mujeres del Afganistán a lo largo de su vida es de 1 por 11, mientras que para las mujeres de Irlanda ese riesgo es de 1 por 17 800.

La tuberculosis es una enfermedad de la pobreza

Cerca del 95% de las defunciones por tuberculosis se producen en el mundo en desarrollo.

Cerca del 80% de las enfermedades no transmisibles se registra en los países de ingresos bajos y medios

En los medios desfavorecidos, el costo de la atención sanitaria relacionada con las enfermedades no transmisibles puede hacer que se agoten rápidamente los recursos de las familias y que estas caigan en la pobreza.

La diferencia en la esperanza de vida entre los países es de hasta 36 años

Los niños y niñas que nacen en Malawi pueden esperar vivir 47 años, mientras que los nacidos en el Japón pueden esperar vivir 83. En los países de ingresos bajos, la esperanza media de vida es de 57 años y en los de ingresos altos es de 80.

También hay desigualdades en salud alarmantes dentro de un mismo país

En los Estados Unidos, por ejemplo, los afroamericanos representan solo el 12% de la población, pero a ellos corresponde casi la mitad de todas las nuevas infecciones por VIH.

En las ciudades las desigualdades sanitarias son enormes

En Londres, la esperanza de vida de los varones oscila entre los 71 años en el barrio de Tottenham Green (Haringey) y los 88 en Queen's Gate (Kensington y Chelsea), lo que supone una diferencia de 17 años. Según las conclusiones del London Health Observatory, cuando se viaja en metro en dirección este desde Westminster, cada parada representa casi un año de esperanza de vida menos.

Cuadro 1. Organización Mundial de la Salud: 10 datos sobre las desigualdades en salud

Las desigualdades en salud tienen un importante costo financiero para las sociedades

El Parlamento Europeo ha calculado que las pérdidas relacionadas con las desigualdades en salud equivalen a cerca del 1,4% del producto interno bruto (PIB) de la Unión Europea, cifra casi tan alta como la correspondiente al gasto de la Unión Europea en defensa (1,6% del PIB). Esto se debe a las pérdidas de productividad e ingresos fiscales, y al aumento de los gastos sociales y de atención sanitaria.

La persistencia de las inequidades frena el desarrollo

Más de 800 millones de personas en el mundo viven en barrios marginales, lo que representa cerca de una tercera parte de la población urbana mundial.

Fuente: modificado de Organización Mundial de la Salud
http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/

Las distintas condiciones de vida, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio, raza o país de origen producen las desigualdades en salud. Las personas que pertenecen a los colectivos socialmente menos favorecidos, como son las personas de clases sociales desfavorecidas, que viven en barrios con privación socioeconómica, las mujeres o las personas nacidas en países de renta baja, tienen peores resultados en los indicadores de salud.

Tal como se describe en este Informe, para entender las causas de las desigualdades en salud, existen distintos modelos conceptuales y se adopta el Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, que distingue entre determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades en salud. Entre los primeros se encuentra el contexto socioeconómico y político que determinan la estratificación de la sociedad por clase social, género, edad, etnia o raza y territorio de procedencia o de residencia. Los determinantes intermedios incluyen los recursos materiales, como son las condiciones de empleo y trabajo.

El trabajo no remunerado del hogar o trabajo doméstico y los cuidados de las personas; el nivel de ingresos y la situación económica; la disponibilidad, calidad y equipamientos de la vivienda; el barrio o área de residencia y los servicios sanitarios. Cabe señalar que la existencia de servicios sanitarios adecuados es un derecho fundamental y el acceso a los mismos debería ser equitativo sin distinciones sociales.

Es importante tener claro cuáles son las causas de las desigualdades en salud para poder poner en marcha políticas públicas para reducirlas. Un gran valor del presente Informe Técnico “*Desigualdades Sociales en Salud en Colombia*” es que se describen tanto los determinantes sociales de las desigualdades en salud como estas desigualdades. A continuación, me gustaría recordar algunos aspectos o principios que deberían ser tenidos en cuenta, cuando se pretenden poner en marcha políticas para disminuir las desigualdades en salud (basados en Whitehead y Dalghren, 2006; Borrell et al 2012):

- **Mejora del nivel de salud de toda la población:** para disminuir las desigualdades en salud entre distintos grupos, el objetivo es aumentar el nivel de salud de los menos privilegiados mejorando, por lo tanto, los niveles de salud de la población. Además, las intervenciones poblacionales para mejorar la salud deben incluir objetivos de equidad para poder disminuir las desigualdades entre los distintos grupos sociales. A menudo, las intervenciones no la tienen en cuenta y las personas de los grupos socioeconómicos más privilegiados se benefician más de ellas.

- **Utilización de distintas aproximaciones de las políticas:** las estrategias universales pretenden reducir las desigualdades en toda la población. Esta aproximación tiene en cuenta que existe un gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales, por lo tanto es necesario focalizarse en todas ellas estableciendo políticas universales. Ejemplos de políticas universales son *el sistema nacional de salud público o la educación pública y gratuita para toda la población*. Además, los servicios dirigidos a toda la población y utilizados por las personas de todas las clases sociales tienen mayor calidad ya que existirá una mayor capacidad reivindicativa de la calidad de los mismos.

Las estrategias selectivas se focalizan en la población con vulnerabilidad social con el objetivo de mejorar su salud. Estas políticas se presentan como un abordaje complementario y necesario para abordar las desigualdades en la salud. Tenemos como ejemplo, los programas que se ponen en marcha en los barrios con privación socioeconómica. Un enfoque intermedio es el del “*universalismo proporcional*” que se basa en hacer más intensivas las intervenciones poblacionales en áreas que tienen más privación socioeconómica o en colectivos más vulnerables (The Marmot Review, 2010), como por ejemplo, la existencia de una mayor oferta de servicios educativos, sanitarios o sociales en áreas desfavorecidas.

- **Intersectorialidad:** debido que las causas fundamentales que crean las desigualdades en salud recaen en las condiciones de vida y trabajo, las intervenciones dirigidas a disminuir estas las desigualdades en salud han de ser necesariamente intersectoriales. Esto es así porque para actuar sobre los determinantes sociales de la salud es necesario instaurar políticas en sectores que, fundamentalmente, no son el sanitario. En este sentido, los profesionales de la salud deben trabajar con las y los profesionales de otros ámbitos como por ejemplo de la economía, empleo y trabajo, urbanismo, vivienda, educación, etc. La Comisión Interministerial de Salud Pública que existe en Colombia desde 2014 avanzará en esta dirección.

- **Participación:** las poblaciones “*diana*” de los programas o intervenciones con frecuencia tienen diferentes actitudes, valores y preocupaciones que las y los responsables políticos y los técnicos, por lo que miembros de estas poblaciones deben participar en todo el ciclo de planificación: desde el análisis de la situación de salud o sus determinantes, al desarrollo de los programas y su evaluación.

- **Consideración de distintos ejes de desigualdad (interseccionalidad):** tanto al analizar las desigualdades en salud como al poner en marcha intervenciones, se deben en cuenta los distintos ejes de desigualdad: la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio o área geográfica.

Por ejemplo, no es infrecuente que los indicadores por clase social se presenten conjuntamente para hombre y mujeres, cuando las relaciones entre el indicador de salud y la clase social pueden ser distintas en ambos sexos.

- **Medición de las desigualdades:** para poder poner en marcha políticas destinadas a reducir las desigualdades en salud, es necesario tener buenas mediciones de las mismas (métricas) y poderlas monitorizar a lo largo del tiempo y en distintas zonas geográficas. Para ello, las fuentes de información deben disponer de indicadores para medir los distintos ejes de desigualdad; algo que no siempre es fácil, sobre todo cuando interesa conocer la clase social o la posición socioeconómica. Por otro lado, se deben medir las desigualdades entre los grupos sociales tanto comparando indicadores a nivel relativo como a nivel absoluto ya que puede ser que las desigualdades estén disminuyendo a nivel relativo pero que aumenten a nivel absoluto o viceversa.

Iniciativas que se están llevando a cabo en Colombia, tal como describe muy bien el Informe, como el Observatorio para la Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud (ODES), el Plan Decenal de Salud Pública 2012-21 o la Comisión Intersectorial de Salud Pública, son instrumentos muy útiles para monitorizar e implantar políticas para reducir las desigualdades en salud. Seguro que este Informe será de gran utilidad para conseguir los mismos fines.



Carme Borrell, Md, PhD
Agència de Salut Pública de Barcelona,
Catalunya, Febrero de 2016

Referencias

Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.

Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para reducir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008;22(5):465-73.

Borrell C, Díez E, Morrison J, Camprubí L. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos MEDEA e IneqCities, 2012.
Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/equidad_salud_urbana.pdf

CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization; 2008.

Starfield B. State of the art in research on equity in health. J Health Polit Policy Law. 2006;31(1):11-32.

The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives. London: The Marmot Review; 2010.

Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health nº 2, Denmark, 2006.

Introducción

“Nos cansamos de “pensar en pequeño”; de creer que estamos condenados a la violencia, a la desigualdad, al atraso, a la falta de oportunidades. ¡Porque NO es así!... Una paz total no es posible si no hay equidad...Desde mi corazón creo que ha llegado la hora no solo de avanzar en las metas inmediatas sino de re-pensarnos como nación. Ha llegado la hora de re-imaginar el contrato social que hemos heredado, y las instituciones y políticas que nos han regido”.

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 del 7 de agosto de 2014, 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**. Y es que como se puede deducir de las palabras enunciadas, 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.

Es de amplio reconocimiento entre diversos sectores de la sociedad colombiana la profunda y dramática situación de desigualdad social que caracteriza la nación, aunque la magnitud de la desigualdad del país es escandalosa, el problema de la desigualdad es mundial y es, en la actualidad, uno de los temas sociales que motiva mayor interés en distintos escenarios, y no sin razón, porque a pesar de los indudables progresos de la sociedad en términos de mejoría de la calidad de vida, avances tecnológicos, entre otros, existen inmensas brechas entre países y dentro de los países y entre grupos de individuos, que no solo son vergonzosas sino inmorales.

Estas desigualdades no solo son casi que evidentes a simple vista, también los datos han mostrado las amplias brechas existentes entre naciones y miembros de naciones. El Informe de Oxfam por ejemplo, señaló que en 2014, el 1% más rico de la población mundial poseía el 48% de la riqueza mundial, mientras que el 99% restante debía repartirse el 52% de esta riqueza. Según el Informe casi la totalidad de ese 52% está en manos del 20% más rico de la población mundial, de modo que el 80% restante sólo posee un 5,5% de esta riqueza.

Si se mantiene esta tendencia de incremento de la participación de las personas más ricas en la riqueza mundial, de acuerdo con el Informe en sólo dos años el 1% más rico de la población acumulará más riqueza que el 99% restante, y el porcentaje de riqueza en manos del 1% más rico superaría el 50% en 2016 (1).

Por su parte la Organización de Naciones Unidas (ONU), en su informe de 2013, *“Humanidad Dividida”*, partiendo de reconocer los alentadores avances que ha tenido la humanidad, que se traducen en la mejora de varios indicadores de prosperidad material, reconoció que las tendencias recientes en cuanto al aumento de la desigualdad son muy poco alentadoras. Durante los últimos dos decenios, señala el Informe, la desigualdad de ingresos ha aumentado en promedio dentro de los países y entre ellos. Debido a esto, una mayoría considerable de la población mundial vive en sociedades con una mayor desigualdad de la que existía hace 20 años. En varios lugares del mundo las diferencias de ingresos son cada vez mayores, así como la brecha en la calidad de vida, a pesar de la inmensa riqueza propiciada por tasas de crecimiento económico espectaculares (2).

El mencionado Informe presentó argumentos contundentes que le permitieron demostrar que el mundo es hoy más desigual que en cualquier otro periodo desde la Segunda Guerra Mundial y concluyó que la desigualdad ha puesto en peligro el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Ha frenado el progreso en educación, salud y nutrición para grandes sectores de la población, hasta el punto de socavar las propias capacidades humanas necesarias para lograr una buena vida y ha provocado conflictos y desestabilizado la sociedad (2).

De igual manera la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) en su serie de informes que denominó *“Trilogía de la Igualdad”*, mostró la magnitud de la desigualdad, en varias dimensiones, en países de América Latina y el Caribe, considerada como la región más desigual del mundo, y llamó la atención sobre la necesidad de una nueva ecuación entre el Estado, el mercado y la sociedad, pertinente a cada realidad nacional, en la que los diversos actores, a través de los pactos sociales, se apropien de estrategias de desarrollo y las hagan suyas.

Se trata, según señalan los informes, de enlazar la sostenibilidad a mediano y largo plazo de un desarrollo dinámico con el avance sistemático hacia mayores niveles de igualdad. Tal igualdad no se entiende solo como una igualdad de medios, es decir, como una mejor distribución del ingreso; se entiende, también, como una mayor igualdad en capacidades, en agencia, en pleno ejercicio de la ciudadanía y en dignidad y reconocimiento recíproco de los actores (3).

En medio de este panorama, Colombia continúa siendo uno de los países con mayor desigualdad en el ingreso en el mundo medido por el índice de *Gini*. 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 (4). Por otro lado, diversos análisis en el país han puesto de presente el tema de la desigualdad como una problemática central, y como bien lo anunció el Señor Presidente de la República, la equidad es un eje central del actual Plan de Desarrollo 2014-2018, en este sentido una necesidad importante es profundizar en el estudio y análisis de la desigualdad en Colombia (5). En este contexto el tema de las desigualdades sociales en salud, cobra una vital importancia. 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 (6).

El interés por el tema de la equidad en salud, no es reciente, investigadores, gobiernos, organismos multilaterales, organizaciones sociales, entre otros, lo han considerado como un aspecto prioritario en sus agendas de trabajo. 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 en distintas regiones y países del mundo. En este contexto, la Comisión ha planteado como líneas de acción *“medir la magnitud de las inequidades en salud y sus factores determinantes, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto”* (7).

Entre las distintas recomendaciones dadas por dicha Comisión, se esbozó la necesidad de que los gobiernos nacionales *“pongan en marcha sistemas nacionales de vigilancia de la equidad sanitaria que permitan recabar datos de forma sistemática sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sanitarias”*. Hay que resaltar además, que el tema de la desigualdad social se ha considerado como la *“peor epidemia”* de nuestro tiempo, por lo que se hace imperativo estudiarla y actuar sobre la misma (6).

Por otra parte, en el sector salud del país, 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 cual este enfoque se plantea como marco general de acción. Adicionalmente, y como se detallará en este Informe, 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, y arraigados en los argumentos éticos que han guiado los anteriores informes, 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.

En esta medida el Informe se apoya en medidas de desigualdad que en general permiten a un lector no especializado el entendimiento de su magnitud y evolución, por otro lado presenta algunos elementos en términos de soluciones o alternativas, desde los actores sociales para su reducción. El camino comienza entonces con un esbozo de algunos elementos conceptuales y de contexto que orientan el análisis que se presenta.

Posteriormente en el **Capítulo 1** se describe la situación actual de los que, apoyados en los elementos conceptuales, se consideraron determinantes sociales centrales en la generación de desigualdades sociales en salud, en el país. De tal manera se describen de manera sucinta, aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político del país, con el contexto cultural, con la situación de educación, empleo y trabajo, vivienda y servicios públicos, así como de los servicios de salud, como determinantes sociales de las desigualdades en salud. Como apoyo a la descripción, se presentan unos indicadores estratificados según algunos ejes de desigualdad, para ejemplificar la magnitud de la desigualdad social en distintas dimensiones, sin la pretensión de hacer una asociación directa con desenlaces en salud.

En el **Capítulo 2** se presentan los resultados de una revisión sistemática de la literatura sobre desigualdades sociales en salud en el país. Este capítulo sintetiza los resultados de varios estudios con el fin de revisar los avances en la medición de desigualdades en salud en el país e identificar desafíos en relación con la investigación sobre el tema.

En el **Capítulo 3** se concreta el esfuerzo de medición de las desigualdades sociales en salud, a través de indicadores seleccionados a partir de los establecidos en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022. Estos indicadores se clasificaron en cinco dimensiones, a saber: desigualdades en expectativa de vida, desigualdades en morbilidad, desigualdades en la mortalidad, desigualdades en la salud percibida y desigualdades en condiciones de vida saludable. En el análisis de cada indicador se intenta evidenciar la magnitud y evolución de las desigualdades, de acuerdo a los ejes de desigualdad establecidos, en sintonía con el marco conceptual y para los que se disponía de la información necesaria para el análisis. Por lo tanto, son muchas las ausencias en cuanto a la generación de evidencia de desigualdades en ciertas áreas, que además ponen de presente la desigualdad en cuanto a información sobre grupos y regiones vulnerables.

En la *primera* parte del **Capítulo 4** se realiza un análisis de las políticas emprendidas para la reducción de desigualdades sociales en salud a través del abordaje de los determinantes sociales de la salud, mediante una descripción y comparación de casos de un grupo de países de América Latina y el Caribe, seleccionados por los reconocidos avances y la disponibilidad de información sobre su experiencia, de manera virtual. Los países incluidos en el análisis fueron: Brasil, Chile, Argentina, México, Costa Rica y Colombia. El propósito central fue realizar una reflexión sobre las acciones que se están llevando a cabo en países de condiciones similares a Colombia y que pudieran contribuir a pensar o discutir alternativas a través de una comparación inicial de algunos aspectos como el enfoque y ejes centrales de sus acciones.

En la *segunda* sección de este capítulo la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) realiza una exposición de algunas políticas que se viene desarrollando en el país que le apuntan a la disminución de desigualdades sociales y que afectan DSS a través del curso de vida. De tal manera se hace una presentación de siete políticas en el marco las recomendaciones del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) y posteriores líneas de acción impulsadas por organismos multilaterales

En la *tercera* sección del Capítulo 4 se esbozan las percepciones de actores sociales (comunitarios e institucionales) sobre la noción, manifestaciones y acciones necesarias para disminuir las desigualdades sociales y las desigualdades en salud en el país. Para tal fin se realizaron entrevistas semi-estructuradas a representantes de diversas organizaciones sociales y para completar el panorama se entrevistaron a algunos representantes de instituciones del Gobierno ante la comisión intersectorial de salud pública.

Para finalizar, en el **Capítulo 5**, se presentan unas recomendaciones generales que surgieron de los interrogantes generados por la evidencia presentada, así como de la contribución del análisis de las experiencias de acción a través de política pública y de las percepciones de los actores sociales.

Es necesario reconocer la contribución de la doctora Carme Borrell, quien como parte del convenio de *EUROsocial* al fortalecimiento del ODES, proporcionó ideas y elementos claves para la estructuración y desarrollo del contenido del presente Informe.

Elementos conceptuales

Existe una gran variedad de trabajos desde distintas disciplinas que desarrollan aspectos conceptuales en relación con el tema de la equidad en general y el tema de la equidad en salud en particular. En la actualidad el concepto de mayor reconocimiento en relación con la equidad en salud, es el de Margaret Whitehead, quien define la equidad como *contrario a la inequidad, planteando que la inequidad se refiere a desigualdades que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas*. En este contexto, para valorar una situación como inequitativa, la causa tiene que ser examinada y juzgada como injusta, por tanto, la igualdad no implica necesariamente equidad, como la desigualdad no necesariamente implica inequidad (8).

Resulta inmersa en esta definición, y en otras definiciones de equidad, la noción de justicia, la que se concibe a su vez desde distintos enfoques, filosóficos, políticos y morales. En relación con la equidad en salud, se han planteado principalmente cuatro enfoques, que no se trataran con detalle en este documento, pero que son de importancia para la discusión. De acuerdo con Linares-Pérez, quien cita la obra de Peter y Evans, los enfoques son: el *enfoque utilitarista*, que propugna que debe potenciarse al máximo la suma de bienestar individuales, asumiendo que es igual la capacidad de todas las personas para disfrutar de salud; el *enfoque igualitarista*, centrado en consideraciones distributivas sin valorar la salud total de la población. El *enfoque desde la perspectiva de la prioridad*, que se considera como un contrapeso al principio del utilitarismo dado el interés en que los beneficios sanitarios sean asignados a los más enfermos; y el *enfoque derivado* del ideal rawlsiano de sociedad, como sistema de cooperación justo concibe que las desigualdades en salud son consecuencia de una organización social que no satisface las exigencias de un sistema justo de cooperación social.

Se identifican como injustas las desigualdades de clase, género, raza, región o de otro tipo que se originan en la estructura básica de la sociedad y que parecen ser el resultado de una división social del trabajo que beneficia a los grupos más acomodados, a expensas de los más desfavorecidos (9).

Los distintos enfoques en alguna medida constituyen el escenario sobre el que se han desarrollado los sistemas de salud y las concepciones actuales sobre la equidad sanitaria (10) (11). Dada la complejidad del tema muchos análisis mantienen un enfoque basado en desigualdad, entendida esta, como un término genérico que involucra diferencias, variaciones y disparidades en los logros de salud de los individuos y grupos poblacionales, sin asumir un juicio de valor ético-moral de estas diferencias o consideraciones estrictas sobre su solución (9).

Así mismo, con el propósito de operacionalizar el concepto de equidad, dadas las diversas interpretaciones para entender la idea de justicia, Braveman plantea la necesidad de entender la búsqueda de la equidad como el esfuerzo por eliminar las disparidades en la salud entre grupos sociales más y menos favorecidos, es decir, grupos que ocupan posiciones diferentes en un contexto social jerarquizado (12). 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. La inequidad no se refiere genéricamente a sólo las desigualdades entre grupos de la población de cualquier tipo, sino específicamente a las disparidades entre grupos de personas que se clasifican a priori de acuerdo a algunas de las características importantes de su subyacente posición social (13).

En América Latina, se ha esbozado también un debate importante con una mirada crítica sobre los debates planteados en Europa en cuanto al tema de la equidad en salud y sus determinantes, principalmente desde el movimiento de medicina social y de salud colectiva. Uno de sus representantes, Jaime Breilh, ha intentado complejizar la mirada proponiendo una diferenciación de los conceptos de diferencia, desigualdad e inequidad.

Para el autor, 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”* (14).

En Colombia, como se mencionó anteriormente, el PDSP adoptó y adaptó el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. En el documento guía del ODES se presenta una revisión detallada de algunos modelos. Acá se recoge la síntesis realizada en ese documento sobre el modelo de la OMS, el cual guía de manera general la elaboración del presente informe.

Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud¹

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), *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”, la manera como se presentan estos factores y su interacción en la sociedad se expresan en el impacto sobre las desigualdades en salud y en el bienestar* (7). *La Comisión de los Determinantes Sociales de Salud plantea que los determinantes estructurales son aquellos 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* (15).

1. Tomado del documento guía del Observatorio de Desigualdades Sociales y Equidad en Salud de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social 2014. Bogotá D.C.

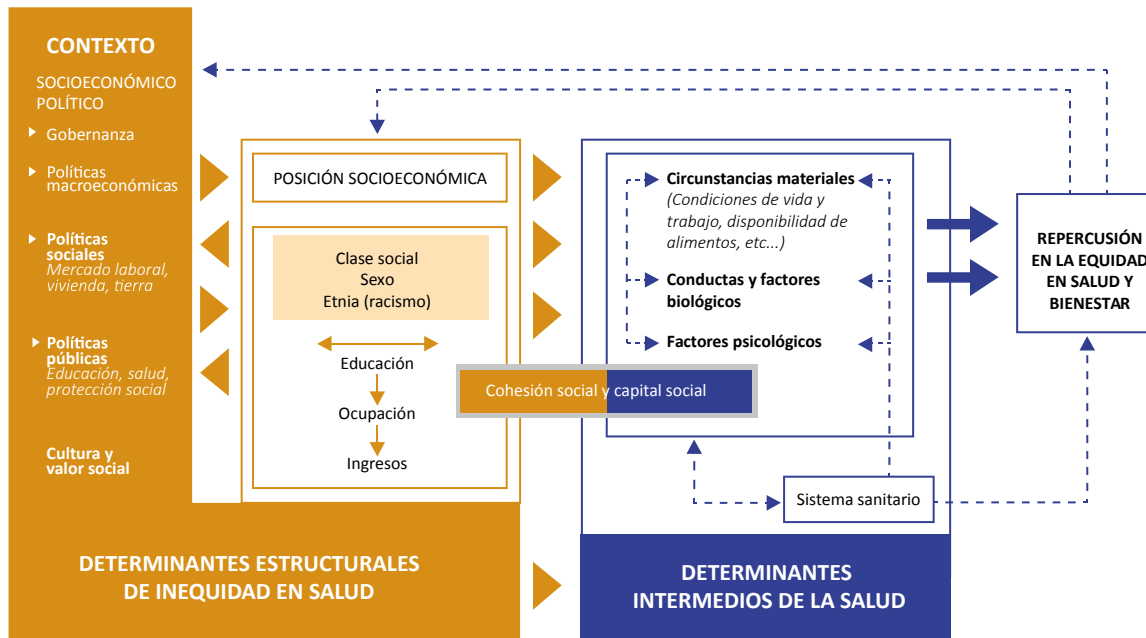


Figura 1. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud

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

Por otra parte, los determinantes intermedios 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 de determinantes intermedios: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, comportamiento de la población y barreras para adoptar estilos de vida saludables y los servicios de salud (15, 16). La Figura 1 representa el modelo de Determinantes de la OMS.

La Estructura Social (ejes de desigualdad): los elementos que constituyen este componente son la posición socioeconómica (incluye variables socio demográficas como nivel de escolaridad, ingresos, estatus ocupacional), 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, en las que resultan más beneficiadas

las personas de clases sociales privilegiadas, las originarias de territorios más ricos, los hombres y las personas de raza blanca. La desigualdad que se produce se define relacionamente, en el sentido que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas (17).

Determinantes intermedios o factores intermediarios: establecen que la estructura social se expresa en los factores intermedios, que, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son:

a. *Recursos materiales:* hacen referencia a las condiciones alrededor del empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos ocupacionales, organización y entorno psicosocial); la carga de trabajos no remunerados del hogar y de cuidado de las personas; el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial; la calidad de la vivienda y sus equipamientos, y área de residencia y sus características (barrio o comunidad).

b. *Factores psicosociales y los factores conductuales y biológicos:* los recursos materiales descritos, junto con la posición de poder, tienen un impacto en la salud tanto directo, como indirecto, influyendo en procesos psicosociales como la falta de apoyo social, el poco control, la auto-realización, o las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), y en la adopción de conductas que repercuten en la salud como los estilos de vida perjudiciales para la salud.

c. *Servicios sanitarios:* no constituyen en sí mismos el factor principal de generación de las desigualdades en salud, pero sí son un coadyuvante en la agudización o mitigación de la desigualdad. Factores como el acceso, la utilización y la calidad en los servicios para poblaciones más vulnerables, contribuyen a mantener, aumentar o disminuir las desigualdades en salud. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a mayor pobreza a la población de las clases sociales menos favorecidas.

En síntesis, sobre la equidad en salud y teniendo en cuenta la propuesta de la CDSS se establece que, los determinantes 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: las políticas públicas y de bienestar, las relaciones de producción, el mercado de trabajo, entre otros. Estos mecanismos configuran las distintas divisiones sociales con su correspondiente distribución desigual de poder, prestigio y acceso a recursos, cuya expresión operativa son las clases sociales, la distribución del ingreso, el género, la ascendencia étnico-racial, las generaciones, la educación, la ocupación, entre otros. Es en este nivel donde operan los determinantes de las inequidades en salud (18).

Igualmente, el Informe de la CDSS enfatiza que la distribución desigual del poder es la principal causa de los factores estructurales de las desigualdades en las condiciones de vida que el informe analiza. 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. La *dimensión política* comprende entonces los derechos formales plasmados en las leyes, las constituciones, las políticas y las prácticas y las condiciones en las cuales se ejercen esos derechos, entre las que se cuentan el acceso al agua potable, a los servicios de saneamiento, a un albergue, al transporte, a la energía y a servicios como la atención sanitaria, la educación y la protección social.

La *dimensión económica* estaría conformada por el acceso a los recursos materiales necesarios para la vida y a su distribución (por ejemplo, el ingreso, el empleo, la vivienda, la tierra, las condiciones laborales y los medios de subsistencia). La *dimensión social* está integrada por las relaciones próximas de apoyo y solidaridad (por ejemplo, la amistad, el parentesco, la familia, el clan, el barrio, la comunidad, los movimientos sociales) y la *dimensión cultural* está relacionada con el grado al que diversos valores, normas y modos de vida influyen en la salud de todos y son aceptados y respetados (7).

En coherencia con el modelo conceptual presentado, se estructuró el *Capítulo 1* de este Informe y se definieron los ejes de desigualdad en los cuales se centraron los análisis que se presentan en este documento. Así, se definieron como aspectos centrales en la generación de desigualdades en el país, el modelo de desarrollo económico, el régimen y sistema político y la tenencia de tierras, así como un contexto cultural que parte de reconocer la diversidad étnica en el país y esta condición como eje central de desigualdad. No obstante pueden existir otros aspectos que se pueden considerar de orden estructural y que tengan una influencia importante en el la raíz de las desigualdades sociales del país. En esta misma línea se describen unos determinantes, que se consideraron fundamentales tanto en su dimensión estructural, como en su expresión final en términos de condiciones de vida y como ejemplarizantes de las desigualdades sociales en el país: trabajo y empleo, educación, vivienda y servicios públicos y servicios de salud. Por otro lado, se definieron como ejes de desigualdad en concordancia con lo que ha planteado el ODES: el género, el nivel de ingresos, nivel educativo, la ocupación, la etnia, el territorio y la edad. Estos se revisaron de acuerdo a la pertinencia y disponibilidad de información para cada indicador analizado.

Referencias

1. Hardoon D. Riqueza: tenerlo todo y querer más. 2015:14.
2. United Nations Development Programme. Humanity divided: Confronting inequality in developing countries. 2013,:296.
3. CEPAL N. Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible. Síntesis. 2014.
4. Khalid Malik. Informe Sobre Desarrollo Humano. PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2014. p. 258.
5. Departamento Nacional de Planeación. Paz, Equidad, Educación: todos por un nuevo país. Colombia. 2014- 2018. p. 793.
6. Benach J, Muntaner C, i Bonet CM. Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud: Editorial El Viejo Topo; 2005.
7. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS; 2008.
8. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health Promotion International. 1991;6(3):217-28.
9. Linares-Pérez N, Arellano OL. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. Medicina Social. 2008;3(3):247-59.
10. Vega Romero R. Justicia sanitaria como igualdad:¿ universalismo o pluralismo. Facultad Nacional de Salud Pública (ED). 2001:54-89.
11. Publica UdaFNdS, Castaño LEA, Rodas FC, Romero RV, Londoño JDG, Díaz CG, et al. Pensamiento en salud publica: el derecho a la salud: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica; 2001.
12. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. Journal of epidemiology and community health. 2003;57(4):254-8.
13. Braveman; Paula A. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. Journal of health, population and nutrition. 2003:181-92.
14. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. 2008.
15. Caballero G, Moreno G, Sosa C, Mitchell F, Vega H, Columbié P. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos.
16. Álvarez Aea. xscdvfbgklñ.
17. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
18. EUROSocial. asdg. 2013.



1

Determinantes de las desigualdades sociales en salud en Colombia

Introducción

Sandra Salas
Andrea García
Karol Cotes-Cantillo

Como se mencionó en el apartado de los elementos conceptuales, este primer capítulo pone de presente elementos relacionados con el contexto social, político y económico, así como ejemplos de algunos determinantes de las desigualdades sociales en salud en el país en sintonía con el modelo teórico. *El objetivo de este capítulo es presentar una descripción de la situación actual del determinante, enfatizando en aquellos aspectos relacionados con las desigualdades sociales.* El análisis presentado no pretende hacer una asociación directa entre los aspectos mencionados y resultados en salud, sino 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.

1.1. Aspectos metodológicos

Se consultaron documentos que analizaran aspectos relacionados con los elementos definidos dentro del contexto y la situación actual con respecto al determinante. En esta consulta se privilegiaron informes desarrollados por entidades oficiales y de organismos internacionales. A partir de la revisión se realizó una síntesis que permitiera destacar algunos de los aspectos asociados con la generación de desigualdades sociales. En la segunda parte de la descripción de cada determinante se encuentra un análisis de una serie de indicadores que se seleccionaron a partir de la Encuesta Nacional de Hogares. Estos indicadores fueron definidos de acuerdo a los elementos teóricos y la disponibilidad de información.

1.2. Contexto Social, político y económico

El estado de salud y el desarrollo de una población viene determinado en gran parte por el contexto social, económico y político. El poder político y el tipo de políticas macroeconómicas y sociales, así como la extensión y la naturaleza del estado del bienestar, contribuyen a la salud y las desigualdades en salud incidiendo en el bienestar de la ciudadanía (1). Se definieron para el país tres aspectos que se ilustran como elementos fundamentales en la generación de desigualdades. Se advierte que no se consideran estos como los únicos aspectos que se encuentran en la base de las desigualdades sociales del país. Se escogieron estos como ilustración de fenómenos importantes para el país, en la materia de interés. Estos aspectos se determinaron con base en una revisión documental inicial y discusión con expertos en la materia. De tal manera se esbozan elementos relacionados con: *el modelo de desarrollo económico, el sistema y régimen político y la tenencia de tierras como aspectos centrales en la generación y permanencia de desigualdades sociales en el país.*

1.2.1. Modelo de desarrollo económico

La concepción de un modelo de desarrollo económico tiene grandes efectos en la construcción de una sociedad definida por una estructura de clases específica y asimismo, en cómo dentro de esa estructura de clases se identifican desigualdades en todos los niveles de vida de la sociedad. Este apartado busca rastrear los orígenes del actual modelo de desarrollo económico y describir los elementos que han aportado a la profundización de las desigualdades sociales en Colombia.

El actual modelo de desarrollo económico tiene sus raíces en el Siglo XX tras la crisis mundial del 29. La economía colombiana había visto en el inicio del siglo una economía fuerte gracias al auge del café y al aumento en las exportaciones (2) sin embargo, la crisis mundial tuvo grandes impactos en la economía nacional.

La caída en las exportaciones y la contracción de la economía significó la moratoria sobre el servicio de la deuda externa (2).

A partir de 1935 hasta el comienzo de la Segunda Guerra Mundial, hubo un crecimiento tímido de la economía debido al crecimiento del 59% de las importaciones reales, la inversión en el sector petrolero y la recuperación del crédito. Las exportaciones de café se recuperaron paulatinamente, sin embargo el precio del café en el mercado mundial disminuyó sustancialmente debido a la sobreproducción de café por parte de Brasil y posteriormente por el estallido de la guerra. Las importaciones también se vieron afectadas debido a la escasez de productos procedentes de Estados Unidos y Europa.

La inestabilidad causada por la escasez de productos necesarios combinada con los bajos precios del café y otros productos nacionales propiciaron en toda América Latina la necesidad de adoptar políticas intervencionistas por parte del Estado con base en teorías desarrollistas de Raúl Prebisch, Celso Furtado y Fernando Henrique Cardoso, entre otros impulsores del modelo cepalino. Estas políticas se enfocaron en la producción de bienes de consumo interno con el fin de disminuir la dependencia de las importaciones. Esta producción estaría acompañada de inversión extranjera directa que favorecería la industrialización de producción de manufacturas y de productos de consumo básico. Este modelo adoptó el nombre de *Industrialización por Sustitución de Importaciones* y trajo importantes consecuencias tanto económicas como políticas en el país, considerando el cambio en la estructura productiva cuyo énfasis se centró en la producción de café y la industria manufacturera diversificada con énfasis en los textiles (3). En este sentido la intervención estatal y la ampliación del Estado de Bienestar en la protección de la economía fueron esenciales para sostener este modelo de desarrollo.

Los siguientes años, Colombia se concentró en diversificar su base exportadora a través del desarrollo industrial de sectores principalmente exportadores (4). Este fomento industrial obtuvo resultados positivos considerando que la industria manufacturera tuvo tasas de crecimiento de 7% anual, en promedio.

Durante este período de tránsito entre el modelo económico previo a la crisis y el modelo de sustitución de importaciones, se puede observar algunos avances significativos en términos de desarrollo agrario, debido a la priorización de la diversificación de la industria nacional.

No todos los cultivos surtieron el mismo proceso de modernización, priorizando los cultivos comerciales de la agricultura empresarial fuera del café (arroz, algodón, caña de azúcar para refinación, banano, cacao, sorgo, soya y palma africana), mientras que algunos cultivos tradicionales redujeron su área sembrada y vieron un crecimiento lento durante la implementación del modelo (maíz, trigo, frijol, papa, tabaco y yuca) (2). Para garantizar la estabilidad de las industrias en surgimiento, el Estado declaró una serie de incentivos a través de políticas proteccionistas que generaron confianza en las nuevas élites comerciales. Paralelo a este proceso de diversificación y modernización agrícola, el café vivió uno de sus mejores momentos con la *bonanza cafetera* de 1974 contribuyendo al crecimiento económico del país.

Desafortunadamente la estructura industrial colombiana no logró sostenerse en el largo plazo considerando su poca adaptación a la dinámica del comercio internacional y a la demanda interna (5). A pesar de los logros del modelo exportador, para finales de los años setenta y en vista de la crisis del petróleo, Colombia optó por la liberalización de la economía, especialmente la financiera, eliminando restricciones a las tasas de interés (6).

La liberación comercial se enfocó en reducir la presión cambiaria, a la vez que la liberalización de importación se concentró en el ingreso de materias primas y bienes intermedios, en contraste con las políticas adoptadas durante el modelo de sustitución de importaciones (5). Jorge Iván González en Misas, *et al.*, (7) identificó en las reformas tributarias de 1977 y de 1979 aspectos de favorecimiento a los propietarios del capital, disminuyendo los aspectos redistributivos de otras reformas tributarias de años anteriores. Para 1984 se amplió la base al impuesto al valor agregado incluyendo bienes de consumo obrero. Las reformas tributarias en esta época se posicionan de lado de la oferta, buscando estimular la capitalización de la industria.

Las múltiples reformas tributarias sumadas a la apertura económica reconfiguran el modelo económico de desarrollo, favoreciendo grandes conglomerados económicos producto del modelo de sustitución de importaciones (7), el capital financiero y las multinacionales por encima de las élites cafeteras de los años de la bonanza. A pesar de estas medidas, la economía colombiana aún se centraba en las exportaciones, quienes mostraban tasas de crecimiento tímidas frente a décadas anteriores (2).

Considerando la inestable economía de los ochenta, el inicio de la década de los noventa estuvo marcado por la necesidad de ingresar gradualmente a un sistema de apertura económica y de financiarización de la economía. De esta manera, a través de la Ley 51 de 1990 se emitieron *Títulos de Tesorería*, es decir, títulos de deuda pública interna, a ser administrados por el Banco de la República. Estos títulos eran adquiridos por parte de la empresa privada considerando que sus altos rendimientos resultaban atractivos y el costo de administración era nulo, favoreciendo así la financiación del Estado. La configuración de élites económicas resultantes del fin del modelo anterior vio en el nuevo sistema de financiación estatal una oportunidad para acumular mayor capital. Este sistema se vio beneficiado por la reciente Constitución Política de 1991 que introdujo reformas al sistema de Banca Central (8), modificando el modo de regulación de la economía. La prioridad del Banco de la República se enfocó en reducir la inflación, incluso al costo de la producción y el empleo.

El nuevo modelo de apertura con énfasis en capital financiero benefició especialmente a los industriales, debido al gran capital que habían logrado acumular durante el período de industrialización. Los fondos de transacción y amortización de este capital se convirtieron en capital monetario invertido en activos financieros. Por otro lado, desde el inicio de la liberación en los ochentas hasta la consolidación de la apertura en los noventas, se desmontaron una serie de iniciativas y políticas tendientes a proteger la industria naciente, así como algunas políticas de *Estado de Bienestar* que databan del modelo de sustitución de importaciones. En este nuevo escenario se privatizaron actividades económicas que eran de monopolio estatal como es el caso de la salud.

Estas políticas de desmonte del aparato estatal no se generan en vano. Durante la década de los ochenta, posterior a la crisis del petróleo, el mundo se encaminó en el discurso de minimizar el Estado, considerando que la cobertura estatal de ciertos servicios como salud y educación limita la libre competencia y le genera cargas al Estado. Este discurso de libre mercado y restricción del Estado se aplicó a través de un recetario de políticas conocidas como el Consenso de Washington con la premisa de estabilizar, privatizar y liberalizar la economía (9). Las políticas del Consenso de Washington buscaban la estabilidad macroeconómica a través de la disciplina fiscal, la limitación del gasto público, la reforma tributaria, la liberalización financiera, la liberalización comercial, la privatización de empresas del Estado, desregulación de la economía permitiendo a nuevas empresas su participación y la libre competencia en nuevas áreas del mercado, derechos de propiedad intelectual y reducir el papel del Estado en la sociedad.

El Consenso de Washington consolidó el modelo neoliberal en el mundo, teniendo impactos significativos en la economía nacional. En la primera mitad de la década de los noventa, Colombia introdujo varios cambios en el Estado, incluyendo la Ley 100 que cambió el Sistema General de Seguridad Social bajo el modelo Neoliberal. Por otro lado, el capital financiero fue priorizado sobre la industria, teniendo impactos sobre la generación de empleo, logrando al final de la década una tasa de desempleo de 20% (10).

Paralelamente en Colombia hay un retroceso hacia el extractivismo de materias primas con orígenes en los setenta. Tras la crisis del petróleo, Colombia ha ingresado con mayor fuerza a la explotación de hidrocarburos y el marco neoliberal ha permitido que el Estado se haya convertido en un gestor del extractivismo a partir de la creación de un marco legal, político y económico que facilitan el accionar de las empresas privadas (11). El crecimiento de la economía nacional posterior a la implementación del modelo neoliberal, sumado a la creciente demanda global de recursos naturales ayudó a posicionar a los países latinoamericanos como países extractivistas de recursos como hidrocarburos y minerales.

Otra forma de extractivismo, no ligada a la explotación del suelo como tal, sino a acaparamiento extensivo de terrenos para cultivos es el negocio de la agricultura extensiva de palma de aceite africano y de soya (11). Estos cultivos, así como la extracción, generan altos costos económicos y naturales, considerando la afectación de los suelos generada por estas actividades y el uso necesario de grandes cantidades de agua para ambas tareas.

Barbara Göbel (11) consideró que la introducción de la economía extractivista en la región tiene tres aspectos importantes: es una economía de gran crecimiento frente a otros sectores; requiere de gran infraestructura que se hace disponible por parte del Estado y fundamentalmente, ha logrado consolidarse en América Latina como un modelo de desarrollo, independientemente de tendencias políticas de izquierda (Venezuela y Bolivia) o conservadoras (Colombia). La nueva locomotora del desarrollo a partir de la reprimarización de la economía se ha convertido en el discurso reinante en la región. Esta reprimarización no es ajena a la conflictividad social considerando la expansión hacia territorios remotos donde residen poblaciones de menores recursos y vulnerables y, en algunos casos, territorios ancestrales pertenecientes a minorías étnicas.

Según la misma autora, este modelo de desarrollo profundiza desigualdades estructurales en la medida en que los países demandantes de las materias primas capitalizan de manera desproporcional las utilidades de la manufactura de las mismas, mientras que los países extractores reciben menores ingresos por la explotación, generando interdependencias asimétricas. Nacionalmente, la redistribución de las utilidades también se hace de manera desigual considerando que los conglomerados económicos al frente de las tareas extractivas serán quienes generen más recursos con menor nivel de retorno a la mano de obra. De igual manera, el extractivismo requiere de importantes recursos y tecnología de punta no disponible para las clases medias y bajas, siendo una actividad económica exclusiva de las clases más poderosas o de empresas multinacionales.

Según la Revista Dinero, el 70% de las exportaciones de la economía nacional en el 2015 recaen en el petróleo (12). La misma publicación indica que el Producto Interno Bruto (PIB) está compuesto en orden descendente por servicios financieros, actividades de servicios sociales, comercio, industria, impuestos, construcción, explotación minera, agricultura y suministro de servicios domiciliarios. Según la Encuesta Manufacturera de 2014, el 80,1% de la producción se concentró en 18 de los 56 grupos industriales. En el 2012, geográficamente el 71,8% del personal ocupado por la industria se concentró en Bogotá, D.C. y municipios aledaños, Medellín y Cali. Esto refleja que el actual modelo económico favorece principalmente al área financiera, respondiendo con el modelo internacional de financiarización de la economía. Igualmente demuestra que Colombia se mantiene en la reprimarización de la economía a través de la extracción de materias primas.

Finalmente, es inevitable mencionar la economía ilegal en el contexto colombiano. La capacidad de absorción de las unidades repatriables del narcotráfico ha tenido impactos en la distribución del ingreso en Colombia, siendo un eje más de desigualdades sociales. El Departamento Nacional de Planeación (DNP) en el informe titulado *“La riqueza del narcotráfico y la desigualdad en Colombia: 1976-2012”* (13) muestra cómo, desde la cadena productiva de la coca-cocaína se generan desigualdades, considerando que *“sólo el 20% del valor agregado de este proceso correspondería a 180 mil hogares cocaleros, mientras que el resto se lo apropiarían los empresarios en la fase industrial y comercial del narcotráfico.”* Los excedentes serían lavados a través de la economía legal con la participación de sectores con mayor capacidad de ahorro e inversión, concentrando la acumulación de capital en sólo esos sectores. El mismo Informe hace un paralelo entre la economía del café y la de la coca, considerando el impacto de ambas en la economía nacional. *“En dos períodos distintos de la historia contemporánea el auge exportador de ambos cultivos coincidió con el deterioro de la desigualdad, mediando una mayor apertura económica, transformación productiva e inestabilidad sociopolítica.”* (13).

El texto hace referencia al período de La Violencia con los efectos de las confrontaciones en la región cafetera y, a las décadas de los ochenta y noventa durante la *“Bonanza de la Cocaína”* donde se produjeron grandes utilidades que no fueron redistribuidas.

Las actividades ilegales han producido una serie de incautaciones que, según el informe del DNP, equivalen al 4% de la riqueza repatriada del narcotráfico. De este porcentaje, el 44% de las propiedades incautadas se encuentran principalmente en Valle del Cauca, Antioquia, Bogotá, D.C. Atlántico y Cundinamarca; zonas que concentran la mayor riqueza y población del país (13). La capacidad de administración de las incautaciones y su redistribución ha sido cuestionada públicamente debido a la corrupción en las entidades a cargo de esta labor, lo que ha llevado incluso a la liquidación de entidades como la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) en el 2011 mediante el Decreto 3183 de 2011 (14).

La economía ilegal representó igualmente un obstáculo al desarrollo rural considerando que grandes extensiones de tierras fueron adquiridas por narcotraficantes en 42% del territorio nacional, siendo estas las mejores para la producción agrícola (15). La mayoría de las tierras del narcotráfico han sido subutilizadas para la ganadería extensiva, perdiendo su potencial agrícola. De acuerdo con Edelmira Pérez, catedrática experta en desarrollo y ruralidad, esta *“inequidad en la distribución de la tierra y el agua y el bajo nivel de acceso a servicios básicos en especial a salud y educación, no sólo mantienen las condiciones de pobreza de los pobladores rurales sino que los limitan profundamente para participar en forma activa y consciente en el diseño y ejecución de sus propios planes de desarrollo”* (15).

La combinación de la financiarización de la economía (sector que genera significativamente menos empleos que la industria); la economía extractiva por encima de incentivar 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.

Las políticas económicas posteriores al modelo de industrialización por sustitución de importaciones, ignoraron los logros del modelo en términos sociales. A pesar de los problemas generados por la economía cerrada, el desmonte de las políticas cercanas al Estado de Bienestar ha 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 cada vez es mayor. 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.

De esta manera es evidente que el cambio de modelo de desarrollo económico se ha convertido en una plataforma para profundizar las desigualdades sociales con la ayuda de un Estado permisivo con la oferta, con grandes exenciones tributarias y duro con la demanda, quienes concentran la base tributaria del país. 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.

1.2.2. La tenencia de tierras y la situación del campesinado

En relación con el derecho a la tierra la CDSS, señaló que para la mayoría de los pobres de los países de ingresos bajos y medianos, la tierra es el principal medio de subsistencia. En tal medida, las reformas que redistribuyen las tierras permiten mitigar la pobreza y mejorar el empleo, por lo que es fundamental, de acuerdo a las recomendaciones de la Comisión, que los gobiernos nacionales y locales en colaboración con los organismos internacionales, fomenten y garanticen la aplicación de procesos que promuevan la seguridad de la tenencia y los derechos sobre la tierra en las comunidades rurales, priorizando a los grupos marginados y los que carecen de tierras (16).

Adicionalmente enfatizó en que un enfoque integral en materia de equidad sanitaria en los entornos urbanos debe considerar como propósito fundamental incrementar el ingreso de los hogares rurales, procurando que todos los integrantes del hogar

reciban una nutrición adecuada, mediante un apoyo más firme al desarrollo agrícola y la creación de empleos dentro del ámbito agropecuario o en otros ámbitos. Para lo que es necesario velar por que la agricultura local no se vea amenazada por los acuerdos de comercio internacional y las medidas de protección de la actividad agrícola que están en curso en los países ricos.

En países como Colombia, la tierra no es solo un factor de producción o un activo de inversión; también sigue siendo una fuente de riqueza, poder y prestigio (17) y es sin duda alguna un generador y a la vez una de las formas de expresión más claras de la desigualdad, así como de generación de conflictos sociales. En esa medida, la tierra en Colombia es un factor de producción y un modo de vida; desempeña un papel de renta y de especulación; es en un instrumento de la guerra, del lavado de activos del narcotráfico, y además genera poder político ligado a la violencia ejercida por grupos armados ilegales (18).

En este contexto la tenencia de la tierra, tiene un impacto en las condiciones de desarrollo humano de los habitantes del campo. En tal sentido en el Informe de Desarrollo Humano del país del año 2011, se afirmó que el modelo de desarrollo del país *“no está orientado a ampliar el desarrollo humano de los pobladores rurales. Por el contrario, obstáculos estructurales como la inequidad en los beneficios de la modernización; la concentración de la propiedad y la generación de conflictos por la tierra y el control del territorio; la exclusión de sus habitantes del crecimiento y desarrollo sectorial; y la ausencia de condiciones políticas apropiadas que les permitan acceder de manera democrática a los procesos de toma de decisiones públicas, impiden fortalecer sus capacidades, ampliar las opciones para definir y enriquecer sus proyectos de vida, estimular procesos de empoderamiento y afianzar sus libertades políticas y económicas. Todos estos obstáculos al desarrollo crean condiciones para la violación de los derechos humanos de los habitantes del campo”* (17).

Señaló el Informe que el 52% de tierra en Colombia le pertenecía al 1,5% de población, lo que ratificó la alta concentración de la tierra. Así mismo, de acuerdo al índice del *Gini* de tierras De los 32 departamentos con información, 18 tenían un *Gini* superior a 0,80.

En los municipios menos rurales con un índice de ruralidad promedio de 32,79, los *Gini* promedio de tierras y de propietarios eran de 0,710 y 0,752, respectivamente; y en los municipios más rurales (índice de ruralidad promedio de 50,16) son de 0,681 y 0,70, respectivamente. Es decir que estaba más concentrada la propiedad en los municipios con mayor grado de urbanización, más cercanos a las grandes ciudades y con mayor densidad demográfica (17). El mismo Informe argumentó que la que la redistribución de la tierra conduce a una mayor eficiencia, reduce la pobreza y mejora la equidad. Recurriendo a varios autores, el Informe afirmó que existen ventajas de la pequeña propiedad sobre la grande y, por tanto, la importancia de que el Estado implemente políticas para fortalecerla.

En el país los intentos de Reforma Agraria han fracasado por distintos motivos y la opción del acceso a la tierra vía mercado, con subsidios a la demanda para pequeños productores, tampoco ha sido eficaz en medio de un mercado de tierras con grandes imperfecciones y un Estado incapaz de ofrecer los elementos complementarios para el desarrollo rural. A ello se agrega la visión oportunista de propietarios, que buscan vender tierras de no muy buena calidad a precios altos, y la corrupción en entidades públicas encargadas de administrar el proceso; además de la avaricia de renta de los grupos emergentes (7).

Los pobladores del campo

Dada la vocación agrícola del país no es de extrañar que el primer lugar de explotación históricamente hayan sido los recursos agrícolas, labor para la que se requiere mano de obra semi-especializada o especializada del campesino, en palabras de Eric Wolf *“el campesino es un productor agrícola, es propietario de la tierra y controla efectivamente el terreno que cultiva; y cultiva para su propia subsistencia, pues aunque venda parte de sus cosechas lo hace para cubrir sus necesidades cotidianas y para mantener un status establecido (en oposición al farmer, que vende sus cosechas para obtener ganancias reinvertibles)”*, posteriormente Wolf agrega que *“los campesinos, sin embargo son cultivadores cuyos excedentes son transferidos a grupos dominantes que los utilizan para distribuir el resto a grupos de la sociedad que no cultivan, pero que deben ser alimentados, a cambio de sus bienes específicos y sus servicios”*(14).

Desde su “aparición” en los albores del Siglo XVI, hasta las marcadas luchas campesinas de los últimos años, la característica esencial del campesino colombiano ha sido su vínculo con el trabajo agrícola. Este sujeto campesino, surge con la Colonia, en donde negros, indígenas, mestizos, blancos, Rom hallaron su lugar de sujeto productivo en el espacio rural, así la construcción de la identidad del campesino lo convierte en un sujeto híbrido, es decir, el indígena, mestizo, negro, Rom que realiza labores del campo. A éste posteriormente se le encomendarían dichas labores vinculado a una Hacienda, siendo esta una institución de explotación, y referente primordial de la economía, sobre la que se constituyeron los imaginarios políticos y económicos hasta el Siglo XX.

En la historia del país, el campesino se ha movido de manera dinámica en el entramado mismo del cotidiano colombiano con un camino de luchas sociales y reconocimientos en defensa de su labor y territorio. El desprendimiento de los vínculos con la Colonia, el posterior acaecimiento de la violencia y los cambios económico-políticos en América Latina, serían el terreno fértil para el desarrollo del campo normativo, que reconoce los derechos sociales, ciudadanos y humanos con la Constitución Colombiana de 1991.

Posteriormente debido a la política económica neoliberal de la década de los noventa, la migración rural a causa de la violencia, la producción de cultivos ilegales y el fenómeno atmosférico de La Niña (2010- 2011), se surtieron cambios en el modelo económico y en consecuencia la agricultura pasó de ocupar el 16,5% en 1990 para finalmente en el año 2013 ubicarse en el 5.2% (19).

Este marcador de injerencia de la agricultura en la economía nacional no debe restarle importancia a las labores agrícolas; en estudios del Banco Mundial se ha presentado a la agricultura como dinamizador social “*en ellos se demuestra que la contribución de la economía rural al crecimiento general y la disminución de la pobreza es muy superior a su participación en el PIB*” (20), este contexto convierte la política del agro en una constante importante para el Gobierno colombiano.

Con el reconocimiento de una nación colombiana pluriétnica y multilingüe en la Constitución de 1991, simbólica y políticamente se inicia un proceso de inclusión de los diferentes actores sociales (indígenas, Rom, afrodescendientes). Y es así que en lo que respecta a las labores agrícolas y la población asociada a éstas, el Artículo 64º dicta que: “*Es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos*”. Este nuevo núcleo de derechos se configura en una protección al campesinado colombiano, y es el reconocimiento de su importancia en el entramado social, político y económico nacional. En el marco legal el campesino y su mundo (físico y simbólico) se rige por diversas normas descritas en la Tabla 1.1., las que permiten observar la manera en que el Estado colombiano construye y reconoce la esencia y campo de acción del campesino:

Tabla 1.1. Marco normativo referente a la figura del campesino y las actividades productivas del ámbito rural

NORMA	MARCO DE ACCIÓN
Ley 70 de 1993	Otorga el reconocimiento comunidades negras que ocupaban hasta la fecha las tierras baldías de las zonas rurales ribereñas de los ríos de la Cuenca del Pacífico. Con reconocimiento de sus actividades tradicionales de producción (agrícolas, mineras, de extracción forestal, pecuarias, de caza, pesca y recolección de productos naturales)
Ley 101 de 1993, en desarrollo de los artículos 54, 65 y 66	Por medio de esta ley se busca proteger el desarrollo de las actividades agropecuarias y pesqueras, así como promover el mejoramiento del ingreso y calidad de vida de los productores rurales.
Ley 160 de 1994	Establece el Sistema Nacional de Reforma Agraria y Desarrollo Rural Campesino, que busca mejorar el ingreso y la calidad de vida de la población campesina, por medio de la protección de los esquemas de producción, los individuos y ambientalmente los territorios que estos ocupen y/o cultiven.
Decreto 2716 de 1994, modificado por el Decreto 938 de 1995	Regula el marco jurídico de las asociaciones agropecuarias y campesinas, éstas son constituidas por individuos que adelantan una misma actividad agrícola, pecuaria, forestal piscícola y acuícola con el fin mancomunado del desarrollo del sector rural nacional.
Ley 731 de 2002	El marco legal que protege y propende por el bienestar de las mujeres rurales. Caracteriza a la mujer rural como aquella cuya actividad productiva está relacionada directamente con lo rural (labores agropecuarias, forestales, pesqueras y mineras, entre otras)
Ley 1133 de 2007	Crea e implementa el programa "Agro, Ingreso Seguro (AIS)", destinado a proteger los ingresos de los productores que resulten afectados por el mercado internacional. Enfocado en el ordenamiento productivo del territorio y la empresarización del campo
Ley 1448 de 2011, la Ley de Víctimas.	Ley de víctimas, reconoce en el Enfoque Diferencial, Artículo 8º a los campesinos con el fin de incluirlos en las líneas de satisfacción y reparación. Posteriormente, en el Artículo 77º se refiere a la situación de despojo de los predios inscritos en el Registro de Tierras Despojadas y Abandonadas Forzosamente.
Ley 1504 de 2011	Creación del Programa de Reactivación Agropecuaria Nacional, (PRAN) en relación con el Decreto 967 de 2000.

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Con la claridad que otorga el reconocimiento normativo del campesino vinculándolo directamente a las labores agrícolas, para el año 2014 se realizó el Tercer Censo Nacional Agropecuario (CNA) en el área rural dispersa colombiana, con un 98,9% de cobertura, se registraron 113.008.623.9 hectáreas, para un total de 3,9 millones de predios rurales en 32 departamentos, 1101 municipios, 20 corregimientos departamentales y la Isla de San Andrés. Se incluyeron los 770 resguardos indígenas, 182 territorios de las comunidades afrocolombianas y 56 Parques Nacionales Naturales.

En el censo se entiende la tenencia como *"la relación jurídica entre el productor agropecuario y la tierra donde desarrolla la actividad agropecuaria. Estas formas pueden ser: propiedad, arriendo, aparcería, usufructo, comodato, ocupación de hecho, propiedad colectiva y adjudicatario o comunero"* (21), ésta fue una de las categorías de análisis en el CNA (21), teniendo en cuenta las categorías *propia, arrendamiento, mixto, colectivo*, entre otras. Se contempla que el 73,4% de la tenencia es propia, mientras el arrendamiento solo corresponde al 9,4%.

Los resultados del CNA también señalaron que el 40,6% de la tierra estaba dispuesta para el uso agropecuario pero un alto porcentaje tenía por objetivo la siembra de pasto para alimentar animales. Únicamente el 19,1% del territorio agropecuario se disponía para uso agrícola, y sólo el 6,3% correspondió al área cultivada lo que equivalió a 7,1 millones de hectáreas. En este punto del uso, es claro que si el 80,0% es para pastos, la labor del campesino sería la del cuidado de los semovientes, y del territorio amplio donde se encuentren concentrada la labor ganadera, alejándose de la idea principal de una tenencia propia sobre la tierra, y caracterizando la economía rural por una extensiva ganadería.

En relación con la situación de las mujeres en el campo, es de resaltar su creciente participación en las labores productivas, lo que las ha convertido en productoras activas con esquemas de empoderamiento y apropiación de dichas labores.

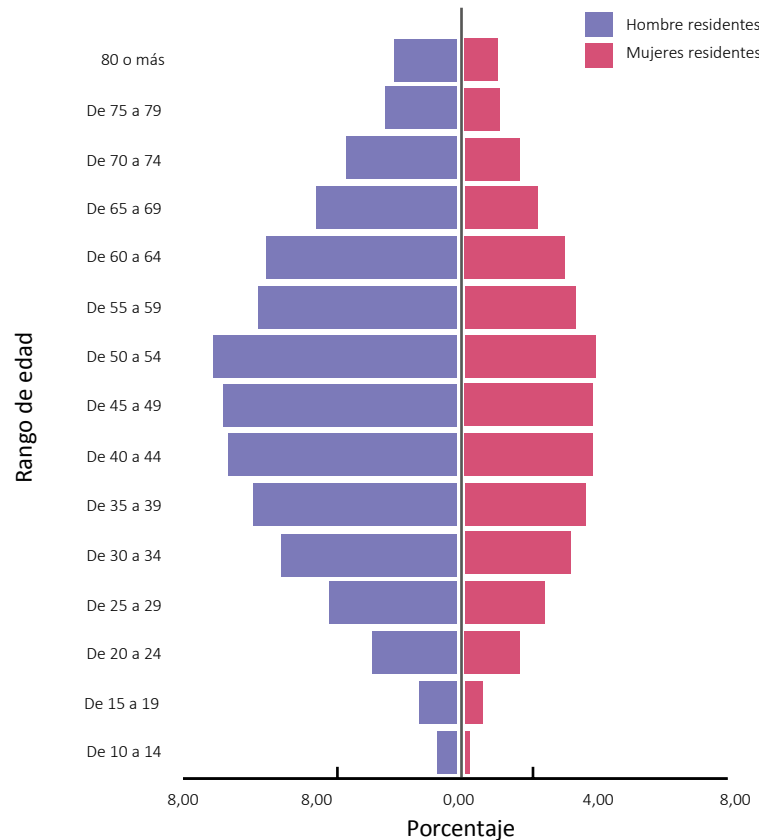


Figura 1.1. Distribución del productor residente del área rural dispersa, según edad y sexo. Total Nacional (21)

Fuente: DANE, CNA 2014

Los departamentos de Nariño, Cauca, Cundinamarca, Boyacá y Santander son los que cuentan con el mayor porcentaje de mujeres productoras. Y en el 40,5% de las Unidades Productivas Asociativas (UPA), las decisiones de las mujeres son predominantes. Acerca de esa aparente apropiación de las mujeres sobre las labores del campo, no existe un dato claro sobre la causa, diferentes estudios han dado cuenta de las formas en que la violencia en las zonas rurales fue eliminando sistemáticamente a los hombres, lo que obligó a las mujeres a tomar las decisiones y hacer las veces de “jefe del hogar”.

La toma de decisiones y liderazgo de las mujeres es de un tercio en los hogares residentes del área rural dispersa. Se evidenció un crecimiento de dicha participación (27,8%) en comparación con el Censo del 2005 (18,0%).

Del porcentaje total de UPA de mujeres productoras el 73,7% es de menos de 5 hectáreas, mientras que en el caso de los hombres ese porcentaje es del 62,3%. Las UPA que cuentan con 5 a 100 hectáreas, tienen la menor proporción de mujeres productoras, otorgándole preponderancia a la figura del hombre en la tenencia de mayor extensión. En lo que respecta a las formas de tenencia, para las mujeres es principalmente propia, y de manera secundaria por propiedad colectiva.

De acuerdo con el mismo CNA del 2014, se logró una cobertura en salud del 96,1% de la población perteneciente a las áreas rurales dispersas. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) aunque se redujo en comparación con las cifras del año 2005, arrojó un 44,7% lo que muestra una clara desigualdad económica en las áreas rurales, en comparación con las ciudades, en parte esto se debe al acceso a los servicios públicos de agua y alcantarillado, reflejado en el hallazgo que solo 6 de cada 100 viviendas cuentan con este servicio. El 95,6% de los productores residentes en el área rural dispersa censada, sin territorios de grupos étnicos, se encontraban afiliados al sistema de seguridad social en salud. En cuanto al nivel educativo, la mayoría de productores cuenta con educación básica primaria (59,7% hombres y 56,1% mujeres), seguido por un porcentaje de personas que no cuenta con ningún nivel educativo (16,9% en hombres y 18,4% en mujeres) (21).

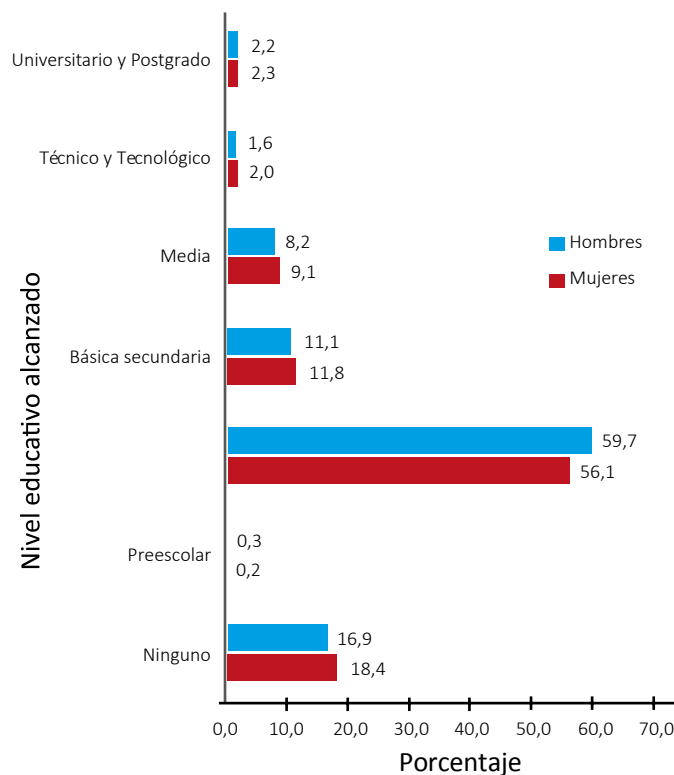


Figura 1.2. Distribución (%) de los productores residentes en el área rural dispersa censada, por nivel educativo alcanzado y sexo (21)

Fuente: DANE, CNA 2014

Una de las problemáticas expuestas por el CNA de 2014, fue el notorio envejecimiento de la población campesina, lo que disminuye a largo plazo la posibilidad de mano de obra agrícola. Se identificó una dinámica de migración a los centros urbanos, lo que se vio reflejado en un 11,5% a 13,5% de viviendas abandonadas, y una ocupación del 81,7% al 76,7%. Por otra parte, debido a la inexistencia de centros escolares cercanos a sus zonas de residencia, los niños, niñas y jóvenes en edad escolar ven necesario desplazarse a los centros urbanos para poder asistir a centros educativos.

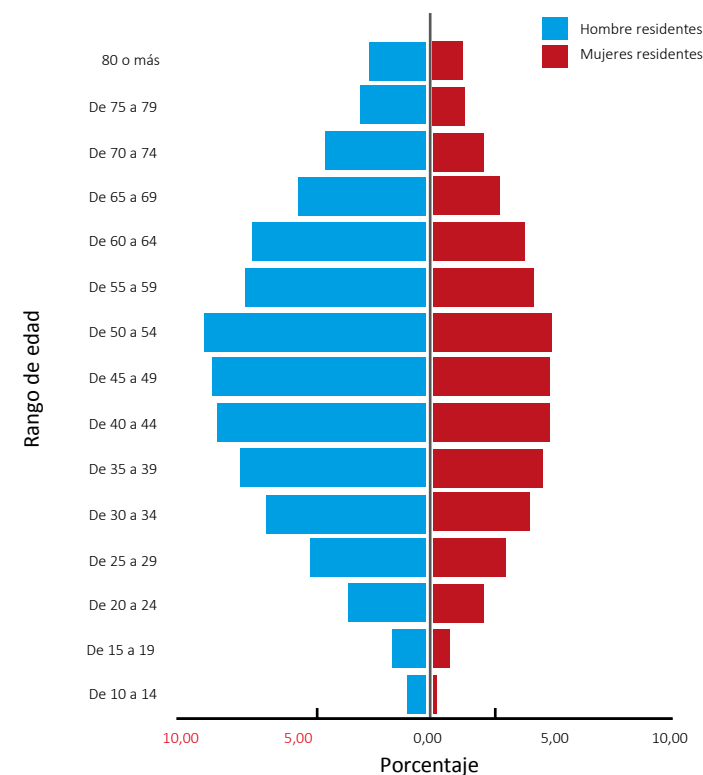


Figura 1.3. Distribución (%) del productor residente del área rural dispersa, según edad y sexo. Total Nacional (21)

Fuente: DANE, CNA 2014

1.2.3. Sistema y régimen político

Michael Mann definió el régimen político como una alianza de actores de poder ideológicos, económicos y militares coordinados por las reglas del Estado (22). La consolidación de un régimen político a partir de las relaciones de poder entre los diferentes actores definirá la estructura de clases de una sociedad y el marco legal –legítimo o ilegítimo– que servirá de plataforma para la funcionalidad de la estructura mencionada. En este aspecto, profundizar en los elementos del régimen político como la arena sobre la cual se deciden los modelos de desarrollo, el régimen de acumulación y los modos de regulación de una sociedad, es necesario en el debate sobre las desigualdades sociales.

Colombia se ha caracterizado por contar con un régimen político estable, al punto de ser llamada la democracia más antigua de América Latina, considerando la ausencia de dictaduras militares y la poca frecuencia de crisis que pudieran afectar la estabilidad política del país en comparación con los demás países vecinos, sin embargo, estas dos características no son suficientes para caracterizar el régimen político colombiano.

De acuerdo a Dogan y Higley, Colombia es un régimen entre autoritario y democrático estable, cuyas élites se unificaron de manera consensual en 1957 durante el Frente Nacional, en el que se pactó la repartición del poder entre los dos partidos políticos tradicionales durante 16 años (23). De acuerdo a las teorías de la democracia, los acuerdos sociales, económicos y políticos entre las élites y los diferentes actores políticos definen el tipo de régimen en un país. Las élites son aquellos grupos u organizaciones con el suficiente poder para tener efecto en la estabilidad de un país y la democracia depende del nivel de negociación y consenso entre las élites previamente en conflicto, superando una situación de crisis en particular (23). En este sentido, las crisis políticas de Colombia no han sido lo suficientemente profundas para generar un pacto significativo entre las élites, posterior a 1957, sin embargo es posible identificar unos puntos de inflexión del régimen colombiano.

Una de las épocas con mayores impactos para la historia política colombiana fue la de La Violencia, que enfrentó a liberales y a conservadores, dejando un saldo considerable de muertos en todo el país. Paralelamente, el Gobierno de Rojas Pinilla de 1954 estuvo marcado por una serie de medidas represivas que causaron malestar en la sociedad. Esto se constituyó en una crisis lo suficientemente fuerte para causar el pacto de élites, antes mencionado (24). La rapidez con la que los acuerdos que instauraron el Frente Nacional, se realizaron a cuenta de la capacidad de movilización de recursos de las élites y la gran autonomía de las mismas para generar pactos políticos de gran profundidad como el cambio de régimen político.

En este sentido, a pesar de que desde mediados de la década de los sesenta existen actores armados organizados al margen de la Ley, en términos estrictos de régimen político, estos actores no causaron suficiente inestabilidad política para lograr una reconfiguración de élites a partir de acuerdos políticos hasta finales de los ochenta.

El fin del Frente Nacional marcó un punto de partida similar a una transición hacia un régimen democrático. Durante la década de los setenta, otros países latinoamericanos presenciaban la llegada de regímenes militares altamente represivos al poder. Los regímenes militares latinoamericanos eran ampliamente apoyados por las élites resultantes de la industrialización (industriales, tecnócratas y bancos extranjeros) (25). Esta tendencia latinoamericana no tuvo repercusiones en Colombia debido a los pactos de élites en contra del poder militar, sin embargo Colombia, al igual que la mayoría de países latinoamericanos en la época, no contaba con una cultura democrática profunda y su marco legal contaba con elementos autoritarios, que le otorgaban al poder ejecutivo amplias facultades de legislación.

Archer y Shugart (18) argumentan que la figura del Presidente en Colombia tiene grandes poderes otorgados desde la Constitución del 1886 y reiterados parcialmente en la del 1991. Según los mismos autores, desde el fin del Frente Nacional hasta la Asamblea Nacional Constituyente, todos los presidentes intentaron introducir un paquete de reformas que buscaban restringir su propio poder y modernizar el sistema político, sin embargo estas reformas no alcanzaron a materializarse debido a presiones políticas causadas por los partidos tradicionales, por dos razones principales: *no había cohesión al interior de los partidos y el sistema electoral fomentaba la competencia al interior del mismo partido* (18). Se resalta el caso de la reforma propuesta por López Michelsen que buscaba atacar las desigualdades en el ingreso y reestructurar la administración pública. Esta reforma fue rechazada durante la época por razones que Archer y Shugart atribuyen a presiones de facciones regionales de los partidos políticos.

En otras oportunidades las propuestas de reforma fueron rechazadas de igual forma, sin embargo para la convocatoria a la Asamblea Nacional Constituyente y todo el proceso de promulgación de la Constitución Política de Colombia de 1991, fue relativamente acelerado, considerando las dificultades que acarrea una convocatoria de esta envergadura. Esto se debe a la intervención de las élites regionales en facilitar el proceso.

En términos de generación de desigualdades, la atribución de poderes hacia la presidencia con presiones de facciones de partidos, que tienen representación parlamentaria puede ser riesgoso, especialmente para el diseño de políticas que cuenten con instrumentos de planeación o de orden fiscal. Desde la reforma política de 1968, la formulación de políticas de este estilo fue otorgada de manera prácticamente exclusiva al poder presidencial. Este tipo de autonomía política para la introducción de reformas o políticas fiscales y presupuestales sirve a los objetivos de cualquier modelo económico, razón por la cual Samuel Huntington define la democracia latinoamericana de finales de los noventa como “*Democracia del Tercer Mundo*” (25) en la que las fuerzas autoritarias dentro de la democracia y se concentran en un ejecutivo fuerte con pocos controles, siendo fácil introducir todo tipo de políticas.

De acuerdo a Guillermo O'Donnell (26) existen dos precondiciones especiales para definir un régimen como democrático: principalmente debe contar con elecciones libres y justas para elegir autoridades con poder político real (esta precondición es necesaria) y debe haber una división clara entre el sector público y el privado. En ese sentido O'Donnell ubica a Colombia en una *escala alta* en la realización de elecciones públicas y abiertas, sin embargo, la ubica en una *escala difusa* en la diferenciación entre la esfera pública y la privada, describiéndola como una poliarquía informalmente institucionalizada (26). Esta poliarquía estaría ligada a la participación de élites locales privadas en la injerencia política. Como se mencionaba anteriormente, el poder central, a pesar de sus grandes libertades políticas, está ligado a la negociación con las élites regionales.

Con la Constitución de 1991 se introdujeron importantes restricciones a este poder (18). Los decretos legislativos se redujeron en su capacidad de ejecución, considerando que el Congreso tiene ahora la autoridad explícita de anular o enmendar un decreto emitido por el Ejecutivo. En ese mismo Artículo de la Constitución se estipula un tiempo máximo de seis meses para reglamentar esos decretos. Igualmente se reforma el sistema de elección parlamentaria, sin embargo es evidente que Archer y Shugart registran que antes de la Reforma de 1991 los porcentajes de reelección parlamentaria entre 1974 y 1990, se mantienen entre 45 y 60% para el Senado y 35 y 40% para Cámara de Representantes (18). Estos porcentajes no difieren sustancialmente de los presentados en adelante según Congreso Visible que oscilan entre 50 y 55% para Senado, y 35 y 40% para Cámara, (27) como consta en la Tabla 1.2. Esto refleja un alto poder en el Ejecutivo, combinado con un poder legislativo poco dinámico que perpetúa las estructuras de poder regional al largo plazo.

En el 2003 se introdujo una Reforma Electoral que buscó reorganizar el sistema de partidos introducido en 1991, estableciendo el umbral, la cifra repartidora, las listas únicas y el voto preferente (28). Entre los efectos de la Reforma se encuentra la disminución de partidos políticos en la arena política, además de la competencia entre miembros del mismo partido, a partir de la introducción del voto preferente, sumado al umbral de votación. En términos generales, la reforma electoral reaseguró a las élites políticas regionales fortaleciendo su capacidad en la toma de decisiones.

Por otro lado, desde 1968 se comenzó un proceso de descentralización progresiva con miras a delegar responsabilidad fiscal a los entes territoriales, que fue profundizado con el proceso de modernización del Estado de la década de los noventa; Jaime Bonet consideró que el proceso de descentralización, por el modelo de desarrollo desigual entre las regiones ha perpetuado disparidades en materia de cobertura de servicios debido a que cada ente territorial adopta la prestación de servicios en diferentes condiciones (29). Para servicios específicos, como en el caso de la salud, algunos autores afirmaron que prácticas clientelistas han afectado la prestación del servicio y esto se ha visto ligado a los procesos de descentralización (30).

Si bien es difícil rastrear las prácticas clientelistas, varias entidades han identificado riesgos de corrupción basados en la visibilidad en el manejo de la información pública y en la institucionalidad, entendida como la Gestión Administrativa Evaluada (31). De acuerdo a esta medición planteada por *Transparencia por Colombia*, el departamento de Chocó presentó los niveles de riesgo de corrupción más altos del país como se puede ver en la Tabla 1.3., mientras que el departamento con menor nivel de riesgo de corrupción fue Antioquia.

Tabla 1.2. Porcentaje de reelección parlamentaria 1974-2014

Corporación	1974	1978	1982	1986	1990	1994	1998	2002	2006	2010	2014
Senado	47%	45%	50%	62%	55%	53%	56%	54%	55%	43%	55%
Cámara	37%	35%	40%	42%	52%	40%	43%	36%	36%	26%	32%

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Archer y Shugart y Congreso Visible

Estos resultados coinciden con los presentados por el DNP para el Índice de Desempeño Fiscal (32) para el año 2013. Como se puede ver en la Tabla 1.4., Chocó y Putumayo son los departamentos menos viables debido a que sus gastos de funcionamiento con respecto a los ingresos corrientes de libre destinación superaron el límite permitido por la Ley 617 de 2000.

Tabla 1.3. Índice de transparencia departamental

CLASIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	CATEGORÍA	VISIBILIDAD	INSTITUCIONALIDAD	CONTROL Y SANCIÓN	ITD	NIVELES DE RIESGO
1	Antioquía	Especial	87,3	77,2	84,5	82,4	Moderado
2	Santander	Primera	86,3	79,7	78,3	81,2	Moderado
3	Caldas	Segunda	73	71,2	84,4	75,7	Moderado
4	Meta	Primera	78,1	70,4	77,5	74,8	Moderado
5	Valle del Cauca	Primera	78,8	65,7	81,7	74,4	Medio
6	Tolima	Segunda	71,4	65,4	86,4	73,5	Medio
7	Quindío	Tercera	67,7	72	81,3	73,5	Medio
8	Risaralda	Segunda	72,5	62,5	88,9	73,4	Medio
9	Cundinamarca	Especial	75	58,8	86,6	72	Medio
10	Boyacá	Primera	65,6	67,1	81,8	71,1	Medio
11	Norte de Santander	Segunda	61	71,9	74,9	69,5	Medio
12	Huila	Segunda	83,1	43,4	77,4	65,5	Medio
13	Casanare	Tercera	66,7	56,3	74,6	64,9	Medio
14	Nariño	Cuarta	55,8	71,7	62	64	Medio
15	Córdoba	Segunda	67,9	50	69	61,1	Medio
16	Cauca	Tercera	63,4	54,3	67,1	60,9	Medio
17	Bolívar	Primera	63	46,7	70,2	58,6	Alto
18	Cesar	Tercera	53,9	56,5	63,5	57,8	Alto
19	Atlántico	Primera	70,2	49,5	54,7	57,3	Alto
20	Vichada	Cuarta	41,8	61,8	62,9	56,1	Alto
21	Guaviare	Cuarta	42,2	46,1	78,9	54,8	Alto
22	Magdalena	Tercera	46,9	54,8	57,4	53,2	Alto
23	Arauca	Cuarta	58,5	48	48,3	51,2	Alto
24	San Andrés	Tercera	54,8	54,8	39,5	50,2	Alto
25	Sucre	Tercera	37,5	46,9	65,5	49,7	Alto
26	Amazonas	Cuarta	45,3	48	50,6	48	Alto
27	Putumayo	Cuarta	57,3	30,3	44,6	42,7	Muy alto
28	La Guajira	Cuarta	69,8	23,1	32	39,8	Muy alto
29	Caquetá	Cuarta	44,4	31,4	37,1	37	Muy alto
30	Guainía	Cuarta	24	32,6	46,5	34,2	Muy alto
31	Vaupés	Cuarta	30	36,2	29,6	32,4	Muy alto
32	Chocó	Cuarta	43,4	19,2	34,3	31	Muy alto

Fuente: “Índice de transparencia de las entidades públicas” elaborado por Transparencia por Colombia (31)

Tabla 1.4. Desempeño fiscal de los departamentos 2013

DEPARTAMENTO	AUTOFINANCIAMIENTO GASTOS DE FUNCIONAMIENTO 1/	RESPALDO DEL SERVICIO DE LA DEUDA 2/	DEPENDENCIA TRANSFERENCIAS Y REGALÍAS 3/	GENERACIÓN DE RECURSOS PROPIOS 4/	MAGNITUD DE LA INVERSIÓN 5/	CAPACIDAD DE AHORRO 6/	INDICADOR DE DESEMPEÑO FISCAL 7/
Cundinamarca	36,54	6,58	46,24	84,89	76,57	59,89	77,85
Sucre	48,06	0,50	80,42	96,70	93,61	59,86	77,54
Cesar	55,74	1,39	73,08	91,64	93,71	53,97	76,96
Quindío	64,45	2,36	58,37	81,54	82,37	52,17	75,33
Valle	53,42	4,67	49,07	83,17	71,53	49,19	74,83
Magdalena	60,28	2,01	63,99	92,02	87,59	34,25	74,81
Atlántico	48,21	12,14	48,04	80,40	75,49	52,35	74,68
Boyacá	54,72	7,17	67,08	91,75	83,94	45,47	74,51
Córdoba	54,59	1,84	81,95	95,40	90,89	38,38	74,29
Santander	59,40	1,82	49,99	91,77	71,55	27,67	73,70
Meta	59,89	2,88	79,98	94,37	90,24	39,46	73,40
Bolívar	61,58	0,37	72,76	92,12	85,00	41,99	73,35
Caldas	55,38	0,93	71,25	88,58	83,90	36,67	72,61
Antioquia	41,80	5,22	46,38	62,75	74,50	47,36	71,39
Caquetá	67,92	0,00	85,27	90,87	88,13	35,06	71,07
Huila	50,84	0,67	73,09	89,26	82,41	25,22	70,56
Risaralda	38,04	7,14	52,19	78,92	69,11	33,51	70,45
Casanare	69,42	0,00	72,47	82,05	87,60	26,71	70,40
Arauca	64,85	0,00	83,59	69,23	94,98	35,64	68,27
Norte Santander	59,69	3,45	63,13	90,75	75,99	-18,24	67,70
Nariño	52,79	1,49	71,04	60,92	85,34	38,11	67,44
Cauca	62,67	0,68	83,26	90,19	87,59	3,58	66,68
Guajira	81,51	0,69	89,58	94,92	94,60	41,49	66,24
Vichada	58,76	0,00	64,42	35,65	90,24	40,64	64,95
Guainía	37,06	0,00	85,16	35,42	93,22	60,23	64,33
Tolima	82,35	2,17	73,90	84,45	82,03	27,40	62,22
Guaviare	55,29	0,76	78,58	51,03	80,22	28,33	61,87
Vaupés	50,96	0,00	78,71	24,89	85,29	43,98	59,74
Amazonas	65,16	0,00	86,27	37,18	83,92	23,89	57,74
Chocó	90,19	1,58	78,02	93,24	81,07	-38,06	54,64
San Andrés	55,91	10,83	52,88	35,32	46,33	-11,69	52,42
Putumayo	88,95	0,00	89,92	51,61	90,36	21,38	49,56

Fuente: Departamento Nacional de Planeación

En este caso en particular, las finanzas públicas más deterioradas coinciden con los riesgos de corrupción. Los riesgos de corrupción están ligados a la búsqueda de la ventaja material para la oferta, es decir, para quienes ostentan cargos públicos o poder político fuera de la esfera pública.

El régimen político colombiano, 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.*

En efecto el Estado colombiano ha realizado avances y grandes esfuerzos por mejorar la administración pública a través de mecanismos de evaluación de políticas y de cultura de la protección de lo público, sin embargo, el régimen sigue siendo permisivo en mantener una línea difusa entre los intereses públicos y los privados, y responde a un modelo de desarrollo económico de minimización de participación del Estado en la provisión de servicios y se posiciona del lado de la oferta.

Referencias

1. España CpRIDSeSe. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gaceta Sanitaria. 2012;26(2):182-9.
2. Ocampo JA. Historia economica de Colombia. Mexico: Siglo Veintiuno Editores; 1987.
3. Kalmanovitz Kauter S. Instituciones y desarrollo agrícola en Colombia a principios del Siglo XX. Borradores Semanales de Economía (Santafe de Bogotá). 2002(197):1-37.
4. Garay Salamanca LJ, Programa de Estudio La Industria de América Latina ante la Globalización E. Colombia, estructura industrial e internacionalización, 1967-1996. Santafé de Bogotá, Colombia: Departamento Nacional de Planeación; 1998.
5. Gamboa Ardila NR. La economía colombiana : del modelo de protección al modelo de apertura. Medellín, Colombia: Universidad de Medellín, Sello Editorial; 2005.
6. Martínez GC, Banco de la R, Subgerencia de Estudios E. Anatomía de los ciclos económicos en Colombia 1970-2007. Bogotá: Banco de la República, Subgerencia de Estudios Económicos; 2008.
7. Misas A G, Corredor Martínez C, Universidad Nacional de C, Cátedra Manuel A. Desarrollo económico y social en Colombia, Siglo XX. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas; 2001.
8. Constitución Política de Colombia, (1991).
9. Rodrik D. Goodbye Washington Consensus, Hello Washington confusion? a Review of the World Bank's Economic Growth in the 1990 : learning from a decade of reform. Journal of Economic Literature. 2006;44(4):973-87.
10. Arango T. LE, Posada P CE. El desempleo en Colombia. Coyuntura social. 2001(24).
11. Göbel B. Extractivismo y Desigualdades sociales. IBEROAMERICANA. 2015;15(58):161-5.
12. Revista Dinero. ¿Cómo está compuesta la economía colombiana? Revista Dinero,. 2015.
13. GARCIA RR. La riqueza del narcotráfico y la desigualdad en Colombia: 1976-2012. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, 2014.

14. Decreto 3183 de 2011 *“Por el cual se suprime la Dirección Nacional de Estupefacientes, se ordena su liquidación y se dictan otras disposiciones”*. Decreto 3183 de 2011 (2011).
15. Pérez Correa E. Una visión del Desarrollo rural en Colombia. Cuadernos de Desarrollo Rural. 2012(41).
16. Tabacinic KR, World Health O, Comisión sobre Determinantes Sociales de la S. Subsanan las desigualdades en una generación alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud; 2009. Available from: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=579108>.
17. United Nations Development P, Colombia U. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. Bogotá, Colombia: PNUD; 2011.
18. Mainwaring S, Shugart MS. Presidentialism and Democracy in Latin America. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 1997.
19. OCDE. Revisión de la OCDE de las Políticas Agrícolas: Colombia 2015. Evaluación y Recomendaciones de la Política. 2011.
20. PERFETTI JJ, BALCAZÁR Á, HERNÁNDEZ A, LEIBOVICH J. Políticas para el Desarrollo de la Agricultura en Colombia. BOGOTÁ: SAC y FEDESARROLLO; 2013.
21. DANE. 3º Censo Nacional Agropecuario. BOGOTÁ: 2015.
22. Dallin A. Political parties in Russia. [Berkeley]: International and Area Studies, University of California at Berkeley; 1993.
23. Dogan M, Higley J. Elites, crises, and the origins of regimes. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield Publishers; 1998.
24. Burton MG, Higley J. Elite settlements. [Austin]: Institute of Latin American Studies, University of Texas at Austin; 1987.
25. Markoff J. Really Existing Democracy: Learning from Latin America in the Late 1990s. New Left review. 1997(223):48.
26. O'Donnell GA, Helen Kellogg Institute for International S. Another institutionalization : Latin America and elsewhere. Notre Dame, Ind.: Helen Kellogg Institute for International Studies; 1996.
27. Congreso Visible. Los partidos grandes dependerán más de congresistas reelegidos 2014 [cited 2015 13/12/2015]. Available from: <http://congreso-visible.org/agora/post/los-partidos-grandes-dependeran-mas-de-congresistas-reelegidos/6293/>.
28. Acto Legislativo 01 de 2003 *“Por el cual se adopta una Reforma Política Constitucional y se dictan otras disposiciones”*, 01 (2003).
29. Bonet Morón J. Desequilibrios regionales en la política de descentralización en Colombia. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. 2006(77):1-51.
30. Molina Marín G, Montoya Gomez NE, Rodríguez Tejada CM, Spurgeon P. Descentralización del sector salud en Colombia : análisis de 91 municipios. Revista Facultad Nacional de Salud Publica (Medellin). 2006;24(01).
31. Transparencia por Colombia. Índice de Transparencia de las Entidades Públicas 2015 [cited 2015 13/12/2015]. Available from: <http://www.indicede-transparencia.org.co/ITD/Gobernaciones/Visibilidad>.
32. Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Desempeño fiscal de los departamentos y municipios 2013 : Informe del Departamento Nacional de Planeación (Artículo 79 Ley 617 de 2000) , . [Bogotá, D.C.]: Departamento Nacional de Planeación : Acción Social, Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación internacional : Unión Europea; 2014.

1.3. Grupos étnicos

Introducción

Elkin Vallejo
Karol Cotes-Cantillo

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 (1). De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) las personas indígenas y afrodescendientes en América Latina están sobrerrepresentadas entre la población en situación de indigencia, pobreza y vulnerabilidad; tienen más dificultades para aliviar o superar la pobreza, y la transmisión intergeneracional de esa condición y su cronicidad son más altas. La CEPAL señala, que la histórica invisibilidad estadística de estas poblaciones no ha permitido identificar y reconocer adecuadamente la magnitud y las distintas formas de manifestación de la pobreza entre ellos. A su vez, las estrategias de reducción de la pobreza no siempre han recogido estas especificidades y, por tanto, no han tratado adecuadamente las necesidades y particularidades que atañen a estos importantes segmentos de la población (2).

En este sentido, *la etnia* es sin duda alguna, un determinante estructural de las desigualdades sociales en salud en Colombia, sin embargo, la disposición de datos desagregados es limitada. Con el propósito de esbozar algunos elementos de contexto que pueden contribuir a entender aspectos relacionados con la situación de los grupos étnicos en el país, y sus posibles consecuencias en desigualdades sociales en salud, se realizó una revisión documental desde la revisión de fuentes secundarias, privilegiando la información de carácter oficial publicada por diferentes entes gubernamentales como el departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y organismos de carácter internacional como la CEPAL. Por la naturaleza que representa un contexto, los datos aquí presentados tienen un carácter general descriptivo, con algunos análisis desde la relación entre lo presentado y las desigualdades sociales.

Un reconocimiento ganado a pulso

En los años sesenta en Colombia se registró el inicio del reconocimiento de las diferencias étnicas, resultado de la lucha de los grupos étnicos, principalmente de los pueblos indígenas, que posteriormente se fortaleció con la conformación de movimientos de poblaciones afro y más recientemente de la Rom (1–3). Es necesario aclarar que el desarrollo de estos procesos fue paulatino y en gran medida estuvo ligado a las particularidades organizativas de cada grupo étnico.

“Los pueblos indígenas fueron reconocidos en el Convenio 169 de la OIT de 1989, ratificado por Colombia en la Ley 21 del 4 marzo de 1991 (Convenio 169 OIT, 1992); las comunidades negras fueron reconocidas en 1993 con la Ley 70, reglamentaria del artículo transitorio 55 de la Constitución Política Nacional. En cuanto al pueblo rom (gitano), el Ministerio del Interior, a través de la Dirección General de Asuntos Indígenas, lo reconoció como grupo étnico sólo a partir del 20 de febrero de 1998. En 1999 fue aprobada legalmente por Resolución 022 del 2 de septiembre la organización Proceso Organizativo del Pueblo Rom de Colombia, PROROM (Ministerio del Interior, 1998)” (4).

La declaración de Colombia como país multicultural a través de la constitución de 1991, implicó un reconocimiento del país como un palimpsesto cultural, donde no solo se reconoce a las personas mestizas, sino también a todos los grupos étnicos presentes en el país, donde los indígenas, los grupos afrodescendientes, raizales y romaní entraron a formar parte de manera explícita de la diversidad Colombiana, lo que tuvo reflejo en las políticas públicas generales y en las políticas dirigidas a estos grupos poblacionales (5,6).

Mediciones, censos y poblaciones étnicas

En Colombia se han realizado diferentes ejercicios para conocer a la población étnica presente en el territorio nacional; estos ejercicios de medición son producto del contexto histórico en el que se adelantan y como tal responden a los paradigmas propios de la época (7), así se puede evidenciar que de los once (11) censos poblacionales adelantados en el país entre 1900 y 2010, nueve (9) indagaron sobre la población indígena, tres (3) indagaron por la población afrodescendiente y uno (1) por la población Rom (8). La forma de indagar sobre estas poblaciones obedece a criterios propios del momento histórico, así se pasó de la raza y los rasgos físicos, hasta criterios de inclusión asociados al auto-reconocimiento cultural. Esto sin duda marcó también las metodologías empleadas para estas experiencias censales. Señala el antropólogo Gerardo Reichel-Dolmatoff, que en el Censo de 1951 los criterios de selección se centraron en el manejo de una lengua materna diferente a la española y el modo de vida “tribal”, lo que dejó por fuera del conteo a personas que no manejaban la lengua pero culturalmente eran indígenas y a personas que no vivían dentro de un territorio establecido (9). De la misma forma en otros censos hubo doble conteo de la población, o desconocimiento de las poblaciones indígenas que vivían fuera de los departamentos y municipios en los que se condesaba la población.

Razones como las anteriores llevaron a que las comunidades indígenas, y en general comunidades étnicas, pidieran una participación activa en el proceso de desarrollo de los censos poblacionales con la pretensión de adecuar los censos a las realidades de las comunidades, situación que se concretó inicialmente en el censo de 1993 y posteriormente en el censo de 2005 (10). Estas experiencias han desembocado en constates intentos y avances en incluir de manera adecuada la variable étnica a las diferentes encuestas nacionales que se han desarrollado en Colombia, evidenciando la necesidad de fortalecer dicha variable.

Grupos étnicos en Colombia

*“El mestizaje, marcado desde la época de la conquista, evidencia la multiplicidad étnica que hace de Colombia un país diverso. Así también lo establece la Constitución Política de 1991, que proclamó los derechos de una nación pluralista y libre”*¹ De esta forma se describe culturalmente al país, desde la página de internet del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo; oficialmente se reconoce a Colombia como resultado del mestizaje de tres culturas (española, negra e indígena), proceso que dio como resultado la conformación cultural colombiana actual.

El mestizo criollo, resultado de este palimpsesto cultural, es mayoritario en el país, pero paralelamente se ha generado un proceso de resistencia y pervivencia cultural² encarnado por las comunidades étnicas, a saber: indígenas, afrodescendientes y Rom. Estas comunidades étnicas están ubicadas en diferentes zonas de la geografía nacional lo que denota que sumado a las particularidades culturales, hay aspectos del contexto territorial que configuran el devenir de estos grupos humanos.

1. Extraído de: <http://www.colombia.co/asi-es-colombia/colombia-un-pais-pluri-etnico-y-multicultural.html>

2. Entendemos este concepto como más amplio que el de supervivencia, pues la pervivencia remite a la permanencia de los grupos a pesar de las dificultades en tiempo y espacio

1.3.1. Población indígena en Colombia

En Colombia, según cifras del Censo de 2005 los pueblos indígenas representan el 3,4% de la población nacional. El Estado Colombiano reconoce 87 pueblos indígenas entre los cuales se hablan 64 lenguas diferentes al español. La Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), por su parte, señala que en el país existen 102 pueblos indígenas, de los cuales hay 34 en riesgo de desaparición física y cultural³.

Esta población se distribuye en 731 resguardos ubicados en 23 departamentos y 232 municipios del país (Figura 1.4.). Los departamentos que tienen mayor cantidad de población indígena son: La Guajira, Cauca y Nariño (8). Estos departamentos configuran una construcción geográfica propia relacionada con devenires históricos que los enmarcan como zonas de frontera, como zonas salvajes *“un cierto tipo de geografías políticas que no pueden ser consideradas ni “como regiones naturales”, sino como espacios de proyección: son objeto de un proceso de mistificación”* (11), donde sus habitantes son inmersos en este escenario mítico de lo desconocido en el que la construcción del otro se salvajiza donde se encuentran *“los forajidos, cimarrones, los refugiados, los hippies, los transgresores, los buscadores de chamánicos y ancestrales”* (11).

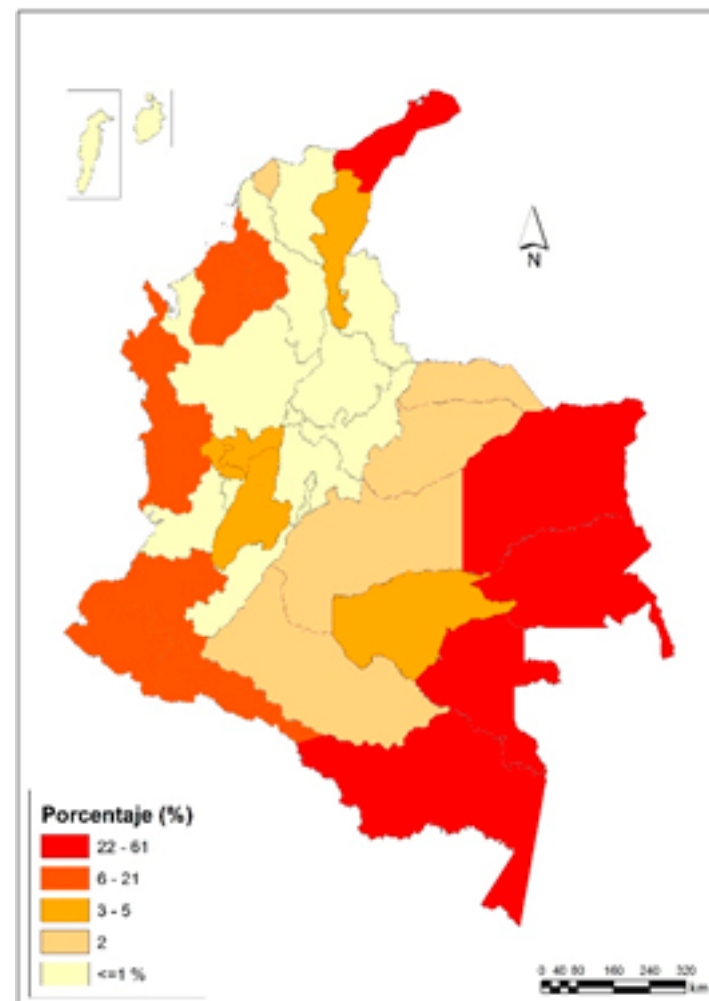


Figura 1.4. Participación de indígenas respecto a la población total departamental. Colombia, 2005

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE 2006, Marco Geoestadístico Nacional

3. Extraído de: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/2012/Situacion_Colombia_-_Pueblos_indigenas_2012

Algunos indicadores y estadísticas de la población indígena colombiana

De acuerdo con el Censo del 2005 se evidenció un aumento de más de 10 puntos porcentuales respecto al Censo de 1993 en relación con las personas que se reconocen pertenecientes a alguna etnia, pasando del 3,94% en 1993 (1.034.076) al 14,06% en 2005 (5.719.283), mientras que las personas que se reconocieron como indígenas pasaron de 1,63% (532.233) en 1993 al 3,43% (1.392.623) para el 2005, lo que sin duda develó dos situaciones: por una lado una mejora en la forma de recolectar la información y por otro lado, el trabajo de recuperación y reconocimiento cultural étnico realizado por las organizaciones indígenas; aunque es posible que este aumento obedeciese a un crecimiento de esta población, por lo que se hace necesario proponer estudios para identificar las causas reales de este aumento poblacional. Desde algunas posiciones se ha manifestado que este aumento en el número de personas que se reconocen como indígenas puede tener un componente asociado al reconocimiento de derechos de esta población que ha llevado a que poblaciones campesinas, colonas rurales y pobres urbanas se reconozcan como indígenas para acceder a beneficios que brinda el Estado (8).

La población indígena se ubica principalmente en zonas rurales donde están sus territorios ancestrales y se configuran las significaciones territoriales, culturales, sociales políticas y religiosas. Debido a los procesos migratorios por causas económicas y a los desplazamientos forzados a causa del conflicto armado, que han puesto en riesgo de desaparición cultural y física a ciertas comunidades indígenas (12,13), se ha visto un aumento de asentamientos en zonas urbanas y cabeceras municipales.

Según datos del DANE 2005 el porcentaje de indígenas en cabeceras municipales era de 21,4% frente a un 78,5% en zonas rurales. Esta situación evidenció como gran parte de las personas pertenecientes a comunidades indígenas habitan zonas rurales que, generalmente, están alejadas de servicios como salud y educación, además la cobertura de servicios básicos en ocasiones es baja o inexistente.

Esto ha desembocado en que desde lo local se desarrollen mecanismos, que satisfacen estas necesidades desde los usos y costumbres de estas comunidades.

Sexo y edad en población indígena de Colombia

Según la información proveniente del Censo de 2005 la población indígena de Colombia se caracterizó por ser una población joven (Figura 1.5.), con el mayor porcentaje en el grupo de 0-14 años de edad (39,5%); el grupo de edad que presentó mayor concentración de la población es el de 0-4 años con un 14,5%. Es de mencionar que la población de más de 65 años tuvo un aumento entre el Censo de 1993 y el del 2005, pasando de 3,7% a 5,2%, que se relacionó según el DANE con un repunte de la esperanza de vida de los pueblos indígenas

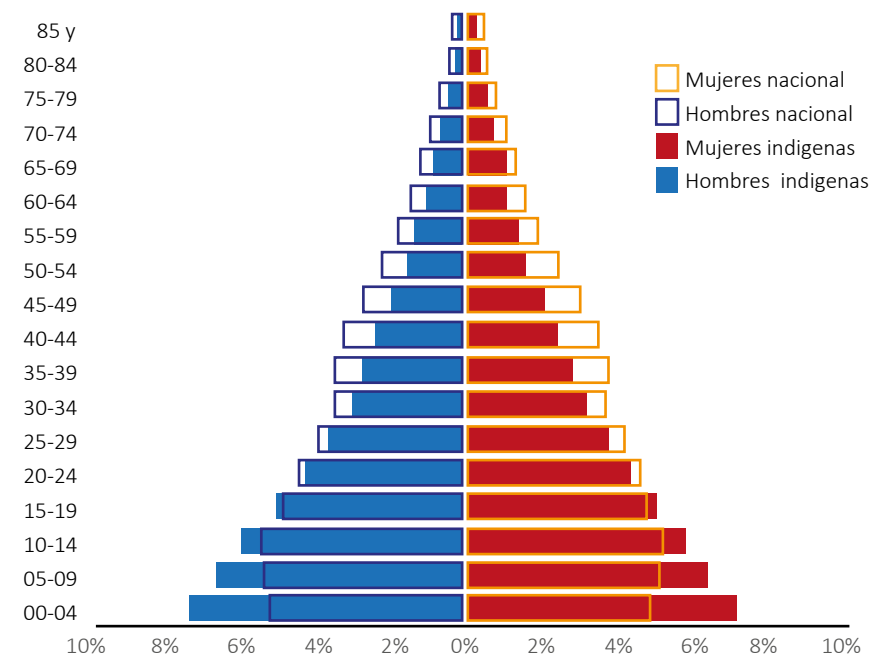


Figura 1.5. Pirámide poblacional indígena vs total población

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE 2007. Visibilidad estadística de los grupos étnicos

La pirámide poblacional evidenció que la población joven, de menos de 20 años, presentó un mayor porcentaje respecto a la población general, pero que según los análisis del DANE *“presenta disminuciones relativas en el grupo de 0-14 años de edad, e incrementos en los demás grupos según se observa al comparar sus poblaciones en 1993 y en 2005. Estas estructuras indican que, a pesar del rezago demográfico, la población indígena está en un proceso incipiente de transición”* (10). También se evidenció que la población indígena tiene pocas personas mayores o abuelos, lo que va en concordancia con lo representado para la población general, sin embargo, para la población indígena representa una situación problemática pues para los indígenas los mayores son de gran importancia, sus abuelos, transmiten gran parte de los conocimientos culturales; a través de la tradición oral, la que es construida mediante proceso de vivencias cotidianas que se edifican generacionalmente (14,15).

Educación

Las comunidades indígenas de Colombia han encarnado procesos de resistencia que se han expresado en la conformación de organizaciones de corte local, departamental y nacional. Dentro de los pilares que han orientado el accionar de las organizaciones indígenas, la búsqueda de una educación acorde a las cosmovisiones y cosmogonías, es uno de los pilares fundamentales (16).

La etnoeducación en Colombia inicia con la creación de la Oficina de Etnoeducación entre 1985 y 1990, que avanzó paulatinamente durante la década de los noventa del Siglo XX y el inicio del Siglo XXI, desembocando en ejercicios que desde un diálogo intercultural de saberes han llevado a experiencias locales de educación. Actualmente se desarrollan procesos desde las comunidades indígenas donde se busca el fortalecimiento de la etnoeducación de la mano con los saberes occidentales y desde la horizontalidad. El Ministerio de Educación Nacional apoya actualmente estos procesos desde el Plan Decenal Nacional de educación 2006-2016 y la política de etnoeducación.

Si bien la interculturalidad en la educación es fundamental a la hora de pensar en un análisis de la situación de educativa de las comunidades indígenas, poco se ha hecho al respecto en tér-

minos de medición y evaluación, pues los indicadores utilizados para esta medición están regidos por criterios occidentales tales como el nivel de alfabetismo, la asistencia escolar y el nivel educativo alcanzado (10).

Para este análisis se tomaron en cuenta, sin embargo, estas mediciones, se reconoce la necesidad de buscar metodologías acordes a las necesidades y realidad de las comunidades, buscando identificar la relación de la educación occidental y lo tradicional en términos de interculturalidad, dejando claro que mediciones como las mencionadas no evidencian, por si solas, indicadores reales de la situación de las poblaciones indígenas, pues desde sus propios sistemas estas poblaciones generan conocimientos y formas de transmitirlos.

Con base en lo anterior, desde los informes del DANE se evidenció como la población indígena tiene indicadores rezagados en relación con los otros grupos poblacionales, debido a situaciones asociadas a la poca presencia de instituciones educativas en los resguardos de las comunidades, además muchas de las instituciones educativas solo tienen hasta primaria, dificultando el acceso a la educación secundaria y superior. Aunado a esta situación son pocas las instituciones educativas que cuentan con un programa intercultural lo que influye en las diferencias de los indicadores, pues debido a esta situación algunas personas de las comunidades indígenas deciden no acceder a la educación que se da desde la sociedad occidental. (17–19).

Las poblaciones indígenas tienen la menor tasa de alfabetismo en comparación con los demás grupos poblacionales, con un 71,4%, frente a las cifras cercanas a 90% para otros grupos poblacionales, lo que evidenció que hay brechas en la educación entre las personas de las comunidades indígenas y la población general (Figura 1.6.), situación que se suma a la falta de educación basada en componentes de pertinencia cultural, que supone un aumento de las desigualdades en acceso a la educación de la población indígena (20). Desde el DANE se hace la aclaración que dentro del Censo realizado en el 2005 la pregunta sobre alfabetismo tiene un gran sesgo, pues esta no tuvo en cuenta el alfabetismo bajo las normas culturales y la lengua propia de las comunidades.

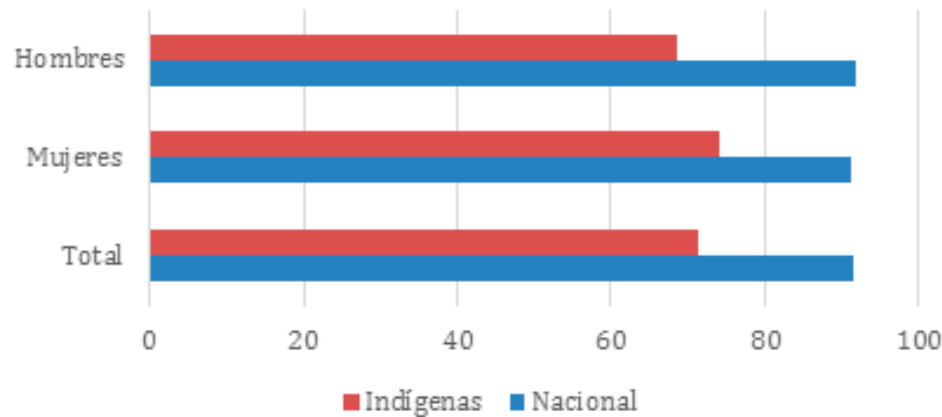


Figura 1.6. Alfabetismo de la población de 15 años y más por sexo en población indígena. Censo DANE Colombia, 2005

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE 2007. Visibilidad estadística de los grupos étnicos

Respecto a la asistencia escolar las cifras denotaron que la población indígena tiene las tasas más bajas frente a los otros grupos poblacionales (Figura 1.7.), desigualdad que se evidenció en todos los grupos de edad, siendo siempre la población indígena la que menos tasa de asistencia reportó.

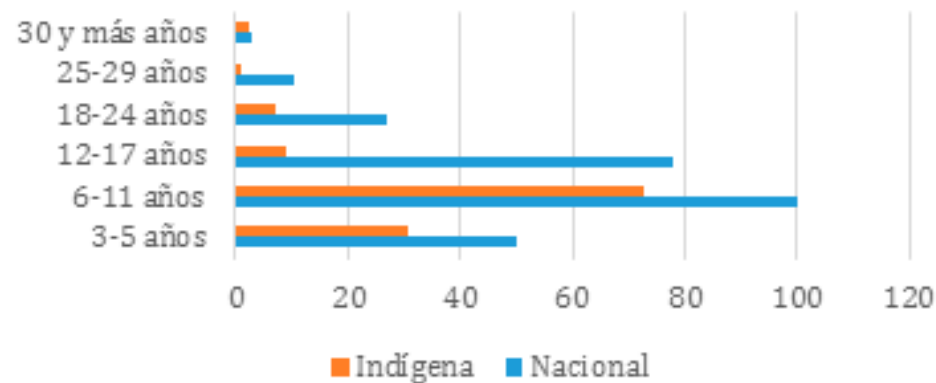


Figura 1.7. Tasa de asistencia escolar en la población nacional e indígena por edades. Censo DANE Colombia, 2005

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE 2007. Visibilidad estadística de los grupos étnicos

Las desigualdades en el acceso a educación por parte de la población indígena fueron evidentes, pues en todos los grupos de edad se observaron grandes diferencias con relación a la población general. Llamó la atención que el grupo de edad entre los 12 y los 17 años presentó la mayor brecha entre los dos indicadores, lo que reforzó la tesis sobre la dificultad de las personas de las comunidades indígenas para acceder a la educación secundaria. Debido a esta situación desde las comunidades indígenas mismas se han generado esfuerzos dirigidos a solventar esta situación con la creación de universidades indígenas en el departamento del Cauca, al igual que institutos de educación indígena en Antioquia (21). La creación de centros de educación propios por parte de las comunidades y organizaciones indígenas refleja cómo debido a situaciones asociadas a las desigualdades sociales, los indígenas deben optar por la búsqueda y desarrollo de soluciones desde lo local.

Respecto al nivel educativo, las comunidades indígenas presentaron diferencias frente a la población general, que denotaron situaciones de desigualdad. La población indígena presentó un patrón educativo centrado en la educación primaria, pues un 43,7%, que obedece a rangos etarios de 3-5 años y de 6-11 años, de la población se ubicó en este nivel educativo, esto pudo depender de que en varios resguardos indígenas se establecieron centros de educativos que prestan el servicio de básica primaria sin necesidad de que las personas indígenas salgan de su territorio, lo que abrió la posibilidad de que las comunidades indígenas estudien desde los saberes occidentales y al mismo tiempo fortalezcan su conocimiento ancestral cultural mediante el contacto directo con sus comunidades y sus mayores.

Para los niveles de educación se evidenció que para los pueblos indígenas los porcentajes para los niveles básica secundaria (13%), media (7%) y superior y posgrado (2%) son los más bajos con respecto a otros grupos poblacionales y frente al promedio nacional, que tiene porcentajes de 20%, 17% y 13%, respectivamente (8). Esto deja de manifiesto cómo sólo el acceso a la educación básica primaria es amplio, mientras que en otros niveles, que generalmente requieren desplazamientos fuera de sus comunidades, se presentan porcentajes bajos en comparación al

porcentaje nacional. La falta de instituciones en los territorios y la ausencia de programas de educación interculturales desemboca en que las personas indígenas dejen los estudios luego de terminar la básica primaria, lo que pone de manifiesto la necesidad de repensar el modelo educativo dirigido a comunidades indígenas para que sea acorde a las particularidades y necesidades de estas poblaciones.

1.3.2. Población afrodescendiente

La población afro de Colombia fortaleció sus luchas por la reivindicación a partir del reconocimiento obtenido en la constitución de 1991, reflejo de esto fue la inclusión de la pregunta por la pertenencia étnica en el Censo de 1993 que dio luces sobre el porcentaje de población afrodescendiente en el país, más sin embargo, este resultado dejó de lado poblaciones que para ese momento no estaban dentro de las denominadas comunidades negras según la Ley 70 de 1993 (10). Para el Censo del año 2005 se creó una definición de afrodescendiente que estipula: “*persona que presenta una ascendencia africana reconocida y que posee algunos rasgos culturales que les da singularidad como grupo humano, comparten una tradición y conservan costumbres propias que revelan una identidad que la distinguen de otros grupos, independientemente de que vivan en el campo o en la ciudad*” (Ley 70 de 1993); según este Censo en Colombia hay 4.311.757 afrocolombianos que representan el 10,6% de la población total (10).

Frente al desarrollo del Censo, desde organizaciones afrocolombianas y el Observatorio de Discriminación Racial (ODR) se han identificado problemas respecto a la pregunta que se utilizó, pues debido a cambios en la dirección del DANE, previos al mismo, se cambió la pregunta dejando de lado categorías de reconocimiento étnico-racial concertadas con las organizaciones, por ejemplo la categoría “*moreno*” se excluyó de las posibles respuestas (22).

La población afro de Colombia presenta una distribución territorial amplia, pues no sólo se ubica en las zonas reconocidas como “*territorios colectivos de comunidades negras*”, los que según la Ley 70 de 1993 se concentran en la Región Pacífica de Colombia y la Zona Occidental del Valle del Cauca, sino que adicionalmente se identificó una cantidad considerable de esta población en la Zona Andina, principalmente en Bogotá, D.C. y en Antioquia, de la misma forma hay presencia de población en la Región Caribe (23).

La población afrocolombiana presenta grandes divergencias según sus contextos particulares, territoriales y culturales, desde ahí que en el cuerpo de la Ley 70 se reconozcan subgrupos al interior de los afrodescendientes: **1.** los que se ubican en el corredor del Pacífico colombiano; **2.** los raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, **3.** la comunidad de San Basilio de Palenque, y **4.** la población que reside en las cabeceras municipales o en las grandes ciudades. Los raizales son las personas de ascendencia afro, propios del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; resultado de una larga historia migratoria que combina tradiciones étnicas y culturales de Inglaterra, España, Jamaica, África, mestizos y criollos de la Nueva Granada, igualmente se ha documentado influencia de comunidades indígenas (20). Los raizales se caracterizan por tener una lengua propia, *el creole*, ligada directamente a los procesos históricos de hibridación cultural que enmarcan su ser.

Durante el periodo de La Colonia se desarrollaron procesos de lucha y resistencia provenientes de los grupos humanos, principalmente indígenas y afrodescendientes, estos últimos representados por los “*cimarrones*”, que eran grupos de esclavos negros que huían de las haciendas esclavistas hacia zonas de difícil acceso geográfico, allí “*fundaron palenques o pueblos fortificados, en los cuales vivían de manera autónoma, independientes de la Corona española, y desde los cuales ofrecían resistencia armada a las milicias que pretendían recapturarlos*” (24) el pueblo palenquero es *San Basilio de Palenque*, ubicado el departamento de Bolívar y que actualmente es el único pueblo remanente de los antiguos palenques que sobrevive en Colombia, adicionalmente en este lugar se conserva como lengua propia el *criollo palenquero* (24).

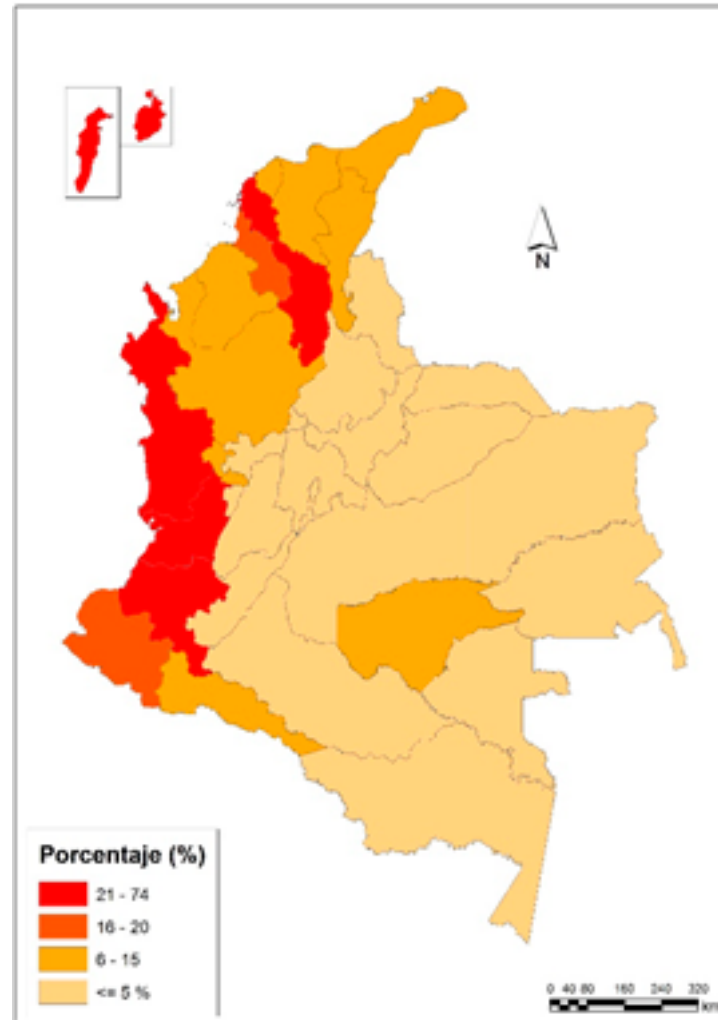


Figura 1.8. Participación de afrocolombianos respecto a la población total departamental

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE 2006, marco geo estadístico nacional

Algunos indicadores y estadísticas de la población afrocolombiana

La población afrocolombiana se ubica en zonas específicas, principalmente en la Región Pacífica que cubre los departamentos del Chocó, Valle del Cauca y parte de Nariño (Figura 1.8.). Estas zonas generalmente se caracterizan por su distancia geográfica y social que desemboca en que los grupos humanos que habitan estos territorios, se vean constantemente afectados por procesos de desigualdad, pues en muchas ocasiones no cuentan con acceso a las mismas oportunidades que las personas que habitan en zonas más centrales en términos geográficos, sociales y políticos (11).

Distribución territorial

Las comunidades afrocolombianas han sido atravesadas por procesos de segregación y discriminación que, en muchas ocasiones, se expresan en una distribución espacial que los separa del resto de la población afro del resto de la población, esto producto de la esclavitud, el centralismo, las barreras de movilidad social y espacial y la discriminación racial (22).

Las cifras del Censo del DANE evidenciaron que para el 2005 el número de personas que se autoreconocen como afrodescendientes aumentó respecto al Censo de 1993, pasando de un 1,52% a un 10,62%, (10) lo que denotó que gracias al nuevo abordaje respecto a la pregunta sobre pertenencia étnica y la ampliación del concepto de afro, se logró un acercamiento mayor a la realidad de los personas de este grupo poblacional. Igualmente, se identificó que el 72,65% de población afro se ubicó en zonas urbanas y cabeceras municipales frente a un 27,35% en zonas rurales Este cambio en la distribución de la población abrió un derrotero en relación a la forma de formular e implementar políticas públicas, pues la desigualdad que sufre esta población no se debe exclusivamente a la dispersión geográfica, pues aun cuando gran parte de la población se ubica en zonas “centrales” se evidenció inequidades que, en este marco, podrían estar relacionadas con procesos de discriminación y segregación social al interior de las comunidades mestizas .

Asimismo, se identificó que la población afro se concentró en las regiones pacífica y atlántica, que históricamente han estado inmersas en evidentes procesos de desigualdad dando como resultado que estas regiones se reconozcan como una de las más pobres de Colombia (25–27), lo que sin duda refleja desigualdades asociadas a los grupos humanos que habitan esta región. Esto se evidenció cuando se analizaron los porcentajes de la población, mientras ocho (8) departamentos concentran el 80% la población afrocolombiana (Tabla 1.5.), en los mismos solo se ubicó el 40% de la población general o mestiza, lo que mostro un claro patrón de segregación espacial (22).

Tabla 1.5. Departamentos con mayor número de afrodescendientes. Censo DANE Colombia, 2005

Departamento	AFRODESCENDIENTE		MESTIZOS		NACIONAL	
	Personas	% grupo étnico	Personas	% grupo étnico	Personas	% grupo étnico
Valle del Cauca	1.092.169	25.3	2.899.852	8.3	4.052.533	9.8
Antioquia	593.726	13.8	4.836.203	13.9	5.601.507	13.5
Bolívar	497.667	11.5	1.301.650	3.7	1.836.640	4.4
Chocó	286.011	6.6	18.160	0.1	388.476	0.9
Nariño	270.530	6.3	1.013.075	2.9	1.498.234	3.6
Cauca	256.022	5.9	648.730	1.9	1.182.022	2.9
Atlántico	227.251	5.3	1.839.491	5.3	2.112.001	5.1
Córdoba	192.051	4.5	1.110.321	3.2	1.462.909	3.5
Total ocho departamentos	3.415.427	79.2	13.667.482	39.2	18.134.324	43.7
Demás departamentos	896.330	20.8	21.230.689	60.8	23.334.060	56.3
Nacional	4.311.757	100.0	34.898.171	100.0	41.468.384	100.0

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Esta distribución espacial de la población afrocolombiana plantea explicaciones desde una perspectiva de discriminación y derechos humanos: por un lado, las regiones que condesan un número importante de población afro históricamente han sido zonas subordinadas a la hora de formular políticas públicas; por otro lado, la distribución geográfica de la población afro ha sido utilizada como explicación oficial del *¿por qué?* de las desigualdades “la situación de los afrocolombianos consiste en señalar que ésta no se debe a la existencia de discriminación racial, sino al hecho de que la gente negra en Colombia habita lugares inhóspitos” (22).

Desplazamiento

El aumento de la población afrocolombiana en zonas urbanas o cabeceras municipales ha sido influenciado por factores diversos, tales como el conflicto armado y los desplazamientos forzados o destierros (28) y por razones económicas que llevan a la población a dejar sus territorios en busca de un “*mejor futuro para ellos y sus familias*”. El Censo de 2005 incluyó una pregunta sobre desplazamiento debido a amenazas de la vida e integridad de las personas, pregunta que ha tenido críticas relacionadas con que subestima la magnitud del fenómeno del desplazamiento (22). Aun así, la indagación sobre el desplazamiento arrojó que la población afrocolombiana ha sido la más afectada por este proceso, ya que se estima que un 1,4% de la población afro ha sido desplazada (22) frente al 0,6% de la población mestiza o no perteneciente a ninguna etnia. Es de mencionar que existen otras razones por las que hay migraciones de los afrocolombianos, las que de nuevo muestran como las tasas de migración son mayores en la población afro que en la población sin pertenencia étnica (Figura 1.9.).

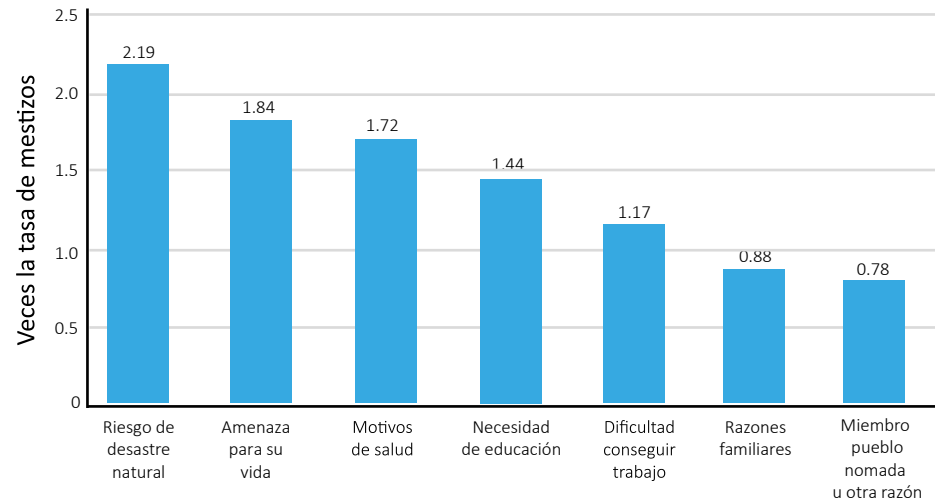


Figura 1.9. Causas del cambio de lugar de residencia de personas afrocolombianas. Censo DANE Colombia, 2005

Fuente: ODR con datos de Censo general de 2005- DANE
análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

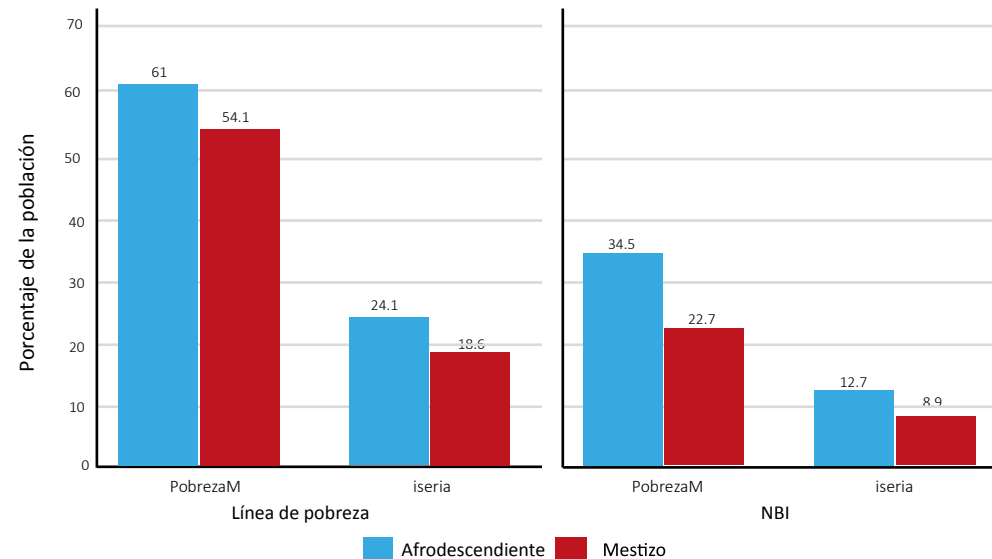


Figura 1.10. Indicadores de pobreza por grupo étnico-racial. Encuesta de calidad de vida, 2003

Fuente: Urrea y Víafora(2007:60) con datos de la ECV 2003
análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Afrocolombianos y pobreza: un secreto público

Desde diversas aproximaciones se reconoce que las poblaciones afrocolombianas presentan desigualdades en términos de pobreza frente a la población nacional general (22). Trabajos realizados por el ODR han identificado la existencia de brechas entre la población afro y la población no étnica según distintos métodos de medición (22). A continuación se hace una breve síntesis de los principales hallazgos reportados por el ODR: se evidenció que para la línea de pobreza, acompañada de la línea de marginalidad como medida complementaria, la población afro presenta mayores valores con respecto a la población mestiza, lo mismo ocurre cuando se hace una comparación utilizando las necesidades básicas insatisfechas (NBI) (Figura 1.10).

La pobreza en Colombia es alta en términos absolutos, pues más de la mitad de la población se puede catalogar como pobre (54,1%), pero llama la atención que frente a este complejo panorama la población afrocolombiana presenta un porcentaje de 61%, siete puntos porcentuales sobre el porcentaje mestizo. Situación similar se observó cuando la medición se hace por NBI, que en términos generales reportó unos porcentajes de pobreza menores para los dos grupos medidos, sigue evidenciándose la tendencia a que la población afro esté por encima de la población mestiza. Esta diferencia en el indicador indicó que la población afrocolombiana se encuentra en una situación de pobreza evidente, resultado de desigualdades con connotaciones históricas asociadas a discriminación étnico-racial (11,22).

Sexo y edad en comunidades afrodescendientes de Colombia

El Censo de 2005 evidenció que una pirámide poblacional afro es similar a la de la población nacional general, salvo con alguna diferencia en la base, donde la población afro tiene mayor porcentaje de población (Figura 1.11.)⁽¹⁰⁾. Desde una perspectiva socio-cultural se puede asociar este mayor número de población en la base de la pirámide a los procesos de fortalecimiento cultural que se han adelantado por parte de organizaciones afro, que en su afán por reivindicar el ser afrodescendiente han logrado una apropiación de los afro por parte de las generaciones jóvenes (29,30).

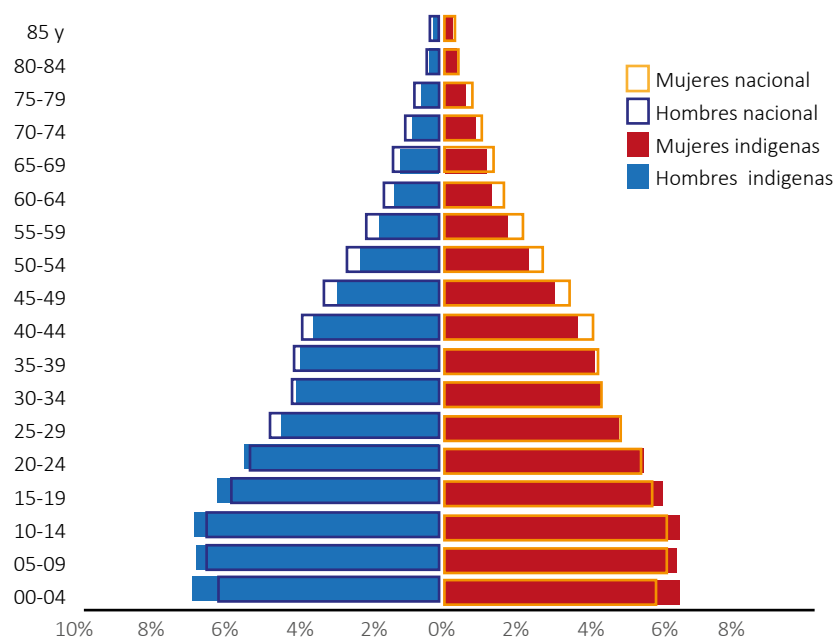


Figura 1.11. Pirámide poblacional afrocolombiana total vs total nacional. Censo DANE Colombia, 2005

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE 2007. Visibilidad estadística de los grupos étnicos

La relación hombre-mujer en la población afro está equilibrada, el índice de feminidad para esta población es proporcional, pues por cada 100 hombres, hay 101 mujeres (23), aun así hay algunos municipios donde el índice de feminidad cambió mostrando que la población masculina es más amplia. Al igual que sucede con las comunidades indígenas, son las mujeres, en gran medida, las encargadas socialmente de la pervivencia cultural, pues en ellas recae la responsabilidad de la reproducción a nivel biológico y cultural, por tanto una menor cantidad de mujeres puede poner en riesgo la pervivencia de esta etnia.

Educación

Las poblaciones afrocolombianas presentaron desigualdades en relación a la educación en términos de calidad y de acceso de oportunidad, además que se presentó de manera clara la cuestión de la educación con pertinencia cultural, puesto que *“la educación debe fortalecer la visión propia, normas, valores, actitudes y, en general, un pensamiento que asegure una convivencia armónica con la naturaleza, con los pueblos mismos, con otras culturas y poblaciones”* (23).

Las tasas de alfabetismo en afrodescendientes fueron más bajas que las de la población general, para los afro es de 88,8% frente a un 92% de la población nacional, que si bien desde una perspectiva amplia no representó una diferencia considerable, al abordar la situación desde una perspectiva local se observaron desigualdades. La Región Pacífica presentó las tasas de analfabetismo más altas para población afrodescendiente, principalmente en Chocó y en Nariño, al igual que en zonas como el departamento del Guaviare y el Vaupés (23). Las desigualdades en términos de educación que afectaron a la población afro se evidenciaron mucho más en lo local que en lo general, lo que lleva a pensar en la necesidad de ver las desigualdades en educación frente a esta población en los contextos específicos, pues de lo contrario se cae en el riesgo de invisibilizar la situación de comunidades afro que no tienen incidencia en las decisiones que se toman a nivel central.

Por otro lado, en relación al nivel educativo de la población afro, los datos revelan que este grupo poblacional ostenta los mayores porcentajes en educación preescolar y básica primaria respecto a otras poblaciones étnicas. Esto concuerda con el hecho de que la población afro está asentada en cabeceras municipales donde el acceso a educación es más factible que en zonas dispersas; esta tendencia se mantuvo para los niveles de básica secundaria y media y se observó un descenso en cuanto a la Educación Superior (10). Si bien la población afro está dentro de los niveles del promedio nacional, llamó la atención el porcentaje de personas afro que no han tenido ningún tipo de educación (13%) frente al promedio nacional que está por debajo del 10%. A nivel local se evidenció que la brecha que desfavorece a la población afrodescendiente es mayor en los departamentos de Nariño (Región Pacífica) y Sucre (Región Caribe) (23).

1.3.3. Pueblos Rom

A diferencia de lo que sucede con las poblaciones afrocolombiana e indígenas, respecto a la población Rom es poco lo que se ha documentado en Colombia, salvo algunos intentos realizados en la ciudad de Bogotá, D.C. (31). Según reconstrucciones de tradición oral propia, los Romaní arribaron a Colombia a mediados del Siglo XIX provenientes del Sur del continente; fue a causa de la Primera y Segunda Guerra Mundial que el número de Rom en América Latina y en Colombia aumentó (32).

En Colombia se reconoce a la población Rom de manera oficial con la Constitución de 1991, pero fue en 1992 con la Resolución 75 (Protección a los Rom) que se dio la primera legislación en favor de la no discriminación hacia este pueblo. Posteriormente, en 1998, el Ministerio del Interior con el Decreto 0864 avaló el carácter de grupo étnico de los Rom, partiendo del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que da las herramientas para reconocer al pueblo Rom como “*claramente tribal*”, con preexistencia previa a la conformación de la República, lo que hace que se reconozca su carácter étnico, de igual forma que se hace con comunidades indígenas y afro (33).

El pueblo Rom maneja un lenguaje propio, el romanés, además poseen un sistema político propio denominado *Kriss Romaní* o Ley Gitana que regula el accionar de los Rom y es considerada como Ley Consuetudinaria. Entre los Rom existe una jerarquización de individuos marcada por el sexo y la edad, así los más viejos son los considerados sabios y la autoridad está dada de hombre a mujer, pero es la mujer la encargada de transmitir la cultura a los hijos. Los Rom tienen una configuración social basada en el parentesco extenso o “*vista*”, que no son otra cosa que los clanes familiares que se rigen por reglas de patrilinealidad y patrilocalidad (34).

Algunos indicadores y estadísticas de la población Rom

A diferencia de lo que sucede con la población afrocolombiana e indígena, la cantidad de población Rom en el país es relativamente baja, por lo que la información sobre este grupo es reducida y está centrada en Bogotá, D.C. toda vez que de otras zonas del país son escasos los datos demográficos.

Distribución territorial

El Censo del 2005 arrojó información sobre los grupos Rom de Colombia, pues para el Censo de 1993 no se tuvo en cuenta a esta población. Posterior al Censo de 2005 se identificaron 4858 personas Rom, lo que representó el 0,01% de la población colombiana. De igual manera, la identificación de población Rom derivó en el reconocimiento de los espacios que esta población ocupa, pues si bien se sabe que esta etnia es nómada, se ha reconocido que debido a las dinámicas propias del mundo globalizado se puede hablar de un *nuevo nomadismo* o *nomadismo circular* (34), donde hay un lugar al que se llega o que se puede identificar como el asentamiento base, alrededor del que se generan movimientos migratorios determinados por tiempos específicos.

La población Rom se ubica principalmente en cabeceras municipales (94,5%) distribuidos en clanes o *kumpanias* y hay un 5,95% que se distribuye en el resto (10); los departamentos que concentran la población son: Magdalena, Tolima, Santander, Sucre, Antioquia, Nariño, Córdoba, Norte de Santander (31). Según estos datos la Zona Norte de Colombia reúne una gran cantidad de población, pero la información de fuentes secundarias sobre las *kumpanias* asentadas en esta región es casi nula (Figura 1.12).

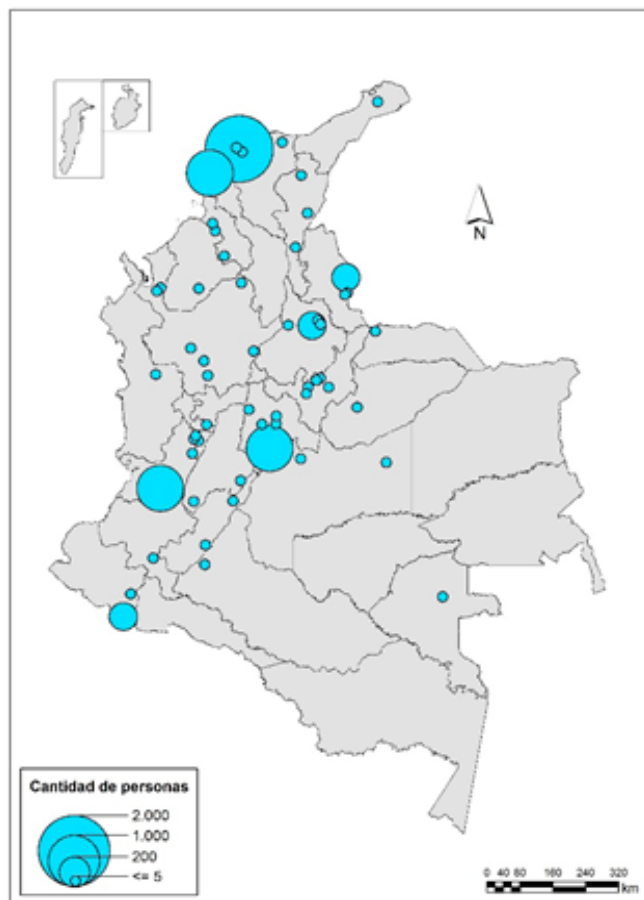


Figura 1.12. Población Rom a nivel municipal

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE 2006, marco geoestadístico Nacional

Sexo y edad en comunidades Rom de Colombia

La población Rom confiere a la edad y al sexo valores intrínsecos que se expresan en roles asumidos según estas condiciones, así el ser mujer trae consigo modos de ser y actuar, la igual que ser niño o un viejo (31). Desde la estructura cultural Rom la diferenciación etaria se compone de 4 grupos: “*i*) niño: desde el nacimiento hasta la pubertad *ii*) joven: desde la pubertad hasta el matrimonio *iii*) adulto: los casados y los que no alcanzan esta condición pero ya no son púberes, y *iv*) los ancianos: a quienes se les denomina con frecuencia tíos o en romanés, *kak*” (31). La pirámide poblacional muestra que hay un mayor porcentaje de hombres entre los 27 y los 30 años y una mayor proporción de mujeres entre los 30 y los 50 años (Figura 1.13.).

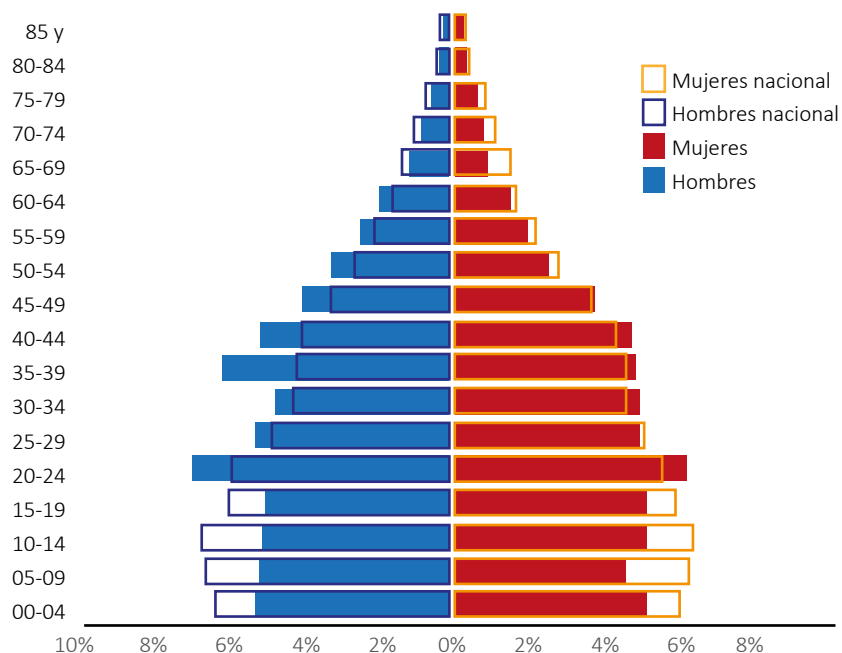


Figura 1.13. Pirámide poblacional Rom vs total nacional. Censo DANE Colombia, 2005.

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE 2007. Visibilidad estadística de los grupos étnicos

Educación

Según lo consignado en el documento que caracterizó a la población Rom de Bogotá, D.C. la educación es un punto álgido para esta población, pues se consideró que ésta desconoce las necesidades culturales de los Rom, lo que llevaría a que los niños y jóvenes sean asimilados por la sociedad mayoritaria y pierdan sus raíces étnicas (31). Lo anterior contrastó con los datos del DANE que evidenciaron que en términos de alfabetismo los datos de la población Rom superaron incluso al porcentaje nacional (Figura 1.14.).

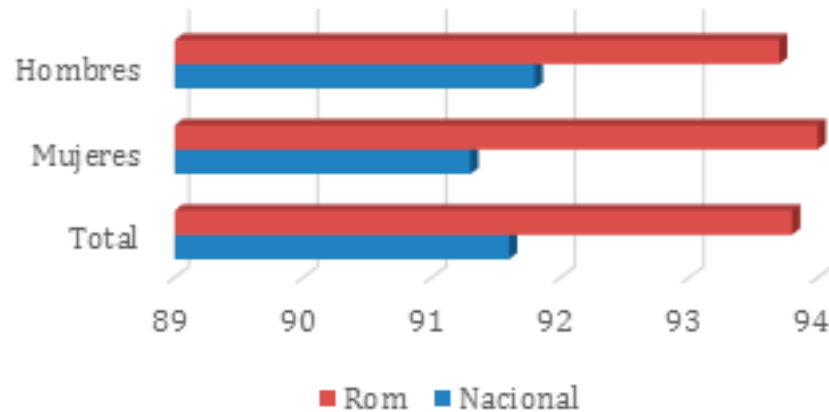


Figura 1.14. Alfabetismo de la población de 15 años y más por sexo en población Rom. Censo DANE Colombia, 2005

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE 2007.
Visibilidad estadística de los grupos étnicos

Al vivir principalmente en zonas urbanas o cabeceras municipales, los Rom pueden tener acceso a educación formal de ahí que el índice de alfabetismo sea alto en esta población, aunque también es posible que esta referencia al alfabetismo esté marcada por procesos de educación tradicional, pues la pregunta para determinar el alfabetismo no hace diferencia entre saber leer y escribir en español o en lenguas propias.

Esta situación develó que es necesario en próximos ejercicios censales o encuestas, diferenciar si el alfabetismo está relacionado con el manejo del español o de la lengua materna, pues en términos relacionales el manejo exclusivo de una lengua diferente al español puede suponer desigualdades frente a las situaciones cotidianas y estructurales (10,31).

El nivel educativo para la población Rom evidenció temas a tener en cuenta, pues los Rom presentaron el mayor porcentaje de todos los grupos poblacionales con nivel educativo superior y posgrado, con un 26%. Estas situaciones han sido poco estudiadas, pues en términos culturales no se esperaban estos hallazgos en la cultura Rom, o al menos esto lo que explicó el DANE cuando abordó los indicadores de los grupos étnicos (35). Esta situación presentada a nivel nacional se contradice con lo encontrado en Bogotá, D.C. en esta población, pues según una caracterización de los Rom realizada en el 2008, este grupo no accede a educación superior universitaria ni de posgrado (Figura 1.15.).

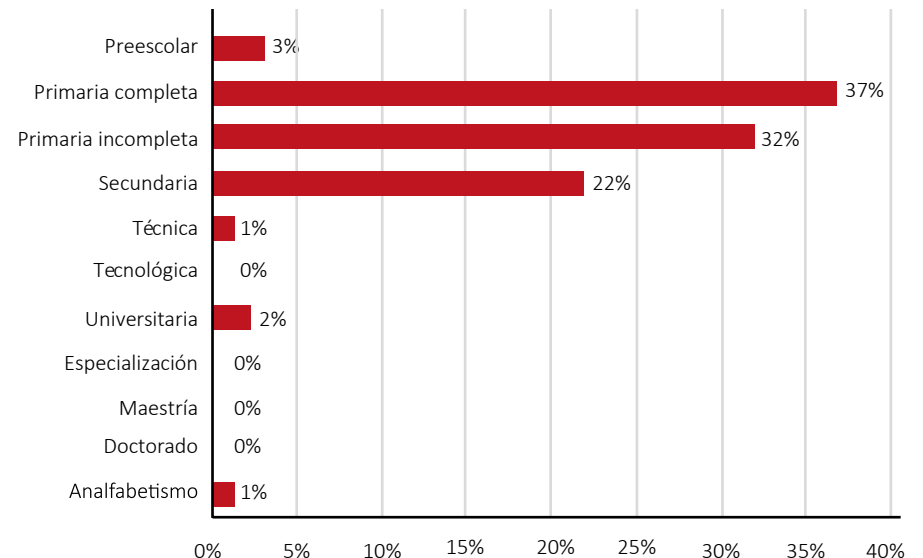


Figura 1.15. Nivel de escolaridad de los Rom residentes en Bogotá, D.C.

Fuente: el pueblo Rom gitano que habita Bogotá, D.C., Secretaría de Gobierno, 2008

Los grupos étnicos en Colombia presentan retos grandes al Estado, pues desde lo que se captura con la información estadística de estas poblaciones no hay claridad respecto a los indicadores que presentan estos grupos. Esta situación implica dificultades a la hora de identificar las desigualdades sociales y su expresión real en estas poblaciones, creando una construcción de la realidad de estos grupos que puede estar alejada de la situación real de los mismos. Así, se hace imperativo mejorar los procesos de recolección de información dirigidos a comunidades étnicas, abriendo la posibilidad de recoger más información desagregada sobre estos grupos con el fin de realizar análisis mucho más cercanos a los contextos particulares de los pueblos indígenas, afrodescendientes y Rom de Colombia.

Referencias

1. Osorio Mrulanda C. El movimiento indígena colombiano: de la identidad negativa a la identidad positiva. El Ágora USB. 2011;11:49–65.
2. Hernández Delgado E. La resistencia civil de los indígenas del Cauca. Pap político [Internet]. 2006;11(1):177–220. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2362840&info=resumen&idioma=SPA>
3. Uribe Castro H, Ramírez Arcila AF. Sentidos de lugar y movimiento social: indígenas de Toribío y defensa de su territorio en Colombia. Latinoamérica Rev Estud Latinoam [Internet]. Elsevier; 2014;2014(58):9–31. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665857414700997>
4. Del Popolo F, Avila M. Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe : información sociodemográfica para políticas y programas [Internet]. Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe : información sociodemográfica para políticas y programas. 2006. 596 p. Available from: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/25730/pueblosindigenas_final-web.pdf
5. Torres-Parodi C, Bolis M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. Rev Panamericana Salud Pública. 2007;22(6):405–16.
6. García Martínez A. A vueltas con la etnicidad : ¿De qué sirve el concepto de “ etnia ”? Educatio. 2004;22:139–56.
7. Bodnar Y. Colombia. Apuntes sobre la diversidad cultural y la información sociodemográfica disponible en los pueblos indígenas. Pueblos indígenas y afrodescendientes de América ... [Internet]. 2006. Available from: <http://200.9.3.103/mujer/noticias/noticias/5/27905/YBodnar.pdf>
8. Dane D. La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos. Bogotá; 2005.
9. Fajardo D. Ayer y hoy de los indígenas Colombianos. Bogotá: DANE; 1979.
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística D. Colombia una nación multicultural [Internet]. Colombia una nación multicultural, su diversidad étnica. Bogotá; 2007. Available from: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
11. Serje M. El revés de la nación. Territorios salvajes, fronteras y tierras de nadie. Bogota: Universidad de los Andes, CESO; 2005.
12. Colombia Constitucional de. Auto 004. Colombia; 2009.
13. Colombia Constitucional de. Auto 382. Colombia; 2010.

14. Ariosa AM. Cosmovisión , tradición oral y práctica religiosa contemporánea en Tlalpan y Milpa Alta. *Alteridades*. 1995;5(9):41–50.
15. Moya, R., Zúñiga, M., Ansión, J., & Cueva L. La tradición oral indígena: Políticas y estrategias. Educación en poblaciones indígenas, políticas y estrategias en América Latina. Santiago de Chile: UNESCO; 1987.
16. Artunduaga LA. La Etnoeducación: Una Dimensión De Trabajo Para La Educación En Comunidades Indígenas de Colombia. *Rev Iberoam Educ* [Internet]. 1997;(13):1–12. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1020165&orden=28447&info=link>
17. Echeverri JA. De Chagrera a Secretaria Balance de algunas acciones en etnoeducación en el Amazonas colombiano. Educando en la diversidad Investigaciones y experiencias educativas interculturales y bilingües. 2008. p. 135–65.
18. Arbeláez Jiménez J, Vélez Posada P. La Etnoeducación en Colombia : una mirada indígena [Internet]. Universidad EAFIT; 2008. Available from: <http://repository.eafit.edu.co/handle/10784/433>
19. Diciembre J, Enrique J, García C. La Etnoeducación Como Proyecto Y Apuesta Política Para Transmitir, Conservar, Reproducir Valores y Tradiciones Constitutivos Del Ser Indígena O Afrodescendiente. *Sologismos*. 2012;10(1).
20. Márquez Pérez AI. Culturas migratorias en el Caribe colombiano: El caso de los isleños raizales de las islas de *Old Providence* y Santa Catalina. *Memoorias Rev Digit Hist y Arqueol desde el Caribe*. 2012;no.16:69–101.
21. Bolaños, Graciela; Tattay, Libia; Pancho A. Universidad Autónoma, Indígena e Intercultural: un espacio para el posicionamiento de epistemologías diversas. In: Mato D, editor. *Diversidad Cultural e Interculturalidad en Educación Superior Experiencias en América Latin*. Caracas: IESLAC; 2008. p. 211–42.
22. Rodríguez Garavito C, Alfonso Sierra T, Adarve Cavalier I. Raza y derechos humanos en Colombia. Bogotá: ODR-Observatorio de Discriminación Racial; 2009. 333 p.
23. (CEPAL) CE para AL y el C. Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas y afrodescendientes en Colombia [Internet]. CEPAL. Santiago de Chile; 2014. Available from: http://www.americanbanker.com/issues/179_124/which-city-is-the-next-big-fintech-hub-new-york-stakes-its-claim-1068345-1.html
24. Dieck M. Criollística afrocolombiana. *J Chem Inf Model*. 1989;53:160.
25. Pérez G. Dimensión espacial de la pobreza en Colombia. *Doc Trab sobre Econ Reg* [Internet]. 2005;(54). Available from: <http://gidrot.com/materials/docs/cxt.reg/cr23.pdf>
26. Meisel A, Galvis LA. Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial. *Doc Trab Sobre Econ Reg* [Internet]. 2010;120(2):45–80. Available from: <http://pubs.amstat.org/doi/abs/10.1198/tech.2005.s259> http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos_Economia/108.pdf <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014292195000518> <http://ideas.repec.org/a/kap/jecgro/v2y1997i1>
27. Pérez M, Argueta A. Saberes indígenas y diálogo intercultural. *Cultura científica y saberes locales*. 2011;10:31–56.
28. Arocha J. Etnia y guerra: relación ausente en los estudios sobre las violencias colombiana. *Las violencias: inclusión creciente*. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia; 1998. p. 205–34.
29. Valderrama C. CONSTRUYENDO IDENTIDAD ÉTNICA AFRO-URBANA: ETNOGRAFÍA DE LAS DINÁMICAS ORGANIZATIVAS EN LOS PROCESOS DE CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD ÉTNICA AFROCOLOMBIANAS EN CALI. *Prospectiva*. 2008;13:265–81.
30. Salamanca, A. Castro, C. Hernandez C. Estado del arte poesía afroColombiana recuperación de la identidad afroColombiana por medio de la poesía, generando una cosmovisión para las futuras generaciones. 2014.
31. Secretaria de Gobierno B. EL PUEBLO ROM- GITANO QUE HABITA LA CIUDAD DE BOGOTÁ. primera ed. Bogotá, Colombia: Luar comunica; 2008.
32. Gamboa, J. Gómez, V. Paternina H. Los Rom de Colombia. Itinerario de un Pueblo invisible. Suport Mutu. Proceso Organizativo del Pueblo Rom (Gitano) de Colombi. Primera ed. Bogotá, Colombia: PROROM; 200AD.
33. Ministerio del Interior M. Decreto 0864. Colombia; 1998.
34. Gomez Baos AD. “O’ LASHO DROM” DEL PUEBLO ROM DE COLOMBIA APORTES TEORICOS Y METODOLOGICOS”. Escuela Superior de Administración pública ESAP; 2002.
35. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). La Visibilización Estadística de los Grupos Étnicos Colombianos. 2005;2010(25 November). Available from: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf

1.4. Trabajo y empleo

1.4.1. Condiciones de trabajo y empleo

Karol Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela

El trabajo es un determinante fundamental del proceso salud-enfermedad. En el *primer segmento* de este apartado se presentará una síntesis general de la situación de trabajo y empleo e ingresos en el país a través de información secundaria. En el *segundo segmento* se mostrarán los análisis de desigualdades en relación con trabajo, empleo e ingresos a través de información proveniente de las Encuesta Nacional de Hogares y de Calidad de Vida, por medio de algunos indicadores que han sido usados por investigadores en otros campos, que se actualizaron y se analizaron en función de los ejes de desigualdad o estratificadores, y que se mencionaron en el modelo conceptual.

Es necesario resaltar, que el *trabajo* es considerado como un elemento esencial para definir la identidad propia, como un mecanismo de integración social y es además una de las actividades a través de las que los individuos realizan sus aspiraciones personales y hacen su aporte productivo a la sociedad (1). En esta medida como se señaló en el Informe de DSS de la OMS, el empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes sobre el estado de salud y la equidad sanitaria. De tal manera, cuando son buenos, aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales, características que son importantes para la salud (2).

Por lo tanto, el aumento del desempleo, la extensión de la precariedad laboral, de la esclavitud o del trabajo forzado y otras formas peligrosas de empleo y de trabajo relacionadas con la desigualdad están complejamente asociadas, a graves lesiones por accidentes y a múltiples enfermedades que afectan a los trabajadores sus familias y a sus comunidades (3).

En contraste, unas condiciones adecuadas de empleo y trabajo, aportan seguridad financiera, desarrollo personal, mejoran las relaciones sociales y la autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales.

Existe una variada evidencia sobre los efectos de las condiciones de empleo y trabajo en salud. El Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (CDSS OMS), referenció una amplia gama de estudios sobre el tema donde se demostró, por ejemplo, que la mortalidad es mayor en trabajadores temporales que entre los fijos, o que existen relaciones entre problemas de salud mental y física y el empleo precario. En cuanto a las condiciones de trabajo el mismo Informe señaló que existe una relación entre estas y la salud y la equidad sanitaria. Por ejemplo, las malas condiciones de trabajo pueden incidir en la salud mental casi en la misma medida que el desempleo. Las condiciones de trabajo adversas que exponen a las personas a toda una serie de riesgos físicos para la salud, tienden a concentrarse en las ocupaciones de nivel inferior. El estrés laboral está relacionado con un riesgo 50% mayor de padecer cardiopatías coronarias (2); los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado, son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental (2).

Anotó adicionalmente el Informe, que además de las consecuencias sanitarias directas que pueden tener las acciones para subsanar las desigualdades laborales, las repercusiones sobre la equidad sanitaria podrían ser mucho mayores debido a que el trabajo puede disminuir las desigualdades de género, étnicas y raciales, entre otras inequidades sociales (2).

Situación de empleo y trabajo en Colombia

En un informe reciente de la Procuraduría General de la Nación (PGN) sobre trabajo digno y decente en Colombia, se destacó la importancia que le dio la Constitución de 1991 al trabajo, situándolo como principio, deber y derecho. El Informe desarrolló el concepto de trabajo decente y planteó con base en la doctrina cuatro elementos constitutivos del mismo: oportunidades de empleo e ingresos; derechos de los trabajadores; protección social y diálogo social. En su Informe los autores analizaron algunos indicadores en cada una de las dimensiones. Se resaltan en este apartado algunas conclusiones relacionadas principalmente con lo que al tema de desigualdad se refiere.

En esta medida, el Informe destacó que la situación del mercado laboral a nivel nacional en la primera década del Siglo XXI, dejó ver que se han creado puestos de trabajo a un ritmo importante pero, insuficiente para reducir sostenidamente la tasa de desempleo y aunque la economía colombiana ha creado empleo para lograr absorber una parte importante de la creciente oferta laboral, el Informe afirmó que según el tipo de empleo creado el escenario no resulta ser tan optimista. De tal manera, según los análisis que presentó, la posición ocupacional de mayor importancia en la estructura del empleo en el país es la de los trabajadores por cuenta propia, y entre 2009 y 2011 el crecimiento de los trabajadores de esta posición ocupacional (16,59%) superó al de cualquier categoría de trabajadores asalariados. Sorprendió además el espectacular crecimiento de trabajadores sin remuneración en terceras empresas (1).

Adicionalmente el Informe concluyó después de analizar varios indicadores que *“la discriminación que el mercado laboral efectúa contra las mujeres, los jóvenes, las personas en situación de discapacidad, los desplazados, entre otros; el incumplimiento de los estándares laborales; el abuso de figuras como las cooperativas de trabajo asociado; las bajas tasas de sindicalización; la precariedad de los mecanismos de negociación colectiva y la baja proporción de cotizantes en el sistema de seguridad social, revelan la complejidad de los problemas asociados al mundo del trabajo en el país y ponen de manifiesto la insuficiencia de los*

esfuerzos que el Estado ha invertido para superarlos. Estos fenómenos evidencian que el desempeño actual del mercado laboral en Colombia no permite un salto cualitativo en términos del desarrollo económico y social del país”.

En relación con lo anterior el Informe señaló que la tendencia al deterioro de la desigualdad ha sido reforzada por la distribución del ingreso generada por el mercado laboral: mientras que el 10% más pobre de la población percibía el 0,7% del total de ingresos laborales y el 10% más rico el 42,7% en 2001, para 2008 la distribución se deterioró pasando los primeros a percibir el 0,5% y los segundos el 50% del total de ingresos laborales. Según los autores este hecho reveló que el mercado laboral en Colombia, en lugar de servir como espacio para cerrar la brecha de oportunidades entre pobres y ricos, ha contribuido a agudizarla (1).

En tal sentido, los autores afirmaron que *“el mundo del trabajo en Colombia es actualmente una de las principales esferas a través de las 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. Por tanto, Contribuir a cerrar la brecha en las dotaciones iniciales que favorecen una inserción laboral adecuada y combatir los mecanismos mediante los cuales el mercado laboral genera segregación y discriminación, constituyen las acciones prioritarias para transformar este espacio en un ámbito de aumento de las capacidades y obtención de realizaciones personales y colectivas de todos los habitantes del país”* (1).

Por su parte, el Observatorio de la Seguridad Social de la Universidad Externado de Colombia en una publicación sobre calidad del empleo en Colombia señaló que el fenómeno más destacado que ha caracterizado el mercado laboral colombiano en los últimos diez años ha sido la rápida difusión de las formas atípicas y flexibles de contratación, en especial de la subcontratación, las cooperativas de trabajo asociado y el trabajo por cuenta propia.

En esta medida los autores afirmaron que a pesar de los notables avances en el aumento de número de trabajadores ocupados en el país, en la primera década del siglo, se presentó menoscabo de otros indicadores del mercado laboral, dado que los denominados empleos atípicos trasladan a los trabajadores la responsabilidad y el costo de su protección social, imposibilitan la representación sindical e implican, en promedio, menor estabilidad laboral y menores remuneraciones (4).

En relación con diferencias en calidad del empleo, el Informe concluyó después de analizar varios índices que los hombres ostentan índices de calidad del empleo sustancialmente superior que los de las mujeres y que esta brecha cualitativa de género no se ha cerrado durante el periodo que analizaron. A su vez, el trabajo por cuenta propia y el servicio doméstico clasificaron como las actividades de mayor precariedad laboral, y en el extremo opuesto están los puestos en la administración pública que brindan mayores niveles de bienestar que todas las demás categorías ocupacionales. La informalidad conllevó precarias condiciones laborales, independientemente de si los trabajadores son asalariados o autónomos; por el contrario, en promedio, las ocupaciones asalariadas formales fueron mucho mejores que las independientes, especialmente en el caso de los ocupados de las grandes empresas del sector minero y del suministro de electricidad, gas y agua (4).

Son enormes los desafíos que traza la situación descrita. En el marco del actual Plan de Desarrollo (PND) (2014-2018), se planteó la política de trabajo decente en Colombia, que tiene como objetivo *“promover la generación de empleo, la formalización laboral y la protección de los trabajadores de los sectores público y privado. Igualmente, a la aplicación de los Estándares Laborales Internacionales que se desprenden de los compromisos asumidos por Colombia en escenarios bilaterales, multilaterales e internacionales, muy especialmente los que tienen origen en la OIT”*. Adicionalmente se planteó en el marco del PND acciones encaminadas a fortalecimiento de la inspección del trabajo; garantía de cobro de multas por violación a normas laborales; extensión de la protección y seguridad social; creación de empleos decentes; ingresos adecuados y trabajo productivo.

Referencias

1. Colombia, Procuraduría General de la Nación. Trabajo digno y decente en Colombia : seguimiento y control preventivo a las políticas públicas 2012.
2. Tabacinic KR, World Health O, Comisión sobre Determinantes Sociales de la S. Subsanan las desigualdades en una generación alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud; 2009. Available from: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=579108>.
3. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. *rcsp Revista Cubana de Salud Pública*. 2011;37(2).
4. Farné S, Farné S. La calidad del empleo en América Latina a principios del siglo XXI 2012.

1.4.2. Desigualdades en el empleo y los ingresos en Colombia

Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo
Carlos Castañeda-Orjuela,
Karol Patricia Cotes-Cantillo

Utilizando los resultados mensuales de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y mediante el programa **R**®, se realizó una consolidación anual de las bases de *Ocupados*, *Desocupados*, e *Inactivos* de los doce meses de los años 2008 y 2014 para el cálculo de los diferentes indicadores de empleo e ingresos proyectados para el país, mediante factores de expansión proporcionados por la misma Encuesta. Estos indicadores fueron además estratificados por diferentes variables de interés con el fin de identificar las diferentes desigualdades, para área de residencia se utilizaron las bases ya mencionadas, estas además fueron complementadas con la variable llamada otros ingresos para estimar los quintiles de ingresos mensuales *per cápita* por hogar; para ello se consideraron tanto ingresos mensuales como anuales; mensualizados estos últimos tras dividirlos por doce meses, sumando los ingresos totales por hogar, dividiendo por el número de miembros del mismo y finalmente obteniendo los diferentes quintiles. Para la preparación de las variables de estratificación de sexo, edad, analfabetismo y título educativo obtenido, se utilizó la base características generales (personas), estas variables fueron enlazadas a los registros de la base consolidada por medio de variables llave de la Encuesta a nivel de vivienda, hogar y persona.

Tasa de desempleo

En Colombia la tasa de desempleo es definida por el DANE en la GEIH como la *relación porcentual entre el número de personas que están buscando trabajo y el total de población económicamente activa*, y considera a una persona como ocupada y por tanto no desempleada si trabajó al menos una hora, paga o no, la semana anterior a la Encuesta, o no trabajó durante ese período pero tiene trabajo (1).

Conta suma de los registros mensuales de dicha Encuesta para los años 2008 y 2014, se estimó que la tasa general de desempleo en Colombia entre dichos años se redujo, pasando de 11,26% a 9,09%. Si bien esta reducción se mantuvo al estratificar por diferentes variables, se evidenciaron diferencias entre los grupos a comparar. Los hombres reportaron menores tasas de desempleo que las mujeres con 8,87% y 14,76% en 2008 y 6,97% y 11,91% en 2014, respectivamente. Por su parte, una comparación entre las áreas urbana y rural reveló que el desempleo a nivel urbano era mayor, pues para 2008 y 2014 sus tasas fueron de 12,16% y 9,99%, respectivamente, mientras que para el área rural fueron de 8,13% y 5,68%.

Por otro lado, el desempleo en la población analfabeta fue de 7,26% en 2008 y de 4,61% en 2014, frente a 11,46% y 9,30% en la población que sabe leer y escribir. Una comparación por máximo nivel educativo obtenido mostró que los niveles de educación intermedios de Bachiller y Técnico/Tecnológico, ostentaron las mayores tasas de desempleo en los dos años evaluados, con valores menores en niveles superiores, siendo las personas con posgrado las que menos desempleo reportaron (Figura 1.16.). Al agrupar por los quintiles de ingreso mensual *per cápita* de cada hogar, se encontró que el indicador es menor a mayor ingreso del hogar, así, el grupo con mayores ingresos tiene las menores tasas de desempleo (menos del 5%) (Figura 1.17.).

El análisis con los 23 departamentos considerados por la GEIH y la ciudad de Bogotá, D.C. mostró que para 2008 el departamento de La Guajira presentó las mayores tasas de desempleo con 15,69%; no obstante, este departamento también presentó la mayor reducción de la magnitud de la tasa con un descenso absoluto de 9,5 puntos porcentuales del indicador para 2014, teniendo el de menor magnitud para ese año con 6,19%. Solamente los departamentos de Boyacá y Norte de Santander presentaron un incremento absoluto de las tasas de desempleo entre 2008 y 2014, siendo respectivamente de 0,10 y 0,85 puntos porcentuales (Tabla 1.6.).

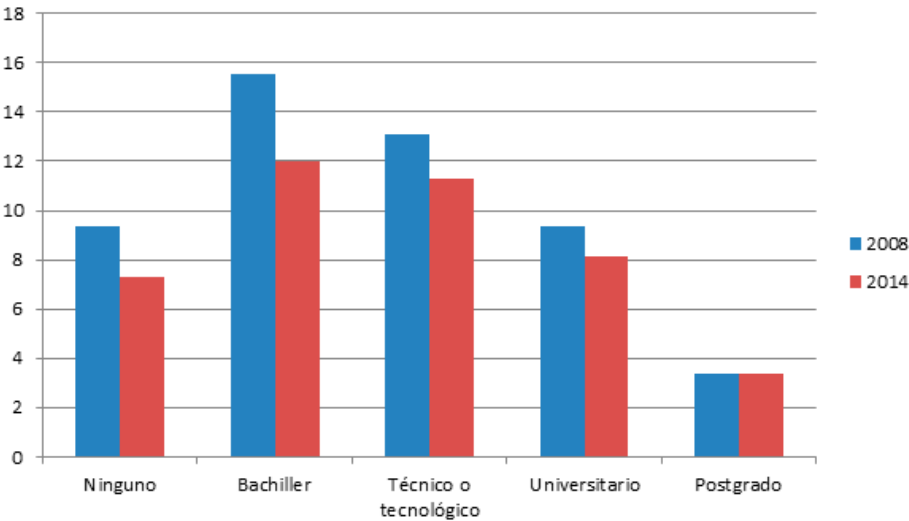


Figura 1.16. Tasas de desempleo en Colombia por máximo nivel educativo obtenido, para 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

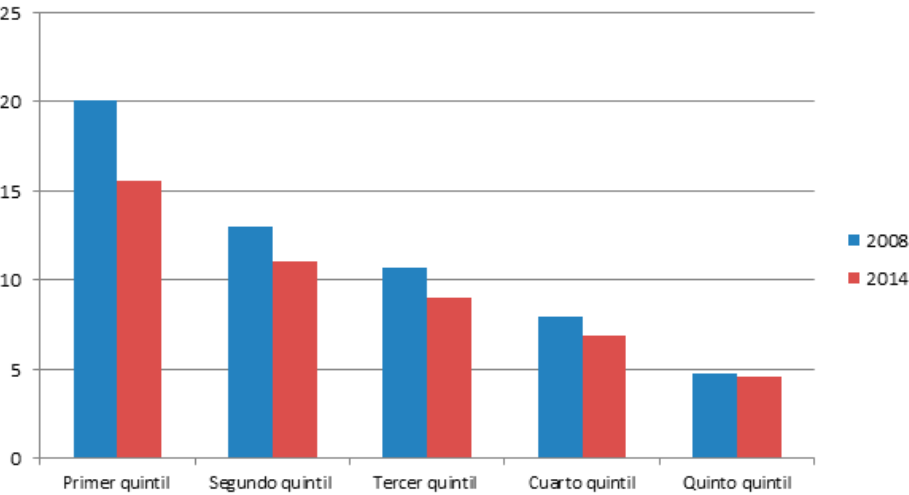


Figura 1.17. Tasas de desempleo en Colombia por quintil de ingreso mensual per cápita del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.6. Tasas de desempleo en Colombia por departamento, para 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	TASA DE DESEMPLEO (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	11,94	9,46	-2,48
Atlántico	10,88	7,46	-3,43
Bogotá	10,03	8,68	-1,35
Bolívar	10,25	6,44	-3,80
Boyacá	7,45	7,55	0,10
Caldas	11,65	9,04	-2,61
Caquetá	8,69	7,20	-1,49
Cauca	11,06	11,04	-0,01
Cesar	14,20	9,05	-5,15
Chocó	12,30	11,59	-0,71
Córdoba	12,84	7,24	-5,60
Cundinamarca	9,42	8,45	-0,97
Huila	10,24	8,50	-1,74
La Guajira	15,69	6,19	-9,50
Magdalena	12,18	7,08	-5,11
Meta	11,19	10,15	-1,05
Nariño	13,01	10,81	-2,20
Norte de Santander	10,45	11,30	0,85
Quindío	15,09	11,51	-3,57
Risaralda	12,67	12,07	-0,60
Santander	9,31	6,70	-2,61
Sucre	10,19	8,27	-1,92
Tolima	15,30	9,87	-5,43
Valle del Cauca	12,62	11,62	-1,00

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Desempleo en población de 15 a 24 años

Para los dos años analizados, las tasas de desempleo en la población de 15 a 24 años fueron mayores que para la población económicamente activa en general, aunque durante el período este grupo poblacional también presentó una disminución del desempleo partiendo de 22,81% en 2008 a 18,67% en 2014. Nuevamente las mujeres de ese grupo de edad presentaron mayor desempleo, pues en 2008 su tasa fue de 29,67% frente a 18,11% de los hombres, y en 2014 fueron de 24,25% y 14,56%, respectivamente. El desempleo en jóvenes también fue mayor a nivel urbano, con tasas de 24,60% en 2008 y 20,75% en 2014, que contrastan con las equivalentes a nivel rural de 17,17% y 12,00%.

De igual manera, el desempleo en jóvenes analfabetas fue menor que en aquellos que sabían leer y escribir, pues para 2008 el valor en estos grupos fue de 14,80% frente a 22,95%, y en 2014 de 10,13% frente a 18,76%. El comportamiento de la distribución del desempleo en jóvenes entre 2008 y 2014, reveló un pico en los bachilleres con un gradiente de disminución a mayor nivel educativo, con una marcada reducción en 2008 para postgrado (Figura 1.18.).

Como ocurre con el grueso de la población económicamente activa, se observó una relación inversa entre el desempleo y el ingreso mensual *per cápita* del hogar en los dos años evaluados, donde los jóvenes pertenecientes a hogares con mayor ingreso *per cápita* tienen menores tasas de desempleo (Figura 1.19). Por su parte, a nivel de departamentos y el Distrito Capital, para 2008 el departamento de Quindío tuvo el mayor desempleo en jóvenes y Boyacá el menor, mientras que en 2014 estos lugares fueron ocupados respectivamente por Risaralda y La Guajira, siendo este último departamento, además, el que tuvo mayor reducción de las tasas de desempleo en jóvenes, en estos dos años (Tabla 1.7.).

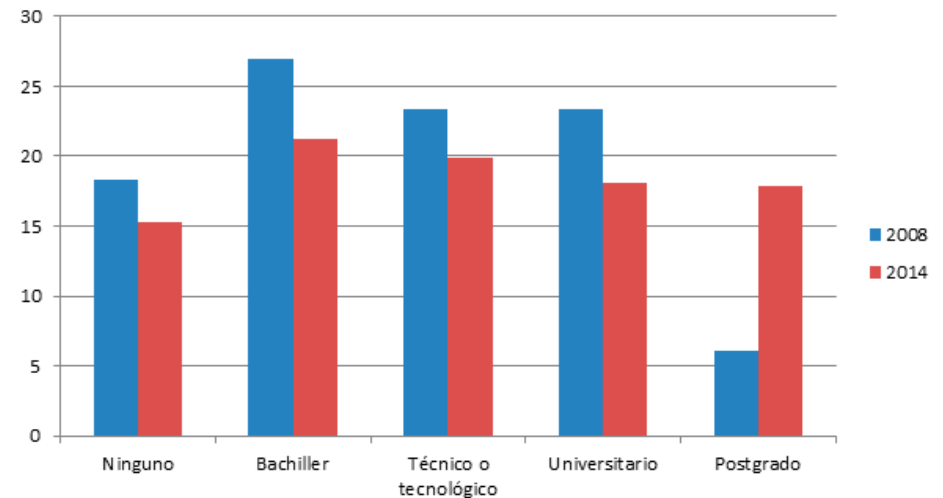


Figura 1.18. Tasas de desempleo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia por grado educativo obtenido, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

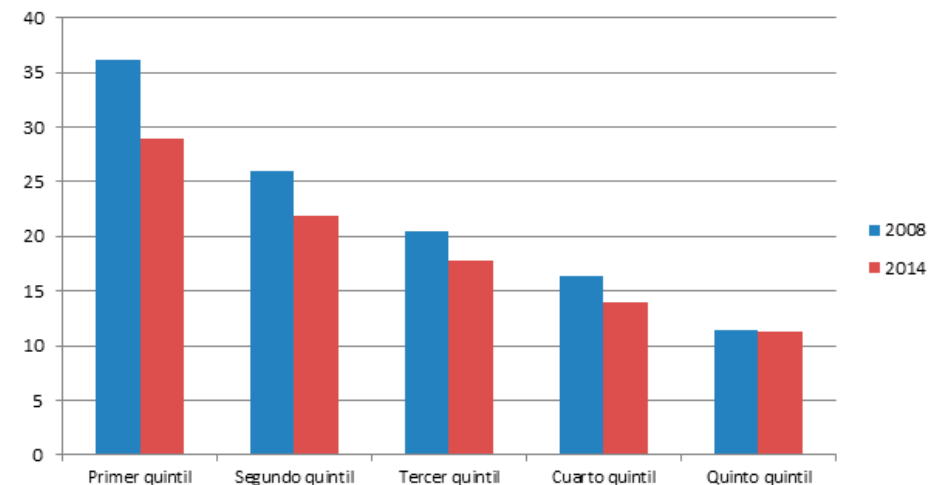


Figura 1.19. Tasas de desempleo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.7. Tasas de desempleo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	TASA DE DESEMPLEO (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	24,82	18,23	-6,59
Atlántico	25,43	19,66	-5,77
Bogotá, D.C.	21,14	17,74	-3,40
Bolívar	22,62	14,90	-7,73
Boyacá	16,30	15,58	-0,72
Caldas	25,75	19,98	-5,77
Caquetá	20,57	16,18	-4,39
Cauca	20,36	22,75	2,39
Cesar	28,57	17,77	-10,79
Chocó	22,43	22,45	0,01
Córdoba	24,33	15,32	-9,02
Cundinamarca	17,75	19,24	1,49
Huila	18,02	16,50	-1,52
La Guajira	27,29	9,83	-17,46
Magdalena	26,48	17,13	-9,35
Meta	19,03	19,96	0,94
Nariño	27,50	21,95	-5,55
Norte de Santander	19,47	19,73	0,25
Quindío	29,12	22,51	-6,61
Risaralda	23,80	23,20	-0,59
Santander	18,85	14,40	-4,45
Sucre	20,57	17,61	-2,96
Tolima	27,54	19,24	-8,31
Valle del Cauca	24,89	23,14	-1,75

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Porcentaje de ocupados que laboran más de 48 horas semanales

Al comparar entre 2008 y 2014 el porcentaje de personas ocupadas en Colombia que laboran más de 48 horas semanales, se encontró que el valor de este indicador se redujo, siendo para el primer año de 34,31%, y de 30,06% para el segundo. En los dos años evaluados los hombres presentaron una mayor magnitud en el indicador que las mujeres, en ambos sexos se presentó un descenso del indicador, de esta forma para 2008 en hombres fue de 40,08% y de 36,30% en 2014, mientras que en mujeres para esos mismos años fueron 25,29% y 21,32%. Para 2008 el porcentaje fue similar en áreas urbanas y rurales, siendo 34,73% y 32,83% respectivamente; sin embargo, para 2014 hubo un descenso absoluto mayor a nivel rural, con un valor del indicador para ese año de 26,30%, que contrastó con 31,09% a nivel urbano.

En 2008 los analfabetas presentaron un valor de 35,51% y de 27,86% en 2014, mientras que los ocupados que sabían leer y escribir tuvieron 34,24% y 30,16% respectivamente. Se observó un gradiente de descenso del indicador a mayor título educativo obtenido, así mismo, en todos los niveles educativos hubo una reducción absoluta del valor entre 2008 y 2014 (Figura 1.20.). Los ocupados de hogares con ingresos de nivel medio presentaron el mayor valor del indicador, con un gradiente de descenso para los niveles superiores. La comparación entre 2008 y 2014 reveló un descenso absoluto en todos los niveles de ingresos del hogar (Figura 1.21.).

Quindío fue el departamento con mayor valor del indicador en 2008, mientras que en 2014 fue Caldas; por su parte Boyacá y Córdoba fueron los departamentos que en estos respectivos años presentaron la menor magnitud. El departamento con mayor descenso absoluto entre los dos años analizados del indicador fue Bolívar, mientras que Boyacá tuvo el mayor incremento del mismo (Tabla 1.8.).

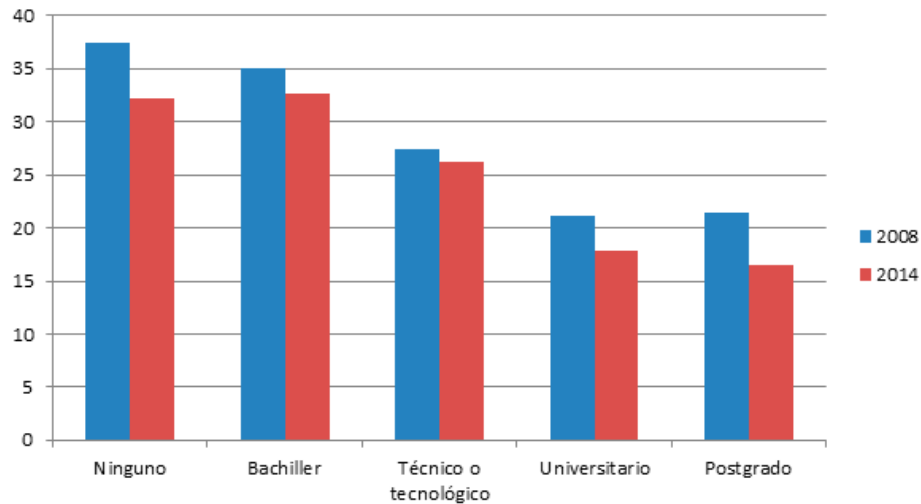


Figura 1.20. Porcentaje de ocupados que trabajan más de 48 horas a la semana en Colombia, por grado educativo obtenido, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

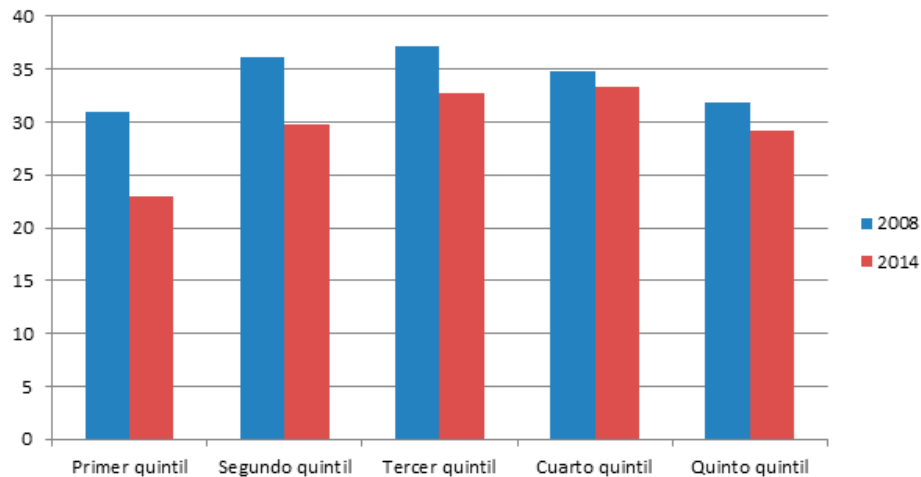


Figura 1.21. Porcentaje de ocupados que trabajan más de 48 horas a la semana en Colombia, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.8. Porcentaje de ocupados que trabajan más de 48 horas a la semana en Colombia por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	OCUPADOS EN TRABAJAR MÁS DE 48 HORAS/ SEMANA (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	30,24	32,27	2,03
Atlántico	36,59	28,31	-8,29
Bogotá, D.C.	34,41	31,23	-3,19
Bolívar	45,75	23,31	-22,44
Boyacá	16,44	24,13	7,69
Caldas	45,05	43,02	-2,02
Caquetá	44,97	39,92	-5,05
Cauca	21,99	15,95	-6,03
Cesar	45,11	30,94	-14,17
Chocó	25,10	20,97	-4,13
Córdoba	33,29	13,63	-19,66
Cundinamarca	33,74	30,85	-2,89
Huila	23,91	24,55	0,64
La Guajira	35,98	28,37	-7,60
Magdalena	42,34	32,01	-10,32
Meta	41,20	42,14	0,94
Nariño	20,41	20,35	-0,06
Norte de Santander	41,06	32,00	-9,06
Quindío	48,13	40,46	-7,67
Risaralda	40,42	39,13	-1,28
Santander	44,46	32,88	-11,58
Sucre	31,79	25,21	-6,59
Tolima	32,32	30,86	-1,46
Valle del Cauca	35,35	33,06	-2,29

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tasa de subempleo

El DANE en la GEIH define la tasa subempleo *como la relación porcentual de las personas subempleadas y la población económicamente activa* (1); entendiendo el subempleo como el trabajar menos de 48 horas a la semana, tener ingresos inferiores a las actividades laborales que se realizan, o competencias laborales no acordes con estas, así como el manifestar la disposición de mejorar dichas condiciones laborales y el haber gestionado recientemente este cambio (2). Teniendo en cuenta lo anterior, en el país para el año 2008 la tasa de subempleo fue de 24,68%, mientras que para 2014 fue de 24,49%, presentando así poca variación.

El subempleo fue similar entre sexos y con poca variación en los dos años evaluados, con tasas para 2008 de 25,16% para hombres y 23,97% para mujeres, y para 2014 de 24,64% y 24,28%, respectivamente. Así mismo, tampoco se observaron grandes variaciones por áreas, con valores en 2008 de 24,56% a nivel urbano y 25,12% a nivel rural, mientras que en 2014 correspondieron a 24,51% y 24,37%.

El subempleo fue ligeramente menor en analfabetas frente a personas que saben leer y escribir, ya que las tasas del primer grupo fueron de 23,22% en 2008 y 21,14% en 2014, mientras que en el segundo fueron de 24,74% y 24,63%, respectivamente. Por otro lado, las tasas de subempleo disminuyeron a mayor grado educativo alcanzado para ambos años del análisis, si bien en 2008 la mayor reducción se produjo en la categorías de técnico/tecnólogo y universitario, mientras en 2014 se presentó entre universitario y posgrado (Figura 1.22.). Del mismo modo el subempleo disminuyó con un mayor ingreso mensual *per cápita* del hogar del empleado para los dos años evaluados, aunque las tasas en grupos de ingresos medianos y altos fueron ligeramente mayores a sus contrapartes de 2008 (Figura 1.23.).

A nivel departamental, en 2008 Córdoba tuvo el mayor nivel de subempleo, aunque también la mayor reducción del indicador al comparar con 2014, para Atlántico que tuvo la menor tasa en 2008 y Chocó en 2014, además, Sucre presentó el mayor incremento porcentual de la tasa en los años observados (Tabla 1.9.).

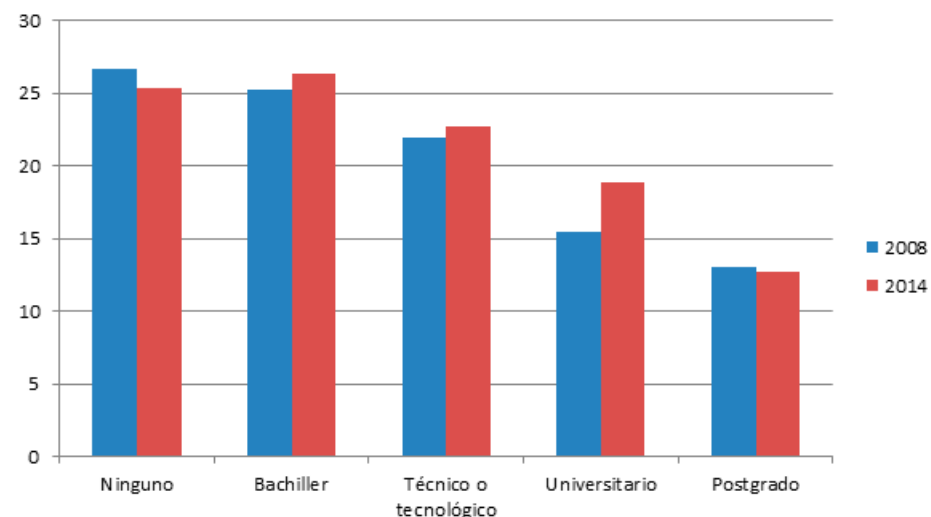


Figura 1.22. Tasas de subempleo en Colombia por grado educativo obtenido, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

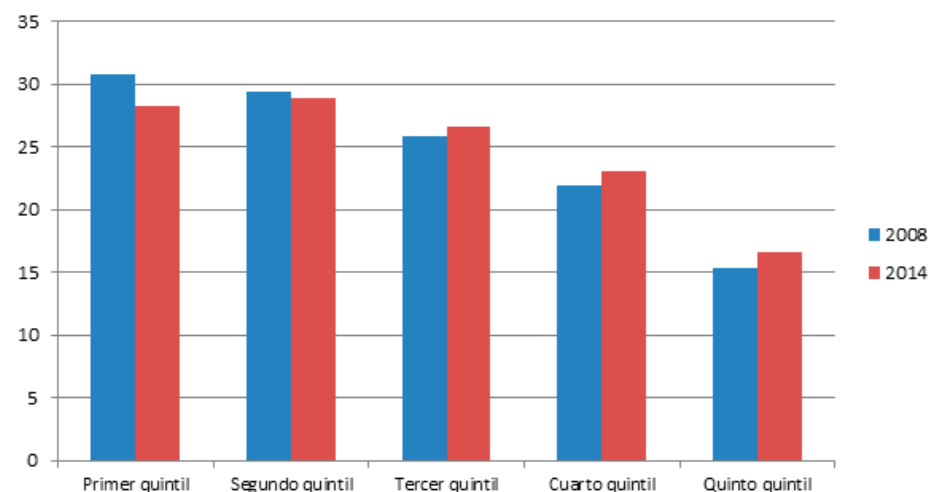


Figura 1.23. Tasas de subempleo en Colombia por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.9. Tasas de subempleo en Colombia por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	TASA DE SUBEMPLEO (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	20,57	20,94	0,38
Atlántico	13,75	19,83	6,08
Bogotá, D.C.	24,80	25,89	1,09
Bolívar	17,41	18,68	1,26
Boyacá	18,98	21,20	2,22
Caldas	18,56	16,44	-2,12
Caquetá	14,22	17,49	3,27
Cauca	31,91	31,28	-0,64
Cesar	26,09	12,84	-13,25
Chocó	14,89	10,93	-3,96
Córdoba	40,82	24,12	-16,69
Cundinamarca	27,48	29,32	1,85
Huila	32,67	36,28	3,61
La Guajira	24,35	27,25	2,90
Magdalena	23,33	26,15	2,82
Meta	24,95	17,34	-7,62
Nariño	28,47	32,56	4,08
Norte de Santander	25,50	20,49	-5,01
Quindío	28,84	29,63	0,80
Risaralda	23,10	15,19	-7,91
Santander	21,35	20,40	-0,95
Sucre	26,91	39,46	12,55
Tolima	28,57	28,58	0,01
Valle del Cauca	30,16	28,96	-1,20

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Porcentaje de ocupados que cuentan con pensión o afiliación a un fondo pensional

El porcentaje de ocupados que contaban con afiliación a un fondo de pensiones o que ya se encontraban pensionados aumentó al comparar 2008 y 2014, con valores respectivos de 32,08% y 36,28%. Tanto en hombres como en mujeres el indicador aumentó al comparar el año 2008 con 2014, siendo los respectivos indicadores para hombres de 31,00% y 36,49%, mientras que para mujeres fueron 33,78% y 35,98%. En los dos años evaluados el valor a nivel rural fue menor al urbano, para 2008 fueron de 10,47% y 38,25%, respectivamente, mientras que para 2014 fueron 13,47% y 42,53%.

Por su parte los ocupados que saben leer y escribir tienen porcentajes mayores que los analfabetos, así para 2008 los valores fueron 33,49% y 4,93%, y para 2014 fueron 37,73% y 5,58%. Tanto en 2008 como 2014, se obtuvo un gradiente positivo del indicador frente a un mayor nivel educativo, además para todos los grupos educativos se observó un aumento absoluto en el tiempo del indicador al comparar los años estudiados (Figura 1.24.).

El indicador estratificado por nivel de ingresos mensuales *per cápita* del hogar reveló que tanto para 2008 como para 2014 existe un gradiente de aumento, donde los ocupados con hogares de mayor ingreso tienen a su vez mayor porcentaje de pensiones (Figura 1.25). La ciudad de Bogotá, D.C. tuvo el mayor valor del indicador para los dos años evaluados, mientras que Chocó y Sucre tuvieron las menores magnitudes en esos mismos años; así mismo, Chocó tuvo el mayor aumento absoluto al comparar 2008 con 2014 (Tabla 1.10.).

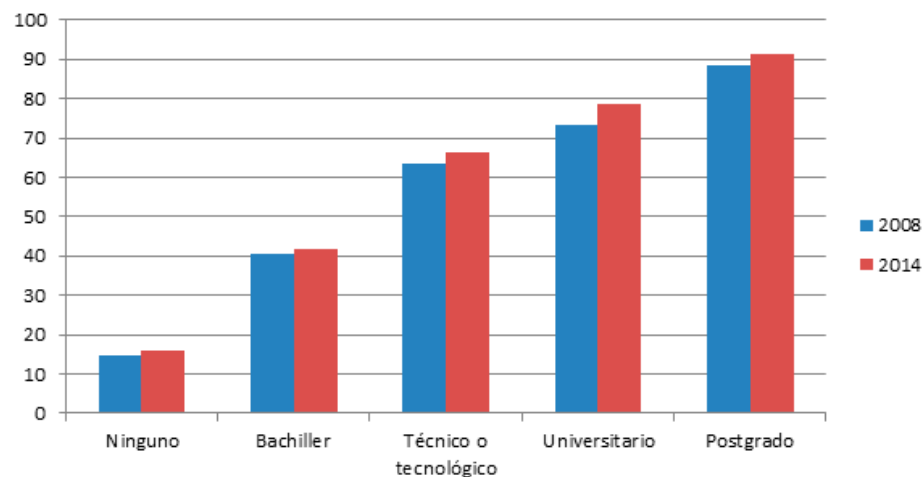


Figura 1.24. Porcentaje de ocupados, pensionados o afiliados a fondo de pensiones por grado educativo obtenido, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

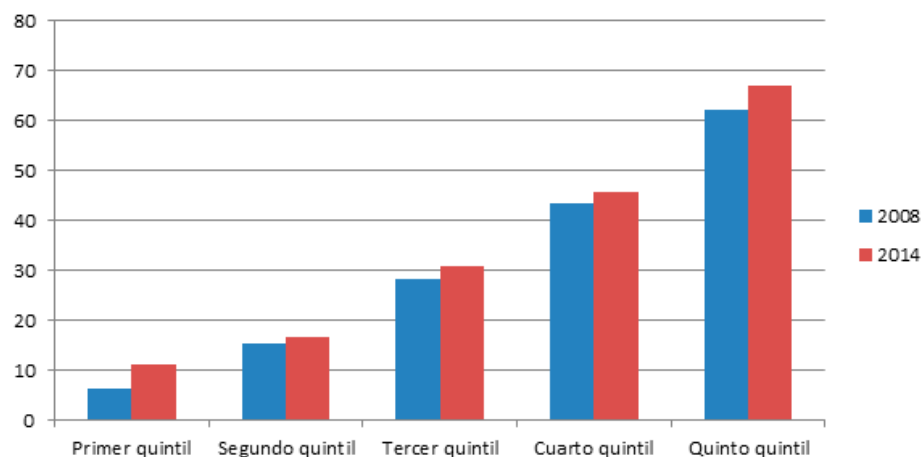


Figura 1.25. Porcentaje de ocupados, pensionados o afiliados a fondo de pensiones por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.10. Porcentaje de ocupados pensionados o afiliados a fondo de pensiones por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	OCUPADOS AFILIADOS A FONDO DE PENSIONES O PENSIONADOS (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	44,94	48,22	3,28
Atlántico	28,59	32,71	4,12
Bogotá	50,17	53,90	3,73
Bolívar	21,91	25,46	3,54
Boyacá	19,71	27,98	8,28
Caldas	32,07	40,16	8,09
Caquetá	13,01	17,83	4,82
Cauca	18,54	23,51	4,97
Cesar	17,31	22,61	5,30
Chocó	9,47	20,12	10,66
Córdoba	15,83	16,57	0,74
Cundinamarca	31,08	36,72	5,64
Huila	17,16	25,24	8,09
La Guajira	14,79	18,77	3,98
Magdalena	18,83	22,91	4,08
Meta	27,40	32,12	4,72
Nariño	14,25	17,38	3,14
Norte de Santander	19,83	22,35	2,52
Quindío	29,57	32,57	3,00
Risaralda	33,51	38,04	4,53
Santander	31,03	34,08	3,05
Sucre	13,90	15,74	1,85
Tolima	20,85	26,13	5,27
Valle del Cauca	33,60	39,26	5,66

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Porcentaje de población en edad de trabajar sin ingresos propios

Seguando las definiciones DANE de la GEIH, la población en edad de trabajar es toda aquella mayor de 10 años en zonas rurales o de 12 años en zonas urbanas, indistintamente de si se encuentra laborando, desempleada, pensionada o en otras actividades no laborales (2); en Colombia para 2008 el porcentaje de esta población sin ingresos propios fue del 40,36%, mientras que para 2014 este valor se redujo a 31,23%.

En los dos años estudiados se presentó un mayor porcentaje de mujeres en edad de trabajar sin ingresos propios, que de hombres, aunque esta brecha se redujo. Para 2008 el porcentaje en mujeres fue de 17,10% frente a 11,16% en hombres, mientras que en 2014 estos valores fueron de 13,19% y 10,55 %, respectivamente. El análisis por área de residencia reveló que los porcentajes se redujeron en el período 2008-2014, tanto a nivel rural como urbano siendo además muy similares entre ellos, pues en 2008 tenían magnitudes de 13,12% y 13,70%, y en 2014 de 11,46% y 11,75%.

La población analfabeta presentó menor proporción de personas en edad de trabajar sin ingresos propios, respecto a aquellos que sabían leer y escribir, con valores en 2008 de 9,44% y 13,78%, y en 2014 de 7,81% y 11,86%, respectivamente los bachilleres ostentan mayores porcentajes con una reducción al aumentar el nivel educativo, siendo la población con posgrado el grupo con menores valores, y con una reducción para cada nivel al comparar 2008 frente a 2014 (Figura 1.26.).

El indicador tiene un gradiente de aumento con el nivel de ingresos del hogar, de esta forma los hogares más pobres tuvieron el mayor porcentaje de población en edad de trabajar sin ingresos propios, siendo además el único grupo con aumento del indicador al comparar 2008 con 2014 (Figura 1.27). El departamento del Cesar tuvo el mayor valor del indicador para 2008, mientras que para 2014 fue Atlántico; por su parte Caquetá y Caldas tuvieron los menores valores en los dos años mencionados. En siete (7) departamentos hubo un aumento absoluto del indicador entre 2008 y 2014, siendo Atlántico donde mayor incremento se presentó (Tabla 1.11.).

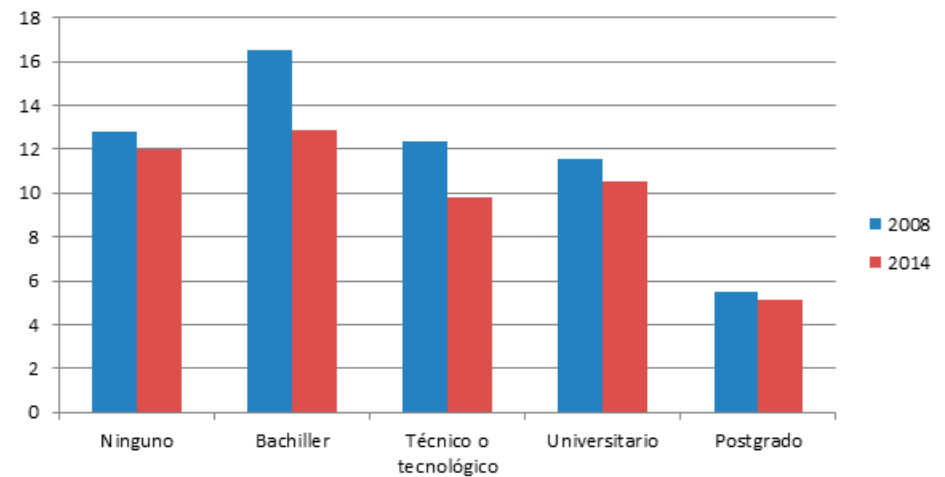


Figura 1.26. Porcentaje de población en edad de trabajar, sin ingresos propios en Colombia, por grado educativo obtenido, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

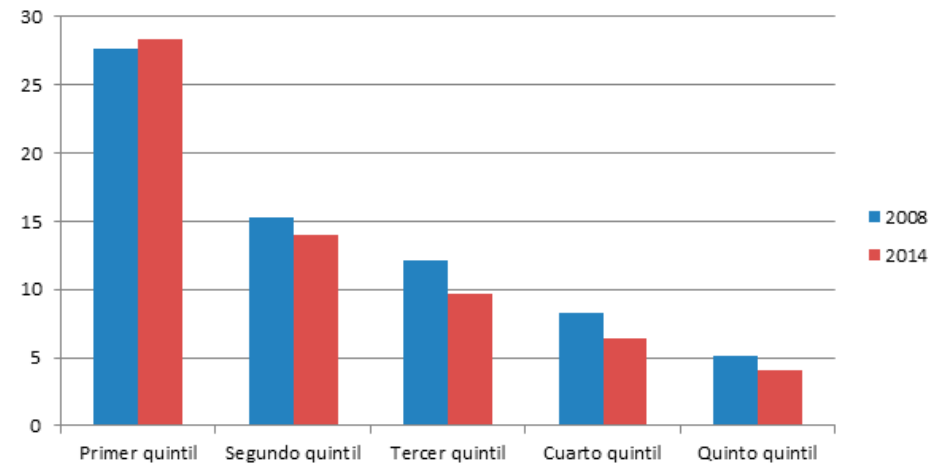


Figura 1.27. Porcentaje de población en edad de trabajar sin ingresos propios en Colombia, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.11. Porcentaje de población en edad de trabajar sin ingresos propios en Colombia por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	OCUPADOS AFILIADOS A FONDO DE PENSIONES O PENSIONADOS (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	11,72	8,36	-3,36
Atlántico	13,91	22,28	8,37
Bogotá, D.C.	11,68	8,06	-3,62
Bolívar	15,07	20,42	5,35
Boyacá	17,84	12,94	-4,90
Caldas	10,84	6,90	-3,94
Caquetá	10,78	7,09	-3,69
Cauca	14,61	13,43	-1,18
Cesar	20,29	14,65	-5,64
Chocó	15,10	20,82	5,72
Córdoba	12,93	13,38	0,45
Cundinamarca	12,67	9,24	-3,43
Huila	15,74	11,47	-4,27
La Guajira	17,97	12,55	-5,42
Magdalena	16,22	11,86	-4,35
Meta	14,55	11,98	-2,57
Nariño	13,60	14,41	0,81
Norte de Santander	12,99	15,05	2,06
Quindío	14,93	10,41	-4,52
Risaralda	11,70	11,93	0,23
Santander	11,81	11,17	-0,64
Sucre	10,95	8,98	-1,98
Tolima	17,01	11,53	-5,48
Valle del Cauca	15,80	12,62	-3,18

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Cuartiles de ingreso de personas ocupadas

A nivel general al comparar los ingresos 2008 y 2014 de los ocupados, se encontró un aumento para las personas de ingresos medios y altos (evaluado con la mediana y el límite superior del rango intercuartílico) pero una disminución de los ingresos de los más pobres (límite inferior del rango intercuartílico), lo que se tradujo en un aumento de la brecha entre estos últimos y los ocupados que ganan más. Se evidenció que los hombres tienen mayores ingresos que las mujeres, además los ingresos de las mujeres más pobres disminuyó en contraste al caso de los hombres donde se verificó un aumento. A nivel rural, si bien al comparar 2008 con 2014 se observó una disminución de las brechas de ingreso de los ocupados más pobres frente a los más ricos, esto se produjo acompañado de una reducción a nivel general de los ingresos de los ocupados rurales; en contraste, en esos mismos años, los ingresos a nivel urbano aumentaron para los ocupados de ingresos medios y altos, aunque con una reducción para los más bajos, generando así también un aumento de la brecha entre los ocupados pobres y los más ricos a nivel urbano (Tabla 1.12).

Si bien los puntos de corte de los cuartiles de ingreso de los analfabetas, reveló que un aumento de los ingresos entre 2008 y 2014 incluso para los más pobres, la distribución de ingresos en esta población fue menor frente a los ocupados que saben leer y escribir en los dos años mencionados (Tabla 1.13.). Por otra parte, los puntos de corte de los cuartiles de ingreso por título educativo alcanzado, son mayores a mayor título educativo alcanzado, lo que indicó que la distribución de ingresos tiene un gradiente de aumento con el mayor nivel educativo; además, al contrastar los resultados de 2008 y 2014 se encontró que para los ocupados más pobres, indistintamente de su nivel educativo, hubo una reducción de los ingresos, mientras que para aquellos de ingresos medios o altos hubo un aumento salvo en los ocupados con nivel universitario, donde se presentó una reducción de la distribución de ingresos a nivel general (Tabla 1.13.).

Finalmente, sin distinción de la rama de actividad de los ocupados, la brecha de ingresos entre los más ricos y los más pobres aumentó al comparar 2008 y 2014; además, la rama de agricultura y actividades relacionadas presentó para los dos años mencionados, la menor distribución de ingresos de acuerdo con los puntos de corte de sus cuartiles, mientras que las actividades relacionadas con el comercio, la construcción y el transporte presentaron las mayores distribuciones (Tabla 1.14.).

Tabla 1.12. Mediana y rango intercuartílico de ingreso de personas ocupadas en Colombia por sexo, área y analfabetismo, 2008 y 2014

CATEGORIA	2008		2014	
	MEDIANA (COP 2014)	RANGO INTERCUARTÍLICO (COP 2014)	MEDIANA (COP 2014)	RANGO INTERCUARTÍLICO (COP 2014)
General	590.758	295.379- 945.213	650.000	256.333- 1'000.000
Por Sexo				
Hombres	600.082	354.544- 969.425	700.000	360.000- 1'054.675
Mujeres	531.683	212.673- 875.307	580.000	180.000- 932.666
Por Área				
Urbano	413.531	189.043- 673.465	680.000	280.000- 1'016.667
Rural	590.758	295.379- 955.059	480.000	200.000- 800.000
Por Analfabetismo				
Analfabetas	295.379	141.782- 482.059	360.000	150.000- 600.000
Sabe leer y escribir	590.758	295.379- 945.213	666.027	275.000- 1'000.024

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.13. Mediana y rango intercuartílico de ingreso de personas ocupadas en Colombia por grado educativo obtenido, 2008 y 2014

MAYOR NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	2008		2014	
	MEDIANA (COP 2014)	RANGO INTERCUARTÍLICO (COP 2014)	MEDIANA (COP 2014)	RANGO INTERCUARTÍLICO (COP 2014)
Ninguno	440.115	212.673- 666.255	490.000	195.000- 751.667
Bachiller	612.616	354.455- 895.983	688.000	300.000- 941.208
Técnico o tecnológico	815.247	567.128- 1'226.414	822.000	542.500- 1'247.688
Universitario	1'417.820	827.062- 2'309.570	1'400.000	616.000- 2'300.016
Postgrado	2'599.366	1'760.903- 4'105.770	2'750.000	1'500.000- 4'200.000

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.14. Mediana y rango intercuartílico de ingreso de personas ocupadas en Colombia por rama de actividad económica, 2008 y 2014

RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	2008		2014	
	MEDIANA (COP 2014)	RANGO INTERCUARTÍLICO (COP 2014)	MEDIANA (COP 2014)	RANGO INTERCUARTÍLICO (COP 2014)
Agricultura, pesca, ganadería, caza y silvicultura	425.346	212.673- 704.184	480.000	200.000- 800.000
Comercio, hoteles y restaurantes	1'129.530	567.128- 2'008.478	1'065.458	450.000- 2'048.985
Construcción	1'072.226	659.606- 1'788.274	1'000.000	699.438- 2'086.333
Explotación de Minas y Canteras	545.270	236.303- 758.917	586.250	225.000- 808.833
Industria manufacturera	555.313	271.749- 821.154	600.000	200.000- 884.333
Otros	571.657	283.564- 886.138	688.025	300.008- 1'000.000
Suministro de Electricidad Gas y Agua	472.607	283.564- 762.078	530.000	240.000- 827.500
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	987.561	654.570- 2'331.762	1'073.683	761.208- 2'503.833

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

En síntesis, los diferentes indicadores de empleo e ingresos revelaron que existen desigualdades entre diferentes grupos sociales, con mejores condiciones en grupos que presentan mayor nivel educativo y de ingresos del hogar, así como en algunos aspectos de los hombres frente a las mujeres y de las zonas urbanas frente a las rurales, o del menor desempleo en la población general frente a los jóvenes. Además se evidenció que las menores tasas de desempleo en determinados grupos no necesariamente se ven acompañados de un mayor nivel de ingresos como ocurre con los ocupados analfabetas frente a los que saben leer y escribir. Varios indicadores presentaron un comportamiento de gradiente solamente parcial, con peores cifras en grupos de nivel educativo o de ingresos intermedio, tal como ocurre con el desempleo.

A nivel nacional al comparar los dos años estudiados, si bien se evidenció una mejoría de las condiciones como el desempleo o la cobertura pensional, otros indicadores cambiaron poco o incluso empeoraron, como ocurre con la distribución de ingresos de los ocupados más pobres, o la distribución general de ingresos en áreas rurales; el comportamiento de los diferentes indicadores de 2008 frente a 2014 a nivel de departamentos tampoco fue homogéneo, con mejoría en algunos casos, empeoró en otros, e incluso pocas variaciones.

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Manual de Resolección y Conceptos Básicos Gran Encuesta Integrada de Hogares, Etapas 1510-1511-1512. Bogotá: Departamento Nacional de Estadísticas- DANE; 2015. p. 1-132.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Glosario de Términos Gran Encuesta Integrada de Hogares [Internet]. Bogotá, D.C.: Departamento Nacional de Estadísticas DANE; 2012. p. 1-5. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/glosario_GEIH13.pdf

1.5. Educación

1.5.1. Sistema educativo en Colombia

Johanna Quintero
Karol Cotes-Cantillo

Es ampliamente reconocido que la educación es uno de los mecanismos más efectivos al momento de reducir las desigualdades, en la disminución de la pobreza, promoción de la movilidad social, aumento de los salarios y reducción la violencia, entre otros factores que llevan a un mejor desarrollo (1). De acuerdo con la revisión de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), la educación, desde el nivel preescolar en adelante, constituye un elemento fundamental que determina las oportunidades de los niños de gozar de buena salud en el transcurso de la vida. El nivel educativo deriva en mejores resultados sanitarios, en parte debido a los efectos que tiene sobre el ingreso, el empleo y las condiciones de vida de los adultos. Asimismo, se observan efectos intergeneracionales muy potentes: *el nivel de formación de la madre es un factor que determina la salud, la supervivencia y el nivel educativo de sus hijos* (2).

En este sentido la Comisión llamó la atención sobre la necesidad de reconocer el papel que desempeña la educación desde la primera infancia en contribuir a reducir las inequidades sanitarias en el lapso de una generación y constituye un potente imperativo en favor de la acción durante los primeros años de vida, y en favor de comenzar a actuar de inmediato; la falta de acción tiene efectos perjudiciales que pueden perpetuarse por generaciones (2).

Así las cosas, la educación es concebida como el pilar que permite alcanzar el desarrollo. Las sociedades que centran su actividad en la formación académica y humana de los individuos, presentan alta probabilidad de alcanzar progresos económicos, políticos y culturales, mayores índices de productividad y competitividad, y condiciones más democráticas al contar con unas bases sociales mejor preparadas para el ejercicio de la ciudadanía.

Particularmente, en la superación de las desigualdades sociales, la educación es un factor definitorio para hacer frente a diferencias socioeconómicas, geográficas, raciales y de género, entre otras, permitiendo que se impulsen condiciones favorables para que la población obtenga movilidad social, que se constituya como una cualidad clave para consolidar una sociedad más equitativa.

En el contexto colombiano, la educación es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política de 1991¹ en su Artículo 67, donde se estableció como un bien público y de obligatoriedad para la población entre los cinco y los quince años de edad. A partir del año 2012, las instituciones educativas públicas son gratuitas hasta la secundaria, significando un gran avance en el acceso de niños, niñas y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad. Con esto, Colombia ha demostrado un adelanto significativo hacia la superación de la pobreza, pese a que continúa manteniéndose como uno de los países más desiguales de la región y con grandes inequidades tanto en cobertura como en calidad en el campo educativo.

Las reformas realizadas a esta estructura, han permitido una tendiente expansión de la oferta pública para el caso particular de la educación básica y media, garantizando, una mayor capacidad de gestión institucional y la apertura a mecanismos de seguimiento y control más efectivos. Estos avances también han sido gestores claves para el aumento de infraestructura destinada a la prestación de servicios educativos y a la creciente preocupación por la situación docente en el país.

1. ARTICULO 67. La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura.

A partir del año 2006, Colombia hace parte del Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes (PISA)², regulado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)³, en el que se establecen criterios de referencia sobre calidad y equidad comprada con otros países a nivel mundial, obteniendo hasta hoy, resultados considerablemente bajos en sus tres aplicaciones (2006, 2009 y 2012)⁴. La prueba genera promedios dependiendo de la evaluación de tres áreas del conocimiento, comprensión de lectura, matemáticas y ciencias.

La calificación más alta, el Nivel 6, es obtenida cuando se da respuesta a las preguntas con mayor dificultad académica, por el contrario, las calificaciones de 1 e inferiores, la obtienen aquellos estudiantes que no pueden dar respuesta a conocimientos básicos académicos.

La participación del país ha demostrado, la necesidad de una mejora significativa en calidad y cobertura ya que ha aumentado el ingreso de estudiantes a instituciones educativas, sin embargo, pocos tienen la posibilidad de graduarse y pasar a la Educación Superior. Las pruebas PISA, a pesar de ser altamente criticadas, han proporcionado algunas variables importantes de análisis, permitiendo determinar asociaciones entre factores familiares, de etnia, de género, diferencias entre educación privada y pública, y diferencias geográficas. Para la Contraloría General de la Nación (CNG) (3), en un Informe realizado sobre la política educativa y la calidad de la educación básica y media en Colombia, estas pruebas demostraron que:

“los puntajes promedio de los estudiantes colombianos son muy bajos y han estado por debajo de los promedios correspondientes y lejos de los promedios de los países de mejor desempeño. Especialmente críticos son los resultados en el TIMSS y el PISA. Los resultados de estas dos pruebas también muestran que los puntajes promedio de los estudiantes colombianos son más altos en el sector no oficial que en el oficial y que la brecha entre las áreas urbanas y rurales es considerable. Indican asimismo que la brecha entre los sexos es grande” (3)

El sistema educativo colombiano sigue teniendo profundos problemas de desigualdad en acceso y calidad, la inequidad entre regiones y departamentos más pobres en comparación con los centrales, pone en evidencia el gran deterioro administrativo especialmente en las zonas rurales, asociado también con los niveles de violencia que han tenido repercusiones negativas en la escolaridad. Según el Banco Mundial (BM) (4), los municipios en donde se presentan mayores tasas de homicidio demuestran una disminución importante en las matriculas escolares, un tema que también ha ido de la mano con el reclutamiento armado. A pesar de este contexto, Colombia ha tenido importantes reformas al sistema educativo, mediante procesos como la descentralización en la década de los ochenta, posteriormente fortalecida con la Constitución de 1991.

Este proceso estuvo enfocado a incentivar el avance en los distintos niveles de la educación, la interacción entre el estudiante, la escuela y el sistema. El BM también ha determinado que estos tres elementos son esenciales para promover mejores resultados en el aprendizaje escolar, ya que el contexto económico, político y social, actúa como un telón de fondo en estas interacciones (4).

Las variables que inciden en el rendimiento al nivel del estudiante están asociadas con la situación socioeconómica, la educación de los padres, el desarrollo en la primera infancia, los recursos educativos al interior del hogar, el sexo y la continuidad escolar. Para la escuela, las variables se originan en la calidad de los docentes, las metodologías de enseñanza, duración de la jor-

2. Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes (siglas en inglés Programme for International Student Assessment). Tiene como objetivo analizar los resultados en educación, a partir de unas pruebas que se realizan a estudiantes, con la finalidad de establecer el rendimiento de los países parte.

3. Organismo internacional fundado en 1960, en el cual, los países parte (34), discuten y articulan estrategias de cooperación para el desarrollo de políticas sociales y económicas.

4. El país ha participado tres veces en las pruebas PISA, en 2006, 2009 y 2012

nada y condiciones laborales, la infraestructura, los materiales y los libros de texto. Por último, el sistema tiene incidencia por temas de centralización, descentralización y responsabilización, que se encarga de la rendición de cuentas para la gestión de recursos públicos.

Las brechas sociales son un tema fundamental, *“las condiciones de pobreza representan una importante barrera para acceder a la educación, con lo cual se genera un círculo vicioso en el que la pobreza y la desigualdad tienden a reproducirse”* (5). En el país, las personas con pocos ingresos presentan menos años de escolaridad, lo que ha incentivado políticas, que mediante el subsidio, han promovido que familias pobres tengan algunas garantías para acceder al sistema educativo. Las políticas enfocadas a la educación como derecho universal y gratuito, han presentado avances importantes, debido a la reducción de costos y a las facilidades que otorgan programas como los de alimentación escolar, que han contribuido como incentivo para estas poblaciones:

“Cabe anotar la creciente importancia que se le viene dando a la educación inicial como política para contribuir a la reducción de la pobreza y desigualdad. En efecto, los avances normativos que reconocen a los niños y niñas como sujetos de derechos y la evidencia científica de que las bases para el desarrollo de las capacidades y habilidades de los individuos se dan mucho antes de que inicien su educación formal, ha orientado a las autoridades hacia la atención a la primera infancia” (5).

Los grupos étnicos también han vivenciado grandes brechas en el acceso a la educación. A pesar de los avances que consagra la Constitución, en la definición del país como pluriétnico y multicultural, las comunidades indígenas y afrodescendientes continúan siendo las menos favorecidos en comparación con el resto de la población. Históricamente han obtenido menores logros educativos y han presentado las mayores tasas de analfabetismo. No obstante, en el país se ha creado la necesidad de formular proyectos especiales etno-educativos, que integren la participación de las comunidades hacia la búsqueda de contenidos, que conserven las especificidades culturales tradicionales, con

el ánimo de promover una visión autónoma de la educación, sin embargo, estas poblaciones siguen estando supeditadas a los lineamientos del Ministerio de Educación Nacional.

Educación Superior

La Educación Superior, también denominada *“educación terciaria”*, integra los niveles profesionales de pregrado y estudios técnicos. Hoy en día existen cuatro tipos de educación superior: **1.** Universidad, **2.** Instituciones Universitarias, **3.** Instituciones Tecnológicas, **4.** Instituciones Técnicas Profesionales. Las últimas décadas en Colombia, han significado un esfuerzo por aumentar el desarrollo de la ciencia y la tecnología. En esta tarea, se crea institucionalmente Colciencias⁵ en 1968 con el Decreto 2869, entidad encargada de orientar los planes y las políticas que el gobierno establece para finalidades en investigación y desarrollo y de administrar el Fondo Nacional de Financiamiento para la Ciencia y la Innovación. Estas estrategias han buscado promover la importancia de la investigación consolidando programas de posgrado a nivel nacional e incentivando la inversión del sector privado, siendo uno de los objetivos principales del Foro Económico Mundial⁶.

Para la Educación Superior, los principales desafíos indican que los planes nacionales de educación no tienen rutas claras de ejecución, así mismo, la Ley 30 de 1992⁷, que es la ruta por la cual se organiza el servicio público de Educación Superior, no ha podido reformarse a pesar de la gran necesidad de intervención. Por otro lado, la masiva oferta de instituciones de Educación Su-

5. Departamento de ciencia, tecnología e innovación, creado en 1968 bajo el Decreto 2869. Cuya actividad rectora se encarga de orientar los planes y las políticas que el Gobierno establece para finalidades en investigación y desarrollo.

6. Índice de Competitividad Global, establecido por los principales líderes económicos y políticos a nivel mundial, con el fin de crear una ruta de cooperación entre la industria y la educación.

7. La Ley 30 de 1992, es la ruta por la cual se organiza el servicio público de educación superior.

perior han generado limitaciones para obtener consensos sobre las políticas, y muchas de estas presentan niveles muy deficientes de calidad. Adicionalmente, el Gobierno Nacional a partir del año 2014, implementó el programa “*Ser Pilo Paga*”, con el que se incentiva a los estudiantes con menores recursos a mantener un buen desempeño académico con el fin de tener la posibilidad de acceder a Instituciones de Educación Superior de Alta Calidad. El programa promueve créditos 100% condonables en el momento de finalización del proceso académico, el financiamiento del valor total de la matrícula y un subsidio de sostenimiento. Desde su implementación esta estrategia ha sido promovida como un programa equitativo que amplía las posibilidades de cobertura y calidad, sin embargo, los altos puntajes en las pruebas nacionales *Saber*, no han demostrado ser indicadores que reflejen en realidad la capacidad académica de los estudiantes, de hecho, algunos análisis que se le han hecho al programa indican que ha sido una estrategia que ha promovido la tendencia privatizadora de la Educación Superior, generando una brecha profunda entre la educación pública y privada.

¿Cómo lograr equidad en la educación?

Para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ⁽⁶⁾ la desigualdad en los logros educativos ha traído algunos efectos multiplicadores negativos, que históricamente se han traducido en baja calidad en el empleo. Sin embargo, se reconoce como un valor superior, que la baja calidad de la educación produce capacidades deficientes para ejercer la ciudadanía, lo que conduce al aumento de brechas en el acceso pleno a derechos.

En cuanto a la segregación, este organismo consideró que los países deben hacer especial énfasis en la educación pública, ya que esta tiene la tarea de contribuir a la integración social. Esta visión reflexiona sobre que personas provenientes de distintos estratos socioeconómicos, pueden llevar a cabo un trato directo y realizar actividades de construcción conjunta, es decir, la interacción entre grupos y espacios en donde la subjetividad se amplíe, son determinantes decisivos para la construcción de la equidad.

La segregación educativa en el país ha sido promotora de la desigualdad en la distribución entre las escuelas y los estudiantes de diferentes condiciones sociales, culturales y económicas. Se ha promovido una tendiente segregación espacial dentro del territorio urbano, en donde se han concentrado la mayoría de instituciones técnicas en entornos populares. Este tipo de inequidades han debilitado el papel cohesionador de la escuela, en la que los grupos poblacionales con menores recursos tienen limitadas oportunidades de permanencia en el sistema educativo y cuentan con menores ventajas en su desempeño académico profesional. Para la CEPAL la educación debe ser un actor social generador de integración, ya que es un espacio de transferencia de imaginarios que transitan a través del sistema educativo y que pasan a conformar el espectro social en su conjunto ⁽⁷⁾.

Referencias

1. Bonilla Mejía L, Sánchez Jabba AM, Otero Cortés AS. Educación y desarrollo regional en Colombia. Bogotá: Banco de la República; 2014.
2. Tabacinic KR, World Health O, Comisión sobre Determinantes Sociales de la S. Subsanan las desigualdades en una generación alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud; 2009. Available from: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=579108>.
3. Contraloría General de la República. “Política educativa y calidad de la educación básica y media en Colombia”. Informe Contraloría Delegada para el Sector Social. 2014.
4. Bentaouet Kattan R, World B, Latin A, the Caribbean Regional O, Human Development Sector Management U. La calidad de la educación en Colombia : un análisis y algunas opciones para un programa de política. [Bogotá, Colombia]: Banco Mundial, Misión Residente en Colombia; 2009.
5. Delgado M. La educación básica y media en Colombia: retos en equidad y calidad. 2014.
6. Bárcena A. Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible. Ponencia presentada en el Aula Magna de la Universidad de la Habana, 28 de octubre. 2014.
7. Rossetti M. La segregación escolar como un elemento clave en la reproducción de la desigualdad. 2014.

1.5.2. Desigualdades en la educación en Colombia

Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo
Karol Patricia Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela

Siguiendo la misma metodología de los indicadores de empleo/ingresos se utilizó la GEIH del DANE anualizando los resultados de los meses de 2008 y 2014 para la obtención de los diferentes indicadores educativos proyectados para el país mediante factores de expansión de la Encuesta. En este caso la base principal utilizada fue *características generales (personas)* de la que se obtuvo la información de analfabetismo, último título académico obtenido, asistencia escolar, área de residencia, departamento y edad. Por su parte las bases *Ocupados*, *Desocupados*, *Inactivos* y *Otros Ingresos* se utilizaron para estimar los ingresos mensuales *per cápita* por hogar, mientras que de la base *vivienda y hogares* se obtuvo el estrato socioeconómico, todas estas variables se incorporaron a los registros de los encuestados de la base principal mediante variables llave de vivienda, hogar y persona.

Analfabetismo en jóvenes de 15 a 24 años

Siguiendo la GEIH, las tasas generales de analfabetismo de jóvenes entre 15 y 24 años, entendidas como el porcentaje de personas de ese rango de edad que no saben leer ni escribir, presentaron un descenso entre 2008 y 2014 pasando de 1,98% a 1,47%. En los dos años evaluados el indicador fue mayor en hombres que en mujeres, siendo para 2008 respectivamente de 2,42% y 1,55%, mientras que para 2014 fueron 1,89% y 1,05%. Por su parte, el valor fue mayor en áreas rurales, siendo para 2008 de 4,68% y de 3,03% en 2014, que contrastaron con los resultados a nivel urbano que fueron respectivamente de 1,14% y 1,01%.

El analfabetismo en jóvenes presentó un gradiente de reducción con mayor nivel de ingresos del hogar, además se evidenció una reducción del indicador para todos los niveles al comparar los años 2008 y 2014 (Figura 1.28.). Por su parte por estrato socioeconómico, definido como aquel que aparece en la factura del servicio de energía (1), el analfabetismo en jóvenes presentó también un gradiente de disminución a mayor estrato, además de una disminución del su valor para cada estrato al comparar 2008 y 2014, salvo para el grupo que no cuenta con servicio de energía donde aumentó (Figura 1.29.).

A nivel departamental La Guajira para 2008 y Chocó para 2014 presentaron los mayores valores del indicador, además el primero presentó la mayor reducción absoluta del analfabetismo entre esos dos años y el segundo el mayor aumento; por su parte, en los mismos años Bogotá, D.C. y Cundinamarca tuvieron los menores valores del indicador (Tabla 1.15.).

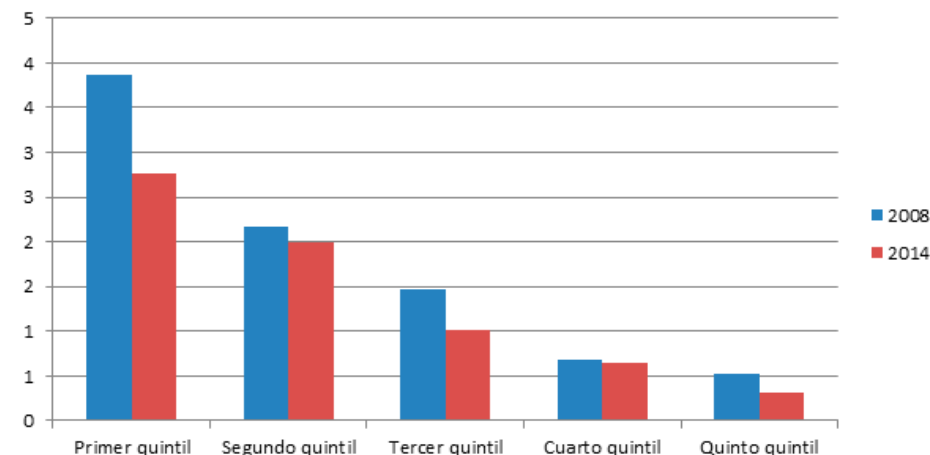


Figura 1.28. Tasas de analfabetismo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

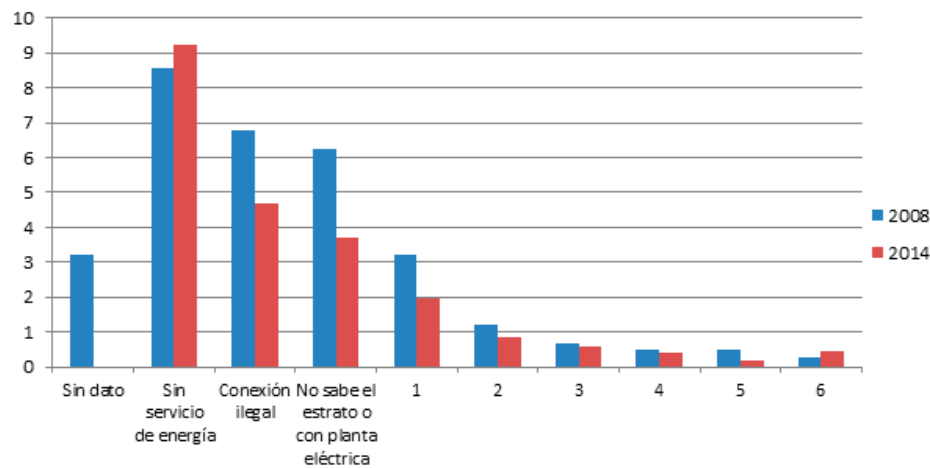


Figura 1.29. Tasas de analfabetismo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia, por estrato socioeconómico de la vivienda, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.15. Tasas de analfabetismo en jóvenes de 15 a 24 años en Colombia por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	TASA DE ANALFABETISMO (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	2,60	1,27	-1,33
Atlántico	1,90	1,08	-0,82
Bogotá, D.C.	0,57	0,68	0,12
Bolívar	2,08	2,04	-0,04
Boyacá	1,08	0,70	-0,39
Caldas	1,72	1,44	-0,28
Caquetá	2,50	1,82	-0,68
Cauca	2,31	1,14	-1,17
Cesar	3,38	2,39	-0,99
Chocó	5,93	7,01	1,08
Córdoba	3,09	2,47	-0,63
Cundinamarca	1,09	0,65	-0,43
Huila	1,34	1,34	0,00
La Guajira	6,44	4,83	-1,61
Magdalena	3,22	2,84	-0,39
Meta	2,22	1,13	-1,09
Nariño	2,18	1,10	-1,09
Norte de Santander	2,25	1,85	-0,40
Quindío	1,45	0,75	-0,70
Risaralda	2,10	1,60	-0,50
Santander	0,99	0,68	-0,31
Sucre	3,70	4,29	0,60
Tolima	1,70	2,18	0,48
Valle del Cauca	2,05	1,00	-1,04

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Analfabetismo en mayores de 15 años

Las tasas generales de analfabetismo en mayores de 15 años en Colombia, pasaron de 2008 y 2014 de 6,82% en 2008 a 5,93% en 2014. En 2008 las tasas de analfabetismo fueron similares en hombres y mujeres, con 6,87% y 6,78%, respectivamente, si bien en ambos sexos hubo una reducción en la magnitud de las tasas para 2014, esta fue mayor en mujeres pues en este grupo el valor del indicador de ese año fue 5,62% en contraste con 6,26% en hombres. Para ambos años el indicador fue mucho mayor en áreas rurales aunque con una mayor reducción en el tiempo, pues los valores en estas áreas fueron 15,51% en 2008 y 13,38% en 2014, mientras que en los espacios urbanos fueron respectivamente 4,31% y 3,91%.

Con respecto a la distribución de este indicador por el nivel de ingresos mensuales *per cápita* por hogar, se encontró que el analfabetismo está asociado de manera inversa, toda vez que personas de hogares con menos ingresos tienen mayores tasas de analfabetismo, si bien hubo una reducción importante entre 2008 y 2014, en este grupo (Figura 1.30.). Al comparar el indicador por estrato socioeconómico, se encontró que las personas residentes en viviendas que carecen del servicio de energía o tienen conexión ilegal, tuvieron mayores tasas de analfabetismo y presentaron un aumento de las mismas en el tiempo; finalmente, el analfabetismo tuvo un gradiente decreciente a mayor estrato socioeconómico (Figura 1.31.).

Tanto en 2008 como en 2014, el departamento del Chocó presentó las mayores tasas de analfabetismos en mayores de 15 años, mientras en ambos años Bogotá, D.C. presentó los menores valores; mientras tanto el departamento de Caquetá presentó la mayor reducción absoluta del indicador entre los dos años mencionados, y La Guajira el mayor aumento (Tabla 1.16.).

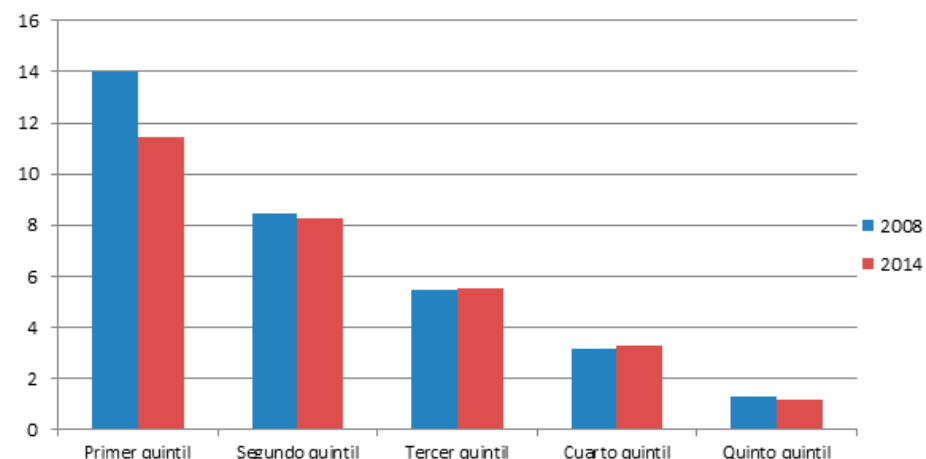


Figura 1.30. Tasas de analfabetismo en mayores de 15 años en Colombia, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

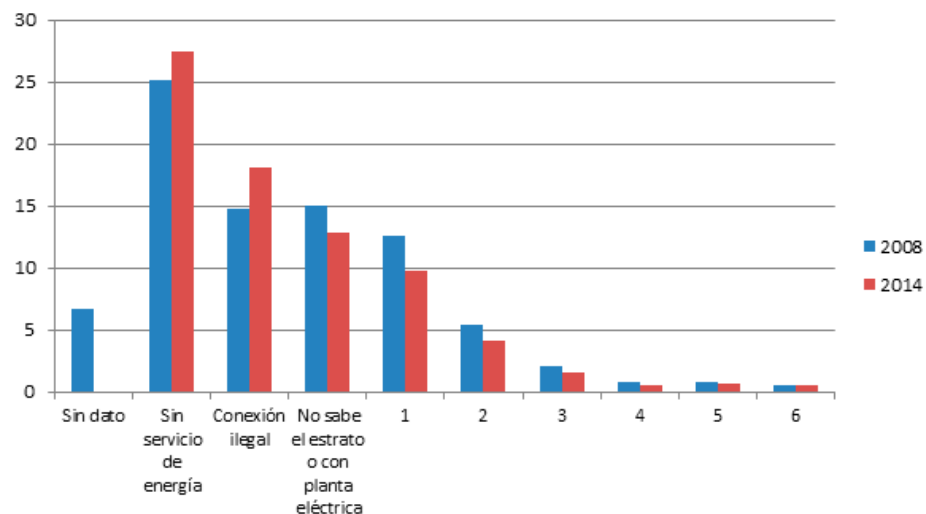


Figura 1.31. Tasas de analfabetismo en mayores de 15 años en Colombia, por estrato socioeconómico de la vivienda, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.16. Tasas de analfabetismo en mayores de 15 años en Colombia, por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	TASA DE ANALFABETISMO (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	2,60	1,27	-1,33
Atlántico	1,90	1,08	-0,82
Bogotá, D.C.	0,57	0,68	0,12
Bolívar	2,08	2,04	-0,04
Boyacá	1,08	0,70	-0,39
Caldas	1,72	1,44	-0,28
Caquetá	2,50	1,82	-0,68
Cauca	2,31	1,14	-1,17
Cesar	3,38	2,39	-0,99
Chocó	5,93	7,01	1,08
Córdoba	3,09	2,47	-0,63
Cundinamarca	1,09	0,65	-0,43
Huila	1,34	1,34	0,00
La Guajira	6,44	4,83	-1,61
Magdalena	3,22	2,84	-0,39
Meta	2,22	1,13	-1,09
Nariño	2,18	1,10	-1,09
Norte de Santander	2,25	1,85	-0,40
Quindío	1,45	0,75	-0,70
Risaralda	2,10	1,60	-0,50
Santander	0,99	0,68	-0,31
Sucre	3,70	4,29	0,60
Tolima	1,70	2,18	0,48
Valle del Cauca	2,05	1,00	-1,04

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Asistencia a institución educativa de niños y jóvenes

En 2008 el porcentaje de niños y jóvenes entre los 4 y 18 años que estaban asistiendo a una institución educativa fue de 84,36%, incrementándose para 2014 a 86,40%. Para los años evaluados el indicador fue similar en hombres y mujeres, si bien los primeros presentaron un mayor incremento absoluto de la asistencia escolar, ya que para 2008 el valor para estos fue de 83,83% frente a 84,94% de las mujeres, y para 2014 en los hombres era ya de 86,02% frente a 86,83%. En ambos años la asistencia escolar fue menor en el área rural, si bien esta presentó un mayor incremento en la magnitud del indicador al final del período, con valores en 2008 y 2014 de 77,97% y 81,51%, frente a 86,81% y 88,24% de las áreas urbanas.

Al estratificar por nivel de ingresos mensuales *per cápita* del hogar, se encontró que mantiene un gradiente de incremento en relación con los hogares más ricos, no obstante, el incremento de la asistencia escolar entre 2008 y 2014 fue mayor en aquellos con ingresos medios o bajos (Figura 1.32.). También se presentó un gradiente de incremento con el mayor estrato socioeconómico, siendo los valores de asistencia escolar más bajos en personas que habitan viviendas sin servicio de energía; además se observó un incremento al comparar 2008 y 2014 del indicador, especialmente en habitantes de los estratos más bajos (Figura 1.33.).

En 2008 el departamento de Bolívar tuvo el mayor valor, para 2014 fue el departamento de Boyacá, mientras para los mismos años Caquetá tuvo la menor asistencia escolar; además al comparar los dos años mencionados se encontró que el mayor aumento absoluto del indicador se presentó en Nariño y la mayor disminución en Magdalena (Tabla 1.17.).

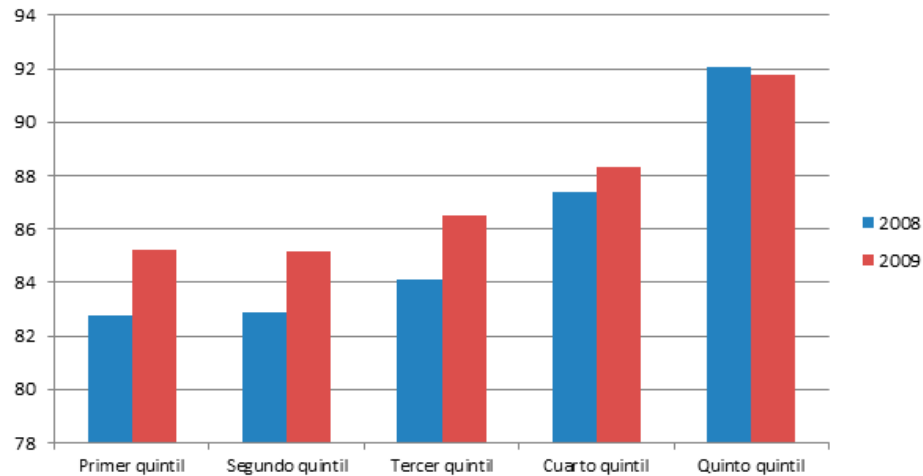


Figura 1.32. Porcentaje de niños y jóvenes de 4 a 18 años que asisten a una institución educativa en Colombia, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

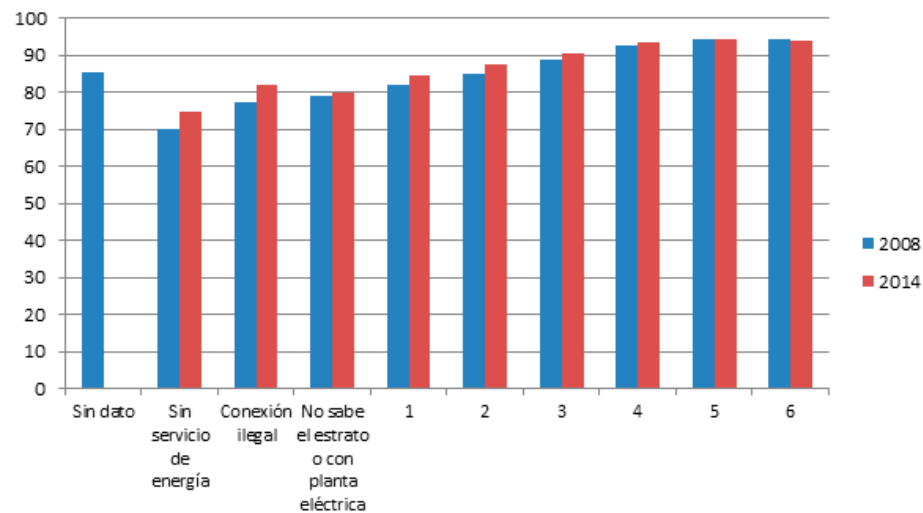


Figura 1.33. Porcentaje de niños y jóvenes de 4 a 18 años que asisten a una institución educativa en Colombia, por estrato socioeconómico de la vivienda, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.17. Porcentaje de niños y jóvenes de 4 a 18 años que asisten a una institución educativa en Colombia, por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	NIÑOS Y JÓVENES ESCOLARIZADOS (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	81,32	85,67	4,35
Atlántico	87,82	86,93	-0,89
Bogotá, D.C.	87,93	89,32	1,40
Bolívar	88,83	87,31	-1,52
Boyacá	86,45	90,30	3,85
Caldas	80,80	86,27	5,47
Caquetá	78,82	81,40	2,57
Cauca	81,36	84,51	3,16
Cesar	85,10	85,83	0,73
Chocó	85,56	84,63	-0,92
Córdoba	86,32	87,74	1,42
Cundinamarca	83,50	86,42	2,92
Huila	80,77	82,97	2,20
La Guajira	85,57	86,78	1,21
Magdalena	87,79	85,77	-2,02
Meta	80,95	81,68	0,73
Nariño	80,17	86,34	6,17
Norte de Santander	82,28	81,40	-0,88
Quindío	84,44	86,70	2,26
Risaralda	81,49	86,80	5,31
Santander	86,00	87,48	1,48
Sucre	87,69	87,59	-0,10
Tolima	81,18	84,27	3,09
Valle del Cauca	83,32	86,43	3,12

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Terminación del bachillerato en jóvenes entre 20 y 24 años

El porcentaje nacional de jóvenes entre 20 y 24 años que terminaron el bachillerato fue de 39,00% en 2008, incrementándose a 45,36% en 2014. En los dos sexos se presentó un aumento del indicador al comparar los dos años mencionados, además no se presentaron diferencias marcadas entre hombres y mujeres, toda vez que para los primeros el porcentaje de jóvenes bachilleres en 2008 fue de 38,83% frente a 39,16% en las mujeres, y para 2014 los valores respectivos fueron de 44,52% y de 46,15%. Por otra parte, el análisis por áreas reveló que el indicador es mucho menor a nivel rural, con valores para 2008 de 11,10% y de 16,81% en 2014 que contrastó con los respectivos valores de 46,94% y 52,94% a nivel urbano.

Se evidenció un gradiente de aumento del indicador a mayor nivel de ingresos del hogar, además al comparar 2008 frente a 2014, en todos los niveles de ingreso se presentó un aumento absoluto del valor (Figura 1.34.). Por otra parte, el indicador se incrementó con el estrato socioeconómico de la vivienda donde habita el joven, siendo de nuevo el grupo que no cuenta con servicio de energía eléctrica el que presentó los menores valores (Figura 1.35.). La ciudad de Bogotá, D.C. presentó los mayores valores del indicador en 2008 y 2014, mientras que en los dos años el departamento de Caquetá tuvo las cifras más bajas; el mayor aumento absoluto del porcentaje de jóvenes bachilleres al comparar los dos años, lo tuvo el departamento de Cundinamarca y el menor aumento lo presentó Bogotá, D.C. (Tabla 1.18.).

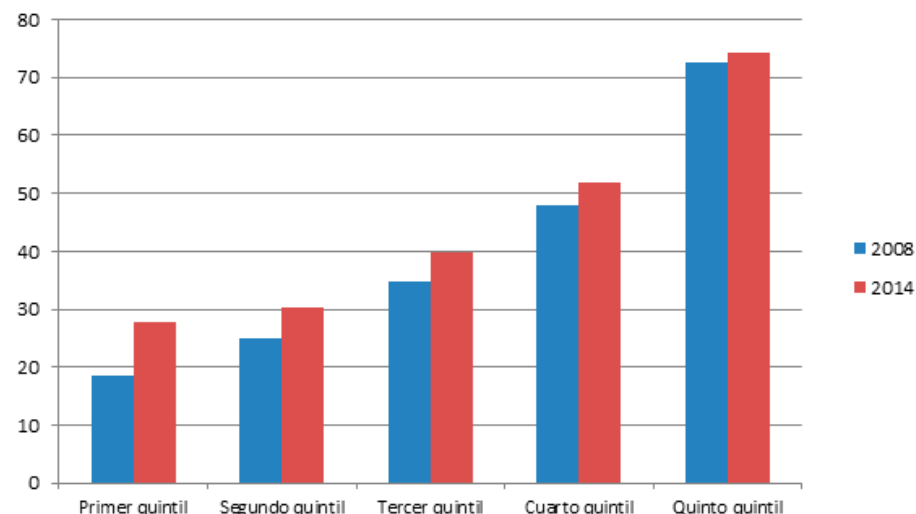


Figura 1.34. Porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años en Colombia que terminaron el bachillerato, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

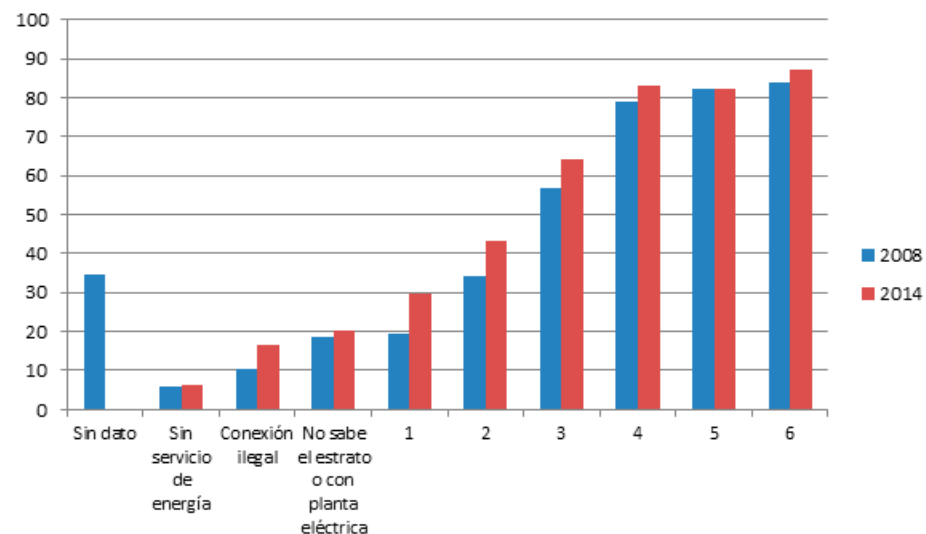


Figura 1.35. Porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años en Colombia que terminaron el bachillerato, por estrato socioeconómico de la vivienda, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.18. Porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años en Colombia que terminaron el bachillerato, por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	JÓVENES QUE TERMINARON BACHILLERATO (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	81,32	85,67	4,35
Atlántico	87,82	86,93	-0,89
Bogotá, D.C.	87,93	89,32	1,40
Bolívar	88,83	87,31	-1,52
Boyacá	86,45	90,30	3,85
Caldas	80,80	86,27	5,47
Caquetá	78,82	81,40	2,57
Cauca	81,36	84,51	3,16
Cesar	85,10	85,83	0,73
Chocó	85,56	84,63	-0,92
Córdoba	86,32	87,74	1,42
Cundinamarca	83,50	86,42	2,92
Huila	80,77	82,97	2,20
La Guajira	85,57	86,78	1,21
Magdalena	87,79	85,77	-2,02
Meta	80,95	81,68	0,73
Nariño	80,17	86,34	6,17
Norte de Santander	82,28	81,40	-0,88
Quindío	84,44	86,70	2,26
Risaralda	81,49	86,80	5,31
Santander	86,00	87,48	1,48
Sucre	87,69	87,59	-0,10
Tolima	81,18	84,27	3,09
Valle del Cauca	83,32	86,43	3,12

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

El análisis de los diferentes indicadores educativos estudiados reveló que estos tienen valores diferentes al hacer las disímiles estratificaciones, las *áreas rurales* poseen peores valores frente a las *áreas urbanas*, así como se observaron gradientes por ingresos del hogar y estrato socioeconómico que evidenciaron una peor situación educativa en los estratos más bajos u hogares de menores ingresos frente a sus contrapartes más aventajados.

Finalmente, si bien al comparar los indicadores educativos en los años 2008 y 2014, se evidenció a nivel nacional una mejora de los mismos esta varió según el departamento, e incluso algunos 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.

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Manual de Resolección y Conceptos Básicos Gran Encuesta Integrada de Hogares, Etapas 1510-1511-1512. Bogotá: Departamento Nacional de Estadísticas- DANE; 2015. p. 1–132.

1.6. Vivienda y servicios públicos

1.6.1. Ordenamiento territorial, vivienda y acceso a servicios públicos en Colombia

*Andrea García
Karol Cotes-Cantillo*

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 medida, se presenta, en primera instancia, en esta sección, algunas consideraciones en relación con la formación del entorno urbano del país haciendo énfasis en procesos relacionados con la generación de desigualdades sociales. Posteriormente se presentará un panorama general de la situación de vivienda y de servicios públicos, con énfasis en agua y saneamiento y luego algunos indicadores relacionados con las desigualdades en el tema de vivienda y servicios públicos.

De acuerdo con el Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), El crecimiento de las “megaciudades”, que son aglomeraciones urbanas masivas de 10 millones de habitantes o más, es un escenario importante para la situación sanitaria mundial y la equidad sanitaria, pero el problema más importante que enfrentará el mundo del futuro, según la CDSS, será el crecimiento de alrededor de 500 ciudades “pequeñas” en las que viven entre 1 y 10 millones de personas, que ya presentan un crecimiento urbano descontrolado (1).

En relación con la disponibilidad y acceso a la vivienda la CDSS afirmó que muchas ciudades, tanto de los países ricos como de los pobres, se enfrentaron a una crisis por la falta de disponibilidad de viviendas de calidad a un costo razonable y el acceso desigual a ellas, lo que agravará las desigualdades sociales en general y las sanitarias en particular. En esa medida la Comisión recomienda que los gobiernos locales regulen el aprovechamiento de tierras para la regeneración de entornos urbanos, garantizando la reserva de tierras para viviendas de familias de bajos ingresos.

A fin de promover una urbanización más equitativa, es preciso revertir los efectos de las medidas de zonificación que fomentan la exclusión poniendo en práctica programas regionales justos en materia de vivienda, es decir, una zonificación que promueva la inclusión, y asegurando el cumplimiento de leyes de zonificación justa (1).

La importancia de la organización del espacio

La organización espacial es un quehacer elemental en la vida del ser humano, en ésta se contemplan las ideas de jerarquía y se ven reflejadas las dinámicas del poder de las sociedades, por lo tanto, es posible hablar de la distribución de los recursos y las desigualdades sociales a partir del análisis de la organización espacial del territorio. En estos espacios compartidos también se posibilitan encuentros constantes con el otro, que van acompañados de lugares y temporalidades delimitadas, lo que alimenta el análisis social a partir de la espacialidad, más exactamente de la relación de los individuos con el espacio.

En el caso de Colombia, su historia inició con poblaciones indígenas disgregadas en el territorio nacional, quienes contaban con territorios organizados referidos estrictamente a su actividad económica y cosmovisión. Con la llegada de la conquista española, la organización del espacio cambió para obedecer al afán de la Corona Española de extraer recursos y enviarlos por vía marítima a España. En consecuencia, los dos lugares de la Colonia serían el puerto y la iglesia, reflejando el deber ser de la dominación económica y política (2). Es el momento fundacional la base del establecimiento de las municipalidades colombianas, con el afán de exploración y organización del territorio pero sin políticas de planificación que contemplaran proyecciones futuras o líneas de desarrollo.

Con la entrada del Siglo XIX la ciudad se convirtió en la estructura de organización del espacio que representa los valores de la modernidad, ésta se caracterizó por comprender un sentido particular de ser legal, social y cultural, que se relacionó con el espacio en un marco legal y normativo que delimita el campo de acción del ahora ciudadano. Una de las características de la distribución espacial en las ciudades es la segmentación del espacio respecto al uso (sector salud, sector comercial, sector entretenimiento). Es así que se generan relaciones entre individuos, entre individuos y espacios, y en lo que respecta a la distribución del espacio, ésta se da en el orden de áreas centrales, subcentrales y periféricas.

Un factor en el poblamiento de las ciudades en Colombia son los procesos migratorios y el desplazamiento, que han generado una movilización masiva de diversos grupos vulnerables a los centros urbanos en Colombia, que por lo general se asientan en zonas periféricas de las ciudades. Debido en parte, a la búsqueda de relaciones con individuos en similares condiciones, convierten las zonas de ladera en espacios en los que *“se aglutinan poblaciones que comparten rasgos comunes, entre los que se destacan la presencia de asentamientos informales, dificultades de acceso a los mercados formales de trabajo, bajos niveles de calidad de vida, altas tasas de subutilización de la mano de obra y restricciones en la provisión de bienes públicos locales de buena calidad, como es el caso de la educación y la salud”* (3).

Siendo característica general de esos barrios periféricos la precariedad en el acceso a diversos recursos (salud, educación y servicios públicos), reproduciendo los estándares de vida que detentaban con anterioridad y, en algunos casos, las razones por las que se vieron motivados a abandonar su vivienda inicial. Uno de los puntos de atención a nivel de políticas urbanas —que surge en los censos— es la caracterización demográfica poblacional de un espacio determinado. A partir de diversos estudios de orden nacional ha sido posible observar que las migraciones son uno de los tres componentes demográficos *“que determinan el volumen, estructura y distribución de la población en un territorio”* (4).

En el Siglo XIX, Colombia inició un proceso urbanístico desorganizado, del que es característica la segregación habitacional. De ésta hay dos tipos, la *primera* es aquella que se da por las distancias físicas que separan al centro urbano de la periferia; la *segunda*, compuesta por una separación subjetiva que existe en un espacio determinado sin que medie la distancia, en algunos casos se manifiesta con la construcción de un muro o una unidad de la policía que separa grupos dentro de un barrio o localidad, en lo que se denomina un proceso de fragmentación espacial (5).

La característica de la relación que se da, es la casi nula la interacción entre los individuos, por el miedo, el recelo a entablar relaciones, el uso de ciertos materiales en las construcciones, la división del trabajo (jerarquías), entre otros. En este sentido Castells, al observar la organización espacial de las ciudades, señala que existe una *“particular tendencia a la organización del espacio en zonas de fuerte homogeneidad social interna y de fuerte disparidad social entre ellas, entendiéndose esta disparidad no solo en términos de diferencia sino de jerarquía”* (6).

Dicha separación entre los grupos reproduce inequidades, y ayuda al mantenimiento de las diferencias, al concentrar mejores oportunidades en el núcleo urbano, y la existencia de pocos hospitales y centros educativos en las zonas periféricas. A la vez, dicho aislamiento genera subjetivamente discursos de segregación y discriminación, construyendo imaginarios de inseguridad atribuidos a quienes habitan las zonas periféricas, de igual manera ocurre un proceso de segregación de quien habita la periferia, que resulta en una suerte de discriminación contra quien habita zonas de mejor posición económica, lo anterior no permite la movilidad, ni la integración social.

La segregación obedece también a políticas públicas que al manejar discursos de organización sectorial del espacio, fomentan la segregación espacial. De igual manera lo hacen las políticas de vivienda en las que la oferta del espacio se rige por el mercado, por el capital, en consecuencia el acceso a la vivienda de manera formal se ve socavado por la falta de recursos suficientes para adquirirla, y en tanto no existe un control sobre los precios,

se incrementa el mercado informal en oferta de terrenos informales para vivienda, *“la magnitud de la renta tiende a ser tan grande como grande sea el beneficio diferencial que resulte de la localización ventajosa de cada terreno con respecto a otras localizaciones menos favorables”* (7), por ejemplo, cuando un terreno es muy caro es porque tiene amplias ventajas y abundante demanda.

De acuerdo con la CEPAL, la segregación residencial implica que los diferentes grupos socioeconómicos de una ciudad vivan de manera separada, con poca o nula convivencia residencial. Existen casos en donde cada espacio residencial de una ciudad presenta total homogeneidad socioeconómica y, a la vez, se diferencia completamente de los espacios donde residen los otros grupos socioeconómicos (8).

La concentración territorial, al igual que la desigualdad social, también tiende a *“heredarse”* y a reproducirse, en particular a través de mecanismos de mercado (el precio del suelo y de la vivienda), regulaciones urbanísticas, normas de financiamiento local y procedimientos y políticas públicas (sobre todo de vivienda y transporte). Pero por el carácter territorial de la segregación, la movilidad geográfica de la población se convierte en un factor clave, ya que puede modificar la situación residencial de las personas y, por efecto agregado, cambiar los niveles y patrones de la segregación residencial (8).

De acuerdo con la CEPAL, *“los distintos mecanismos de aislamiento territorial, dificultan la pertenencia al conjunto de la sociedad y al disfrute de su progreso, limita la comunicación ampliada que redunde en beneficios desde la perspectiva del ejercicio de ciudadanía, del enriquecimiento cultural y de la ampliación de oportunidades para llevar a cabo proyectos de vida con autonomía. La sociedad se priva del aprendizaje que brinda el reconocimiento entre distintos y se habitúa a asociar la homogeneidad del espacio con la estratificación de grupos sociales. El gran “perdedor” es el sentido de igualdad, como valor que no termina de internalizarse ni de plasmarse en la vida colectiva”* (8).

En Colombia existen pocos estudios empíricos sobre segregación residencial, aunque es un fenómeno evidente en la mayoría de las grandes ciudades del país. En un estudio reciente en la ciudad de Santiago de Cali, sobre segregación residencial se evidenció la existencia de *dos clusters*: las personas con elevada educación se localizan en el eje longitudinal central de la ciudad, mientras que la población afrocolombiana se localiza en la periferia de la ciudad. El trabajo identificó las zonas homogéneas con alta correlación espacial, describió los cambios en la segregación residencial en la ciudad de Santiago de Cali entre 1993 y 2005 y señaló que la segregación persiste en la ciudad (3). Un análisis realizado por Fernando Urrea con datos de la misma ciudad de la Encuesta Nacional de Hogares (ENH), reflejó que el problema de segregación residencial se relacionó con un modelo de urbanización con base en inversión en infraestructura física, el olvido de las comunas que reciben mayor población migrante (en su mayoría población afrocolombiana) de la región, y falta de integración social en los corredores urbanos de la ciudad (9). Urrea atribuye estos problemas a la falta de articulación entre inversión social e inversión en infraestructura y a la falta de implementación de herramientas de ordenamiento territorial que permitan una planeación organizada de la ciudad.

En Colombia, La Ley 388 de 1997 es el origen de los Planes de Ordenamiento Territorial (POT), que son el instrumento para la planeación económica, física y social del espacio en los municipios, esto acorde a los Planes de Desarrollo Regionales. Los POT se dividen en tres tipos: **1.** Plan de Ordenamiento Territorial, POT: Municipios con más de 100.000 habitantes, **2.** Plan Básico de Ordenamiento Territorial, (PBOT) Municipios entre 30.000 y 100.000 habitantes y **3.** Esquema Básico de Ordenamiento Territorial, (EOT) Municipios con menos de 30.000 habitantes. Es claro entonces que el factor demográfico es transversal al momento de construir la estructura de ordenamiento a nivel territorial. A partir de los objetivos de la Ley 388, se reconoció que el ordenamiento del territorio corresponde a una función pública del desarrollo territorial, de tal manera que busca posibilitar el acceso a las vías públicas, la infraestructura del transporte y los demás servicios públicos, también reconoce la función social de

la propiedad atada a su característica ecológica, y busca facilitar el acceso a las oportunidades para el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes.

Sobre las condiciones de vivienda

Siendo la vivienda uno de los indicadores para determinar los índices de pobreza, es la situación de habitabilidad referida a la composición de éstas (materiales, habitantes, acceso a servicios sanitarios), un paso necesario en el análisis contextual de las desigualdades en Colombia, sumado a esto *“el estudio de las relaciones de vivienda y pobreza debe referirse a la situación habitacional de los hogares diferenciados de acuerdo al método de la línea de pobreza (que diferencia la capacidad de consumo básico)”* (10), por eso la vivienda se convierte en indicador del nivel de bienestar social, ésta se considera marcador de movilidad ascendente de los habitantes, en tanto es considerado un bien activo que permite adquirir o incrementar el indicador monetario.

Ciertas condiciones relacionadas con el ambiente de la vivienda, que se asocian a determinados situaciones de habitabilidad precarias y la carencia de servicios básicos –como el acceso a agua potable–, pueden ser determinantes para la aparición de ciertas enfermedades (11). Otro de los aspectos problemáticos referidos a la habitabilidad precaria (hacinamiento), está en los patrones de cohabitación extendida en los que varios núcleos familiares se agrupan en un único espacio, limitando el uso del espacio común, que genera problemas de convivencia. Estas estrategias de convivencia familiar– de uso primordialmente urbano–, repercuten de diversa manera en la distribución del ingreso y la cotidianidad de los individuos.

De acuerdo con un estudio del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio (MUCT), la dimensión de servicios públicos y condiciones de vivienda ha contribuido notablemente a la disminución del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), lo que de acuerdo al estudio, se explica por el impulso de la actual política habitacional.

Esto se ha evidenciado, según el mismo Estudio en la disminución del uso de materiales inadecuados en la construcción de viviendas, en la reducción de los hacinamientos y en un mayor acceso a vivienda digna. Afirma el Estudio, basado en las cifras del DANE que el porcentaje de hogares con pisos inadecuados pasó de 7.5% en 2008 al 5.4% en el 2013. Así mismo el porcentaje de hogares que habitan en hacinamiento crítico ha disminuido tanto para el total nacional como para la desagregación urbano-rural. En el total nacional pasó de 15.8% en el 2008 a 12.3% en el 2013 (12).

Por otra parte, en un Informe reciente sobre déficit de vivienda a 2012, se señaló que el déficit habitacional fue de 16,4% en comparación con un 27% en el 2005. Es decir que para el 2012 el déficit era de 1.647.093 unidades. De esta cifra el déficit cuantitativo de vivienda bajó del 12,56% en 2005 al 5,54% en 2012. Esto es una reducción de 46,3% con respecto al 2005. Se estimó que 554.087 hogares requerían una solución en vivienda. Por el lado del déficit cualitativo se encontró que la reducción ha sido del 7,8% desde 2005 de manera que para 2012 se estimó que cerca de 1.093.066, hogares urbanos tenían algún tipo de carencia cualitativa (13). A pesar de las evidentes mejoras del país, se siguen manteniendo brechas entre grupos poblacionales, de finidos por su posición social, o brechas de tipo regional y por área de residencia.

Sobre los servicios de agua y alcantarillado

De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación (DNP), para 2013 la cobertura de acueducto en el área urbana fue de 97,16% y de 73,34%⁵ en el área rural, incluyendo soluciones alternativas. En el servicio de alcantarillado la cobertura alcanzada en el área urbana fue de 91,18% y cobertura de 69,93% para lo rural, incluyendo soluciones alternativas. Señala el mismo DNP que en los últimos 20 años se han presentado cambios importantes en el sector de Agua Potable y Saneamiento Básico a partir de la expedición de la Ley 142 de 1994 (Ley de Servicios Públicos Domiciliarios), según el DNP, esta Ley ha permitido la recuperación de costos de inversión, operación y mantenimiento vía tarifa con criterios de solidaridad, el impulso a esquemas de prestación con participación privada y mecanismos para la articulación de fuentes de financiación para ejecutar inversiones en el sector y fortalecer la planeación sectorial a nivel local, como son los Planes Departamentales para el Manejo Empresarial de los Servicios de Agua y Saneamiento (PDA), que han permitido una dinámica en el sector hacia el aumento de las coberturas de los servicios de acueducto y alcantarillado y mejora en la calidad de los mismos (13).

El DNP resaltó también que las coberturas urbanas y rurales de acueducto y alcantarillado, han disminuido sus brechas logrando pasar de diferencias de 25 p.p. en acueducto y alcantarillado en 2009, a diferencias de 24 y 21 respectivamente en 2013, aunque reconoce que se siguen presentando menores coberturas en el servicio de alcantarillado, principalmente en las regiones Caribe y Pacífica. De tal manera señaló el mismo DNP, que si bien en el país se ha avanzado en el aumento de las coberturas de los servicios de acueducto y alcantarillado, se observó un rezago en las áreas rurales, principalmente para el servicio de alcantarillado en regiones como la Caribe y Pacífica, en donde a pesar de las inversiones realizadas se requieren mayores esfuerzos sectoriales. Un mayor impulso a inversiones en el área rural en los PDA y articulación con las diferentes fuentes de financiación (13).

En un diagnóstico realizado por la CEPAL en 2010, se concluyó entre otros elementos, que el país iba en general por un buen camino en cuanto al logro de metas en relación con la cobertura y calidad de los servicios de agua potable y saneamiento básico, pero recomendaba simplificar el sistema operativo de los PDA y priorizar la definición de los esquemas de prestación y la vinculación de operadores esencialmente regionales. Así mismo precisó focalizar esfuerzos para vincular los 550 municipios de menos de 10.000 habs. que para la fecha no formaban parte del PDA y fortalecer de manera prioritaria la vigilancia y control a estos prestadores, dado que en estos municipios se concentran los problemas de calidad y cobertura que tiene el país (14).

Referencias

1. Tabacinic KR, World Health O, Comisión sobre Determinantes Sociales de la S. Subsana las desigualdades en una generación alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud; 2009. Available from: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=579108>
2. LaRosa M, Mejía P G, Godoy M. Historia concisa de Colombia (1810-2013) : una guía para lectores desprevénidos. 2013.
3. Vivas Pacheco H. Persistencia de la segregación residencial y composición del capital humano por barrios en la ciudad de Cali. *espe Ensayos sobre POLÍTICA ECONÓMICA*. 2013;31(spe70):121–55.
4. Departamento Nacional de Estadística. Demografía y Población- Movilidad y Migración [Internet]. 2015. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/movilidad-y-migracion>
5. Prevot Schapira M-F. Fragmentación espacial y social : conceptos y realidades. *Perfiles Latinoam*. México: Flacso (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales); 2001;10(19):33–56.
6. Castells M. La cuestión urbana. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1976.
7. Merkel GMR. Que es y que no es segregación residencial. Contribuciones para un debate pendiente. *Biblio 3w Rev bibliográfica Geogr y ciencias Soc*. 2014;
8. Comisión Económica para América Latina., Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible : Trigésimo quinto período de sesiones de la CEPAL, Lima, 5 a 9 de mayo 2014 [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2014 [cited 2015 Dec 27]. Available from: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36692/LCG2586SES353s_es.pdf?sequence=6
9. Urrea F. Dinámica socio demográfica, mercado laboral y pobreza urbana en Cali durante las décadas de los años 80 y 90. 1997;
10. Arriagada C, Vignoli JR. Segregación residencial en áreas metropolitanas de América Latina: magnitud, características, evolución e implicaciones de política. United Nations Publications; 2003.
11. World Health O, Unicef. Progress on sanitation and drinking-water : 2014 update [Internet]. 2014. Available from: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1769047>
12. Ministerio de Vivienda ciudad y Territorio. Colombia: cien años de políticas habitacionales [Internet]. Bogotá, Colombia; 2014 [cited 2015 Dec 27]. Available from: <http://www.minvivienda.gov.co/Documents/100anosdepoliticas-habitacionales.pdf>
13. Departamento Nacional de Planeación. Evolución de las Coberturas de los Servicios de Acueducto y Alcantarillado (1985-2013). 2015.
14. Salinas JM. Retos a futuro en el sector de acueducto y alcantarillado en Colombia [Internet]. CEPAL, editor. 2011 [cited 2015 Dec 27]. Available from: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/42733/lcw379e.pdf>

1.6.2. Desigualdades en vivienda

Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo
Karol Patricia Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela

Al igual que para el análisis de los indicadores de educación y de empleo e ingresos, para el caso de las desigualdades en vivienda se utilizó la GEIH del DANE, anualizando sus resultados para los años 2008 y 2014, y generando los diferentes indicadores de *vivienda y hogares* para Colombia mediante los factores de expansión suministrados por la misma encuesta. La base principal que se utilizó en el análisis fue vivienda y hogares, tomando como unidad de análisis los hogares, entendidos como una persona o grupo emparentados o no, que habitan la misma vivienda y atienden sus necesidades básicas con un presupuesto común (1), esto con el fin de realizar análisis de la distribución de los indicadores de interés a este nivel. Esta base se complementó mediante variables llave con las bases de: *Ocupados, Desocupados, Inactivos y Otros ingresos*, para el cálculo del nivel de ingresos por hogar.

Porcentaje de hogares en condiciones de hacinamiento

El porcentaje de hogares que habitan viviendas en condiciones de hacinamiento (3 o más personas por habitación en zonas urbanas y más de tres en rurales) (2), fue de 15,84% para Colombia en 2008, reduciéndose a 12,19% en 2014. Un análisis del indicador por área mostró que sus valores son similares en las zonas urbanas y rurales para los años evaluados, pues en 2008 fueron 12,23% y 12,02%, mientras que para 2014 fueron 16,02% y 15,23%, respectivamente. Al comparar el indicador por el nivel de ingresos mensuales *per cápita* del hogar, se encontró que a menor magnitud del mismo se reportó mayor porcentaje de hacinamiento, además se observó una tendencia de reducción del indicador en el tiempo (Figura 1.36.).

El análisis por estrato socioeconómico evidenció que los hogares cuyas viviendas cuentan con conexión ilegal de electricidad tuvieron el mayor porcentaje de hacinamiento. Se observó un gradiente donde el indicador disminuyó a medida que aumentó el estrato, además se observó una mejoría al comparar 2008 y 2014 (Figura 1.37.). En 2008 el departamento del Cesar tuvo el mayor valor del indicador en 2008, mientras que en 2014 lo tuvo el Magdalena, mientras que en esos mismos años los menores valores se presentaron en Caldas, además, entre los dos años estudiados Chocó presentó el mayor aumento absoluto de hogares en hacinamiento, mientras que Cesar en esos mismos años presentó la mayor disminución (Tabla 1.19.).

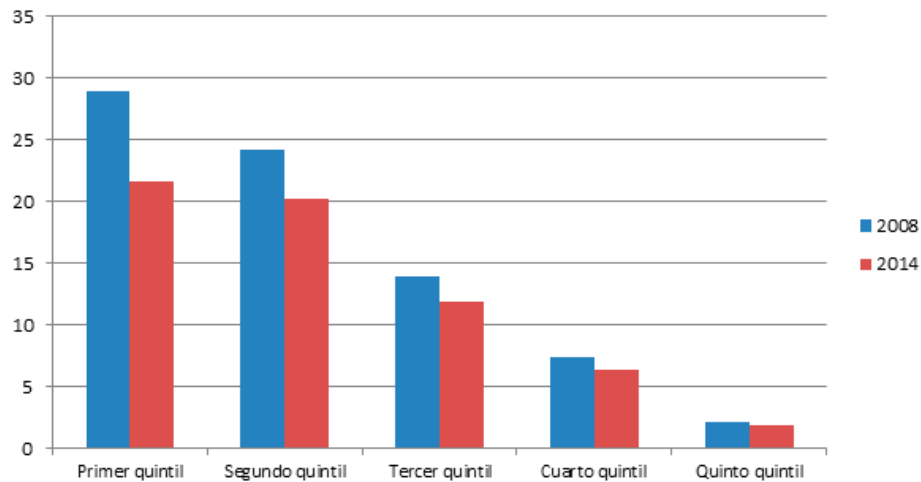


Figura 1.36. Porcentaje de hogares en viviendas en condiciones de hacinamiento por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

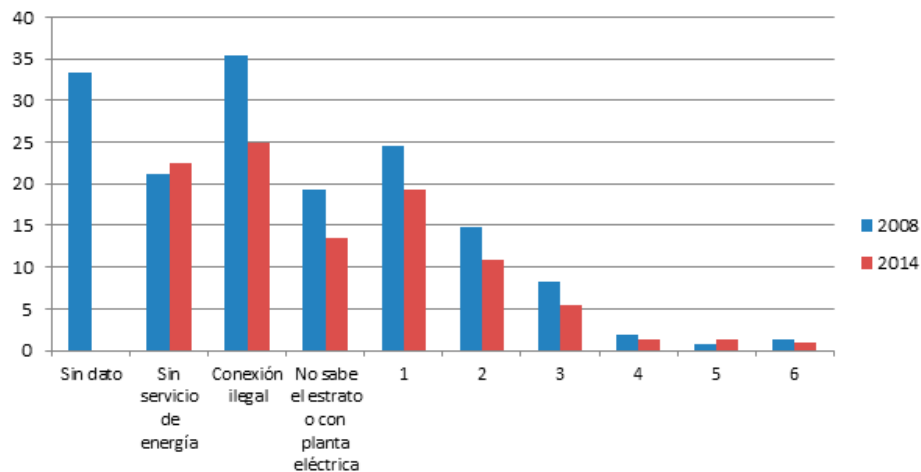


Figura 1.37. Porcentaje de hogares en viviendas en condiciones de hacinamiento por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.19. Porcentaje de hogares en viviendas en condiciones de hacinamiento por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	HOGARES EN VIVIENDAS CON HACINAMIENTO (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	11,98	8,30	-3,68
Atlántico	20,07	19,39	-0,68
Bogotá, D.C.	13,21	10,05	-3,16
Bolívar	24,54	20,32	-4,23
Boyacá	13,53	9,60	-3,93
Caldas	8,99	6,41	-2,58
Caquetá	10,47	12,08	1,61
Cauca	14,02	10,19	-3,83
Cesar	33,84	24,10	-9,74
Chocó	9,26	14,46	5,20
Córdoba	24,86	17,23	-7,63
Cundinamarca	15,83	11,73	-4,11
Huila	15,63	11,20	-4,43
La Guajira	32,29	27,12	-5,17
Magdalena	32,16	28,30	-3,86
Meta	14,78	9,84	-4,94
Nariño	19,31	14,06	-5,26
Norte de Santander	24,04	17,87	-6,17
Quindío	9,32	7,91	-1,41
Risaralda	10,57	6,75	-3,82
Santander	11,12	9,60	-1,51
Sucre	25,86	19,97	-5,89
Tolima	16,05	10,28	-5,77
Valle del Cauca	11,90	8,09	-3,82

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Porcentaje de hogares en viviendas con servicios inadecuados

Las viviendas con servicios inadecuados pueden ser entendidas como aquellas que en áreas urbanas que no cuenten con sanitario, o no tengan acueducto y su aprovisionamiento de agua sea de fuentes naturales o carro tanques; mientras que en áreas rurales son aquellas que no cuenten con servicio sanitario y acueducto, aprovisionándose de fuentes naturales (3,4). En Colombia para el año 2008 el porcentaje de hogares que habitaban viviendas con servicios inadecuados fue de 2,85% mientras que para 2014 fue de 2,83%. En los dos años evaluados el indicador fue mayor en áreas rurales que urbanas, siendo para 2008 de 6,44% y 1,77%, respectivamente, y para 2014 de 6,24% y 1,89%.

Se observó un gradiente de disminución del indicador a mayor nivel de ingreso de los hogares, además al comparar 2008 con 2014 se encontró un aumento de su magnitud, especialmente en los hogares con menos ingresos (Figura 1.38.). La estratificación por nivel socioeconómico reveló que aquellos estratos más bajos tienen las mayores magnitudes del indicador, con porcentajes muy pequeños en los estratos dos en adelante (Figura 1.39.).

El departamento del Chocó tuvo el mayor valor del indicador tanto en 2008 como en 2014, mientras que en ambos años Bogotá, D.C. tuvo los indicadores de menor magnitud; Chocó además presentó la mayor reducción absoluta de viviendas con servicios inadecuados al comparar 2008 con 2014, mientras que La Guajira presentó el mayor incremento en dichos años (Tabla 1.20.).

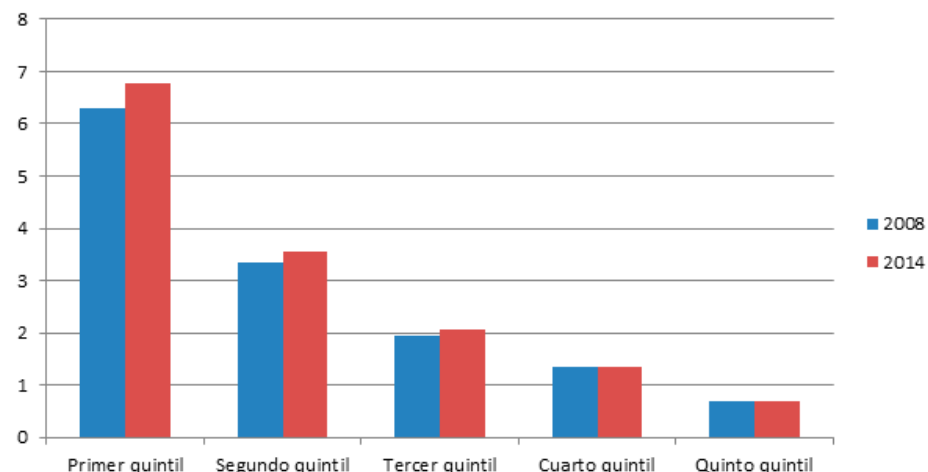


Figura 1.38. Porcentaje de hogares en viviendas con servicios inadecuados, por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

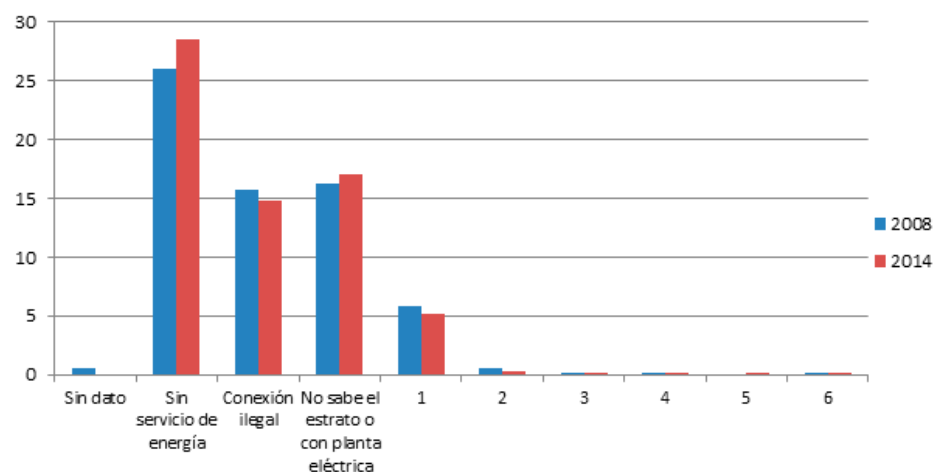


Figura 1.39. Porcentaje de hogares en viviendas con servicios inadecuados, por estrato socioeconómico, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.20. Porcentaje de hogares en viviendas con servicios inadecuados por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	HOGARES EN VIVIENDAS CON HACINAMIENTO (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	0,72	1,35	0,63
Atlántico	1,75	2,40	0,65
Bogotá, D.C.	0,07	0,04	-0,03
Bolívar	12,33	10,28	-2,05
Boyacá	1,78	0,80	-0,99
Caldas	0,09	0,31	0,23
Caquetá	2,22	0,57	-1,65
Cauca	5,12	4,06	-1,06
Cesar	5,50	3,72	-1,78
Chocó	59,74	45,74	-14,00
Córdoba	6,07	3,82	-2,25
Cundinamarca	1,11	0,89	-0,22
Huila	1,68	0,82	-0,86
La Guajira	12,62	18,45	5,82
Magdalena	6,25	9,79	3,53
Meta	3,16	0,56	-2,60
Nariño	3,87	5,19	1,32
Norte de Santander	1,46	0,80	-0,66
Quindío	0,29	0,11	-0,18
Risaralda	0,08	0,21	0,13
Santander	1,47	1,24	-0,23
Sucre	6,29	6,18	-0,10
Tolima	2,37	2,18	-0,20
Valle del Cauca	0,71	1,03	0,32

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Porcentaje de hogares en viviendas inadecuadas

El porcentaje de hogares que residen en viviendas inadecuadas (viviendas no indígenas que son móviles o ubicadas en refugios naturales o bajo puentes, o con materiales inadecuados de paredes y pisos) (2) fue de 3,13% en 2008, y aumentó a 3,29% en 2014. Los hogares urbanos tuvieron mayores indicadores que los rurales, pues para 2008 los valores fueron 3,72% y 1,18%, respectivamente, mientras que para 2014 fueron 3,84% frente a 1,33%.

Los hogares con peores ingresos tuvieron el mayor porcentaje de viviendas inadecuadas, con un gradiente donde el indicador disminuye a medida que se incrementa esta variable de estratificación; además, al comparar 2014 con 2008 se observó un aumento del indicador especialmente en los hogares más pobres (Figura 1.40.). El análisis por estrato socioeconómico mostró que las viviendas con conexión ilegal tuvieron las mayores magnitudes del indicador, con un gradiente donde este disminuyó con el aumento del estrato (Figura 1.41.).

En 2008 el departamento de Sucre presentó los mayores valores del indicador, mientras que en 2014 los presentó Chocó, así mismo, en estos años los departamentos de Boyacá y Bogotá, D.C. presentaron, respectivamente, los menores niveles de hogares con viviendas inadecuadas; por su parte al comparar 2008 y 2014 el departamento de Bolívar tuvo el mayor aumento absoluto del indicador, mientras que la mayor reducción absoluta la tuvo Quindío (Tabla 1.21.).

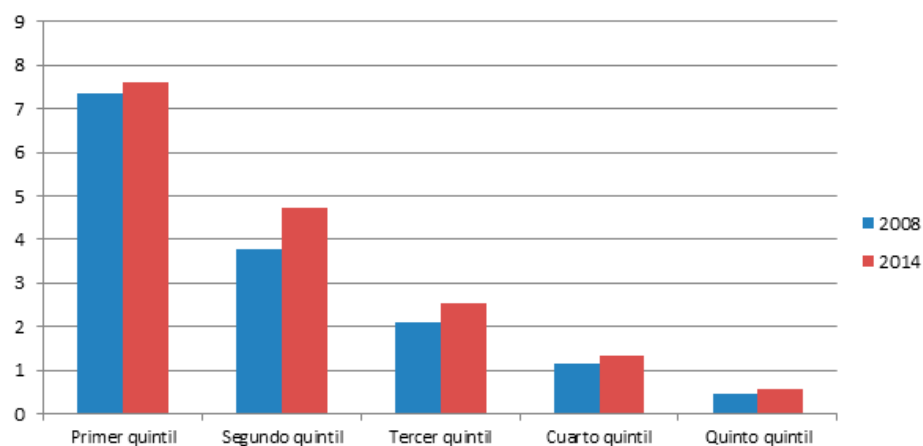


Figura 1.40. Porcentaje de hogares en viviendas inadecuadas por quintil de ingreso mensual *per cápita* del hogar, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

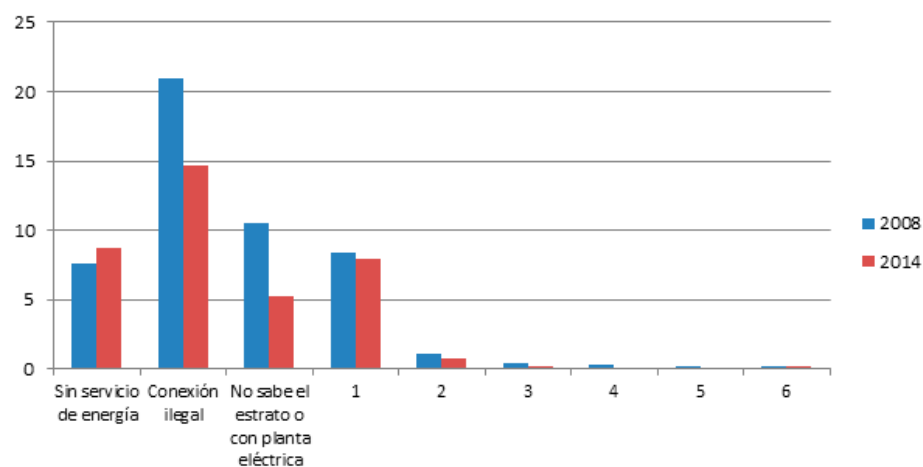


Figura 1.41. Porcentaje de hogares en viviendas inadecuadas por estrato socioeconómico, 2008 y 2014

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Tabla 1.21. Porcentaje de hogares en viviendas inadecuadas por departamento, 2008 y 2014

DEPARTAMENTO	HOGARES EN VIVIENDAS CON HACINAMIENTO (%)		DIFERENCIA 2014-2008
	2008	2014	
Antioquia	1,60	2,00	0,40
Atlántico	2,88	2,74	-0,14
Bogotá, D.C.	0,59	0,55	-0,05
Bolívar	6,69	10,46	3,77
Boyacá	0,56	0,65	0,09
Caldas	2,94	2,32	-0,61
Caquetá	7,39	7,76	0,36
Cauca	4,59	3,64	-0,95
Cesar	6,57	4,84	-1,73
Chocó	11,91	13,46	1,55
Córdoba	11,60	9,75	-1,84
Cundinamarca	1,97	1,93	-0,04
Huila	2,17	2,19	0,02
La Guajira	8,09	7,45	-0,64
Magdalena	5,91	6,97	1,06
Meta	3,75	3,71	-0,04
Nariño	4,59	5,82	1,23
Norte de Santander	3,50	4,00	0,49
Quindío	3,60	1,62	-1,98
Risaralda	1,18	1,63	0,45
Santander	1,79	1,61	-0,18
Sucre	13,44	12,47	-0,97
Tolima	2,67	2,35	-0,32
Valle del Cauca	2,63	2,74	0,12

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Teniendo en cuenta todo lo anterior se puede afirmar que en Colombia si bien ha habido 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. Así 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 inadecuados; 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 cuenta 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.

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Manual de Resolección y Conceptos Básicos Gran Encuesta Integrada de Hogares, Etapas 1510-1511-1512. Bogotá: Departamento Nacional de Estadísticas- DANE; 2015. p. 1–132.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Metodología Índice de Pobreza Multidimensional (IPM). 2014. p. 1–34.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Necesidades básicas Insatisfechas [Internet]. Bogotá; 2005. p. 1–14. Available from: https://www.dane.gov.co/censo/files/resultados/prest_NBI_100708.pdf
4. Ferez JC, Mancero X. El Método de la Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina [Internet]. 2001. Available from: [http://dds.cepal.org/infancia/guide-to-estimating-child-poverty/bibliografia/capitulo-III/Feres Juan Carlos y Xavier Mancero \(2001b\) El metodo de las necesidades basicas insatisfechas \(NBI\) y sus aplicaciones en America Latina.pdf](http://dds.cepal.org/infancia/guide-to-estimating-child-poverty/bibliografia/capitulo-III/Feres Juan Carlos y Xavier Mancero (2001b) El metodo de las necesidades basicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en America Latina.pdf)



2

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

2.1. Metodología

Introducción

Luz Ángela Chocontá-Piraquive
Karol Cotes-Cantillo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las inequidades sanitarias como *“las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades”* (1). Si bien hay quienes hacen diferencia entre desigualdades e inequidades refiriéndose a las inequidades como injustas en este sexto informe se usaran ambos términos sin distinción y en ambos casos se referirán a diferencias injustas en los eventos en salud estudiados.

La medición de las desigualdades en salud es importante para identificarlas, estudiar sus causas y hacerles seguimiento, particularmente cuando se implementan políticas públicas para intervenirlas. La medición de las desigualdades es, en sí misma, es una forma de promover la equidad en salud (2). Actualmente no existe una metodología que sea mejor que otra para medir las desigualdades, pero se considera importante usar tanto medidas relativas como medidas absolutas (3). Esta revisión pretende 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 en Colombia.

Se consideraron varias fuentes de información para la revisión de literatura: **1.** Bases electrónicas de referencias, **2.** Revisión de la bibliografía de los artículos incluidos, y **3.** Búsquedas en repositorios de trabajos de grado de universidades. La búsqueda se desarrolló para identificar investigaciones, cuyo objetivo fuera la medición de desigualdades para cualquier desenlace en salud en función de uno o más ejes de posición social, en población colombiana y publicados a partir del año 2000. Para hacer la búsqueda se seleccionaron las bases de datos de citas PubMed y LILACS.

Para la búsqueda en PubMed no se encontró un término MeSH para desigualdades o inequidades en salud, la búsqueda con el algoritmo *“Social Determinants of Health” [Mesh]* AND *“Colombia” [Mesh]* arrojó únicamente un artículo. Por eso se realizó una búsqueda usando la combinación de las palabras *“inequality”, “inequity”, “equity”, “determinants”,* con la etiqueta [tw], junto con el término MeSH para Colombia. En la base de LILACS se buscó inicialmente usando los términos DeCS *“Desigualdades en salud”, “Equidad en salud”* y *“Colombia”* y también se realizaron búsquedas usando las palabras *“desigualdad”, “*equidad”, “determinantes”* y el término *“Colombia”*. Adicionalmente, se realizaron búsquedas en los repositorios de la Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Rosario, Universidad de Antioquia, y Pontificia Universidad Javeriana. Usando los mismos términos: desigualdad, equidad o determinantes dependiendo del tipo de buscador y del tipo de indexación utilizado por las universidades, la búsqueda se restringió a las áreas de la salud.

Extracción de la información y síntesis de los resultados

La evaluación, extracción y análisis de la información fue llevada a cabo por un solo revisor. Después de obtener los *abstract* de las búsquedas y eliminar los duplicados, se evaluaron los *abstract* para incluir aquellos que describieran resultados en salud

para algún eje de posición social como el nivel socioeconómico (NSE), el nivel educativo, la ocupación, el sexo u otros. Entre los elegidos para lectura completa se revisó que la metodología y resultados presentados fueran coherentes con el contenido del *abstract*. Una vez se obtuvieron los estudios que cumplían con estos criterios, se realizó lectura en texto completo de los mismos y se extrajo la información de identificación del artículo, objetivos, metodología, indicadores utilizados para medir desigualdades y resultados principales en una matriz en *Excel*®.

Se extrajeron los resultados únicamente para las variables de posición social y en los que se identificaron desigualdades. El presente análisis hace énfasis en las 27 investigaciones cuyo objetivo principal era la medición o evaluación de desigualdades. Los resultados se presentan en el siguiente orden: *características de las publicaciones, metodologías usadas para valorar las desigualdades, ejes de posición social y desenlaces en salud* para los que se evaluaron las desigualdades y resultados principales de las desigualdades encontradas en Colombia.

2.2. Resultados

Resultados de la búsqueda

En la Figura 2.1. se resumen los resultados de la búsqueda y selección de literatura incluida para el análisis. De los 70 artículos elegidos para lectura completa se eliminaron 25, entre las razones para su exclusión se encuentran que la información del *abstract* no era coherente con la metodología o lo consignado en los análisis, que no contenían datos desagregados para Colombia, o eran artículos de revisión. De los 45 artículos y documentos restantes, el presente análisis se centra en 27, cuyo objetivo principal era la medición o evaluación de desigualdades. De estos se excluyó el correspondiente a una tesis de posgrado, debido a que el documento presentaba múltiples errores y vacíos de información por lo que no fue posible extraer los resultados.

Los 18 artículos restantes fueron excluidos de este análisis debido a que a pesar de incluir desenlaces en salud y variables *proxy* de la posición social o de mencionar las desigualdades en la discusión o *abstract* no era su objetivo la evaluación de desigualdades o inequidades en salud. Entre estos había análisis de determinantes, factores asociados a desenlaces en salud y barreras para el acceso a servicios de salud. (Figura 2.1.)

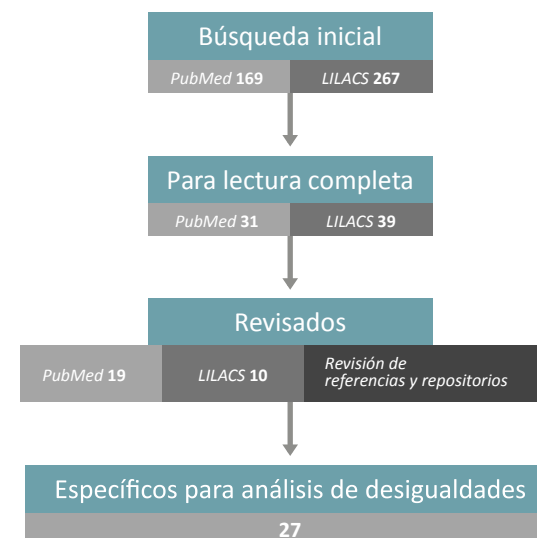


Figura 2.1. Diagrama de flujo sobre la revisión de la literatura

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

En la Tabla 2.1. se presentan las características principales de los artículos elegidos para el análisis, el primer autor, el año de publicación, el periodo de estudio y la fuente de datos utilizada. Además se describen los desenlaces en salud para los que se midió la desigualdad y el tipo de medida usada, si en el estudio se emplearon medidas de desigualdad absoluta, relativa o ambas.

Tabla 2.1. Características de los estudios incluidos en la revisión

	TIPO DE ESTUDIO	DESENLACES EN SALUD	ABSOLUTA, RELATIVA O AMBAS	PAÍS, CIUDAD O MUNICIPIO	PERIODO DE ESTUDIO	FUENTE DE DATOS
Arroyave, 2014 (4)	Transversal	Mortalidad prematura total	Ambas	Colombia	1998-2007	DANE.
Gonzales, 2014 (5)	Transversal	Actividad física	Relativa	Colombia	2005-2010	ENSIN
Alzate, 2012 (6)	Ecológico	Incidencia de sífilis congénita	Relativa	Colombia	2005- 2011	Sivigila, DANE
Acosta, 2006 (7)	Ecológico	Cobertura vacunación	Ambas	Colombia	2000 y 2003	DANE INS (datos de coberturas)
Eslava, 2008 (8)	Costo-eguidad	Salud (Cobertura vacunación DPT, mortalidad < 5 años por malaria, mortalidad por malaria, partos atendidos por personal profesional, vacunación MMR)	Relativa	Colombia	1998-2005	DANE, ENDS
Jaramillo, 2013 (9)	Ecológico	Tasa de mortalidad infantil	Relativa	Colombia	2003-2009	DANE, REPS
Pinilla, 2011 (10)	Transversal	Tratamiento ideal para la HTA	Relativa	Colombia	Sept 2007- Feb 2008	Secundarios de otro estudio
Sandoval, 2013 (11)	Ecológico	Tasas de mortalidad materna	Relativa	Colombia	2000-2009	DANE
García, 2012 (12)	Transversal	retraso en el crecimiento	Relativa	Colombia	2005	ENDS, DANE
	Sobrepeso					
Cerezo, 2012 (13)	Transversal	Diabetes	Relativa	Colombia	NE	ENS 2007
	HTA					
Rodríguez, 2007 (14)	NE	Años persona vividos	Relativa	Colombia	2000	DANE, informes y estudios nacionales
García, 2014 (15)	Transversal	Atención primaria en los últimos 3 meses	Relativa	Bogotá, D.C. (Kennedy) y Soacha	2011	primarios
		Atención secundaria en los últimos 3 meses				
		Atención urgencias				
		Control de glicemia				
		Prevención de caries				
		Prevención del cáncer de seno				
Macías, 2013 (16)	Transversal	antecedente de tabaquismo	Relativa	Colombia	2007	ENS 2007
		Tabaquismo actual				
		Cesación del habito				
Velásquez, 2009 (17)	Cohorte retrospectiva	Acceso a tratamiento de cáncer de mama	Relativa	NE	2005- 2006	Primarios

	TIPO DE ESTUDIO	DESENLACES EN SALUD	ABSOLUTA, RELATIVA O AMBAS	PAÍS, CIUDAD O MUNICIPIO	PERIODO DE ESTUDIO	FUENTE DE DATOS
Mosquera, 2012 (18)	Ecológico	Tasas de mortalidad infantil	Relativa	Bogotá, D.C.	2003, 2007	Fuentes distritales y nacionales (encuesta calidad de vida, monitoreo rápido de vacunación, sistema de vigilancia nutricional)
		Tasa mortalidad < 5				
		Prevalencia de malnutrición aguda en < 5				
		Cobertura de vacunación DPT				
Ruiz, 2013 (19)	Longitudinal de tendencia	Estado de salud menos que bueno	Relativa	Colombia	2003, 2008	Encuesta de Calidad de Vida, DANE
		Presencia de enfermedad crónica				
		Cobertura aseguramiento				
		Cobertura aseguramiento rural				
		Cobertura aseguramiento urbano				
		Afiliación al régimen contributivo				
		Afiliación al régimen subsidiado				
		Cualquiera visita medicina preventiva				
		Cualquiera visita de odontología				
		Cualquier visita curativa				
		Cualquier remisión o visita al especialista				
		Cualquier hospitalización				
		Calidad percibida del servicio de medicina general o especialista (menos que buena)				
		Calidad percibida del servicio hospitalario (menos que buena)				
		Suministro parcial o total de medicamentos				
		Días de espera: visita médica u odontológica				
		Días de espera: visita al especialista				
		Contribución mensual por aseguramiento en salud				
		Gasto de bolsillo en consulta externa por un problema específico de salud por mes				
		Gasto de bolsillo por hospitalización por año				
		Gasto de bolsillo en salud por mes				

	TIPO DE ESTUDIO	DESENLACES EN SALUD	ABSOLUTA, RELATIVA O AMBAS	PAÍS, CIUDAD O MUNICIPIO	PERIODO DE ESTUDIO	FUENTE DE DATOS
Céspedes, 2002 (20)	Transversal	Cobertura aseguramiento, acceso a servicios de salud, utilización de servicios	Relativa	Colombia	1993, 1997	Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica, Encuesta Nacional de Calidad de Vida
de Charry, 2008 (21)	Cohorte retrospectiva	Tener que desplazarse a otra ciudad	Relativa	Bogotá, D.C. Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira	2005-2006	Primarios
		Tener que pagar por la biopsia				
de Charry, 2008 (22)	Cohorte retrospectiva	Acceso a la mamografía	Relativa	Bogotá, D.C. Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira	2005-2006	Primarios
		Acceso oportuno a la mamografía				
Mejía, 2007 (23)	Transversal	Acceso a servicios curativos	Relativa	Antioquia	2003	Encuesta de Calidad de Vida
		Acceso a servicios preventivos				
Fernández, 2015 (24)	Ecológico	Morbimortalidad por cáncer de mama	Relativa	Colombia	Morbilidad 2002- 2006, Mortalidad 2006- 2010.	DANE, SISPRO, BDU, ENDS 2005, INC y revisión de literatura
Guerrero, Trujillo, NE (25)	Transversal	Aseguramiento (afiliación)	Relativa	Colombia	2008	Encuesta integrada de hogares, 2008
Flórez, NE (26)	Transversal	Desnutrición crónica	Relativa	Colombia	1993, 1995	DHS 1995, Censo 1993
Acosta, 2014 (27)	Transversal	Estado de salud auto reportado	Relativa	Colombia	2005, 2010	ENDS 2005 y 2010, RIPS 2009- 2012
Universidad de Antioquia - MPS, 2010	Transversal	Estado de salud percibido	Relativa	Colombia	2002-2207	ENS 2007
		Discapacidad percibida				
Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá (OECVS), 2012 (28)	Transversal	Estado de salud auto reportado bueno o muy bueno	Ambas	Bogotá	2003- 2011	Encuesta de Calidad de Vida 2007 Encuesta Multipropósito Bogotá 2011
		Afiliación al régimen contributivo y exceptuado				
		Mal estado de salud				
		Malas condiciones de vida				
		No comió por falta de dinero				
		Consulta al médico por prevención				
		Personas con enfermedad o accidente en los últimos 30 días con atención de profesionales de la salud				
		Índice de alimentación y salud				

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

En la Figura 2.2. se presenta la frecuencia de los estudios de acuerdo al año de publicación. La mayoría de los estudios son de tipo transversal ($n=14$) seguidos en frecuencia por los estudios ecológicos ($n=6$) y tres estudios de cohorte retrospectiva. El 84,6% (22) de los estudios utilizaron datos secundarios, frecuentemente de encuestas nacionales como la Encuesta Nacional de Salud (ENS), Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) o la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV), entre otras. Estas encuestas recolectaron información diversa sobre el estado de salud de la población y también variables *proxy* de la posición social.

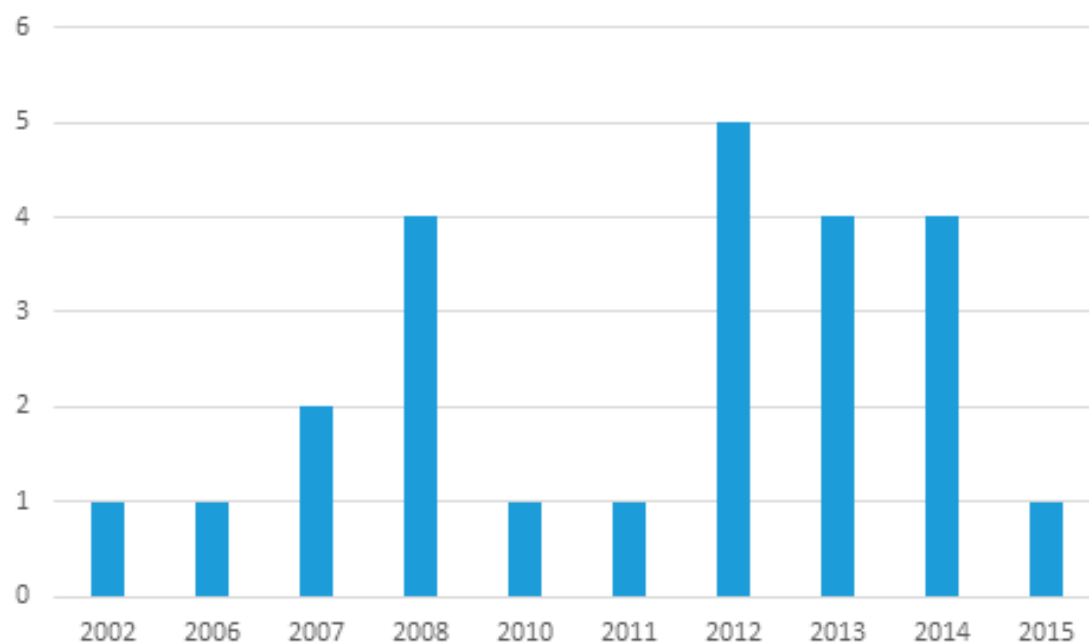


Figura 2.2. Distribución de la literatura sobre desigualdades sociales en Colombia, por año de publicación

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Luego de las encuestas nacionales, la fuente de datos más frecuentemente utilizada por los investigadores fueron las Estadísticas Vitales del DANE usadas en diez (10) de los estudios, y los datos primarios usados cuatro (4). Con respecto a la unidad geográfica de análisis, 26 estudios analizaron los datos a nivel de país, un (1) estudio para el departamento de Antioquia y cinco (5) estudios a nivel de ciudad. Todos los análisis a nivel de ciudad incluyeron a Bogotá, D.C. junto con otras ciudades. De los 26 estudios, 20 incluyeron un marco teórico sobre desigualdades y 19 discutieron las posibles limitaciones o debilidades del estudio.

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. En la Figura 2.3. se presenta la frecuencia agrupada de los desenlaces.

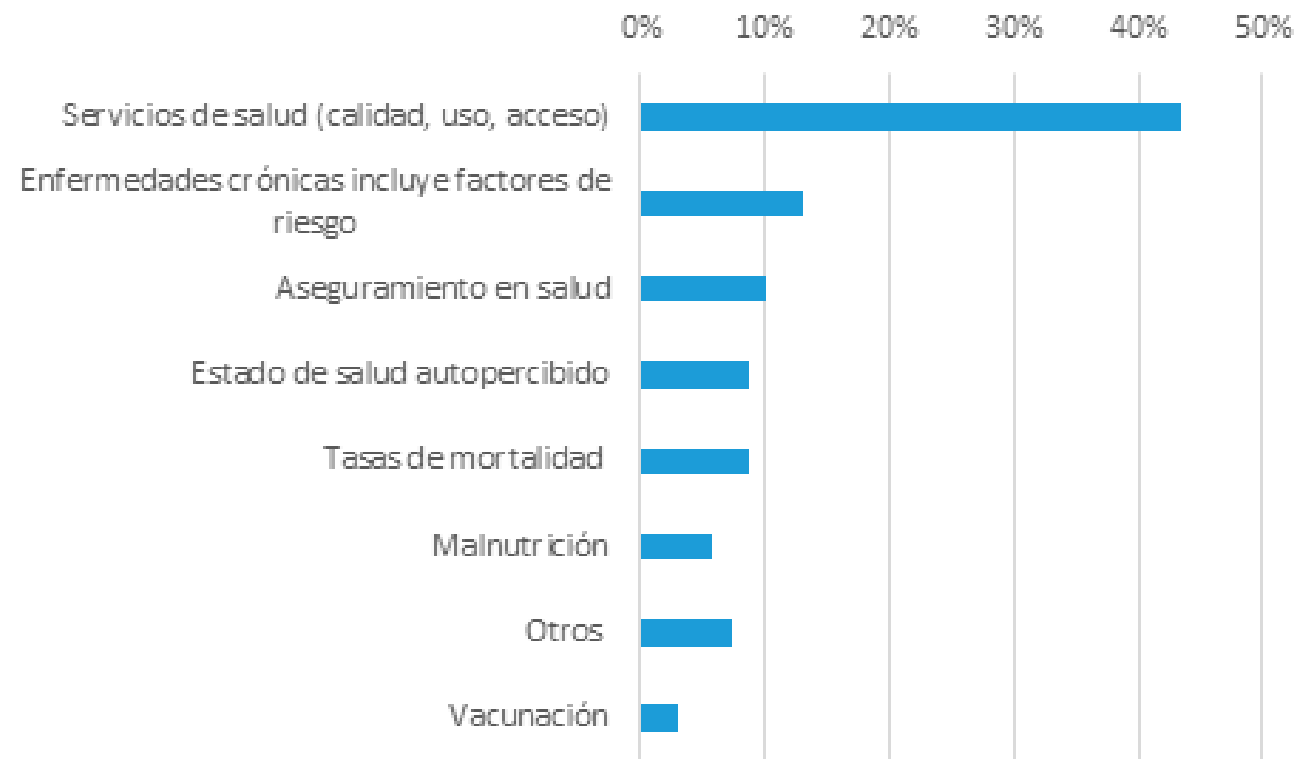


Figura 2.3. Distribución de los desenlaces en salud más frecuente para los que se midieron desigualdades sociales

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

En la Tabla 2.2., se presentan de manera resumida los desenlaces evaluados en los estudios, los ejes que se tuvieron en cuenta y los ejes para los que se encontraron desigualdades.

Tabla 2.2. Matriz resumen para los desenlaces evaluados, ejes de estudio y ejes con desigualdades de la revisión de la literatura

DESENLACE	#	SEXO	NSE	EDUCACIÓN	DESEMPLEO	TIPO DE OCUPACIÓN	ASEGURAMIENTO	RÉGIMEN	EDAD	ETNIA	Rural/ Urbano	DEPTO	REFERENTE EXTERNO	REGIÓN
Mortalidad por enfermedad cardiovascular	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Neoplasia maligna	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Diabetes	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Enfermedad respiratoria baja crónica	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Total Enfermedades no transmisibles	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Accidente de trafico	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Suicidio	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Homicidio	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por otras lesiones	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Total Lesiones	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por TBC y secuelas	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por VIH (SIDA)	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por neumonía	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Otras enfermedades infecciosas	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Total enfermedades infecciosas	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Otras enfermedades no transmisibles	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Resto de enfermedades	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Causas mal definidas	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad por Otras enfermedades	Arroyave,2014			IA										
Mortalidad total	Arroyave,2014	H		I										
Actividad física en el tiempo libre	Gonzales,2014		DM	DA		IA				IH				
Caminar como medio de transporte	Gonzales,2014		DM			DM				IH				
Montar en bicicleta como medio de transporte	Gonzales,2014		IH	IH		IH				IM				
Incidencia de sífilis congénita	Alzate,2012													

DESENLACE	#	SEXO	NSE	EDUCACIÓN	DESEMPLEO	TIPO DE OCUPACIÓN	ASEGURAMIENTO	RÉGIMEN	EDAD	ETNIA	Rural/ Urbano	DEPTO	REFERENTE EXTERNO	REGIÓN
Cobertura de vacunación total	Acosta, 2006											X		
Cobertura HiB	Acosta, 2006											X		
Cobertura SRP	Acosta, 2006											X		
Cobertura Hepatitis B	Acosta, 2006											X		
Cobertura POV	Acosta, 2006											X		
Cobertura BSG	Acosta, 2006											X		
Cobertura DPT	Acosta, 2006											X		
Salud (Cobertura vacunación DPT, mortalidad < 5 años por malaria, mortalidad por malaria, partos atendidos por personal profesional, vacunación MMR)	Eslava, 2008											X	X	
TMI	Jaramillo, 2013		I	I				I						
Tratamiento ideal para a HTA	Pinilla, 2011								I					
Tasa de mortalidad materna	Sandoval, 2013												x	
Prevalencia retraso en el crecimiento	García, 2012	H	I	I										
Prevalencia sobrepeso	García, 2012	M		D										
Prevalencia HTA	Cerezo, 2012	M	D						D					
Prevalencia diabetes	Cerezo, 2012		I						D					
Años persona vividos	Rodríguez, 2007											X		
Atención primaria en los últimos 3 meses	García, 2014							D						
Atención secundaria en los últimos 3 meses	García, 2014		D					D						
Atención urgencias	García, 2014							D						
Control de glicemia	García, 2014							D						
Prevención de caries	García, 2014							D						
Prevención del cáncer de seno	García, 2014		D					D						
Tabaquismo actual	Macías, 2013		IA	IA										
Antecedente de tabaquismo	Macías, 2013		IA	IH/DM*										
Cesación del tabaquismo	Macías, 2013		DA	DA										

DESENLACE	#	SEXO	NSE	EDUCACIÓN	DESEMPLEO	TIPO DE OCUPACIÓN	ASEGURAMIENTO	RÉGIMEN	EDAD	ETNIA	Rural/ Urbano	DEPTO	REFERENTE EXTERNO	REGIÓN
Barreras geográficas (necesidad de desplazarse para recibir tratamiento)	Velásquez, 2008							I						
Barreras económicas (necesidad de pagar por medicamentos)	Velásquez, 2008							I						
Tasa de mortalidad < 5	Mosquera, 2012		I											
Tasa de mortalidad infantil	Mosquera, 2012		I											
Malnutrición aguda < 5	Mosquera, 2012		I											
Cobertura DPT	Mosquera, 2012		D											
Estado de salud	Ruiz, 2013		D											
Presencia de enfermedad crónica	Ruiz, 2013		I											
Cobertura aseguramiento	Ruiz, 2013		D											
Cobertura aseguramiento rural	Ruiz, 2013													
Cobertura aseguramiento urbano	Ruiz, 2013		D											
Afiliación al régimen contributivo	Ruiz, 2013		D											
Afiliación al régimen subsidiado	Ruiz, 2013		I											
cualquiera visita medicina preventiva	Ruiz, 2013		D											
Cualquier visita de odontología	Ruiz, 2013		D											
Cualquier visita curativa	Ruiz, 2013		D											
Cualquier remisión o visita al especialista	Ruiz, 2013		D											
Cualquier hospitalización	Ruiz, 2013		D											
Calidad percibida del servicio de medicina general o especialista (menos que buena)	Ruiz, 2013		I											
Calidad percibida del servicio hospitalario (menos que buena)	Ruiz, 2013													
Suministro parcial o total de medicamentos	Ruiz, 2013													
Días de espera: visita médica u odontológica	Ruiz, 2013		D											
Días de espera: visita al especialista	Ruiz, 2013		D											
Contribución mensual por aseguramiento en salud	Ruiz, 2013		D											
Gasto de bolsillo en consulta externa por un problema específico de salud por mes	Ruiz, 2013		D											
Gasto de bolsillo por hospitalización por año	Ruiz, 2013		D											
Gasto de bolsillo en salud por mes	Ruiz, 2013		D											

DESENLACE	#	SEXO	NSE	EDUCACIÓN	DESEMPLEO	TIPO DE OCUPACIÓN	ASEGURAMIENTO	RÉGIMEN	EDAD	ETNIA	Rural/ Urbano	DEPTO	REFERENTE EXTERNO	REGIÓN
Proporción afiliación al SGSSS	Céspedes,2002		D											
Utilización de los servicios hospitalarios	Céspedes,2002		I				D							
Utilización de servicios de salud ambulatorios	Céspedes,2002		I				D							
Tasa de morbilidad total	Céspedes,2002						D							
Estado de salud	Céspedes,2002						I							
Tener que pagar para acceder a la biopsia	de Charry,2008			D				I						
Tener que desplazarse fuera de su ciudad para acceder a la biopsia	de Charry,2008							I			R			
acceso real a la mamografía	de Charry,2008			D				D						
acceso real oportuno a la mamografía	de Charry,2008							D						
Acceso a servicios curativos	Mejía,2007			D				D	D					
Acceso a servicios preventivos	Mejía,2007	M	D	D				D	D					
Mortalidad cáncer de mama	Fernandez,2015		D					D						
Pertenecer a algún régimen de afiliación en salud	Guerrero, 2013	M	D	D					D		R			
Pertenecer al régimen subsidiado	Guerrero, 2013	M	I	D					D		IR			
DNT crónica (peso para la talla)	Flórez, NE		DA	D	I				D		UR			
Estado de salud auto reportado	Acosta,2014											X		
Estado de salud auto reportado (regular o malo)	UDEA-MPS,2010	M	D					D	D		R			
Discapacidad percibida	UDEA-MPS,2010	M		I					D					
Estado de salud auto reportado bueno o muy bueno	OECVS,2012		D			D								
Afiliación al contributivo y exceptuado	OECVS,2012		D											

DESENLACE	#	SEXO	NSE	EDUCACIÓN	DESEMPLEO	TIPO DE OCUPACIÓN	ASEGURAMIENTO	RÉGIMEN	EDAD	ETNIA	Rural/ Urbano	DEPTO	REFERENTE EXTERNO	REGIÓN
Mal estado de salud	OECVS,2012		D											
Malas condiciones de vida	OECVS,2012		D											
No comió por falta de dinero	OECVS,2012		I											
Consulta al médico por prevención	OECVS,2012		D											
Personas con enfermedad o accidente en los últimos 30 días con atención de profesionales de la salud	OECVS,2012		D											
Índice de alimentación y salud	OECVS,2012		D	D		D								

D= relación directa entre la posición social y el resultado en salud. Ej. A mayor estrato mayor aseguramiento.

I= relación inversa entre la posición social y el mejor resultado en salud. Ej. A mayor nivel de pobreza departamental menor acceso a servicios de salud especializados.

A= si la relación se observó para ambos sexos en los estudios en los que se hicieron estimaciones separadas para hombres y mujeres.

Para el eje de sexo se anota el sexo en contra del cual se identificaron desigualdades. H= hombre, M= mujer

Para el eje de urbano/rural se anota la categoría afectada por desigualdades, U = urbano, R= rural

En los ejes de territorio se señala con una X si se encontraron desigualdades o no de acuerdo a la unidad usada como referente, si fueron a nivel de departamento, de la región o cuando se comparan los datos de Colombia con el mejor referente externo.

Las áreas sombreadas representan los ejes incluidos en cada estudio.

* Se encontró que el mayor nivel educativo está asociado negativamente al antecedente de tabaquismo en hombres pero está relacionado directamente con el antecedente de tabaquismo en mujeres.

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

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 cuales se estudiaron las desigualdades en los desenlaces en salud. En la Figura 2.4. se presenta la frecuencia proporcional del uso de los ejes de posición social. 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).

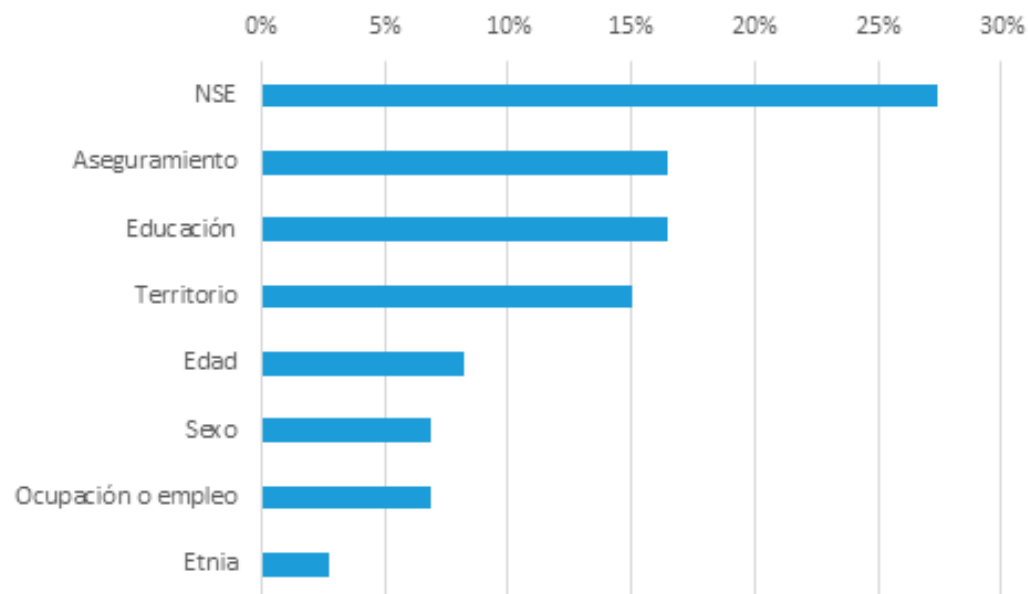


Figura 2.4. Distribución proporcional de los grupos de ejes de posición social utilizados en los estudios

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Indicadores de desigualdad

Las medidas de desigualdad denominadas complejas (OMS) son todas aquellas que expresan la cantidad de desigualdad existente a través de los subgrupos de la población. Estos subgrupos están definidos por un eje de desigualdad y se describen respecto a un desenlace en salud. 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. La distribución de las medidas de desigualdad usadas se muestran en la Figura 2.5.



Figura 2.5. Frecuencia de los indicadores de desigualdad utilizados en los estudios

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Desigualdades de acuerdo al nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico (NSE) fue el eje más frecuentemente utilizado para describir las desigualdades en salud. El NSE se midió de diferentes maneras, dependiendo de la fuente de los datos y la unidad de análisis. Las variables usadas para categorizar a la población de acuerdo al NSE fueron el puntaje de SISBEN, el estrato del inmueble, los ingresos individuales o del hogar, el índice de riqueza, PIB *per cápita* (PIBpc) o la proporción de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI). En la mayoría de los estudios el NSE bajo se asoció con peores estados de salud, mayor morbilidad y peor acceso a los servicios de salud. El bajo NSE también se relacionó con una desventaja en la frecuencia de factores de riesgo. En el estudio de Gonzales, 2014 (5) sobre actividad física se encontró que un mayor nivel de SISBEN se relacionó con el no cumplimiento de las recomendaciones de actividad física en mujeres.

Esta asociación también se observó en hombres pero dejó de ser significativa en el modelo multivariado. El efecto del NSE fue más notorio en el estudio de Macías, 2013 (16) sobre desigualdades en tabaquismo, la pertenencia a un mejor estrato socioeconómico en las personas mayores de 45 años fue un factor protector contra el tabaquismo, a medida que aumentó el estrato se redujo el riesgo de ser fumador, siendo el efecto de gradiente más marcado en los hombres. Así mismo, se relacionó directamente con el estado de salud auto reportado: a mayor estrato o ingreso mejor estado de salud reportaron las personas (28,29). Es importante resaltar como las desigualdades afectan a los niños en los niveles socioeconómicos más bajos, en desenlaces como la mortalidad y la desnutrición. Las tasas de mortalidad infantil disminuyeron a medida que aumentó la proporción de madres con educación secundaria o el PIB *per cápita*.

La prevalencia de desnutrición también aumentó a medida que disminuyó el NSE, tanto a nivel individual como se describió en el estudio de García, como cuando se analizó con la proporción de NBI por departamento como en el estudio de Flórez, en ambos se observó un efecto de gradiente entre el NSE y la prevalencia de desnutrición (9,12,26).

También se han descrito desigualdades que afectan a los grupos que se encuentran en un nivel socioeconómico superior, este es el caso de la morbilidad por cáncer de mama. En el estudio de Fernández (24), se describió una concentración de casos y muertes por cáncer de mama en los departamentos con mayor riqueza *per cápita*, en quienes pertenecían al régimen contributivo y en las mujeres con mayor acceso al examen de mamografía. Aunque esta asociación aparentemente paradójica ya se ha descrito con anterioridad y se ha relacionado con los estilos de vida de las mujeres en las áreas urbanas, el estudio también exploró otras posibles explicaciones, como la poca disponibilidad de centros de diagnóstico en las regiones con menor nivel de desarrollo, así como la falta de oportunidad en el diagnóstico y el tratamiento aún para las mujeres que viven en zonas con mayor nivel de riqueza. En el estudio de Ruiz (19) también se describieron algunas desigualdades que afectaron a los grupos con niveles más altos de ingresos, como por ejemplo el gasto de bolsillo en salud (índice de inequidad horizontal = 0,3291 para 2008).

Desigualdades de acuerdo al sexo

En seis (6) de los estudios incluidos se analizaron desigualdades por sexo. Arroyave (4) describió mediante el índice de desigualdad de la pendiente la forma en la que se distribuyó la desigualdad en la mortalidad total por sexo al controlar por el factor de educación, afectando más a los hombres (IDP=402,4 por 100.000) que a las mujeres (IDP = 228,9 por 100.000), esta amplia desigualdad que afectó a los hombres se debe casi en su totalidad a las muertes por lesiones, particularmente el homicidio.

Con relación a la afiliación al sistema de salud (evaluada como desenlace) 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 (23,25,29). Al analizar las desigualdades en el estado nutricional de los menores de 18 años el estudio de García (12) encontró que los hombres tienen mayor probabilidad de presentar desnutrición y una menor probabilidad de presentar sobrepeso. Un artículo evaluó específicamente las desigualdades en la actividad física de acuerdo al sexo para Colombia. Además de la desventaja ya descrita para los grupos en el NSE más bajo, las mujeres presentaron desventajas en todos los dominios de actividad física (5).

Desigualdades de acuerdo a la educación

El nivel educativo fue una variable frecuentemente usada para describir desigualdades. El estudio de Arroyave (4) estimó tasas de mortalidad por todas las causas de acuerdo al nivel educativo encontrando que los grupos con un bajo nivel educativo se vieron más afectados por la mortalidad por todas las causas. 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 (12) y en las mujeres con el antecedente de tabaquismo (16).

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 describió una asociación positiva entre el índice de trabajo y el índice de alimentación y salud, las personas con una mejor situación en términos laborales tienen un mejor nivel de 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 (28). 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 (5).

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 cual se evalúa la desigualdad. En los artículos analizados en esta revisión se evidenció como una 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. Por el contrario en el estudio de Fernández (24) la mortalidad por cáncer de mama se concentró en el régimen contributivo (índice de concentración de 0,15 para 2006 y 0,09 para 2010).

Desigualdades de acuerdo al territorio

Varios estudios evaluaron las desigualdades de diferentes indicadores de salud a nivel departamental. El estudio de Alzate (6), que evaluó las desigualdades de sífilis congénita a nivel departamental, describió como el departamento de Chocó tiene el mayor riesgo proporcional de sífilis congénita durante 4 de los 6 años evaluados (RAP de 97,5% para el año 2011 comparado con el departamento con menor incidencia). Para el departamento del Chocó también se describió la mayor desigualdad en el número de años persona vividos, una medida de mortalidad prematura (coeficiente de *Gini* de 0,24).

Las inequidades también se describieron en relación a la zona de residencia urbana o rural, en el análisis de desigualdades llevado a cabo por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y la Universidad de Antioquia se describir un peor estado de salud para quienes viven en el área rural (29) así como mayores barreras geográficas y económicas para el acceso a servicios (21).

En el análisis de la desnutrición crónica realizado por Flórez (26), aunque se describió desigualdades en el peso para la talla tanto para niños en el área rural como urbana, de acuerdo al nivel de riqueza (medido con un índice basado en los activos que poseen), la desigualdad es considerablemente mayor en el área urbana (Índice de concentración de -0,258 vs -0,156 para el área rural).

Desigualdades de acuerdo a la etnia

Hace parte de los hallazgos de esta revisión, que no se encontraron estudios diseñados para medir desigualdades en relación a la pertenencia étnica de los individuos. El estudio de Cerezo sobre hipertensión y diabetes, incluyó la raza en su análisis, sin embargo no se encontraron asociaciones con los desenlaces a pesar de que la población afrodescendiente presentó un mayor riesgo de desarrollar hipertensión. Se encontró un estudio sobre la equidad de etnia en el acceso a servicios en Bogotá, D.C. sin embargo, no realizó medición de las desigualdades, por lo que sus resultados son limitados. La investigación cualitativa concluyó que sí hay una inequidad en el acceso a servicios de salud, particularmente para la población indígena (30). En el estudio de Tovar (31) que investigó la asociación de diversas variables a la percepción de salud en Colombia, solo 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.

Tendencia de las desigualdades en salud en el tiempo

En 12 de las investigaciones se evaluaron las desigualdades para más de un año. Los resultados para 10 de estos estudios se presentan en la Tabla 2.3. Varios estudios describieron reducción de las desigualdades, principalmente relacionadas con acceso a servicios y aseguramiento en salud.

Usando el coeficiente de *Gini*, en el estudio de Acosta (7) se observó una disminución de la desigualdad en la distribución de las coberturas de vacunación (a nivel nacional el coeficiente de *Gini* pasa de 0,18 en el año 2000 a 0,13 en el 2003), sin embargo el número de municipios que presentaron brechas de cobertura con respecto al nivel nacional (como diferencia en las tasas) aumentó de 544 en el año 2000 a 603 en el año 2003.

El estudio de Ruiz (19) evaluó las desigualdades para los años 2003 y 2008 a través de cinco grupos de desenlaces, se observó una reducción importante en las desigualdades por aseguramiento tanto para el área rural como urbana, para el área rural en 2008 el índice ya no es significativamente diferente de cero por lo que podría decirse que no hay desigualdad en afiliación al sistema. En términos generales las desigualdades en el acceso a los servicios de salud presentaron una disminución para el año 2008 comparadas con el año 2003, aun así los servicios siguen concentrándose en la población de mayores ingresos quienes además son los que concentran el mayor gasto de bolsillo en salud.

En los estudios que usaron la fracción o riesgo atribuible poblacional (RAP) se observó una persistencia de las desigualdades con una brecha amplia cada año. Esta brecha fue mayor al 90%, entre el mejor y el peor departamento para el caso de la incidencia de sífilis congénita. Para el riesgo de mortalidad materna en Colombia, comparada con el mejor referente externo para cada año la brecha fue mayor al 80% (6,11).

En el estudio de Eslava (8), que usó un indicador de desarrollo propio construido a partir de indicadores de varios desenlaces en salud, se observó una disminución de la inequidad cuando se comparó internamente, pero un aumento al comparar con el mejor referente externo, que es explicado por el empeoramiento de los indicadores para los mejores referentes a nivel interno, llevando a una disminución de la inequidad.

En el estudio de Acosta (27) se midió la desigualdad en el estado de salud en usando el índice de *Naga Yalcin* para ocho (8) regiones de Colombia definidas por la autora (Bogotá, D.C., San Andrés, Central Oriental, Central Occidental, Llanos, Caribe, Pacífico y Amazonia). El índice midió la desigualdad al interior de la región, usando este índice la desigualdad aumentó para todas las regiones.

A partir de la suma de las razones de tasa para indicadores de afiliación al régimen contributivo, el mal estado de salud, la no alimentación por falta de dinero y el acceso a servicios de prevención, en los análisis del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá (OECVS), se estableció una clasificación de localidades comparando 2007 con 2011. Según este, la localidad más afectada por desigualdades en salud es la localidad de Santa Fe siendo última en la clasificación para ambos años (28).

El estudio de Arroyave (4) no incluido en la Tabla 2.3, toda vez que no presentó la tabla de datos, mostró resultados interesantes respecto a la evolución de las tasas de mortalidad, a pesar de que las tasas disminuyen las desigualdades (medidas con el índice relativo de inequidad), se amplían a expensas de una disminución importante de las tasas en el grupo poblacional con mejor nivel educativo, que llevó al aumento de las desigualdades.

Tabla 2.3. Tendencia de las desigualdades en diez estudios que evaluaron desigualdades para más de un año

Autor, año	INDICADOR DESIGUALDAD	DESENLACE	CATEGORIA	CATEGORIA DE REFERENCIA	AÑO	MAGNITUD
Álzate, 2012	RAP	Incidencia de sífilis congénita	Quindío	Cesar	2005	92,27%
			Chocó	Córdoba	2006	95,82%
			Sucre	Cauca	2007	93,62%
			Guainía	Nariño	2008	97,39%
			Chocó	Caldas	2009	98,12%
			Chocó	Santander	2010	94,34%
			Chocó	Santander	2011	97,48%
Acosta, 2006	Coeficiente de Gini	Cobertura de vacunación total			2000	0,18
		Cobertura de vacunación total			2003	0,13
		Cobertura HiB			2000	0,25
		Cobertura HiB			2003	0,13
		Cobertura SRP			2000	0,17
		Cobertura SRP			2003	0,14
		Cobertura Hepatitis B			2000	0,20
		Cobertura Hepatitis B			2003	0,14
		Cobertura POV			2000	0,19
		Cobertura POV			2003	0,13
		Cobertura BSG			2000	0,19
		Cobertura BSG			2003	0,16
		Cobertura DPT			2000	0,18
		Cobertura DPT			2003	0,14

Continúa ➤

Autor, año	INDICADOR DESIGUALDAD	DESENLACE	CATEGORIA	CATEGORIA DE REFERENCIA	AÑO	MAGNITUD
Eslava, 2008	IHI	Salud (Cobertura vacunación DPT, mortalidad < 5 años por malaria, mortalidad por malaria, partos atendidos por personal profesional, vacunación MMR)	IHI vs mundo		1998	0,303
			IHI vs mundo		1999	0,287
			IHI vs mundo		2000	0,276
			IHI vs mundo		2001	0,310
			IHI vs mundo		2002	0,263
			IHI vs mundo		2003	0,288
			IHI vs mundo		2004	0,272
			IHI vs mundo		2005	0,259
			IHI interno		1998	0,127
			IHI interno		1999	0,107
			IHI interno		2000	0,103
			IHI interno		2001	0,156
			IHI interno		2002	0,147
			IHI interno		2003	0,131
			IHI interno		2004	0,119
			IHI interno		2005	0,112
Sandoval, 2013	RAP	Tasa de mortalidad materna	Colombia	Italia	2000-2001	82,6%
			Colombia	Irlanda	2005-2006	88,4%
			Colombia	Grecia	2008-2009	87,5%
Mosquera, 2012	ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	Tasa de mortalidad < 5			2003	-0,073
					2007	-0,032
		TMI			2003	-0,087
					2007	-0,038
		Malnutrición aguda < 5			2003	-0,128
					2007	-0,034
		Cobertura DPT			2003	0,05
					2007	-0,007

Autor, año	INDICADOR DESIGUALDAD	DESENLACE	CATEGORIA	CATEGORIA DE REFERENCIA	AÑO	MAGNITUD
Ruiz, 2013	HI	Estado de salud menos que bueno			2003	-0,166
					2008	-0,1666
		Presencia de enfermedad crónica			2003	0,0214
					2008	0,0495
		Cobertura aseguramiento			2003	0,0934
					2008	0,0180
		Cobertura aseguramiento rural			2003	0,0162
					2008	0,0023
		Cobertura aseguramiento urbano			2003	0,0983
					2008	0,0227
		Afiliación al régimen contributivo			2003	0,2288*
					2008	0,3083*
		Afiliación al régimen subsidiado			2003	-0,4736*
					2008	-0,3529*
		Cualquier visita medicina preventiva			2003	0,1450
					2008	0,0913
		Cualquiera visita de odontología			2003	0,2690
					2008	0,2215
		Cualquier visita curativa			2003	0,0576
					2008	0,0373
		Cualquier remisión o visita al especialista			2003	0,1566
					2008	0,1090
		Cualquier hospitalización			2003	0,0773
					2008	0,0361
		Calidad percibida del servicio de medicina general o especialista (menos que buena)			2003	0,0038
					2008	0,0595
		Calidad percibida del servicio hospitalario (menos que buena)			2003	-0,082
					2008	0,0419
		Suministro parcial o total de medicamentos			2003	0,024
					2008	-0,0069
		Días de espera: visita médica u odontológica			2003	0,1395
					2008	0,0641
		Días de espera: visita al especialista			2003	-0,1089
					2008	0,0713
		Contribución mensual por aseguramiento en salud			2003	0,2159
					2008	0,2501

Autor, año	INDICADOR DESIGUALDAD	DESENLACE	CATEGORIA	CATEGORIA DE REFERENCIA	AÑO	MAGNITUD
Ruiz, 2013	HI	Gasto de bolsillo en consulta externa por un problema específico de salud por mes			2003	0,4186
					2008	0,4081
		Gasto de bolsillo por hospitalización por año			2003	0,3011
					2008	0,3291
		Gasto de bolsillo en salud por mes			2003	0,4752
					2008	0,5374
Céspedes, 2002	Índice de concentración (por decil de ingresos)	Proporción afiliación al SGSSS			1993	0,34
					1997	0,17
		Utilización de los servicios hospitalarios			1993	-0,028
					1997	-0,013
		Utilización de servicios de salud ambulatorios			1993	-0,056
					1997	0,091
Fernández, 2015	Coeficiente de Gini	Mortalidad cáncer de mama			2006	0,1847
					2007	0,2023
					2008	0,1879
					2009	0,1784
					2010	0,1436
	Índice de Concentración (por PIB per cápita)	Mortalidad cáncer de mama			2006	0,1121
					2007	0,1225
					2008	0,0952
					2009	0,0968
					2010	0,0827
	Índice de concentración (Por régimen de aseguramiento)	Mortalidad cáncer de mama			2006	0,1554
					2007	0,1573
					2008	0,1307
					2009	0,1494
					2010	0,0996

Continúa ➤

Autor, año	INDICADOR DESIGUALDAD	DESENLACE	CATEGORIA	CATEGORIA DE REFERENCIA	AÑO	MAGNITUD
Acosta, 2014	Índice de Naga Yalcin**	Estado de salud auto reportado	Bogotá		2005	22,9
			Bogotá		2010	24,4
			San Andrés		2005	19,9
			San Andrés		2010	20,6
			Central Occ.		2005	24,2
			Central Occ.		2010	33,6
			Llanos		2005	20,7
			Llanos		2010	29,8
			Caribe		2005	25,4
			Caribe		2010	27,3
			Central Ori.		2005	21,3
			Central Ori.		2010	31,3
			Pacífico		2005	26,7
			Pacífico		2010	28,9
			Amazonia		2005	18,4
			Amazonia		2010	28,4
OECVS, 2012	Razón de tasas por estrato	Estado de salud auto reportado bueno o muy bueno	6	1	1997	1,36
			6	1	2003	1,43
			6	1	2007	1,40
			6	1	2011	1,28
	Razón de tasas por ocupación	Estado de salud auto reportado bueno o muy bueno	directivos	empleados domésticos	1997	1,53
			directivos	empleados domésticos	2003	1,53
			directivos	empleados domésticos	2007	1,53
			directivos	empleados domésticos	2011	1,36

En verde y rosado se señalan los principales resultados que mostraron reducción o aumento de las desigualdades respectivamente.

*Refleja la concentración de la afiliación al régimen contributivo entre la población de mayor ingreso mientras que el régimen subsidiado está enfocado en afiliar a la población de menor ingreso.

** Puede interpretarse como el grado de dispersión de los estados de salud alrededor de la mediana.

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

2.3. Conclusiones

Como se observa la investigación en desigualdades en salud en Colombia presenta resultados interesantes que evidencian la existencia de estas desigualdades y su magnitud, y que constituyen a su vez una la oportunidad para llevar a cabo estudios de mayor profundidad que permitan identificar los mecanismos por los que se producen. En el caso de desigualdades evidentes, como por ejemplo en la práctica de actividad física de mujeres en relación a los hombres, sus causas deben ser estudiadas con el fin de establecer políticas que impacten sus efectos adversos. También es importante tener en cuenta que la medición sistemática de las desigualdades, permite hacer seguimiento a las políticas públicas y valorar su impacto.

Tal como lo descrito en la revisión realizada por King (3) la mayoría de literatura en desigualdades parece dar preferencia a las medidas relativas, consistente en la baja cantidad de trabajos que hicieran uso de ambos tipos de medidas. Como resultado de enfocarse en un solo tipo de medida se puede llevar a una interpretación sesgada de los resultados. En términos relativos las desigualdades pueden aumentar aun cuando disminuyan en términos absolutos, o pueden disminuir por efecto del deterioro del grupo que ostentaba una mejor posición, lo que en términos absolutos indicaría una decadencia en salud con una mejor distribución de la enfermedad. De esta forma, las desigualdades relativas pueden ser grandes aun cuando la magnitud de la enfermedad sea muy baja. También es relevante como se hace la elección de las unidades geográficas para el análisis, la ponderación de las estimaciones o la elección de la categoría de referencia para estimar las desigualdades. Ninguna de estas es una elección netamente objetiva, cada medida lleva implícito un supuesto sobre la desigualdad (32).

Incluso la elección de la hipótesis por parte del investigador corresponde en parte a un juicio moral, en este caso las mediciones pueden sencillamente ayudar a reafirmar supuestos que son socialmente reconocidos como problemáticos y si el estudio falla en encontrar dichas desigualdades esperadas, puede ser desconcertante para el investigador.

Por todo lo anterior, se considera muy importante para la investigación en desigualdades sociales en salud la justificación de las medidas usadas, evitar el uso exclusivo de medidas relativas y hacer una discusión crítica de los resultados. De la mano de la medición de las desigualdades también se debe avanzar en la comprensión de los mecanismos por los que estas desigualdades se producen y se perpetúan.

Con respecto a los ejes para los que se estudiaron las desigualdades fue frecuente el uso del nivel socioeconómico, el aseguramiento y el nivel educativo como ejes de la desigualdad. Aunque son variables que están disponibles y permiten la clasificación de la población, *sería importante poder llevar a cabo estudios que permitan una clasificación por clase social o categoría ocupacional de manera que permitan una mejor explicación de las desigualdades y sus mecanismos*. Llama la atención la escasa información acerca de las desigualdades por pertenencia étnica encontradas en esta revisión y la ausencia de desigualdades en los estudios que si la tuvieron en cuenta.

Limitaciones de la revisión: debido a que no existen descriptores o términos específicos para identificar los estudios que miden desigualdades en salud, es posible que existan estudios que no hayan sido capturados con las estrategias de búsqueda a pesar de que fueron amplias. De la misma manera entre los estudios capturados una proporción importante no presentó como objetivo el análisis de inequidades o desigualdades por lo que no fueron incluidos en esta revisión. También debe tenerse en cuenta que hay variables *proxy* de posición social como el estrato o el nivel educativo que son frecuentemente incluidas como variables de ajuste en una gran cantidad de estudios epidemiológicos y de salud pública, esto puede llevar a que se describan o identifiquen diferencias en los desenlaces de acuerdo a estas variables pero no se analizan ni discuten desde la perspectiva de desigualdades al no ser el objetivo del estudio.

Referencias

1. OMS | Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud- Conceptos clave. World Health Organization; Available from: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
2. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, et al. *Methods for measuring inequalities in health*. Revista Panamericana de la Salud Pública. 2002;12(6):398–414.
3. King NB, Harper S, Young ME. *Use of relative and absolute effect measures in reporting health inequalities: structured review*. BMJ. 2012;345(sep03_1):e5774.
4. Arroyave I, Burdorf A, Cardona D, Avendano M. *Socioeconomic inequalities in premature mortality in Colombia, 1998-2007: The double burden of non-communicable diseases and injuries*. Prev Med. 2014;64:41–7.
5. Gonzalez S, Sarmiento O, Lozano O, Ramírez A, Grijalba C. Niveles de Actividad Física de la población colombiana: desigualdades por sexo y condición socioeconómica. Biomédica. 2014;34(3):447–59.
6. Alzate-Granados JP, Sánchez-Bello NF, Amaya-Arias AC, Peralta-Pizza F, Eslava-Schmalbach J. Disparidades en la incidencia de sífilis congénita en Colombia 2005 a 2011: Un estudio ecológico. Revista Salud Publica. 2012;14(6):71–80.
7. Acosta Ramírez N, Rodríguez García J. Inequidad en las Coberturas de Vacunación Infantil en Colombia, Años 2000 y 2003. Revista de Salud Pública. 2006. p. 102–15.
8. Eslava-Schmalbach J, Baron G, Gaitan-Duarte H, Alfonso H, Agudelo C, Sanchez C. [Evaluating cost/equity in the Colombian health system, 1998-2005]. Rev Salud Publica [Internet]. 2008/03/28 ed. 2008;10(1):3–17. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18368215
9. Jaramillo-Mejía M, Chernichovsky D, Jiménez-Moleón J. Brechas regionales de la mortalidad infantil en Colombia. Revista Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):551–9.
10. Pinilla A, Cano N, Granados C, Paez-Canro C, Eslava-Schmalbach J. Inequalities in prescription of hydrochlorothiazide for diabetic hypertensive patients in Colombia. Rev Salud Publica. 2011;13(1):27–40.
11. Sandoval-Vargas YG, Eslava-Schmalbach JH. Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años 2000-2001, 2005-2006 y 2008-2009. Revista Salud Pública. 2013;15(4):529–41.
12. Garcia S, Sarmiento OL, Forde I, Velasco T. *Socio-economic inequalities in malnutrition among children and adolescents in Colombia: the role of individual-, household- and community-level characteristics*. Public Health Nutr. 2012;16(9):1–16.
13. Cerezo-Correa MP, Cifuentes-aguirre OL, Nieto-Murillo E, Parra-Sánchez JH. Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios. Revista Gerencia Política de la Salud. 2012;11(23):165–88.
14. Rodríguez García J. Desigualdades socioeconómicas entre departamentos y su asociación con indicadores de mortalidad en Colombia en 2000. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(2-3):111–24.
15. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, et al. *Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil*. Int J Equity Health. 2014;13(10):13–10.
16. Macías F, Malmusi D, Borrell C. *Different patterns by age-group and gender of socioeconomic inequalities in smoking in Colombia*. Nicotine Tob Res. 2013;15(10):1745–55.
17. Velásquez-de Charry LC, Carrasquilla G, Roca-Garavito S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Salud Publica Mex. 2009;51(7):S246–53.
18. Mosquera P, Hernández J, Vega R, Martínez J, Labonte R, Sanders D, et al. *The impact of primary healthcare in reducing inequalities in child health outcomes, Bogotá-Colombia: an ecological analysis*. Int J Equity Health. 2012;11(1):66.

19. Ruiz-Gómez F, Zapata-Jaramillo T, Garavito-Beltrán L. *Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008*. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):107–15.
20. Céspedes JE, Jaramillo I, Castaño RA, Céspedes-Londoño JE, Jaramillo-Pérez I, Castaño-Yepes RA. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cad Saude Publica. 2002;18(4):1003–24.
21. de Charry LC, Roca S, Carrasquilla G. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad? Colomb Med. 2008;39(1):24–32.
22. Charry LC De, Carrasquilla G. Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. Revista Salud Pública. 2008;10(4):571–82.
23. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Revista Salud Pública. 2007;9(1):26–38.
24. Fernández-Ortiz YN. Desigualdades en la morbilidad (2002- 2006) y mortalidad (2006-2010) por cáncer de mama en Colombia [Tesis]. [Bogotá D.C.]: Pontificia Universidad Javeriana; 2015.
25. Guerrero Torres H, Trujillo Otero NJ. Inequidades en el acceso al sistema general de seguridad social en salud en Colombia [Internet]. 2013. Available from: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/9015>
26. Flórez CE, Nupia OA. Desnutrición infantil en Colombia: inequidades y determinantes. Bogotá D.C.: Documentos CEDE [publicación en línea]; 2001;(7):34.
27. Acosta K. La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad. Doc Trab Sobre Econ Reg. 2014;(213):45.
28. Arévalo Hernández DA, Fresneda Bautista O, Garavito Jiménez DA, Hernández Álvarez ME, Martínez Collantes J, Martínez Martín F, et al. Inequidad en Salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Restrepo D, Hernández M, editors. La seguridad social en la encrucijada. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID; 2012. 430 p.
29. Ministerio de la Protección Social UDA. Análisis de la situación de salud en Colombia [Internet]. 2010. 214 p. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/ASIS-Tomo VI--Análisis de desigualdades e inequidades.pdf>
30. Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. Rev Salud Pública [Internet]. 2008 Dec;10(1):58–71. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600006&lng=es&nrm=i-so&tIng=es
31. Tovar L, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia, 2003. Lect Econ [Internet]. 2009;65(65):177–208. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/lecturasdeeconomia/article/view/2645>
32. Harper S, King NB, Meersman SC, Reichman ME, Breen N. Juicios de valor implícitos en la medición de las desigualdades en salud. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(4):293–304. Revista Panamericana de la Salud Pública



3

**Desigualdades
en salud en
Colombia**

3.1. Selección de eventos

Se revisaron y seleccionaron los indicadores de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 de acuerdo a sus ocho (8) dimensiones prioritarias y dos (2) dimensiones transversales. Los análisis realizados en el presente estudio se agruparon en los siguientes cinco (5) apartados.

- Expectativa de vida
- Morbilidad
- Mortalidad
- Salud Percibida
- Condiciones de vida saludable

Tanto para la expectativa de vida y la salud percibida, no se identificaron de forma explícita indicadores o dimensiones dentro del PDSP. Para los demás análisis se realizó el cruce con indicadores priorizados por el grupo de investigadores del ONS y las dimensiones del PDSP, en la Tabla 3.1. Para las dimensiones de salud pública en emergencias y desastres, salud y ámbito laboral y fortalecimiento de la autoridad sanitaria, no se identificaron indicadores para el análisis de las desigualdades sociales en salud en esta primera aproximación.

Tabla 3.1. Dimensiones del PDSP, indicadores y apartados para el análisis de las desigualdades sociales en salud

DIMENSIÓN/ APARTADO	SALUD AMBIENTAL	VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	GRUPOS DIFERENCIALES DE POBLACIONES
MORBILIDAD				Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer			
				Prevalencia de desnutrición crónica			
				Prevalencia de obesidad			
MORTALIDAD	Accidentes de transporte terrestre	Tumor maligno de cuello uterino	Suicidio	Desnutrición	Razón de mortalidad materna	Tuberculosis	Menores de 5 años
		Tumor maligno de próstata	Agresiones (homicidios)			EDA menores de 5 años	IRA en la niñez

Continúa ➤

Tabla 3.1. Dimensiones del PDSP, indicadores y apartados para el análisis de las desigualdades sociales en salud

DIMENSIÓN/ APARTADO	SALUD AMBIENTAL	VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	GRUPOS DIFERENCIALES DE POBLACIONES
CONDICIONES DE VIDA SALUDABLE		Edad de inicio del consumo de tabaco			Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos		
		Proporción de consumo de frutas y verduras diario			Proporción de embarazo en mujeres adolescentes		
		Prevalencia de actividad física en población de 13 a 64 años					
		Prevalencia de caminar o montar cicla como medio de transporte					

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

3.2. Desigualdades en la expectativa de vida en Colombia

Carlos Castañeda-Orjuela
Karol Cotes-Cantillo

La expectativa de vida es un indicador sintético de la salud de una población. Es un indicador que se relaciona con la calidad de vida de una población, porque refleja, indirectamente, muchos aspectos de bienestar de la gente, como el nivel de ingreso y la nutrición, la calidad del medio ambiente en que vive y el acceso a la atención de la salud, el agua potable y el saneamiento (1).

Las tablas de vida resumen los efectos de las tasas de mortalidad por edad, sobre una cohorte de nacimiento (2), siendo herramientas útiles para valorar y comparar las condiciones mortales prevalentes en la población (3). Los sistemas modelo de tablas de vida son ampliamente usados en los análisis demográficos, epidemiológicos y económicos (4–6). Se han desarrollado diferentes sistemas de tablas de vida que permiten estimar la expectativa de vida bajo ciertas circunstancias (2). Desde hace más de 30 años no se realiza un estudio sistemático de las tablas de vida en Colombia (7).

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 estimaron tablas de vida por año y sexo, considerando las

muerres de toda la serie, reportando únicamente el parámetro de esperanza de vida al nacer. Las tablas de vida se construyeron para el país, por departamento y por municipio. El alistamiento y análisis de la información se realizó con el lenguaje de programación **R**, por medio del paquete “*demography*” (8–10) (detalles de los métodos se pueden revisar en la bibliografía). 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* (PIBpc) y el índice de desigualdad de ingreso de *Gini* como variables independientes, evaluando su asociación con la esperanza de vida al nacer.

La evolución de la expectativa de vida en Colombia

La expectativa de vida al nacer en Colombia en hombres varió de 72,05 años en 1998 a 76,51 años en 2013. Durante todos los años del mismo periodo la esperanza de vida fue mayor entre mujeres con una diferencia a su favor de entre 6 a 8 años, variando el indicador entre los 80,2 y 82,7 años (Tabla 3.2., Figura 3.1.), sin embargo, durante el periodo los hombres ganaron un mayor número de años de esperanza de vida al nacer (4,46 años *versus* 2,58 de ganancia en las mujeres).

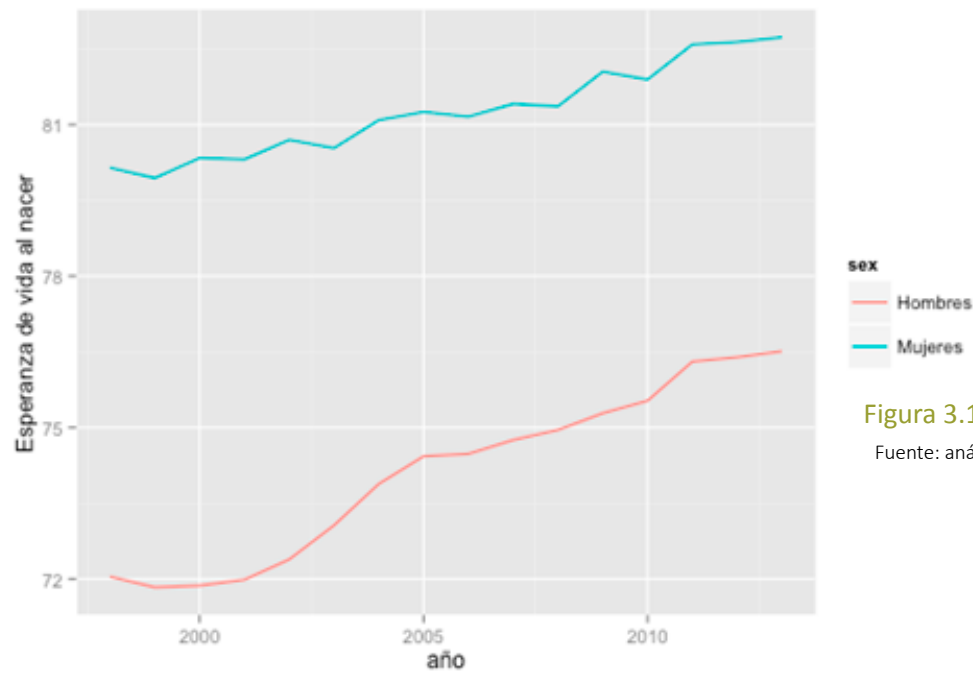


Figura 3.1. Expectativa de vida en Colombia por sexos, 1998-2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

Tabla 3.2. Expectativa de vida en Colombia por sexos, 1998-2012

SEXO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hombres	72.05	71.84	71.87	71.99	72.39	73.06	73.88	74.43	74.48	74.75	74.95	75.28	75.53	76.31	76.39	76.51
Mujeres	80.15	79.94	80.34	80.31	80.70	80.54	81.09	81.25	81.16	81.41	81.36	82.05	81.89	82.59	82.64	82.73

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

La Tablas 3.3. y 3.4. presentan las tablas de vida para hombres y mujeres construidas para 2013, el año más reciente en el que se cuenta con información oficial de mortalidad. La esperanza de vida al nacer estimada con este método, considerando los datos de toda la serie, es de 76,5 años para hombres y 82,7 para mujeres. La brecha de 6,22 años que en promedio se espera que las mujeres vivan de más, con respecto a los hombres al momento del nacimiento, se mantuvo por grupo quinquenal de edad hasta los 20 años (Figura 3.2.), edad a partir de la que la brecha empezó a disminuir siendo esta diferencia de solo dos años a los 80 años.

EDAD	mx	qx	lx	dx	Lx	Tx	ex
<1	0.0098	0.0097	1	0.0097	0.9911	76.5108	76.51
1-4	0.0007	0.0029	0.9903	0.0028	3.9544	75.5198	76.26
5-9	0.0003	0.0013	0.9875	0.0013	4.9342	71.5654	72.47
10-14	0.0003	0.0016	0.9862	0.0016	4.9271	66.6312	67.57
15-19	0.0015	0.0073	0.9846	0.0072	4.9056	61.7041	62.67
20-24	0.0023	0.0112	0.9774	0.011	4.8605	56.7985	58.11
25-29	0.0024	0.0119	0.9664	0.0115	4.8044	51.938	53.74
30-34	0.0025	0.0124	0.9549	0.0118	4.7462	47.1336	49.36
35-39	0.0023	0.0115	0.9431	0.0109	4.6894	42.3874	44.94
40-44	0.0026	0.0131	0.9322	0.0122	4.6319	37.698	40.44
45-49	0.003	0.0151	0.92	0.0139	4.5669	33.0661	35.94
50-54	0.0043	0.0213	0.9062	0.0193	4.4846	28.4992	31.45
55-59	0.0068	0.0333	0.8869	0.0295	4.3637	24.0146	27.08
60-64	0.0101	0.0492	0.8574	0.0422	4.1858	19.6508	22.92
65-69	0.0155	0.0746	0.8152	0.0608	3.9301	15.4651	18.97
70-74	0.0275	0.1291	0.7544	0.0974	3.5382	11.5349	15.29
75-79	0.042	0.1908	0.657	0.1254	2.984	7.9967	12.17
80+	0.1061	1	0.5316	0.5316	5.0127	5.0127	9.43

Tabla 3.4. Tabla de vida para mujeres.
Colombia, 2013

Se reportan los parámetros: mx, Tasa de mortalidad a edad x; qx, Probabilidad de que un individuo a la edad exacta de x muera antes de la edad exacta de x+1; lx, Número de sobrevivientes a la exacta de x, cuya base es 1; dx, Número de muertes entre edades exacta x y x+1; Lx, Número de años vividos entre la edad exacta de x y la edad exacta de x+1; Tx, Número de años vividos

Fuente: análisis equipo de trabajo
Observatorio Nacional de Salud

Tabla 3.3. Tabla de vida para hombres.
Colombia, 2013

Se reportan los parámetros: mx, Tasa de mortalidad a edad x; qx, Probabilidad de que un individuo a la edad exacta de x muera antes de la edad exacta de x+1; lx, Número de sobrevivientes a la exacta de x, cuya base es 1; dx, Número de muertes entre edades exacta x y x+1; Lx, Número de años vividos entre la edad exacta de x y la edad exacta de x+1; Tx, Número de años vividos

Fuente: análisis equipo de trabajo
Observatorio Nacional de Salud

EDAD	mx	qx	lx	dx	Lx	Tx	ex
<1	0.0078	0.0077	1	0.0077	0.9928	82.7294	82.73
1-4	0.0008	0.0033	0.9923	0.0033	3.9612	81.7365	82.37
5-9	0.0002	0.0012	0.989	0.0012	4.9421	77.7754	78.64
10-14	0.0002	0.0012	0.9878	0.0012	4.9363	72.8333	73.73
15-19	0.0004	0.0022	0.9867	0.0021	4.9282	67.897	68.82
20-24	0.0005	0.0025	0.9845	0.0025	4.9167	62.9688	63.96
25-29	0.0006	0.003	0.9821	0.003	4.9031	58.0521	59.11
30-34	0.0008	0.0038	0.9791	0.0038	4.8864	53.149	54.28
35-39	0.0009	0.0046	0.9753	0.0045	4.8657	48.2626	49.48
40-44	0.0013	0.0064	0.9708	0.0062	4.839	43.3969	44.70
45-49	0.0018	0.0087	0.9646	0.0084	4.8025	38.5579	39.98
50-54	0.0027	0.0135	0.9561	0.0129	4.7498	33.7553	35.30
55-59	0.0042	0.0208	0.9433	0.0196	4.6693	29.0055	30.75
60-64	0.0065	0.0321	0.9237	0.0297	4.5471	24.3362	26.35
65-69	0.01	0.0489	0.894	0.0438	4.3649	19.7891	22.14
70-74	0.0178	0.0852	0.8502	0.0725	4.0772	15.4242	18.14
75-79	0.0285	0.1334	0.7778	0.1038	3.6397	11.347	14.59
80+	0.0874	1	0.674	0.674	7.7073	7.7073	11.44

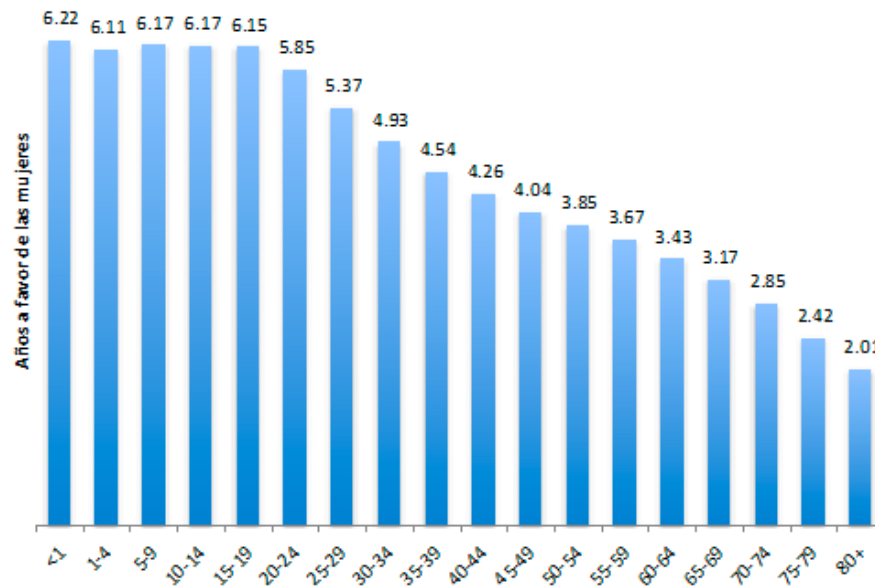


Figura 3.2. Diferencia en la expectativa de vida entre sexos, por grupo de edad. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

Esperanza de vida al nacer por departamento y municipio, por cuatrienios

En el análisis por departamento y cuatrienio, se evidenció, en general, la tendencia al aumento de la esperanza de vida al nacer en la mayoría de departamentos, a través del tiempo para ambos sexos (Figura 3.3.). Con el método de construcción de tablas de vida implementado, se estimaron esperanzas de vida de más de 100 años en mujeres, para los departamentos de Vichada, Vaupés, La Guajira y Guainía, mientras que en hombres este hallazgo se realizó únicamente en Vichada.

Contrario al comportamiento general, los departamentos de Sucre y Nariño no evidenciaron variaciones en su esperanza de vida al nacer durante el periodo analizado, tanto en hombres como en mujeres. Mientras que en Córdoba se presentó una disminución progresiva de la esperanza de vida al nacer en los dos sexos, comportamiento similar, pero solo en las mujeres, para los departamentos de Magdalena, Cesar y Casanare. En Amazonas, aunque de forma un poco errática, también se observó esta tendencia a la disminución de la esperanza de vida en ambos sexos (Figura 3.3.).

La esperanza de vida al nacer a nivel municipal para cada uno de los municipios por sexo y cuatrienio de análisis, se presentan en la Figura 3.4. El comportamiento en cuanto al aumento en el tiempo y la diferencia a favor de la mujeres se mantuvo en este nivel de desagregación, sin embargo llamó la atención que para el último cuatrienio (2010-2013), 32 municipios para las mujeres aparecen en el grupo de menores valores de esperanza de vida (Montería-Córdoba: 69,5; San Juan del Cesar-La Guajira: 70,4; Tunja-Boyacá: 70,4; Granada-Meta: 70,8; Soatá-Boyacá: 71,0; Socorro-Santander: 71,5; Girardot-Cundinamarca: 71,9; Tarairá-Vaupés: 72,0; Honda-Tolima: 72,2; Neiva-Huila: 72,8), mientras que 357 municipios para hombres aparecen en los valores más altos de esperanza de vida (Uribe-La Guajira; Manauare-La Guajira; San Pelayo-Córdoba; Montecristo-Bolívar; Magüí-Nariño; Timbiquí-Cauca; Puerto Escondido-Córdoba; San Carlos - Córdoba; Solano-Caquetá y Los Córdobas-Córdoba).

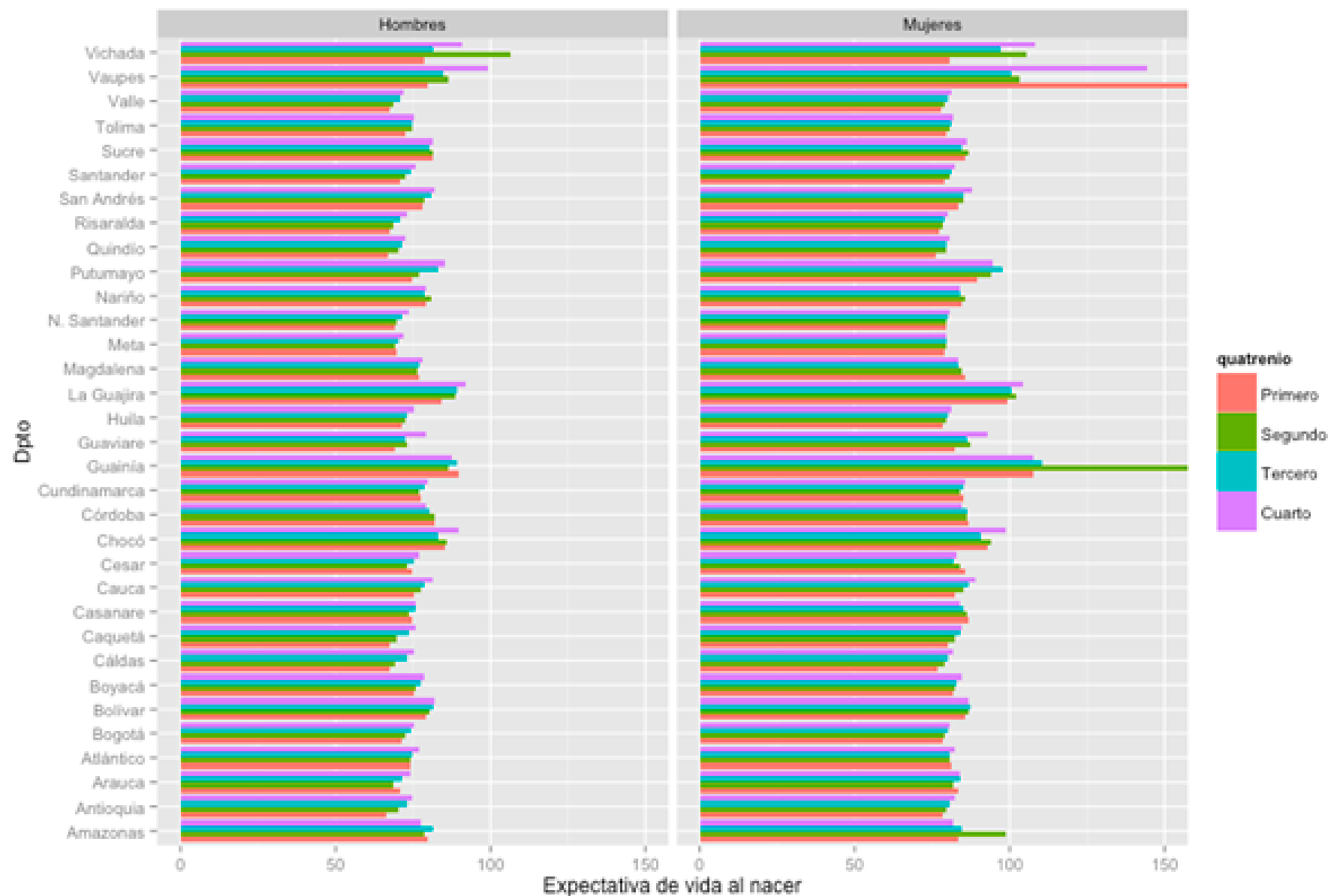


Figura 3.3. Esperanza de vida al nacer por departamento y sexo, promedio por cuatrienio. Colombia, 1998–2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

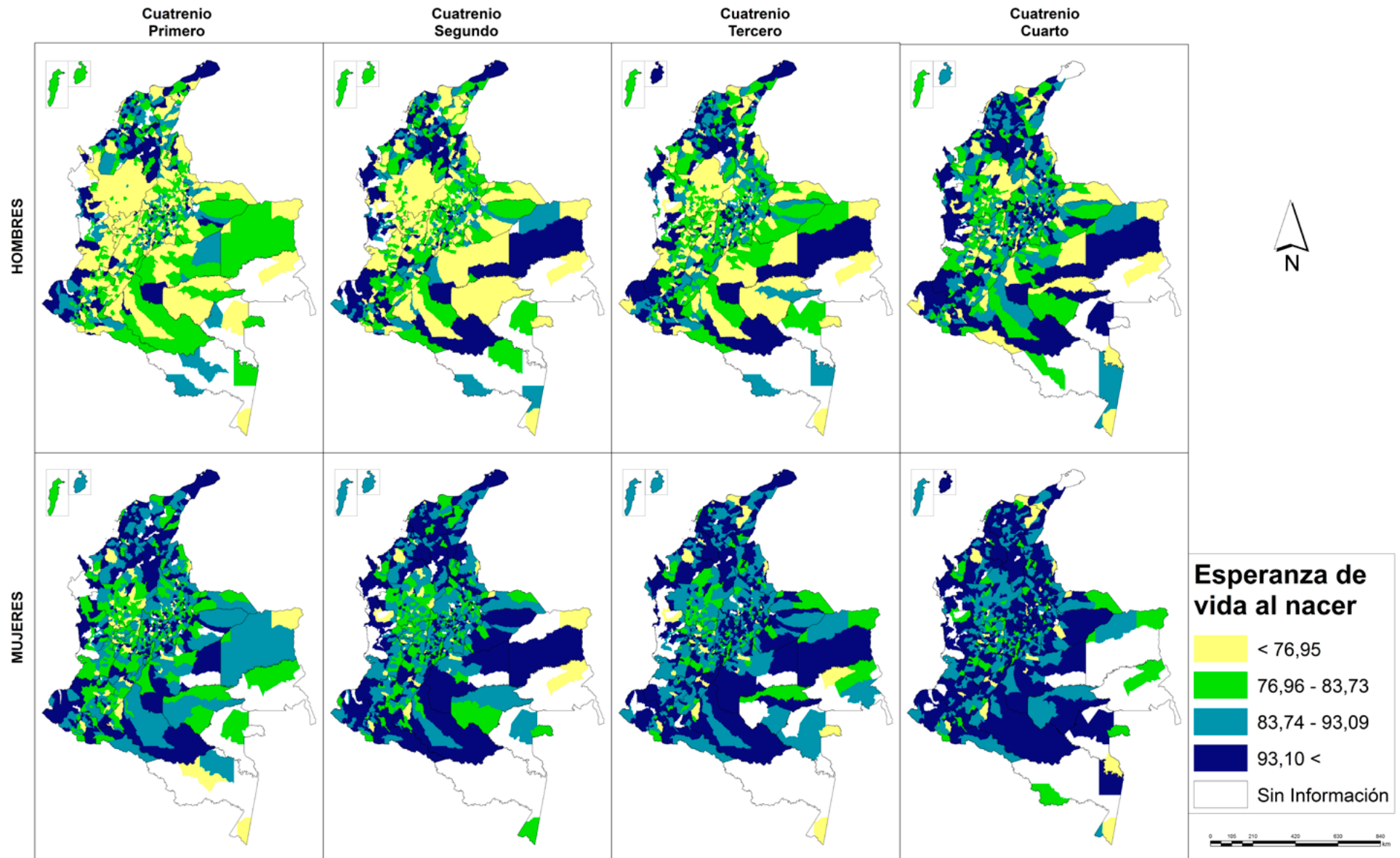


Figura 3.4. Esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres por municipio, promedio por cuatrienio. Colombia, 1998–2013

Cuatrienios: Primero: 1998-2001, Segundo: 2002-2005, Tercero: 2006-2009, Cuarto: 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

3.2.3. La esperanza de vida al nacer y su relación con la productividad y la desigualdad económica en los departamentos

En el análisis bivariado apareció una relación inversa entre el PIB $_{pc}$ y la esperanza de vida a nivel departamental en el 2013 (Figura 3.5.), un mayor PIB $_{pc}$ se asoció a una menor expectativa de vida, una relación contraintuitiva, similar a lo que ocurrió con la correlación entre el índice de *Gini* y la esperanza de vida al nacer, donde un mayor desigualdad en el ingreso se asoció con una mayor expectativa de vida para el 2012, año más reciente para el que se cuenta con información sobre el *Gini* departamental (Figura 3.6.).

Esta relación se mantuvo de forma estadísticamente significativa en el primer modelo multivariado para el periodo 2000-2012, que incluyó estos indicadores socioeconómicos, con el PIB en precios constantes de 2005 y ajustó adicionalmente por año y sexo (Modelo 1, Tabla 3.5.). Sin embargo, en el modelo ajustado por el departamento (Modelo 2, Tabla 3.5.) reveló la confusión que esta variable tiene sobre la asociación con los indicadores socioeconómicos mencionados. El modelo final (Modelo 2) evidencia la asociación inversa y estadísticamente significativa entre el *Gini* departamental y la esperanza de vida al nacer, de forma tal que un mayor *Gini* se asoció con una menor expectativa de vida departamental (coeficiente de -8,61). La asociación con el PIBpc no resultó estadísticamente significativa (Modelo 2).

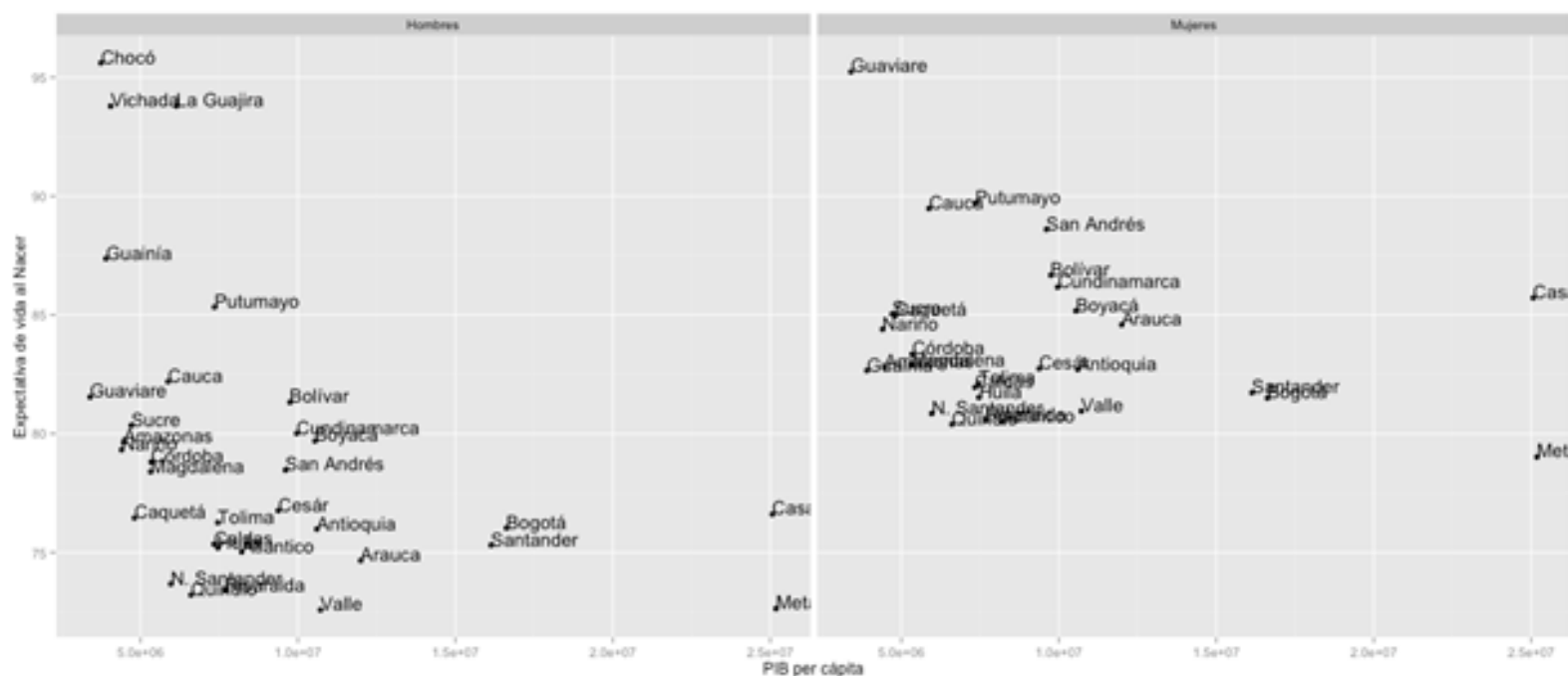


Figura 3.5. Esperanza de vida al nacer *versus* PIBpc departamental. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

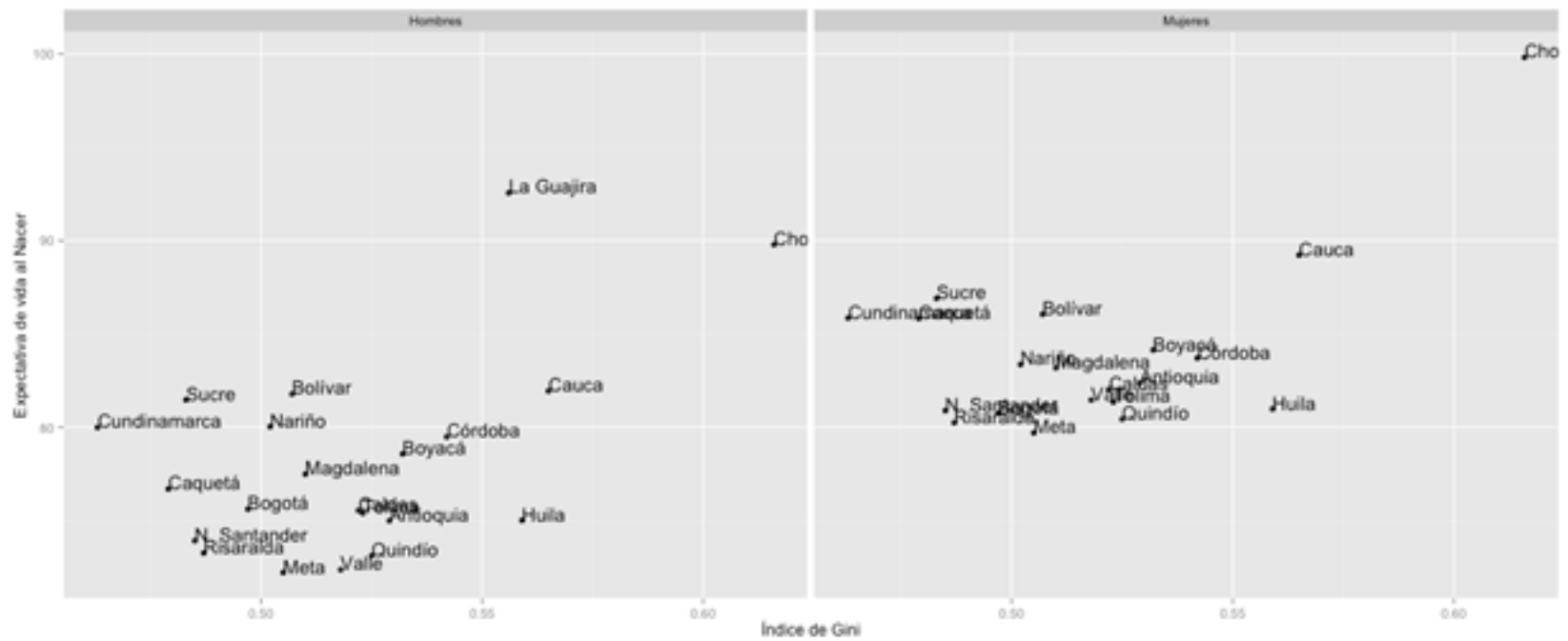


Figura 3.6. Esperanza de vida al nacer *versus* índice de *Gini* departamental. Colombia, 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

Tabla 3.5. Modelos de regresión lineal para esperanza de vida al nacer a nivel departamental y su asociación con el PIB_{pc} e índice de *Gini*. Colombia, 2000-2013

	MODELO 1		MODELO 2	
	Coefficiente	Valor de p	Coefficiente	Valor de p
Intercepto	-667,40	3,46E-05	-367,27	9,38E-07
PIB per cápita (millones)	-0,59078	9,50E-12	0,046	0,606
Índice Gini	23,07	2,05E-03	-8,61	0,0444
año	0,37	5,58E-06	0,22	6,31E-09
Sexo (Referencia Hombres)				
Mujeres	7,27	< 2e-16	7,27	< 2e-16
Departamento (Referencia Bogotá, D.C.)				
Valle			-1,46	0,0657
Tolima			1,61	0,0940
Sucre			7,14	1,34E-09
Risaralda			-1,94	0,0465
Quindío			-0,82	0,413
N, Santander			-0,93	0,378
Nariño			5,75	8,11E-07
Meta			-2,16	1,38E-03
Magdalena			3,76	7,30E-04
La Guajira			19,54	< 2e-16
Huila			0,54	0,562
Cundinamarca			4,50	5,74E-07
Córdoba			6,99	1,09E-10
Chocó			13,72	< 2e-16
Cauca			6,63	2,79E-09
Caquetá			1,31	0,254
Caldas			-0,33	0,729
Boyacá			3,75	9,07E-06
Bolívar			7,07	1,45E-14
Antioquia			0,02	0,979

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

El anterior análisis evidenció que en general hay una tendencia hacia el aumento de la expectativa de vida tanto en hombres y mujeres, en todos los niveles de agrupación geográfica en Colombia (país, departamento y municipio), sin embargo, también se evidenció desigualdades que en algunos casos están mediados por determinantes sociales y pueden estar configurándose en verdaderas inequidades sociales en salud.

Se resaltó la reducción en la brecha para la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres, durante el periodo de análisis. Hay departamentos como Córdoba, donde se presentó una disminución de la esperanza de vida al nacer para ambos sexos, algo que también ocurrió en las mujeres de Magdalena, Cesar y Casanare. En el nivel municipal se llegaron a estimar esperanzas de vida en mujeres de menos de 71 años, como en Montería–Córdoba (69,5), San Juan del Cesar–La Guajira (70,4), Tunja–Boyacá (70,4), Granada–Meta (70,8) y Soatá–Boyacá (71,0).

En el análisis de desigualdades sociales, se evidenció un hecho importante, desde el enfoque metodológico usualmente aplicado, en los análisis bivariados y en aún en el primer análisis multivariado se encontraron asociaciones contraintuitivas entre las variables socioeconómicas seleccionadas y la esperanza de vida al nacer, con hallazgos que hizo pensar que los más vulnerables tienen mejores condiciones en salud. Está en contra de la amplia evidencia internacional al respecto. Es por eso que solo el ajuste por variables no observadas del contexto departamental, es el que evidencia la real asociación tanto del PIB_{pc} y el índice de *Gini*, demostrando como los más desventajados socioeconómicamente presentan los peores indicadores de salud, en este caso en términos de esperanza de vida al nacer. La discusión y posibilidades de intervención se deben centrar en esas condiciones contextuales que configuran los determinantes sociales de la salud, y cuya intervención por medio de políticas públicas que disminuyan la inequidad social, tendrían un impacto en el bienestar de la población, más cuando la disminución de la desigualdad económica a nivel departamental mejora la expectativa de vida en Colombia.

Como producto de una extensa investigación sobre desigualdades en países ricos Wilkinson y Pickett, señalaron que los problemas sociales no pueden explicarse solamente desde la pobreza, sino que están presentes en sociedades con un alto nivel de renta, donde la variable definitiva es el nivel de desigualdad. En concordancia con lo anterior la desigualdad medida a través del índice de *Gini*, resultó ser importante en términos de las desigualdades en la esperanza de vida. Los autores avanzan en explicaciones, entre las que señalan que la dinámica social se afecta en el grado de desigualdad que se encuentre. Así en sociedades de mayor igualdad, la confianza, cohesión y la participación ciudadana se intensifican y esa identificación social, promueve la salud y el cuidado, reflejándose incluso en índices de violencia bajos. En contraste, la desigualdad promueve distinciones de acuerdo a los estatus, genera competencia individual, desconfianza en el “otro”, prejuicios, temores, marginación, violencia, estrés, menos salud y menos calidad de vida (11); es decir la desigualdad en sí misma, tiene efectos negativos en la calidad de vida de las personas.

Referencias

1. Soubbotina TP. Beyond economic growth: An introduction to Sustainable Development. An introduction to sustainable development. 2004.
2. United Nations. *Indirect techniques for demographic estimation. Department of International Economic and Social Affairs population studies, No 81. 1983. 35 p.*
3. Salomon J, Ahmad O, Murray C, Mafat D. Life Tables for 191 countries: *Data, methods and results. GPE Discussion Paper Series: No.9. EIP/GPE/EBD. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000 [cited 2015 Dec 10]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/paper09.pdf>*
4. Coale A, Demeny P. Regional model life tables and stable populations. *Princeton New Jersey Princeton Univ. Press 1966.; [cited 2015 Dec 10]; Available from: <http://www.popline.org/node/518354>*
5. Brass W. On the scale of mortality. In: Brass W, editor. *Biological aspects of demography [Internet]. London: Taylor & Francis; 1971 [cited 2015 Dec 10]. p. 69–110. Available from: https://books.google.com.co/books/about/Biological_aspects_of_demography.html?id=WiFeAAAAIAAJ&pgis=1*
6. United Nations Department of International Economic and Social Affairs. *Model Life Tables for Developing Countries. Popul Stud (NY). 1982;77(77).*
7. Rodriguez G, Hobcraft J. Illustrative analysis: *life table analysis of birth intervals in Colombia. Voorburg The Hague Netherlands International Statistical Institute 1980 May.; [cited 2015 Dec 10]; Available from: <http://www.popline.org/node/450796>*
8. Chiang C. The life table and its applications [Internet]. *Malabar Fla Robert E. Krieger Publishing; 1984 [cited 2015 Dec 11]. Available from: <http://www.popline.org/node/401451>*
9. Keyfitz N, Caswell H. *Applied mathematical demography. Springer; 2005.*
10. Preston SH, Heuveline P, Guillot M. Demography: Measuring and Modeling Population Processes. Population French Edition. 2001. xiii, 291 p. p.
11. Wilkinson R, Pickett K. *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger [Internet]. Bloomsbury Publishing; 2010 [cited 2015 Dec 25]. 400 p. Available from: https://books.google.com.co/books/about/The_Spirit_Level.html?id=i1oz6wYHjic&pgis=1*

3.3. Morbilidad

Dimensión de seguridad alimentaria y nutricional

3.3.1. Desigualdades sociales en el bajo peso al nacer

*Liliana Castillo-Rodríguez
Diana Díaz-Jimenez
Carlos Castañeda-Orjuela
Karol Patricia Cotes-Cantillo*

El bajo peso al nacer (BPN) se define como el peso por debajo de los 2.500 gramos (1). Más del 96% de los casos ocurren en el mundo en desarrollo, ligado a condiciones socioeconómicas de pobreza en las mujeres (2). El BPN implica un mayor riesgo de morir durante los primeros meses y años (3) o de presentar alteraciones del sistema inmunológico, además de asociarse con una mayor incidencia de enfermedades crónicas como diabetes y cardiopatías (4).

La información de bases de datos oficiales como Estadísticas Vitales-DANE permiten conocer algunas características de los casos registrados en el país, sin embargo, no cuenta con la variable índice de riqueza, que era de interés para el presente análisis de desigualdades sociales. Para la presente sección, la descripción de las desigualdades sociales en el BPN se realizó a partir de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) de 2005 y 2010, mediante un análisis de prevalencia y medidas de desigualdad relativas y absolutas (razón y diferencia de prevalencias, respectivamente).

Las variables independientes (nivel de educación de la madre, índice de riqueza del hogar, sexo y si el nacimiento fue por cesárea) fueron sometidas a un análisis bivariado y multivariado, evaluando su asociación con el BPN. El alistamiento y análisis de la información se realizó en el programa *Stata 12*® y *Microsoft Excel*®.

En Colombia el BPN, según datos de la ENDS de 2005 y 2010, mostró que la prevalencia disminuyó porcentualmente en los niños, en los departamentos de Boyacá (4,4%), Santander (3,6%) y Casanare (2,4%) y en las niñas en los departamentos de Arauca (7,2%), San Andrés y Providencia (6,0%) y Boyacá (5,6%). Por otra parte la prevalencia aumentó en los niños de los departamentos de Guaviare (4,6%), Atlántico (3,5%), Caldas y Norte de Santander (3,3%) mientras que en las niñas se presentó en los departamentos de Risaralda (5,3), Cundinamarca (4,6%), Meta y Antioquia (4,3%). Bogotá, D.C. mantuvo su prevalencia a expensas del detrimento de la salud de las niñas, quienes reportan las mayores prevalencias de BPN en los dos periodos de análisis, y un aumento de la prevalencia entre 2005 y 2010 (Tabla 3.6.).

Tabla 3.6. Prevalencia de bajo peso al nacer por departamento y sexo. Colombia, 2005, 2010

ENTIDAD TERRITORIAL	NIÑOS		ENTIDAD TERRITORIAL	NIÑAS	
	2005	2010		2005	2010
Bogotá, D.C.	11,6%	10,4%	Bogotá, D.C.	13,0%	14,2%
Cundinamarca	7,9%	9,6%	Atlántico	7,6%	11,5%
Amazonas	6,6%	9,5%	Antioquia	5,3%	9,6%
Caldas	4,8%	8,1%	Valle del Cauca	6,4%	9,3%
Guaviare	3,3%	8,0%	Guaviare	9,2%	8,9%
Valle del Cauca	4,4%	7,5%	Cundinamarca	4,1%	8,7%
Antioquia	4,7%	7,0%	Nariño	6,4%	8,3%
San Andrés y providencia	1,7%	6,8%	Risaralda	2,8%	8,1%
Boyacá	11,2%	6,8%	Colombia	6,8%	8,0%
Quindío	5,5%	6,7%	Amazonas	6,7%	7,6%
Atlántico	3,0%	6,5%	Caldas	8,8%	7,0%
Colombia	5,7%	6,5%	Huila	2,6%	6,6%
Magdalena	4,8%	6,3%	Casanare	7,2%	6,5%
Nariño	5,6%	6,2%	Meta	2,2%	6,5%
Santander	9,4%	5,7%	Magdalena	5,2%	5,8%
Sucre	6,2%	5,3%	Sucre	3,4%	5,7%
Vaupés	2,4%	4,8%	Cauca	3,0%	5,4%
Tolima	2,2%	4,8%	Santander	4,3%	5,3%
Norte de Santander	1,5%	4,8%	Bolívar	8,8%	5,2%
Risaralda	3,5%	4,8%	Boyacá	10,7%	5,1%
Cesar	3,1%	4,7%	Norte de Santander	4,1%	5,1%
Meta	2,5%	4,3%	San Andrés y providencia	11,0%	5,0%
Arauca	5,5%	4,1%	Vichada	4,6%	4,3%
Vichada	5,9%	4,0%	Arauca	11,5%	4,3%
Cauca	1,5%	3,5%	Quindío	5,2%	4,2%
Bolívar	3,3%	3,4%	Cesar	6,7%	4,0%
Córdoba	4,5%	3,4%	Córdoba	5,3%	3,8%
Huila	2,8%	3,3%	Vaupés	1,4%	3,7%
La Guajira	1,9%	3,3%	Putumayo	2,6%	3,3%
Casanare	5,7%	3,3%	Caquetá	5,3%	3,3%
Putumayo	1,5%	2,9%	Guainía	4,2%	3,3%
Caquetá	3,3%	2,0%	La Guajira	3,3%	2,6%
Guainía	2,1%	1,8%	Chocó	2,4%	2,5%
Chocó	2,8%	1,6%	Tolima	3,9%	1,9%

*Clasificado por prevalencia de mayor a menor tomando como referencia 2010.

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

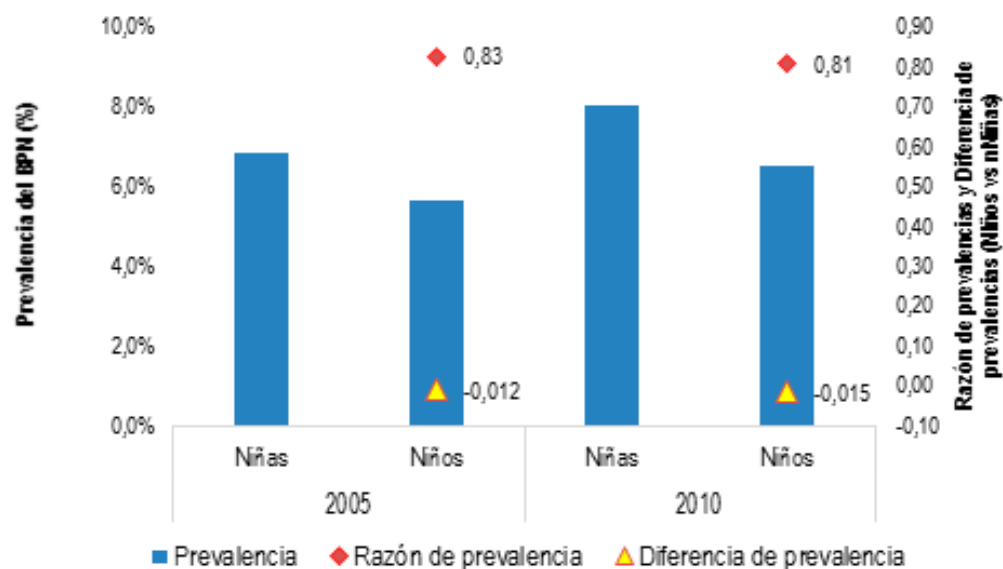


Figura 3.7. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de BPN, según sexo. Colombia 2005, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

Tanto en 2005 como en 2010 la prevalencia del BPN aumentó tanto en niños como en niñas siendo más relevante en las niñas; sin embargo, en las medidas de desigualdad relativa y absoluta no hay diferencias significativas (Figura 3.7.).

Al realizar un análisis según sexo, la prevalencia del BPN en 2005 presentó una disminución al aumentar la edad de las madres tanto en niños como en niñas (Figura 3.8. y Figura 3.9.). En 2010, se mantuvo la disminución de la prevalencia en las niñas al aumentar la edad de la madre opuesto a lo observado en los niños que mostró la menor prevalencia en el grupo de 20 a 34 años (Figura 3.8. y Figura 3.9.).

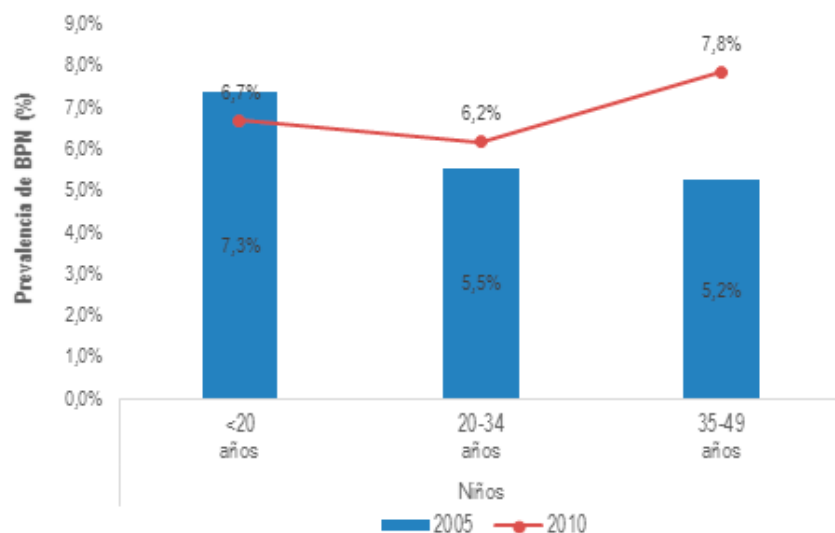


Figura 3.8. Prevalencia de BPN en niños, según edad de la madre. Colombia 2005, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

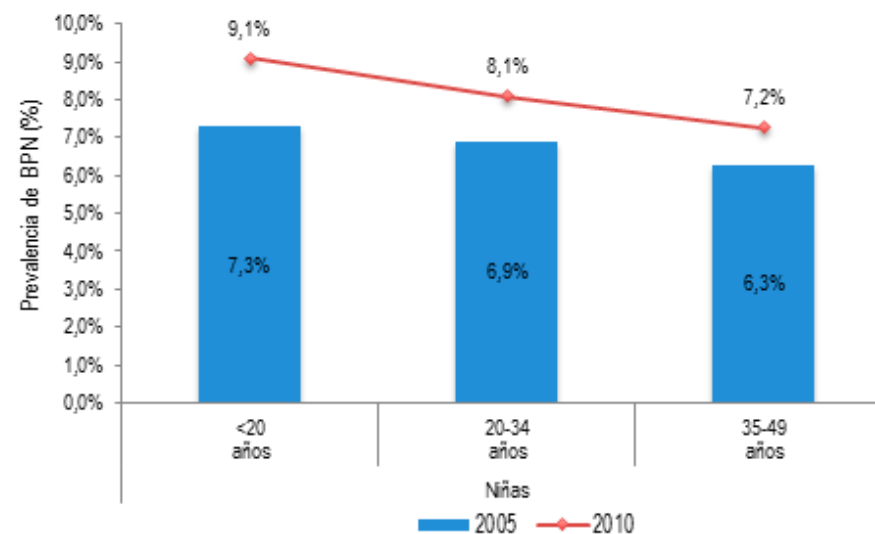


Figura 3.9. Prevalencia de BPN en niñas según edad de la madre. Colombia 2005, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

En relación a la brecha de desigualdad absoluta y relativa en 2005, tanto en niños como en niñas se presentaron las mayores brechas en las madres menores de 20 años manteniéndose el gradiente en 2010, opuesto a los niños donde las brechas se observaron en detrimento de la salud de los niños de madres entre 35 y 49 años (Figura 3.10. y Figura 3.11.).

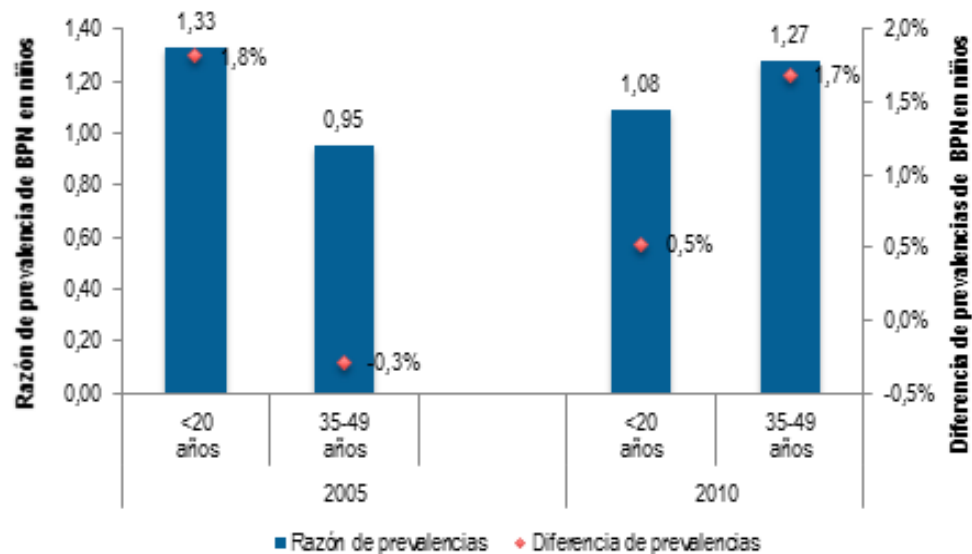


Figura 3.10. Desigualdad absoluta y relativa del BPN en niños, según la edad de la madre. Colombia 2005, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

Según el área de residencia de la madre, entre 2005 y 2010 el aumento de la prevalencia en el área urbana (0,8%) es menor que en el área rural (1,2%). En relación a las medidas de desigualdad mientras la medida relativa mostraron un aumento en relación al BPN en los menores que habitan en la zona rural, la medida absoluta disminuyó (Figura 3.12.).

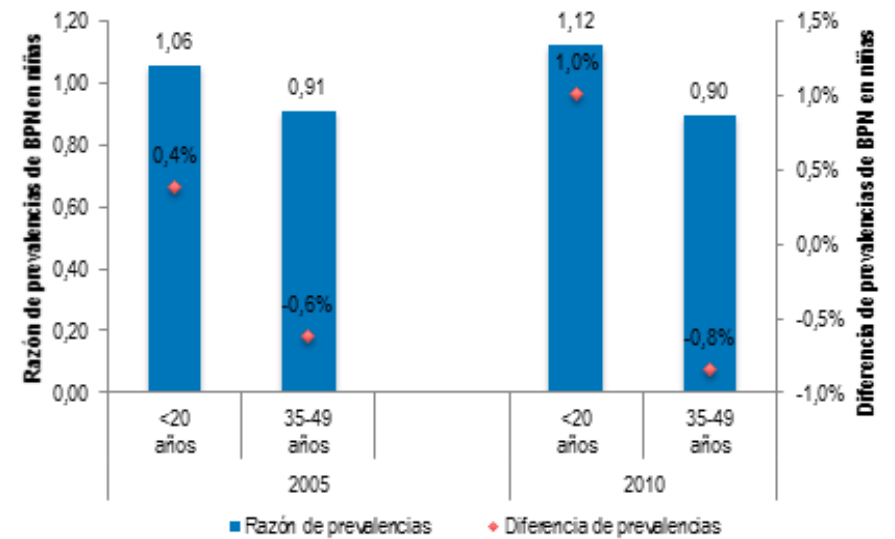


Figura 3.11. Desigualdad absoluta y relativa del BPN en niñas, según la edad de la madre. Colombia 2005, 2010

*Se tomó como referencia el grupo de edad de 20 a 34 años
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

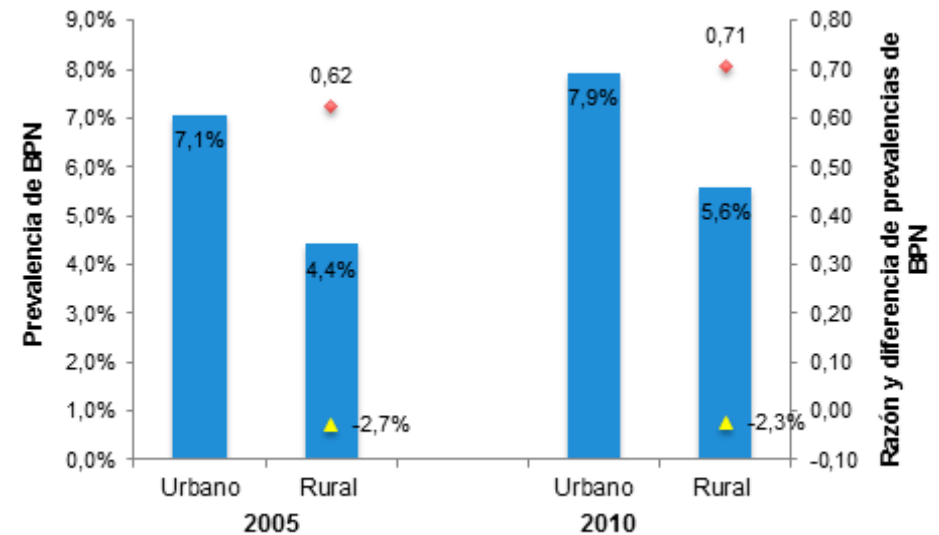


Figura 3.12. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de BPN, según el lugar de residencia de la madre. Colombia 2005, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

En los dos años de análisis, a medida que aumentó el índice de riqueza o el nivel educativo de la madre, también aumentó la prevalencia y las medidas de brecha absoluta y relativa del BPN como se observa en la Figura 3.13. y la Figura 3.14.

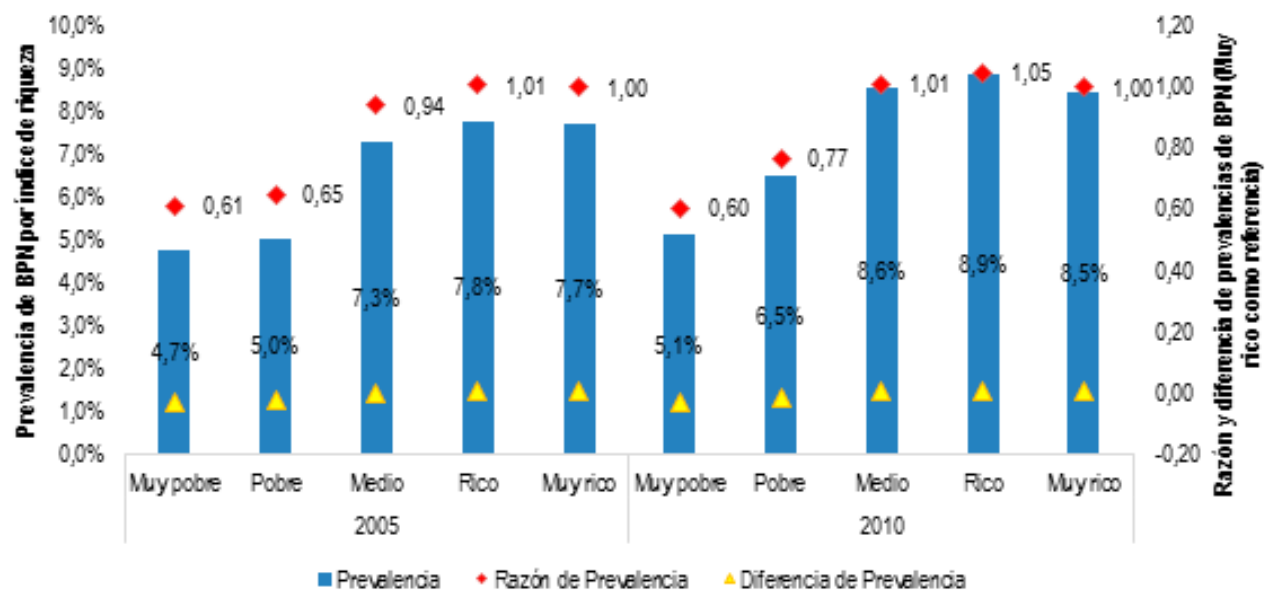
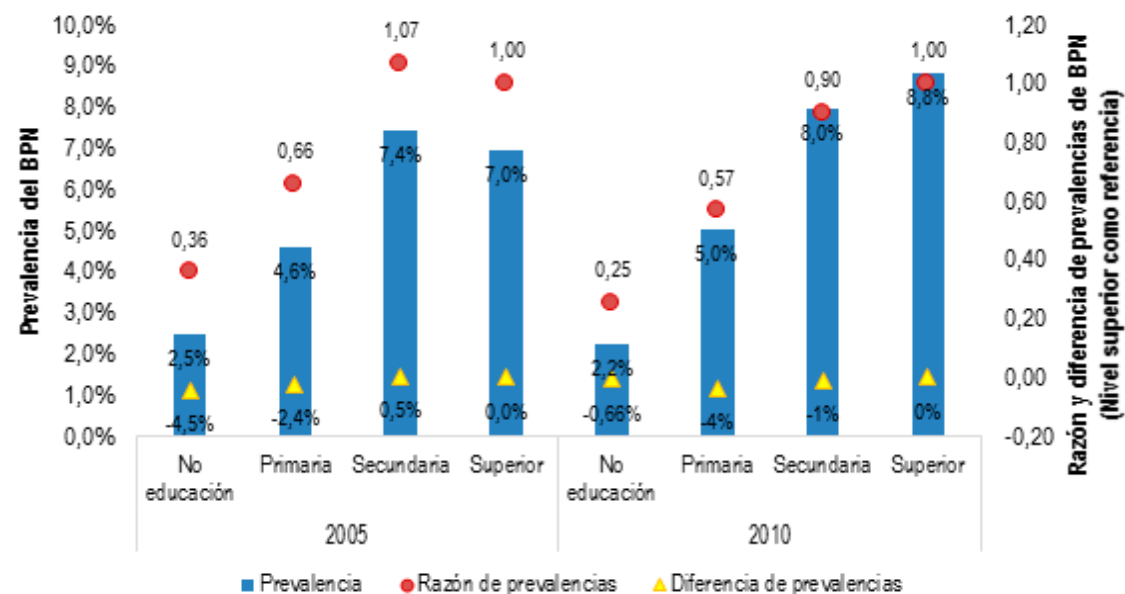


Figura 3.13. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de BPN, según índice de riqueza de la madre. Colombia 2005, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

Figura 3.14. Prevalencia y medidas absolutas y relativas BPN, según nivel educativo de la madre. Colombia 2005, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010



Lo anterior muestra una relación contraintuitiva en contra de los menos vulnerables. No obstante en el análisis multivariado se observó la asociación inversa y estadísticamente significativa entre el índice de riqueza y el BPN, siendo las mujeres pobres más vulnerables a tener niños con BPN (Tabla 3.7.). Los departamentos que tienen un mayor riesgo de presentar BPN son: Bogotá, D.C., Boyacá, Amazonas, Guaviare y Cundinamarca. No se observó influencia de la edad de la madre o de su nivel educativo. Se evidenció que los hijos de mujeres a quienes se les practicó cesárea presentaron 2 veces mayor el riesgo, de nacer con bajo peso, en comparación a las que nacieron por parto natural (Tabla 3.7.).

Tabla 3.7. Modelo de regresión logística para el BPN y su asociación con el nivel educativo de la madre, índice de riqueza, sexo y cesárea. Colombia 2005, 2010

BPN	Odds Ratio	Valor P
Intercepto	1,04E-16	0,226
Año	1,016985	0,266
Edad de la madre (Referencia grupo de 20 a 34 años)		
<20 años	1,175514	0,114
35-49 años	1,004008	0,968
Sexo. Referencia (Niños)		
Niñas	1,271646	0
Índice de riqueza (Referencia Rico)		
Muy pobre	1,574569	0
Pobre	1,081585	0,492
Medio	1,130211	0,263
Muy rico	0,8289266	0,167
Nivel educativo de la madre (Referencia Superior)		
No educación	0,774816	0,455
Primaria	0,9938271	0,962
Secundaria	1,087221	0,453
Cesárea	2,082237	0

BPN	Odds Ratio	Valor P
Departamento (Referencia Norte de Santander)		
Antioquia	2,388607	0
Atlántico	2,035084	0,001
Bogotá, D.C.	4,000781	0
Bolívar	1,513652	0,097
Boyacá	2,896204	0
Caldas	2,309575	0,001
Caquetá	1,211202	0,461
Cauca	1,491653	0,134
Cesar	1,484145	0,092
Córdoba	1,82062	0,018
Cundinamarca	2,391157	0
Chocó	1,118054	0,721
Huila	1,224509	0,369
La Guajira	1,206945	0,424
Magdalena	2,214348	0,001
Meta	1,290122	0,339
Nariño	2,068705	0,001
Quindío	1,751441	0,018
Risaralda	1,568413	0,052
Santander	1,956649	0,01
Sucre	1,803261	0,006
Tolima	1,06606	0,808
Valle del Cauca	2,331297	0
Arauca	1,70155	0,02
Casanare	1,831969	0,025
Putumayo	0,7538322	0,363
San Andrés y Providencia	1,339666	0,31
Amazonas	2,746113	0
Guainía	1,075001	0,829
Guaviare	2,453572	0
Vaupés	1,65316	0,084
Vichada	1,393173	0,285

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

En la descripción de desigualdades sociales, con base en el análisis bivariado, en relación al índice de riqueza y el nivel educativo se halló una asociación contraintuitiva entre estas variables socioeconómicas y el BPN, hallazgos que harían pensar que los más vulnerables son aquellos que tiene mejores condiciones en salud. Sin embargo, al realizar el análisis multivariado se evidenció que aquellos hijos de las mujeres más pobres tienen mayor riesgo de BPN, mientras que en cuanto al nivel educativo no hubo asociación. Lo anterior refleja la necesidad de complementar las medidas usuales de desigualdad con análisis que permitan evidenciar asociaciones multivariadas, que puedan controlar el posible sesgo de confusión de distintas variables.

Referencias

1. Salud MDE. Guía de atención del bajo peso al nacer.
2. UNICEF. Progreso para la infancia. Un balance sobre la nutrición [Internet]. 2006. Available from: http://www.unicef.org/spanish/publications/index_33685.html
3. Rodríguez Domínguez P, Hernández Cabrera J, Reyes Pérez A. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2005;31. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100005
4. UNICEF- Progreso para la Infancia- Un balance sobre la nutrición. Bajo peso al nacer. 2006.

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

*Liliana Castillo-Rodríguez
Luz Mery Cárdenas-Cárdenas
Carlos Castañeda-Orjuela
Karol Patricia Cotes-Cantillo*

La desnutrición (DNT) en menores de cinco años contribuye a la mortalidad en este grupo poblacional (1). Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), a nivel nacional, la prevalencia de DNT crónica en menores de cinco años pasó de 26,1% durante 1990 a 13,2% en el 2010 (2) lo que representó un avance del 71,3% respecto a la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015. Tal parece que a este ritmo de disminución, la meta planteada, es decir lograr una prevalencia del 8% para el 2015 en el marco de los ODM, no podrá ser alcanzada (2-4). A continuación, a partir de un análisis secundario de la base de datos de la ENSIN 2010, se realizó el estudio de las desigualdades sociales en la DNT en menores de cinco años, desde la desagregación de la prevalencia de DNT crónica y medidas relativas y absolutas de desigualdad como la razón y la diferencia de prevalencia respectivamente.

Prevalencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años

Según la ENSIN 2010, 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%), tal como se presenta en la (Figura 3.15.).

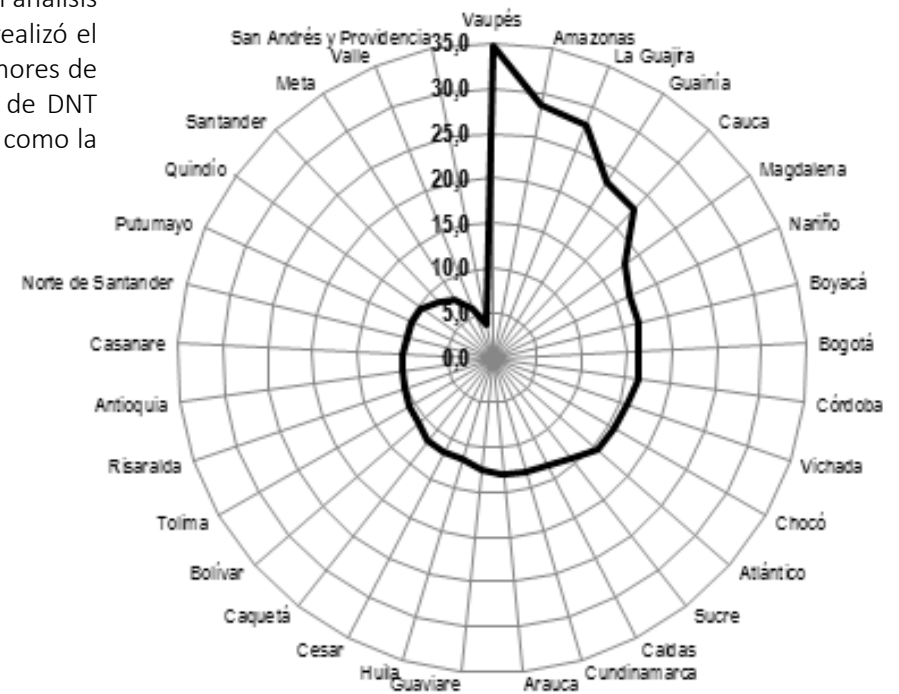


Figura 3.15. Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de cinco años, según departamento. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

En términos generales, en Colombia la prevalencia de DNT crónica se distribuyó de forma desigual según sexo, grupo de edad, nivel educativo, edad de la madre, índice de riqueza, zona de residencia y pertenencia étnica (Figuras 3.16. a la 3.18.). Según sexo, la prevalencia de DNT crónica en menores de cinco años para el 2010 fue mayor en niños que en niñas, aspecto que se reflejó en las medidas de desigualdad razón y diferencia de prevalencia (Figura 3.16.).

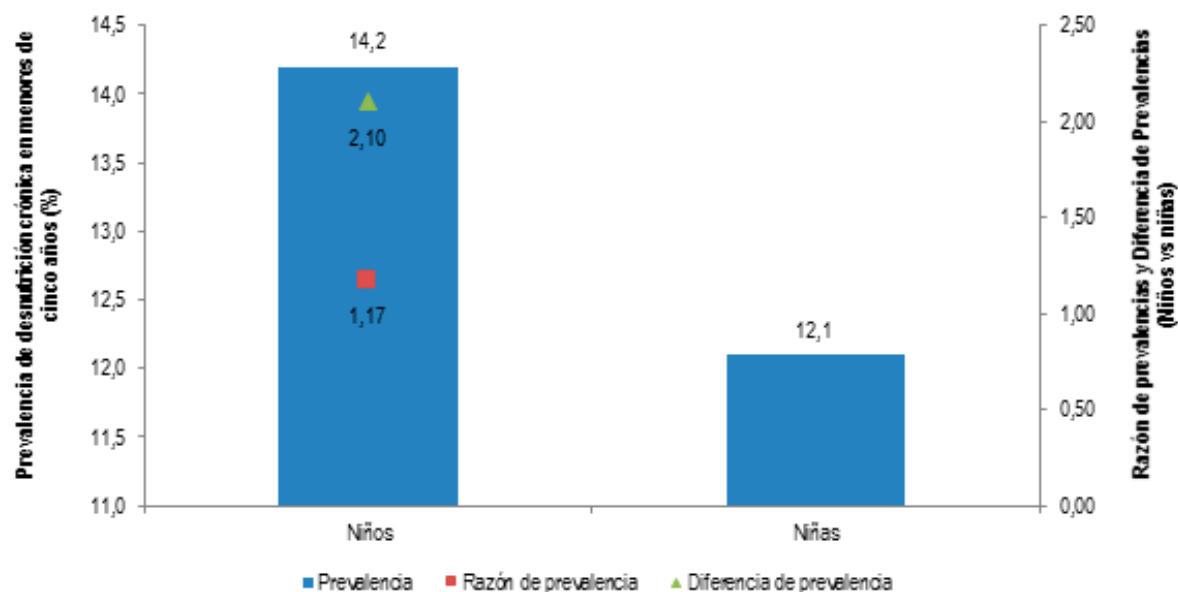


Figura 3.16. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de desnutrición crónica, en menores de cinco años, según sexo. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

Tanto en niñas como en niños la mayor prevalencia de DNT crónica se presentó en los grupos de edad de 12-35 meses (Figura 3.17.). No obstante, en niñas las menores prevalencias de DNT crónica se observaron en aquellas de menor edad (menores de once meses), mientras que en los niños, éstas se encontraron en el grupo de 48-59 meses (Figura 3.17.). Con relación a las brechas de desigualdad absoluta y relativa según grupos de edad, en comparación con el grupo de 48 a 59 meses, en niñas y niños las mayores brechas se encontraron para los grupos de edad de 12 a 35 meses (Figura 3.18.).

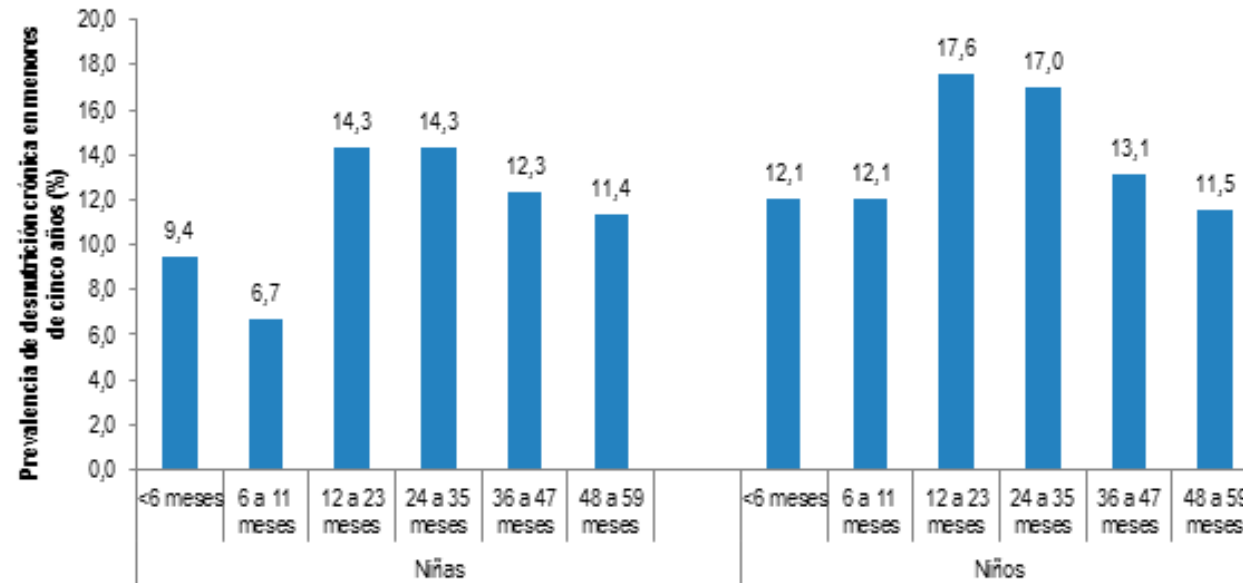


Figura 3.17. Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de cinco años, por grupo de edad. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

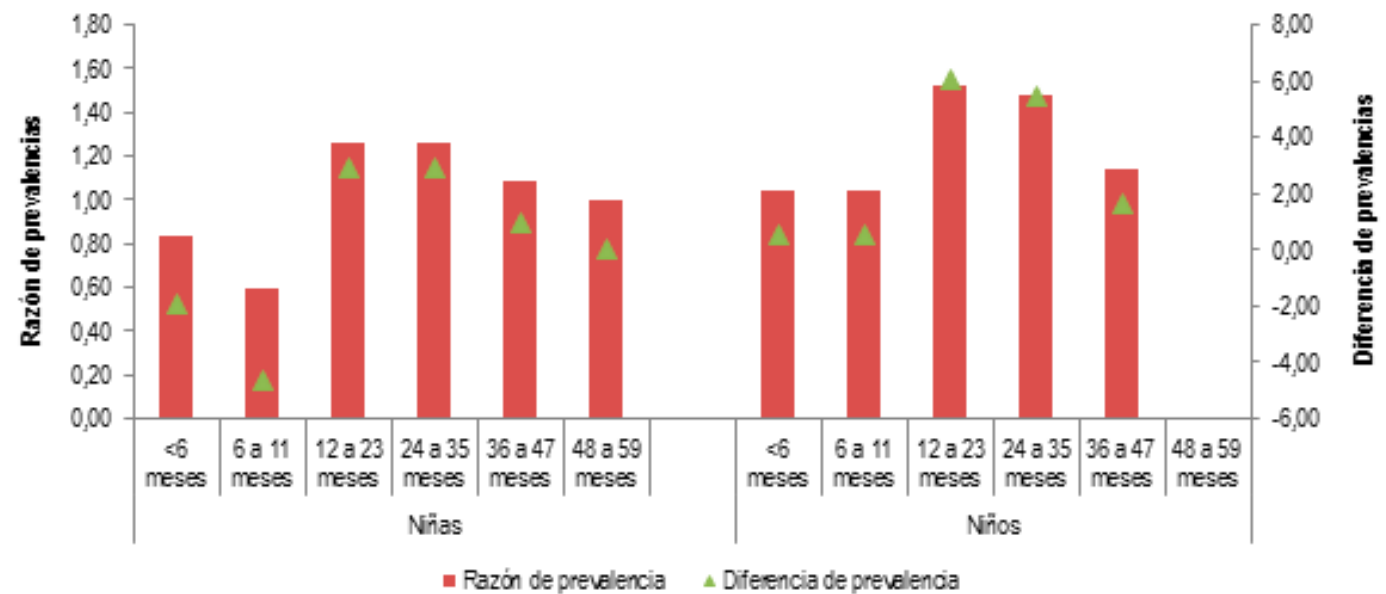


Figura 3.18. Desigualdad absoluta y relativa de la desnutrición crónica en menores de cinco años, por grupo de edad. Colombia,

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

Según el nivel educativo de la madre e índice de riqueza del hogar, tanto en niñas como en niños la DNT crónica evidenció un gradiente en el que su prevalencia aumentó a medida que el nivel educativo de la madre y el índice de riqueza del hogar fueron menores (Figuras 3.19. y 3.20.). La brecha de desigualdad absoluta y relativa tuvo un mismo comportamiento (Figura 3.19. y 3.20.).

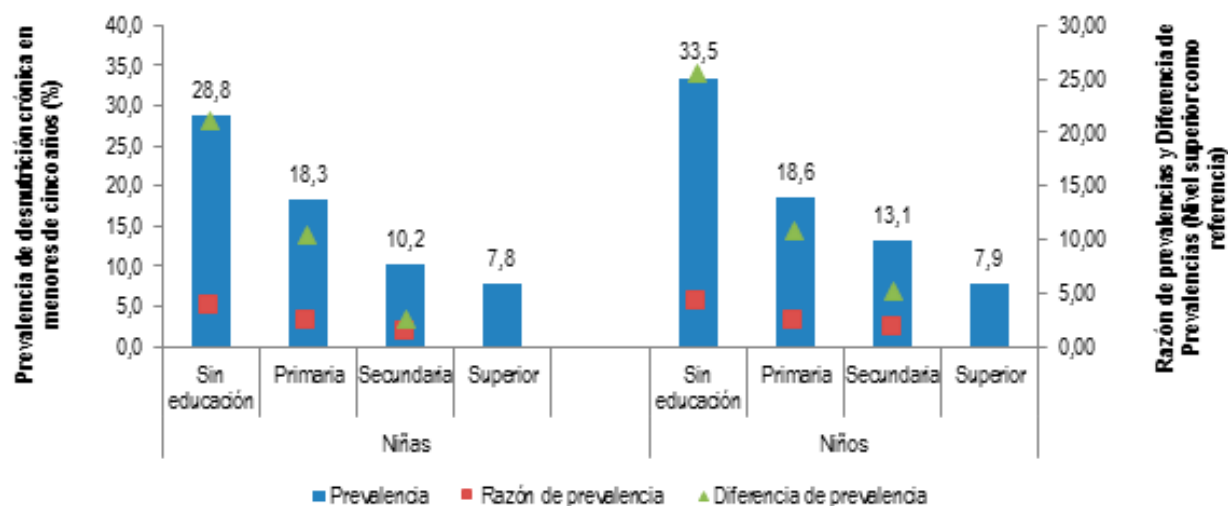
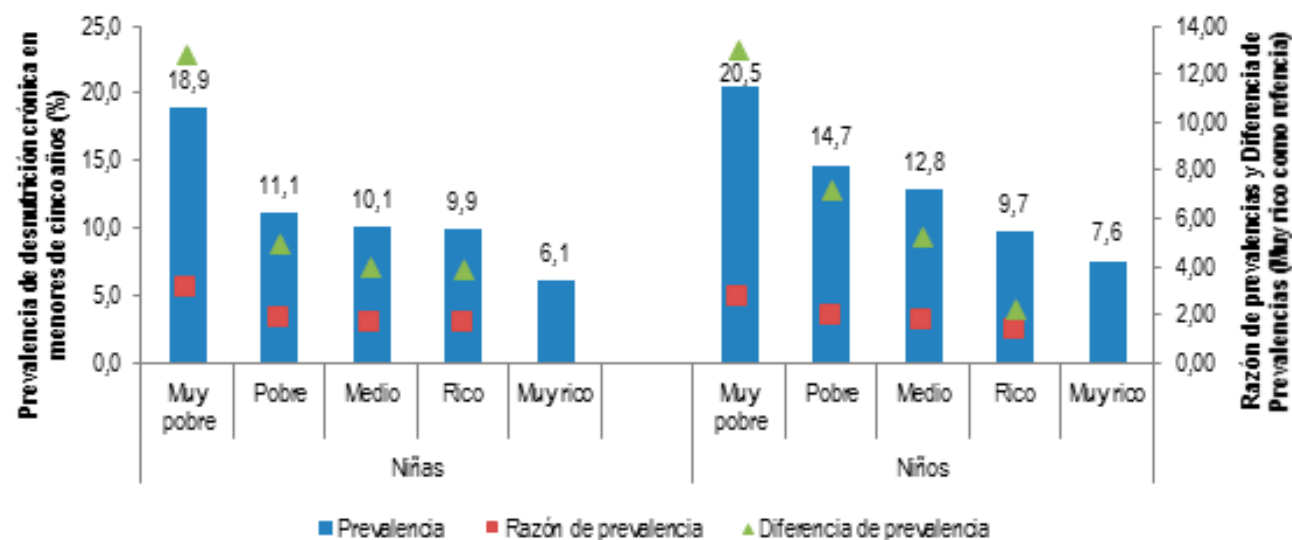


Figura 3.19. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de desnutrición crónica en menores de cinco años, por nivel educativo de la madre. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

Figura 3.20. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de desnutrición crónica en menores de cinco años, por nivel de riqueza de la madre. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010



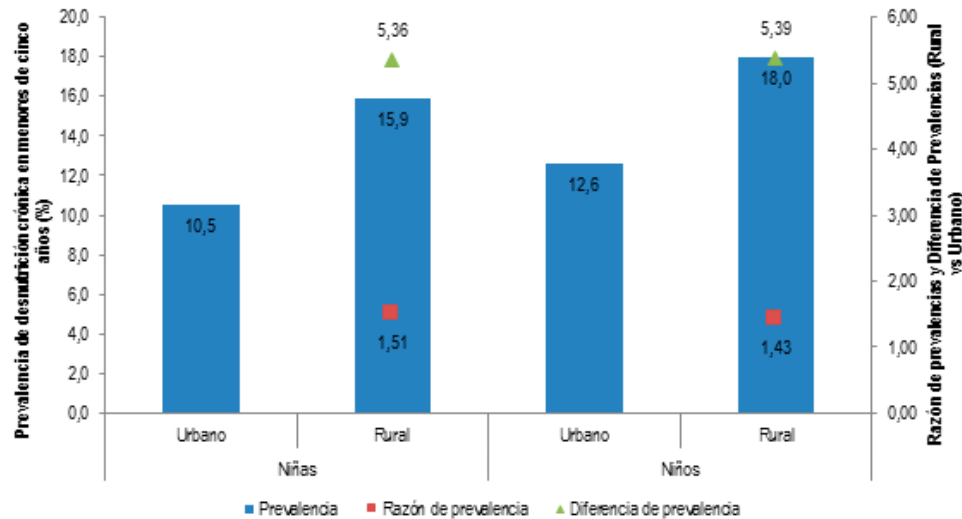


Figura 3.21. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de desnutrición crónica en menores de cinco años, por zona de residencia. Colombia, 2010

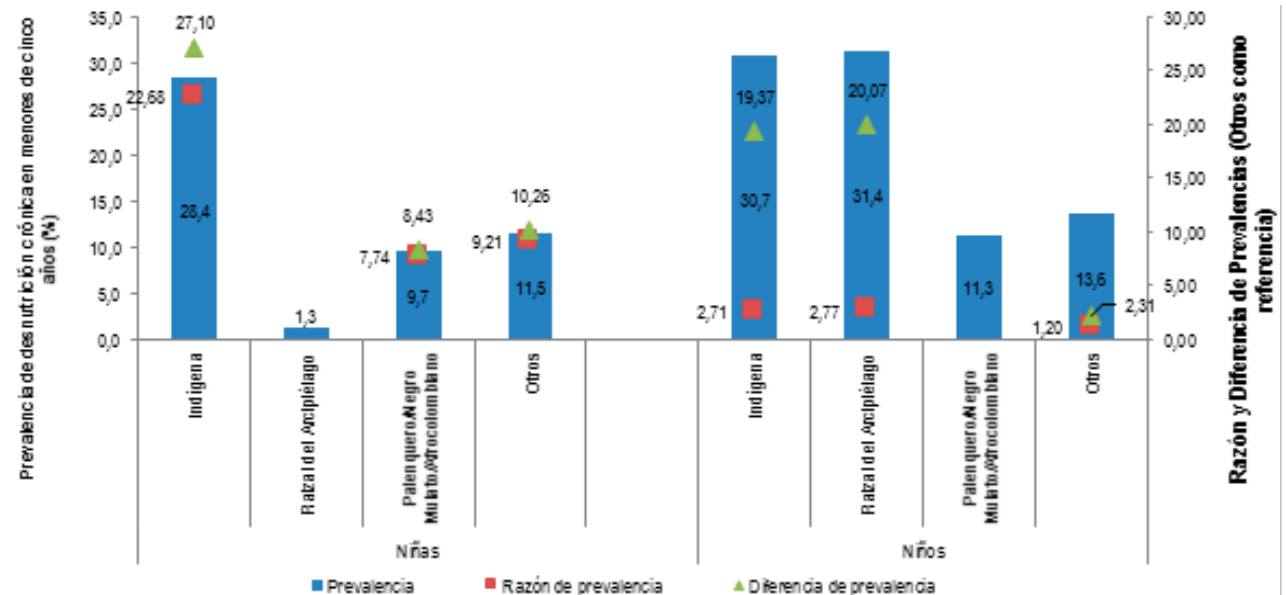
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

Según la zona de residencia, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años fue alrededor de 5,3% mayor en los niños y niñas del área rural, en comparación con los del área urbana, lo que se evidenció en brechas de desigualdad relativa y absoluta en detrimento de la salud nutricional de los menores que residen en área rural (Figura 3.21.).

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 (Figura 8). Llamó la atención que en los niños la mayor prevalencia de DNT crónica se observó en aquellos hijos de madres que se autodefinieron como raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia (Figura 3.22.).

Figura 3.22. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de desnutrición crónica en menores de cinco años, por pertenencia étnica. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010



El anterior análisis muestra que la DNT es mayor en los niños que en las niñas; sin embargo, en ambos sexos se evidenciaron brechas por variable socioeconómicas en contra de los más vulnerables, especialmente en el grupo de 12-35 meses. Tanto en niños como en niñas hay una clara diferencia en los grupos de edad con las menores prevalencias, mientras en las niñas se presentaron las prevalencias más bajas en los primeros meses de vida, en los niños la menor prevalencia se presentó en el grupo de 48 a 59 meses.

La brecha fue evidente en los análisis relacionados con el nivel educativo e índice de riqueza de la madre, se reflejaron en los resultados en los que los hijos de madres con menor nivel educativo e índice de riqueza, tuvieron mayor DNT. De otra parte, con relación a la zona de residencia, la brecha de desigualdad afectó el bienestar nutricional de los menores que habitan en áreas rurales. Como consecuencia de esta evidencia, es necesario revisar las intervenciones que en materia nutricional se han realizado, no solo por no lograr el cumplimiento de la meta de los ODM, sino por la relevancia que este problema de salud pública, causa en el deterioro en la salud de los niños y niñas colombianos.

Referencias

1. UNICEF. Progreso para la infancia. Un balance sobre la nutrición. 2006.
2. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Profamilia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. 2011;1–512.
3. DNP. Informe de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Departamento Nacional de Planeación Gobierno de Colombia. 2013.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Monitoreo a los objetivos del desarrollo del milenio. 2014;1–15.

3.3.3. Desigualdades en la obesidad

*Diana Díaz-Jiménez
Liliana Castillo-Rodríguez
Carlos Castañeda-Orjuela
Karol Patricia Cotes-Cantillo*

La obesidad es una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, un aumento del peso corporal con respecto al que correspondería según la estatura, el sexo y la edad de la persona (1); este ya no solo es un problema característico de los países desarrollados y de poblaciones de estratos socioeconómicos altos, en la actualidad se ha convertido en un problema de países pobres y de ingresos medios (2-4). El exceso de peso es una consecuencia no sólo de los cambios de los hábitos alimenticios, debido a un mayor consumo de alimentos altos en calorías, sino a la disminución de la actividad física y del incremento del sedentarismo (3). El cambio de estos hábitos ha repercutido en la modificación de los índices antropométricos (5), adquiriendo la connotación de un problema de salud pública (6, 7).

En Colombia según los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2005 se reportó que el 40,5% de la población consumieron más del 65% de las calorías provenientes de los carbohidratos (8), y de acuerdo con los resultados de la ENSIN 2010 el 10% de la población consumió arroz o pasta tres veces o más en el día y el 5% consumió pan, arepa o galletas con esta misma frecuencia; el 27% consumió tubérculos y plátanos dos veces al día; y el 57,4% consumió azúcar, panela o miel tres veces o más en el día (3). Además el bajo consumo diario de frutas y verduras, y el consumo muy bajo de hortalizas y verduras son resultados consecuentes con el incremento actual del sobrepeso y la obesidad en el país (3, 7).

Hasta hace poco tiempo el sobrepeso y la obesidad eran un problema de salud más relevante en la población adulta que en la infancia y la adolescencia dando mayor importancia a la desnutrición en los menores (9); sin embargo hoy en día es necesario monitorear cualquier cambio en los patrones de crecimiento poblacional y documentar las desviaciones de la normalidad, ya sea esto desnutrición, sobrepeso u obesidad (10).

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 (razón y diferencia de prevalencia, respectivamente). 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. El alistamiento de la información se realizó en el programa *Stata 12®* y *Microsoft Excel®*.

Obesidad en niños menores de cinco años

Según datos de la ENSIN 2010, en Colombia los departamentos que presentaron una mayor prevalencia de obesidad en niños menores de 5 años son Vaupés (13,72%), San Andrés y Providencia (11,06%) y Atlántico (10,20%); mientras que en las niñas se presentó en los departamentos de Guaviare (10,14%), Cauca (6,65%), y Vaupés (6,25%), siendo mayor la prevalencia de obesidad en los niños (Tabla 3.8.).

Tabla 3.8. Prevalencia de obesidad en menores de cinco años, por departamento y sexo. Colombia, 2010

ENTIDAD TERRITORIAL	NIÑOS	ENTIDAD TERRITORIAL	NIÑAS
Vaupés	13,7%	Guaviare	10,1%
San Andrés y providencia	11,1%	Cauca	6,7%
Atlántico	10,2%	Vaupés	6,3%
Cauca	9,4%	Bogotá, D.C.	6,2%
Arauca	9,2%	Caquetá	5,9%
Meta	8,5%	Quindío	5,9%
Valle del Cauca	8,0%	Valle del Cauca	5,9%
Cundinamarca	7,3%	Risaralda	5,5%
Tolima	7,1%	Caldas	5,4%
Boyacá	6,6%	Boyacá	5,0%
Bogotá, D.C.	6,6%	Antioquia	4,9%
Putumayo	6,5%	Sucre	4,9%
Córdoba	6,3%	Meta	4,9%
Guainía	5,6%	Nariño	4,9%
Huila	5,5%	Chocó	4,8%
Norte de Santander	5,4%	Bolívar	4,5%
Risaralda	5,3%	Guainía	4,3%
Guaviare	4,7%	Tolima	4,0%
Quindío	4,7%	San Andrés y providencia	4,0%
Cesar	4,6%	Cesar	3,9%
Chocó	4,6%	Córdoba	3,9%
Bolívar	4,4%	Santander	3,8%
Nariño	4,3%	Norte de Santander	3,6%
Caldas	3,9%	Cundinamarca	3,6%
Caquetá	3,7%	Atlántico	3,4%
Vichada	3,6%	Amazonas	3,4%
Casanare	3,5%	Huila	3,4%
Magdalena	3,4%	Casanare	3,4%
Antioquia	3,3%	Vichada	3,3%
Sucre	2,8%	Arauca	3,3%
Santander	2,5%	Magdalena	3,0%
Amazonas	2,1%	La Guajira	3,0%
La Guajira	1,9%	Putumayo	1,6%

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

De acuerdo con la información reportada por sexo, la prevalencia de obesidad en menores de cinco años para el 2010 en Colombia, fue mayor en niños que en niñas, aspecto que se reflejó en las medidas de desigualdad, razón y diferencia de prevalencia (Figura 3.23.).

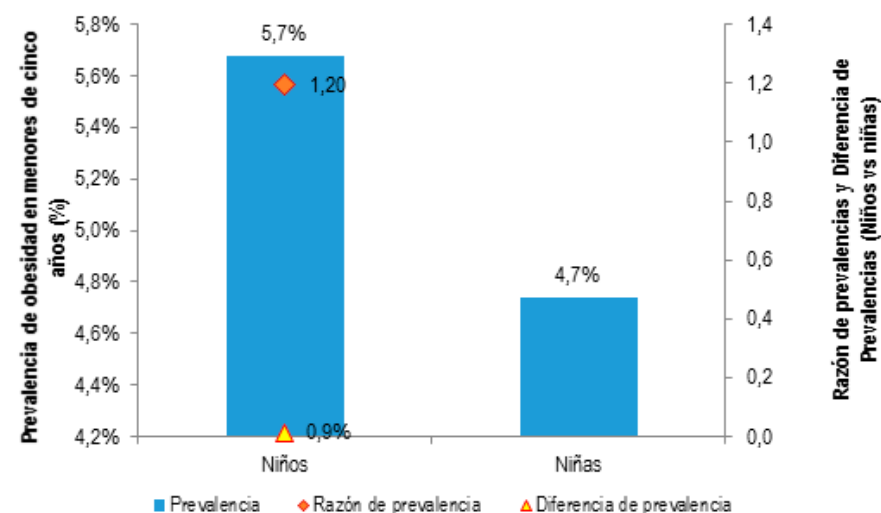


Figura 3.23. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en menores de cinco años, según sexo. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

Tanto en niñas como en niños la mayor prevalencia de obesidad se presentó en el grupo de un año, al igual que las mayores brechas de desigualdad absoluta y relativa (Figura 3.24.). En las niñas, la prevalencia de la obesidad disminuyó al aumentar la edad. (Figura 3.24.).

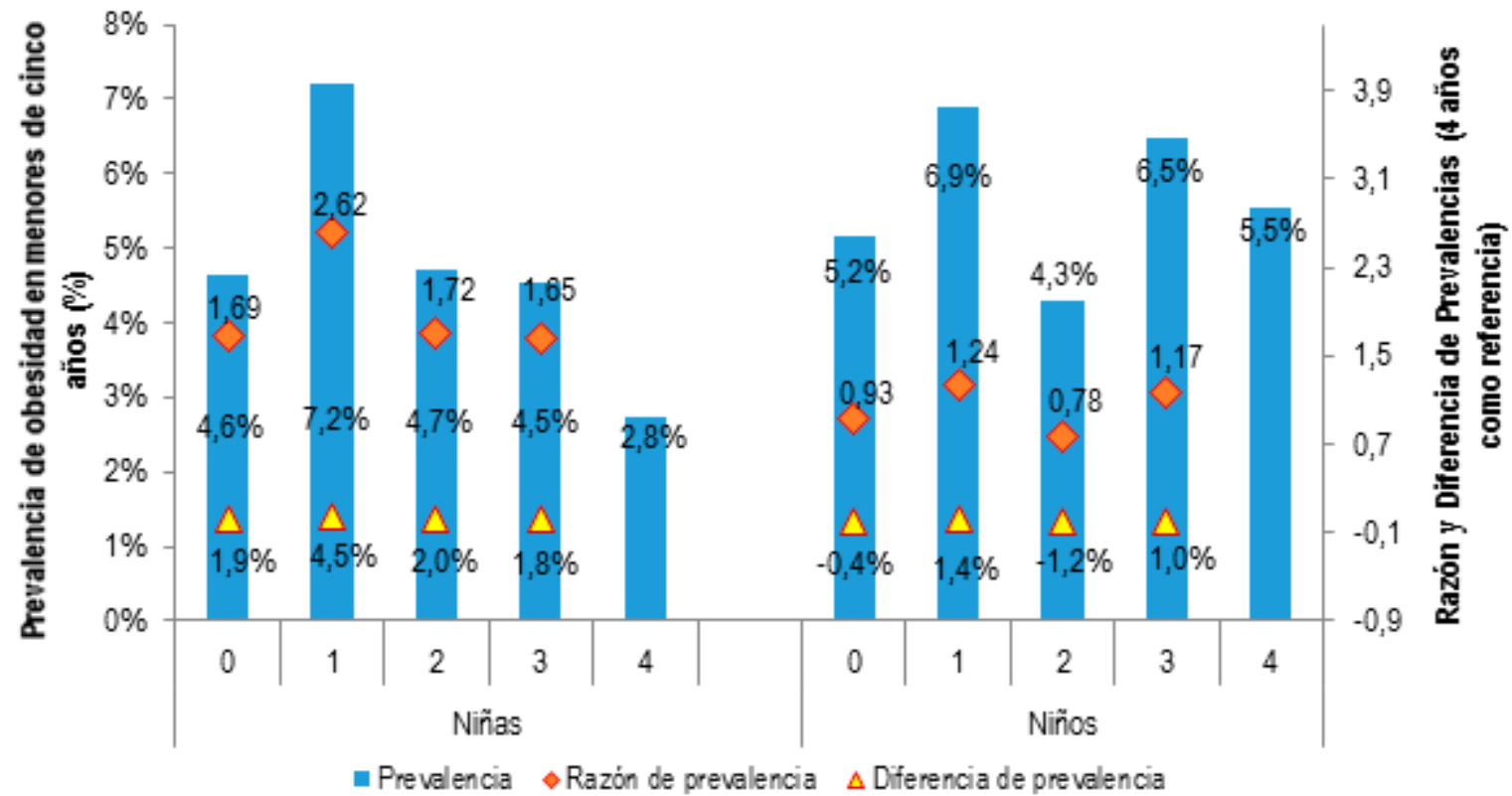


Figura 3.24. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en menores de cinco años, por grupo de edad. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

En cuanto a la etnia, según la información reportada en la ENSIN 2010, se observó que la mayor prevalencia de obesidad al igual que las brechas de desigualdad absoluta y relativa, se presentaron en los niños y niñas que se autodefinieron como indígenas menores de cinco años que hicieron parte de la muestra. (Figura 3.25.). Según el área de residencia de la madre, se observó que la mayor prevalencia al igual que las medidas de brecha relativa y absoluta se presentó en el área urbana (Figura 3.26.).

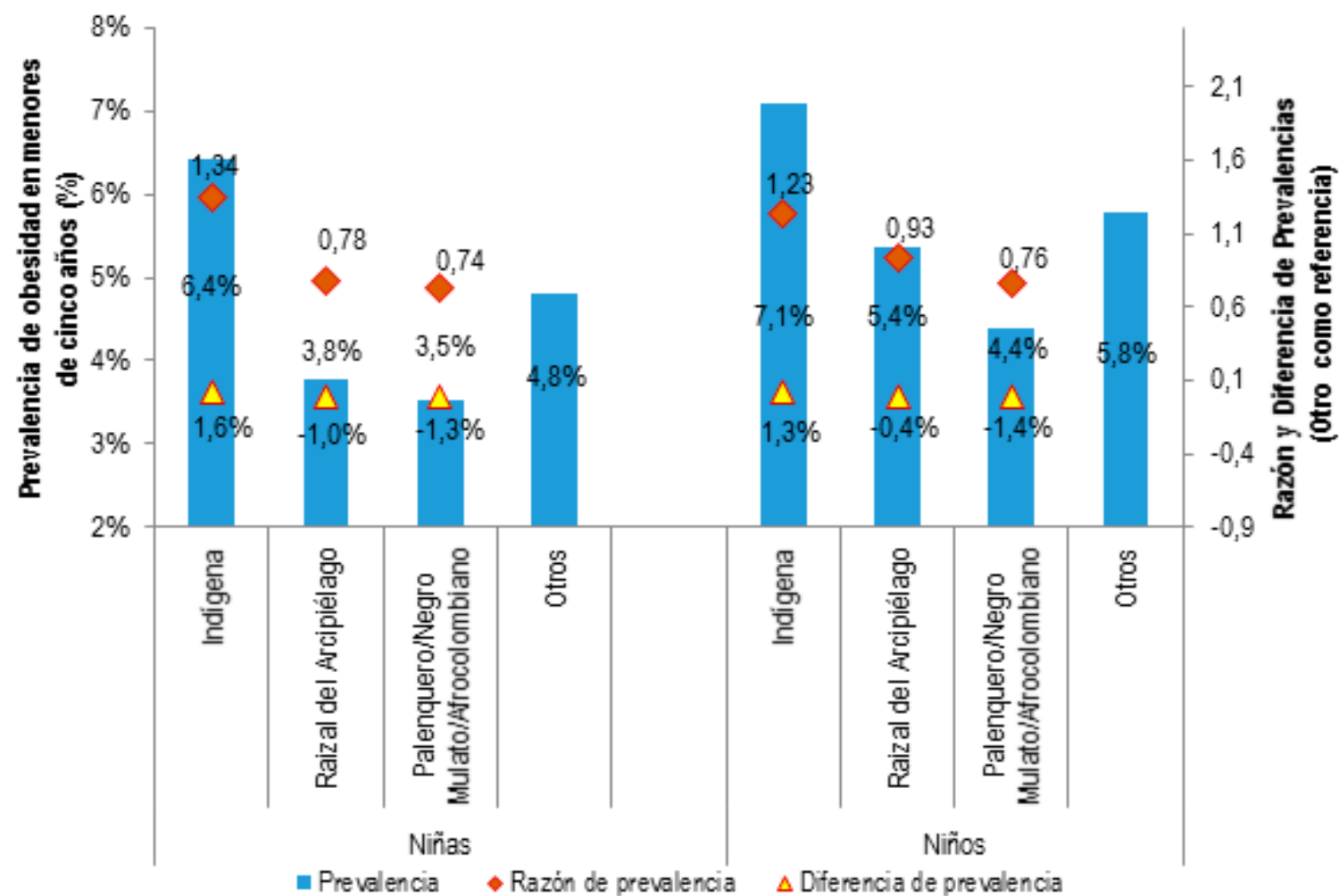


Figura 3.25. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en menores de cinco años, por grupo étnico. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

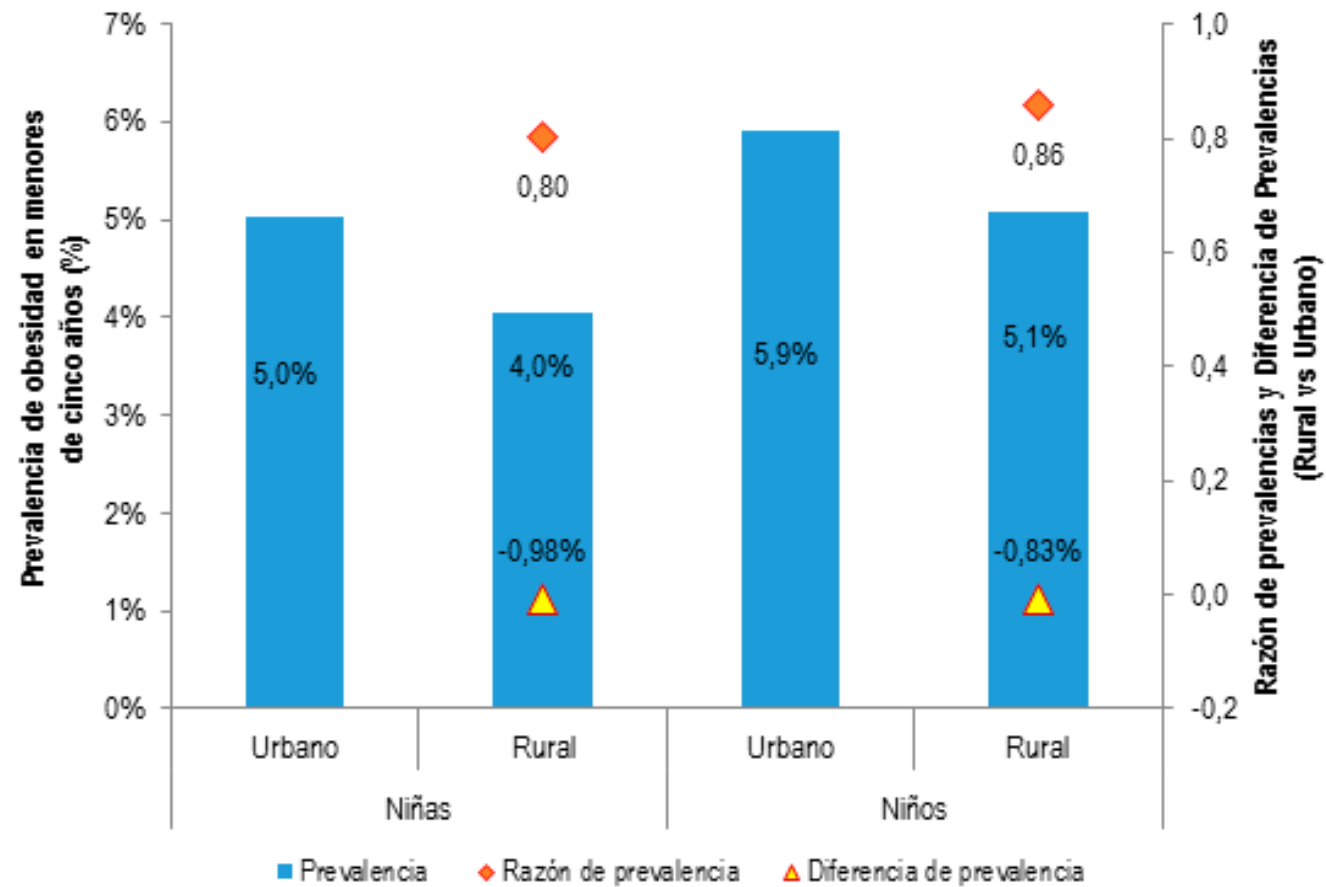


Figura 3.26. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en menores de cinco años, por zona de residencia. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

En el año de análisis, 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 brecha absoluta y relativa como se observa en la Figura 3.27. y Figura 3.28.

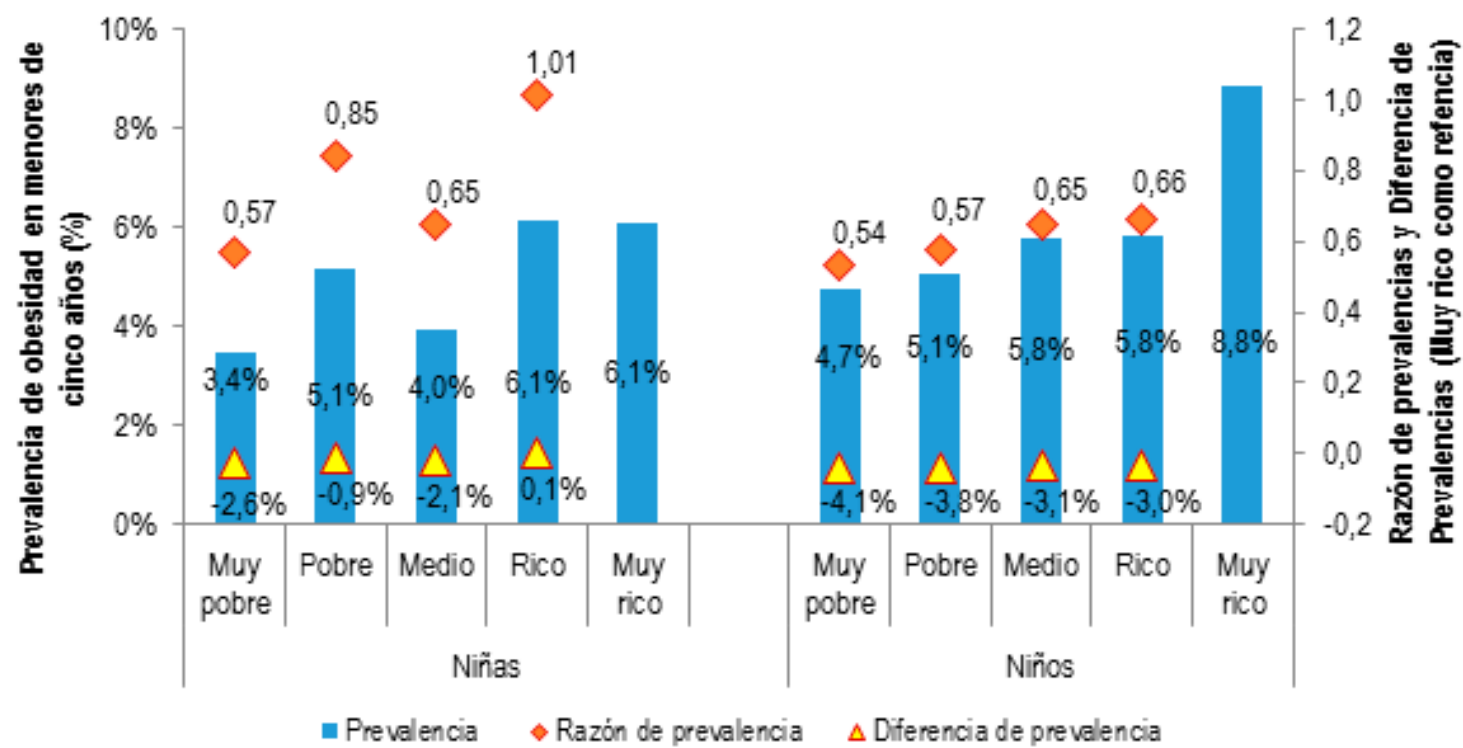


Figura 3.27. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de obesidad en menores de cinco años, según índice de riqueza de la madre. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

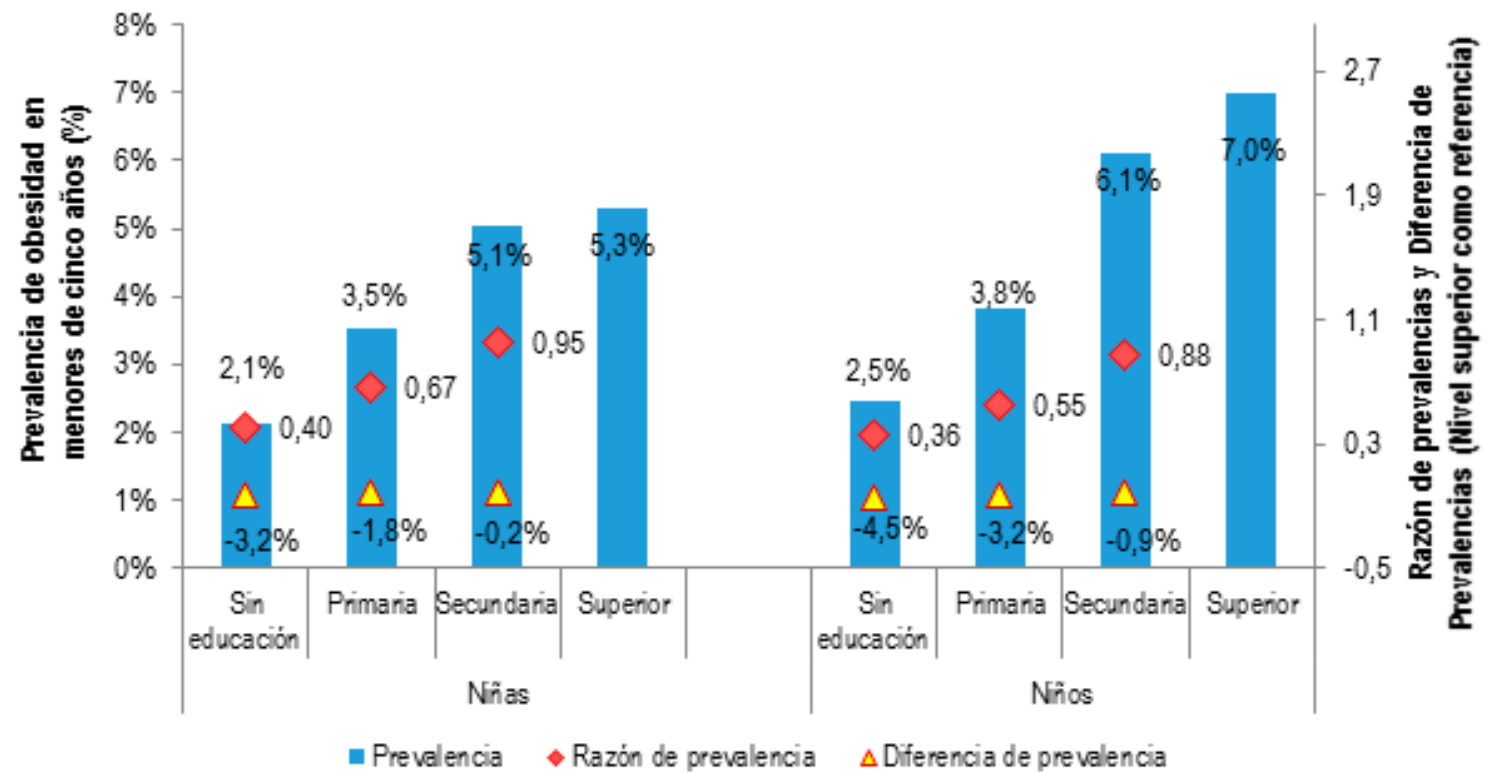


Figura 3.28. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de obesidad en menores de cinco años, según el nivel educativo de la madre. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

En el análisis bivariado se presentó una relación directa entre el índice de riqueza y la obesidad (Figura 3.29.), y un mayor nivel de educación se asoció a una mayor obesidad (Figura 3.30.), estas relaciones contraintuitivas en contra de los más vulnerables se mantuvieron en el análisis multivariado (Tabla 3.9.). Los departamentos que tuvieron mayor riesgo de presentar obesidad con una significancia estadística fueron: Vaupés, Cauca, Guaviare, San Andrés y Providencia y Arauca. No se observó influencia del área (Tabla 3.9.).

Tabla 3.9. Modelo de regresión logística para la obesidad y su asociación con el nivel educativo de la madre, índice de riqueza, sexo y área, en menores de cinco años. Colombia, 2010

VARIABLE	Odds Ratio	VALOR P
Intercepto	0,0393908	0,000
Sexo. Referencia (Niños)		
Niñas	0,8137	0,028
Índice de riqueza (Referencia Rico)		
Muy pobre	0,6310	0,029
Pobre	0,8122	0,218
Medio	0,7625	0,077
Muy rico	1,2931	0,128
Nivel educativo de la madre (Referencia Superior)		
Sin educación	0,4873	0,055
Primaria	0,7296	0,074
Secundaria	1,0412	0,762
Área (Referencia Urbano)		
Rural	1,2126	0,201

VARIABLE	Odds Ratio	VALOR P
Departamento (Referencia Santander)		
Antioquia	1,41459	0,267
Atlántico	2,50263	0,002
Bogotá, D.C.	1,74360	0,058
Bolívar	1,56692	0,184
Boyacá	2,08260	0,026
Caldas	1,68383	0,169
Caquetá	1,60511	0,188
Cauca	3,37697	0
Cesar	1,69557	0,106
Córdoba	2,18321	0,028
Cundinamarca	1,99669	0,04
Chocó	2,36838	0,01
Huila	1,51529	0,241
La Guajira	1,03285	0,931
Magdalena	1,34615	0,396
Meta	2,51998	0,006
Nariño	1,89208	0,085
Norte de Santander	1,92388	0,035
Quindío	1,80887	0,086
Risaralda	1,73261	0,095
Sucre	1,27250	0,494
Tolima	2,06857	0,034
Valle del Cauca	2,18169	0,008
Arauca	2,60390	0,011
Casanare	1,32143	0,488
Putumayo	1,77949	0,211
San Andrés y Providencia	2,77398	0,002
Amazonas	1,08632	0,825
Guainía	2,21098	0,023
Guaviare	3,21588	0,002
Vaupés	4,43855	0
Vichada	1,52316	0,282

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

Obesidad en mayores de cinco años

En cuanto al grupo de niños de 5 a 9 años y jóvenes de 10 a 17 años, según los datos reportados para 2010, los departamentos que presentaron una mayor prevalencia de obesidad en niños y jóvenes de estos grupos de edad son San Andrés y Providencia (11,43%), Meta (7,32%) y Valle del Cauca (7,3%) mientras que en las niñas de 5 a 9 años y jóvenes de 10 a 17 años la mayor prevalencia se presentó en los departamentos de San Andrés y Providencia (12,52%), Guaviare (6,8%), y Guainía (6,3%), siendo los niños los que presentaron los mayores porcentajes (Tabla 3.10.). La prevalencia de obesidad en los grupos de 5 a 17 años para el 2010 fue mayor en niños que en niñas, aspecto que se reflejó en las medidas de desigualdad razón y diferencia de prevalencia (Figura 3.29.).

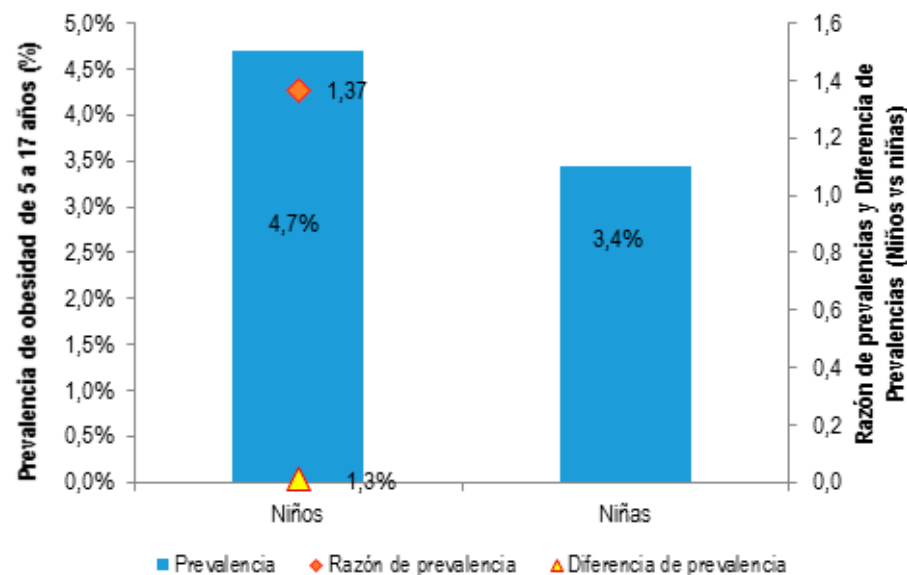


Figura 3.29. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, según sexo. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

Tabla 3.10. Prevalencia de obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años por departamento y sexo. Colombia, 2010

ENTIDAD TERRITORIAL	NIÑOS	ENTIDAD TERRITORIAL	NIÑAS
San Andrés y providencia	11,4%	San Andrés y providencia	12,5%
Meta	7,3%	Guaviare	6,8%
Valle del Cauca	7,3%	Guainía	6,3%
Santander	6,7%	Caquetá	5,1%
Guaviare	6,2%	Valle del Cauca	4,8%
Huila	6,0%	Santander	4,6%
Bogotá, D.C.	5,8%	Atlántico	4,6%
Risaralda	5,6%	Tolima	4,5%
Atlántico	5,6%	Antioquia	4,4%
Quindío	5,5%	Vichada	3,9%
Caldas	5,3%	Caldas	3,9%
Caquetá	5,2%	Norte de Santander	3,6%
Arauca	5,0%	Arauca	3,6%
Norte de Santander	4,9%	Quindío	3,5%
Casanare	4,9%	Total	3,4%
Antioquia	4,8%	Cundinamarca	3,4%
Total	4,7%	Meta	3,4%
Guainía	4,7%	Chocó	3,3%
Vichada	4,6%	Bogotá, D.C.	3,2%
Tolima	4,0%	Casanare	3,1%
Cauca	3,9%	Huila	2,8%
Cundinamarca	3,5%	Bolívar	2,8%
Amazonas	3,3%	Cesar	2,6%
Chocó	3,3%	Putumayo	2,5%
Nariño	3,0%	Sucre	2,4%
Magdalena	2,9%	Risaralda	2,3%
La Guajira	2,8%	Boyacá	2,3%
Cesar	2,6%	Nariño	2,2%
Boyacá	2,5%	Magdalena	2,2%
Vaupés	2,4%	Cauca	2,1%
Bolívar	2,3%	Córdoba	1,4%
Sucre	2,2%	La Guajira	1,3%
Córdoba	2,1%	Amazonas	1,0%
Putumayo	1,8%	Vaupés	0,6%

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

Con respecto al análisis según el grupo de edad, la mayor prevalencia de obesidad se presentó en el grupo de cinco (5) a nueve (9) años tanto en los niños como en las niñas, siendo mayor en los niños (Figura 3.30.).

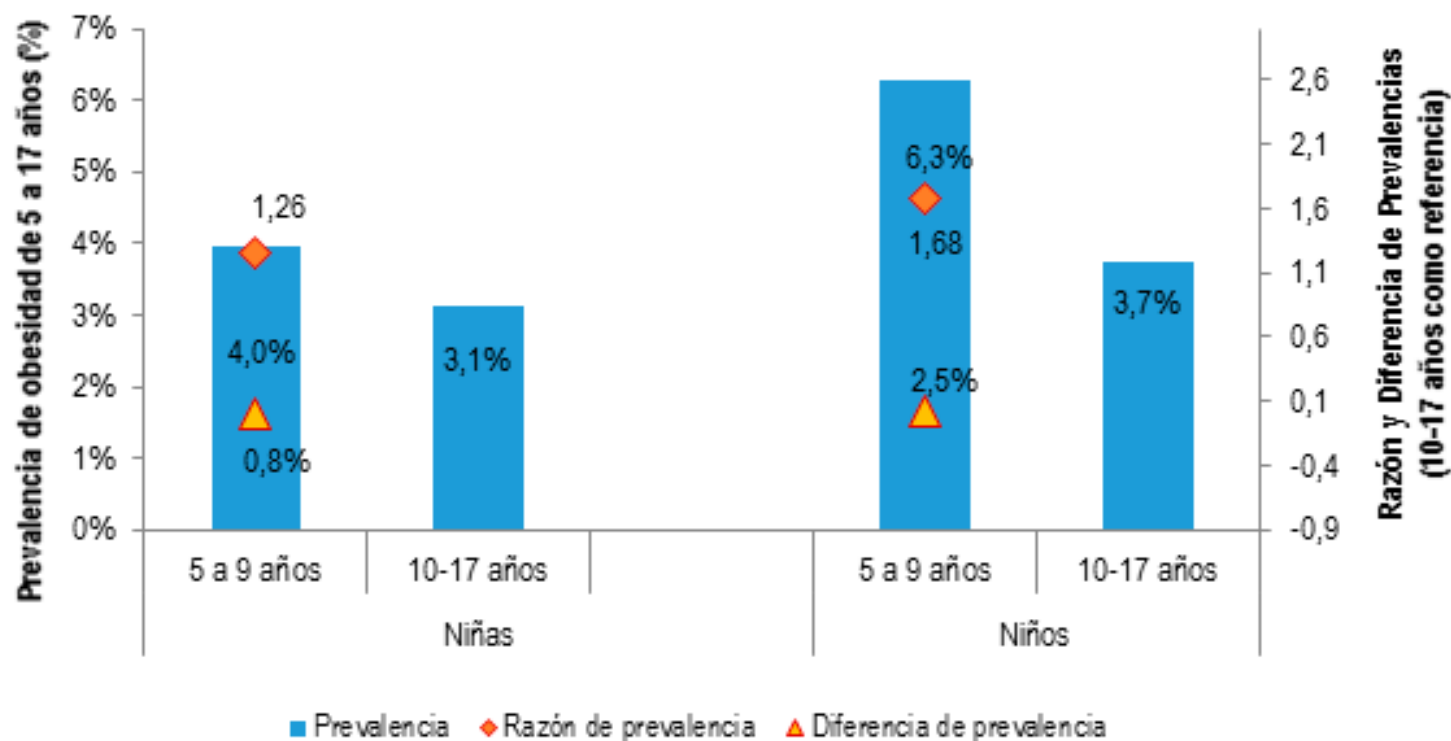


Figura 3.30. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de la obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, por grupo de edad. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

Al igual que en los menores de cinco años, al realizar el análisis según el área de residencia de la madre, se observó que la mayor prevalencia al igual que las medidas de brecha relativa y absoluta, se presentó en el área urbana, con una mayor proporción en los niños (Figura 3.31.).

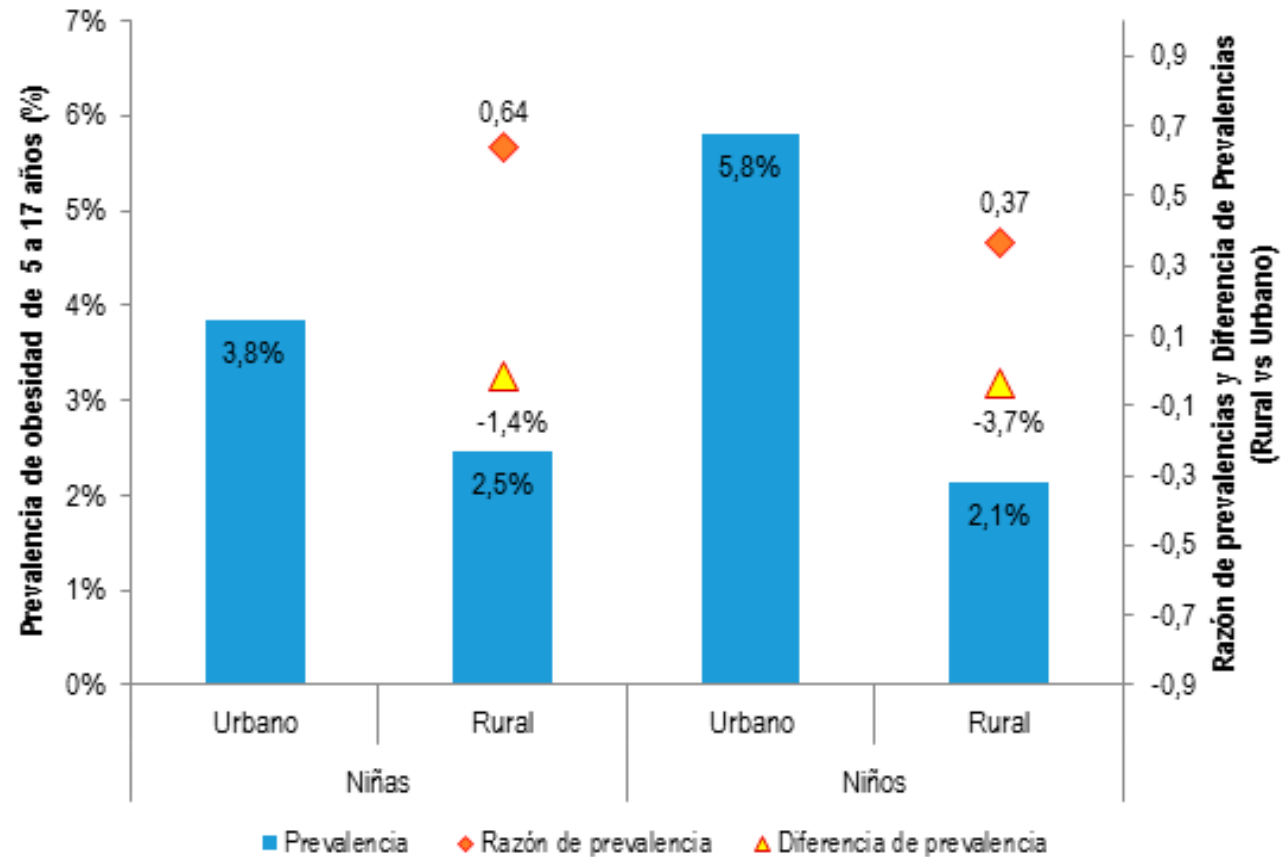


Figura 3.31. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, por zona de residencia. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

Respecto al índice de riqueza y el nivel educativo de la madre, se observó que la prevalencia y las medidas de brecha absoluta y relativa de la obesidad en el grupo de 5 a 17 años, aumentaron a mayor índice de riqueza y nivel de escolaridad Figura 3.32. y Figura 3.33.

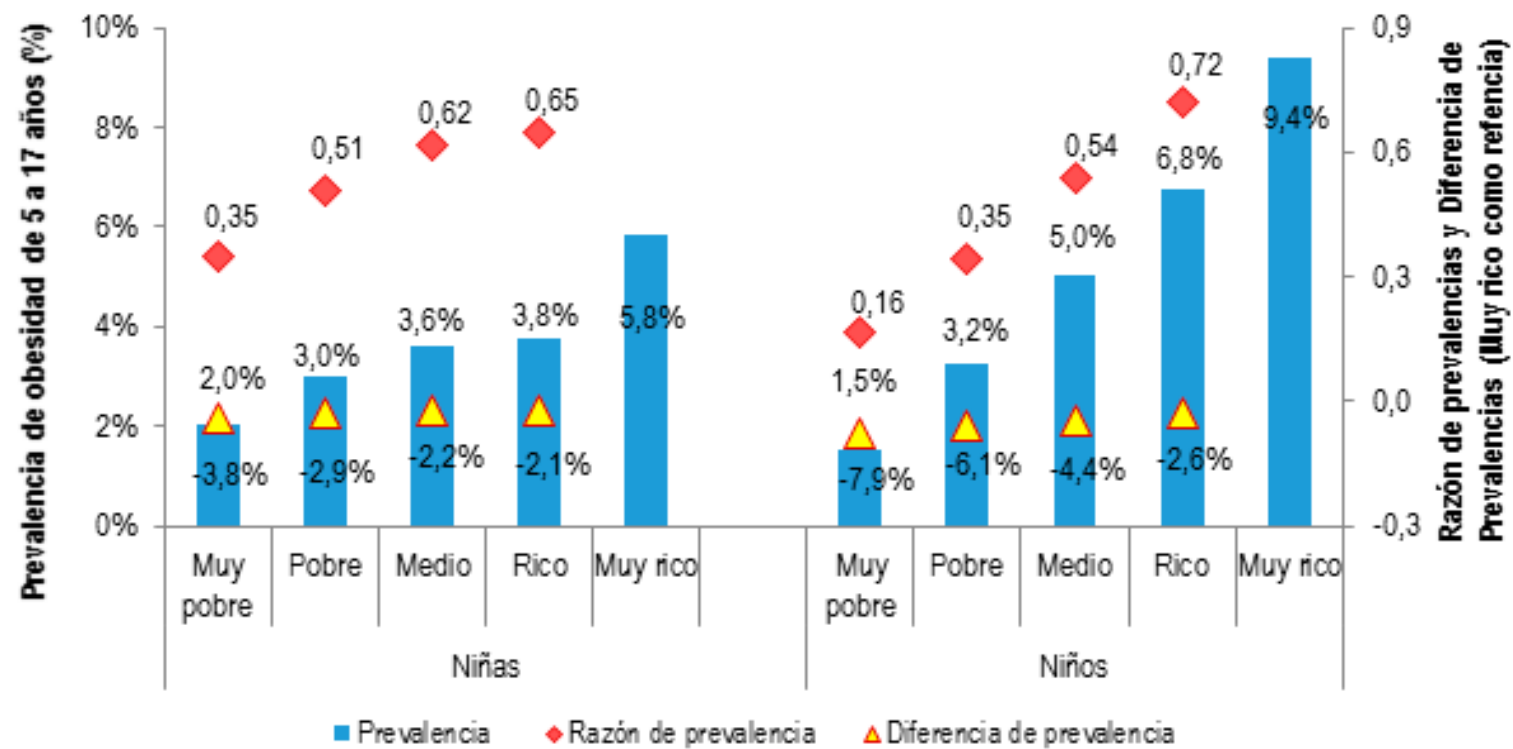


Figura 3.32. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, según índice de riqueza de la madre. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

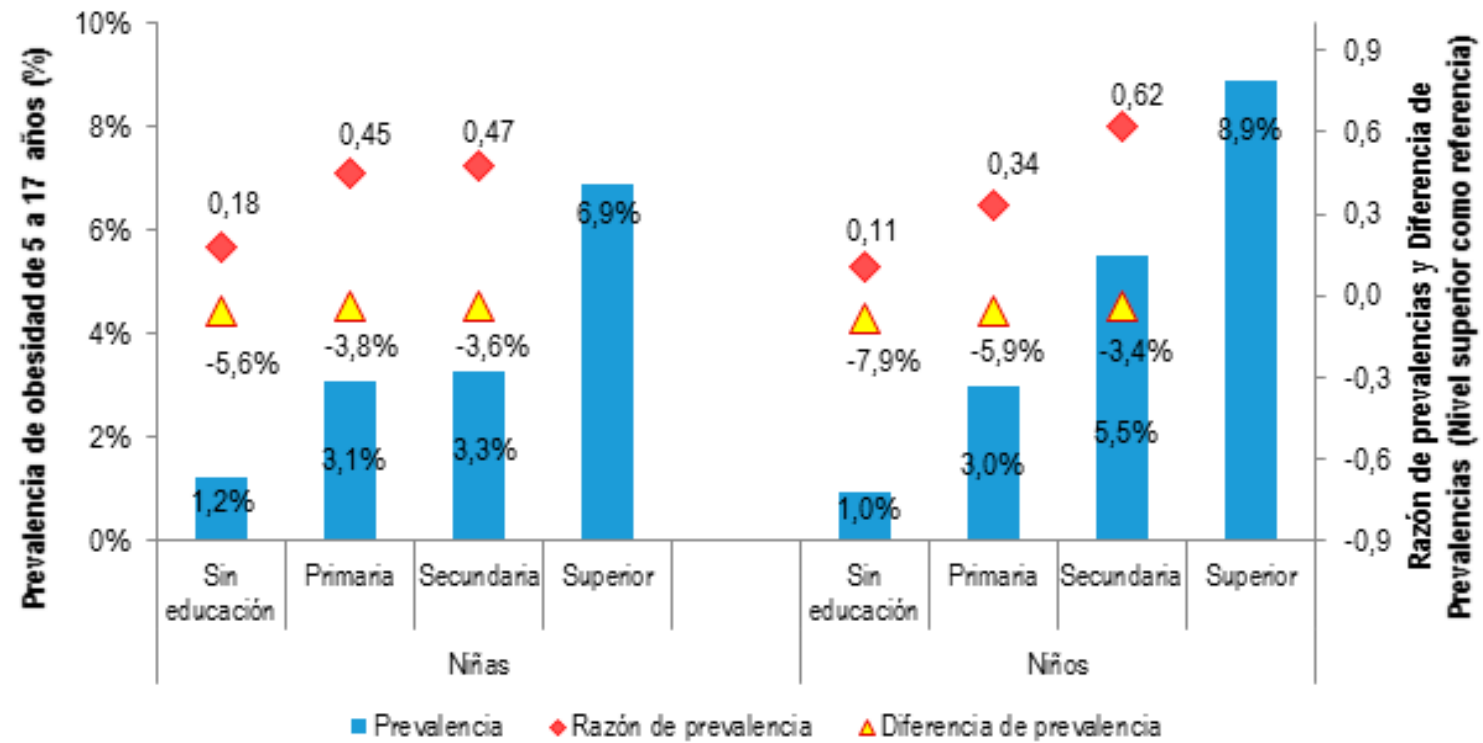


Figura 3.33. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de obesidad en niños y jóvenes de 5 a 17 años, según nivel educativo de la madre. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

Al igual que en el análisis bivariado en los menores de cinco años, el análisis en el grupo de 5 a 17 años mantuvo la misma relación directa entre el índice de riqueza y el nivel educación; es decir; al aumentar el índice de riqueza o el nivel de educación, aumentó la obesidad; esta relación se mantuvo en el análisis multivariado (Tabla 3.11.). Los departamentos que tuvieron un mayor riesgo de presentar obesidad fueron: San Andrés y Providencia, Guainía, Guaviare, Vichada y Caquetá. No se observó influencia de la zona de residencia (Tabla 3.11.).

Tabla 3.11. Modelo de regresión logística para la obesidad y su asociación con el nivel educativo de la madre, índice de riqueza, sexo y área, en el grupo de 5 a 17 años. Colombia, 2010

VARIABLE	Odds Ratio	VALOR P
Intercepto	0,0704753	0
Sexo. Referencia (Niños)		
Niñas	0,7178936	0
Índice de riqueza (Referencia Rico)		
Muy pobre	0,3681	0,000
Pobre	0,5974	0,000
Medio	0,8269	0,0560
Muy rico	1,3742	0,0020
Nivel educativo de la madre (Referencia Superior)		
Sin educación	0,2596	0,000
Primaria	0,5781	0,000
Secundaria	0,6387	0,000
Área (Referencia Urbano)		
Rural	1,042	0,745

VARIABLE	Odds Ratio	VALOR P
Departamento (Referencia Boyacá)		
Antioquia	1,5163	0,042
Atlántico	1,6664	0,014
Bogotá, D.C.	0,9861	0,945
Bolívar	1,0985	0,7
Caldas	1,5236	0,071
Caquetá	2,5041	0
Cauca	1,5478	0,104
Cesar	1,0163	0,952
Córdoba	1,0219	0,938
Cundinamarca	1,2518	0,344
Chocó	2,1467	0,005
Huila	1,6736	0,016
La Guajira	0,8930	0,699
Magdalena	1,0384	0,892
Meta	2,1185	0,001
Nariño	1,2320	0,422
Norte de Santander	1,6903	0,018
Quindío	1,3270	0,2
Risaralda	1,3980	0,134
Santander	2,0851	0,001
Sucre	0,9183	0,755
Tolima	1,5744	0,067
Valle del Cauca	1,7551	0,004
Arauca	1,7804	0,023
Casanare	1,4671	0,097
Putumayo	1,1377	0,677
San Andrés y Providencia	5,9625	0
Amazonas	1,3696	0,258
Guainía	3,5569	0
Guaviare	3,1016	0
Vaupés	0,7913	0,501
Vichada	3,0818	0

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

El anterior análisis muestra una asociación aparentemente contra evidente frente a las poblaciones más vulnerables, sin embargo, los resultados son coincidentes con los hallazgos de otros estudios en los cuales se evidenció una mayor probabilidad del exceso de peso a medida que el nivel de riqueza es más alto (1) y que el sobrepeso en niños y adolescentes está asociado de manera positiva con el nivel de riqueza del hogar (11, 12).

Sin embargo, es necesario evaluar la tendencia temporal de los variaciones de la obesidad para cada uno de los subgrupos poblacionales, que no fue posible en este análisis, y que permitirá analizar si dichas variaciones en cada subpoblación se vienen presentando al mismo ritmo entre los grupos más y menos vulnerables, pues se ha evidenciado que la mayor parte de la población mundial enfrenta una transición nutricional, en la que hay un mayor consumo de alimentos altamente energéticos y bajos en fibra, que se traducen en aumento de la prevalencia de obesidad. Además, cambios en otros aspectos como el trabajo y la urbanización, que han llevado a que se realice actividades más sedentarias en las jornadas cotidianas y se transporte en medios masivos, teniendo como resultado un menor nivel de actividad física (13). Por otra parte, el bajo consumo de frutas y verduras, la baja actividad física y el aumento en el sedentarismo conllevan a riesgos en la salud y problemas en la edad adulta; por esto es importante manejar a edades tempranas los problemas de obesidad en niños y jóvenes menores de 17 años.

Referencias

1. Fortich R, Gutierrez JD. Los determinantes de la obesidad en Colombia. Revista Economía & Región. 2011.
2. Acosta K. La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia. Revista de Economía del Rosario. 2014;16(2).
3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Bogotá D.C. 2010.
4. Fajardo- Bonilla E. Obesidad infantil: Otro problema de malnutrición. Revista Medica. 2012;20(1):6-8.
5. Gamboa LF, Ramírez NF. Diferencias en los Índices de Masa Corporal en Colombia en 2005: Una aplicación de los indicadores de desigualdad. Documentos de Trabajo. 2008;38.
6. Congreso Nacional. Ley 1355, 14 Octubre de 2009. Ley de Estilos de Vida Saludables. República de Colombia, . p. 1-6.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de Salud. Colombia. Bogotá, D. C. 2014.
8. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Bogotá D.C. 2005.
9. Olaiz-Fernández G R-DJ, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
10. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age:Methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006.
11. Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico; Universidad de los Andes. Malnutrición en niños y adolescentes en Colombia: Diagnóstico y recomendaciones de política. Bogota D.C.: Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo (egob) y Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE), Editores; 2010.
12. Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. Sobrepeso y obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población Peruana. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2009-2010.
13. Álvarez-Castaño LS, Goez-Rueda JD, Carreño-Aguirre C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2012;11(23):98-110.

3.4. Mortalidad

Dimensión salud ambiental

3.4.1. Desigualdades en la mortalidad por accidentes de tránsito y transporte

Carlos Castañeda-Orjuela
Willian León-Quevedo

Los accidentes de transporte se definen, según la clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10), como cualquier accidente que involucra a un medio diseñado fundamentalmente, para llevar personas o bienes de un lugar a otro, o utilizado para ese fin en el momento del accidente. Se estima que cerca de 1,24 millones de personas mueren anualmente en las carreteras de todo el mundo y otras 20 a 50 millones sufren lesiones no letales como resultado de accidentes de tránsito (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante 2012, los accidentes de tránsito fueron la principal causa de muerte en personas entre 15 a 29 años (2). En los países de ingreso alto la mayoría de personas muertas por lesiones de tráfico son conductores y pasajeros de vehículos de cuatro ruedas, mientras en países de mediano y bajo ingreso son los peatones, ciclistas y motociclistas (3).

Con base en las defunciones reportadas al Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), durante el periodo 1998-2013, y de acuerdo con la CIE-10 para la codificación de la causa básica de muerte, se seleccionaron los registros del grupo de accidente de transporte de la clasificación del estudio de carga global de enfermedad de 2010 (4). Se estimaron tasas de mortalidad ajustadas por edad para cada sexo, de acuerdo a la población de referencia OMS 2000-2025 (5), con el método directo.

Se evaluaron las desigualdades por sexo, territorio (departamento y municipio), producto interno bruto *per cápita* (PIBpc) e índice de Gini departamental. Un análisis multivariado de regresión lineal fue realizado para evaluar la asociación de las variables socioeconómicas sobre la tasa ajustada de mortalidad, para todos los eventos incluidos en el análisis.

Durante el periodo de análisis las tasas ajustadas de mortalidad por accidentes de tránsito y transporte disminuyeron en ambos sexos, siendo mayor en los hombres (Figura 3.34.). Sin embargo, por evento, la tasa de mortalidad por lesionados en motocicleta (vehículos motorizados de dos ruedas), ha venido en aumento, y para los últimos años se ha configurado como la principal causa de muerte de este grupo de lesiones, mientras que las lesiones a peatones, que al inicio de periodo estaba en primer lugar, pasó al segundo en los últimos años en ambos sexos (Figura 3.34.).

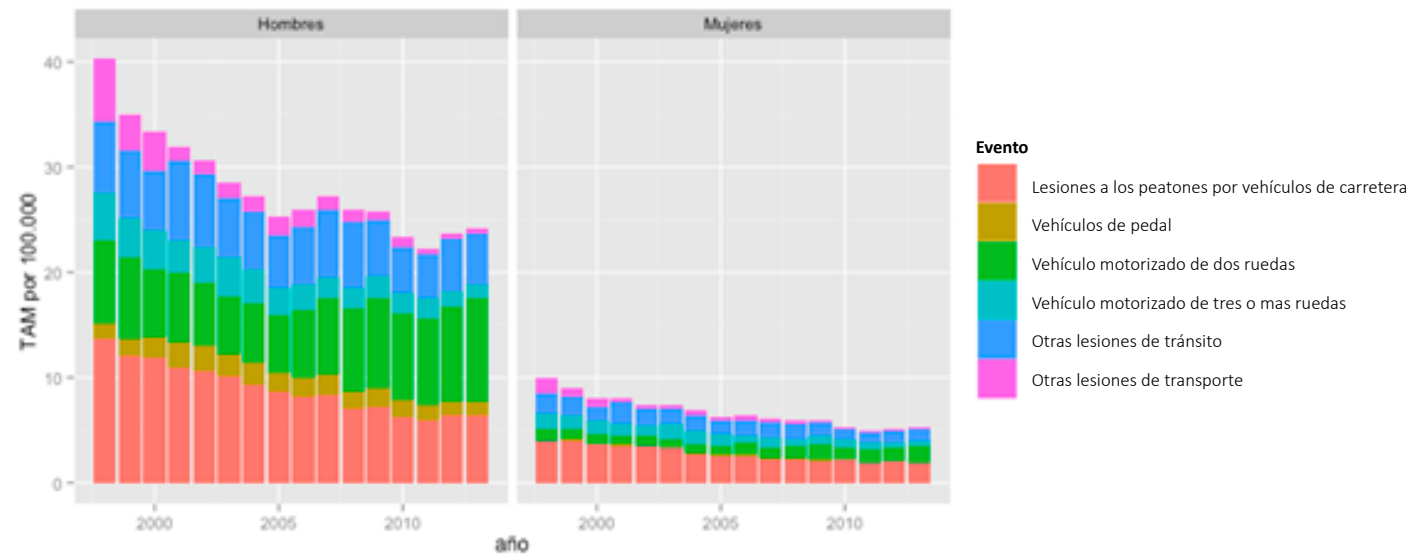


Figura 3.34. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo y evento. Accidentes de tránsito y transporte. Colombia, 1998-2013

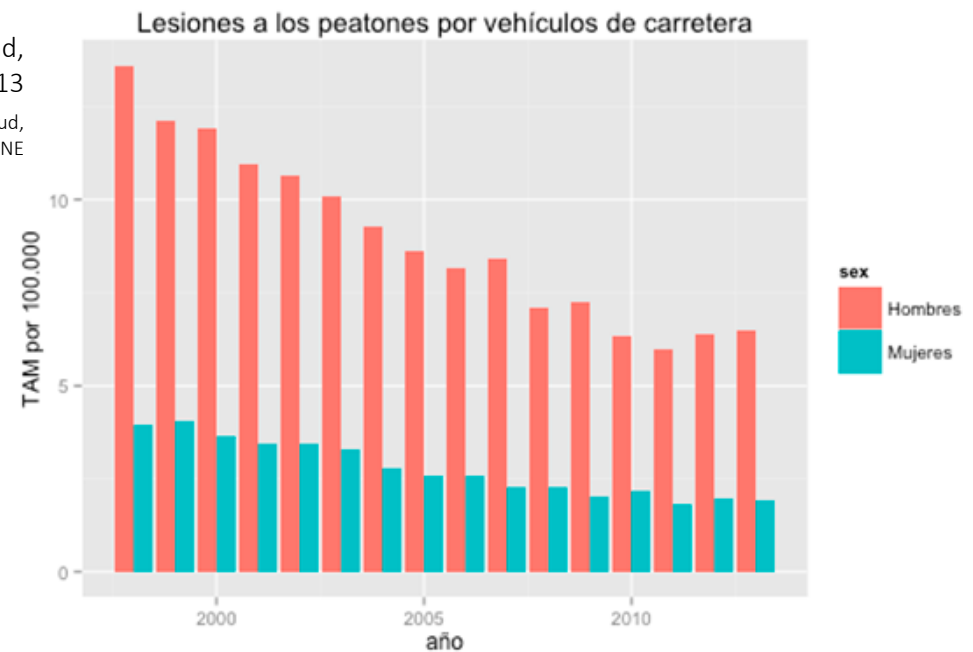
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

Figura 3.35. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo. Lesiones a peatones. Colombia, 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

Lesiones a los peatones

En general la muerte en peatones por lesiones de tránsito presentó una disminución en las tasas de mortalidad en hombres y mujeres durante el periodo de análisis, sin embargo en 2012 y 2013 presentaron un leve incremento en hombres, y en 2012 esto mismo se observó en mujeres (Figura 3.35.).

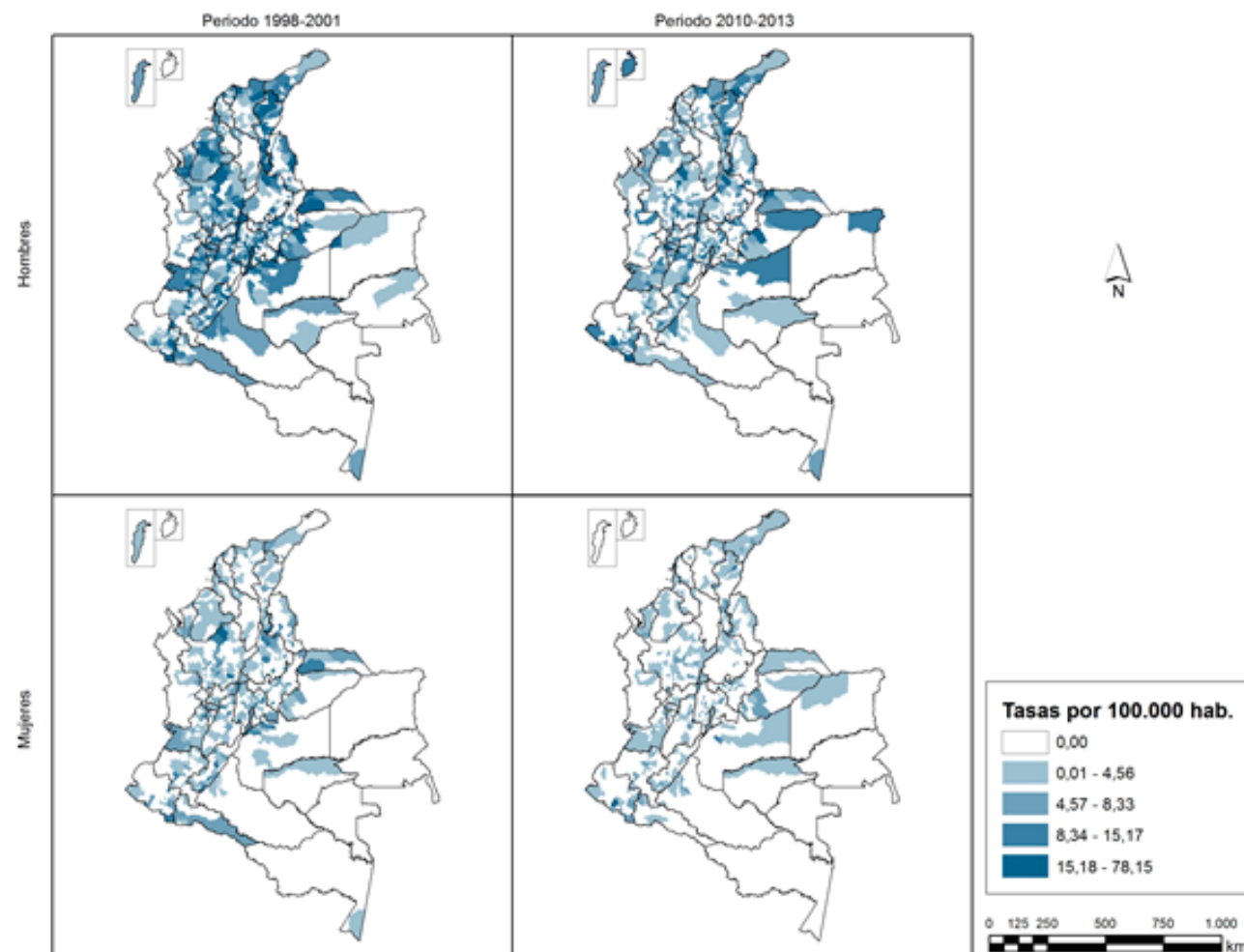


A nivel municipal la disminución de la mortalidad, se evidenció para ambos sexos, al comparar las tasas ajustadas promedio para el primer y último cuatrienio del periodo de análisis (Figura 3.36). En el periodo de 1998-2001, se observó que el quintil más alto de tasas de mortalidad en hombres se distribuyó en las regiones Andina y Caribe, principalmente en el Cesar, Centro de Cundinamarca, Bogotá, D.C., Norte de Antioquia y algunos municipios del Occidente de la Orinoquia.

Fue notable la reducción de la cantidad de municipios en ese quintil para el periodo de 2010-2013, aunque en La Guajira hubo un aumento de municipios posicionados en los quintiles más altos, respecto al primer cuatrienio. En mujeres, se observó en los quintiles más altos durante el periodo de 1998-2001, para algunos municipios del Norte de Antioquia, Norte de Santander y Centro del Huila. La reducción es más notoria para el último cuatrienio en mujeres, cuando la mayoría de los municipios se clasificaron en los primeros quintiles, con la excepción en el Centro-Sur de Nariño (Figura 3.36.).

Figura 3.36. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Lesiones a peatones. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio NS, con base en estadísticas vitales del DANE



Al cruzar las tasas ajustadas de mortalidad por lesiones a peatones a nivel departamental con variables sociodemográficas del mismo nivel, se evidenció, especialmente en hombres, que departamentos con mayor PIBpc presentaron las mayores tasas de mortalidad por este evento (Figura 3.37), mientras que aquellos con mayor desigualdad de ingreso, evaluados con el índice de *Gini*, tienen las mayores tasas de mortalidad (Figura 3.38.). Estos resultados parecen contradictorios y solo dan cuenta de una desigualdad en contra de los menos vulnerables en el análisis con *Gini*.

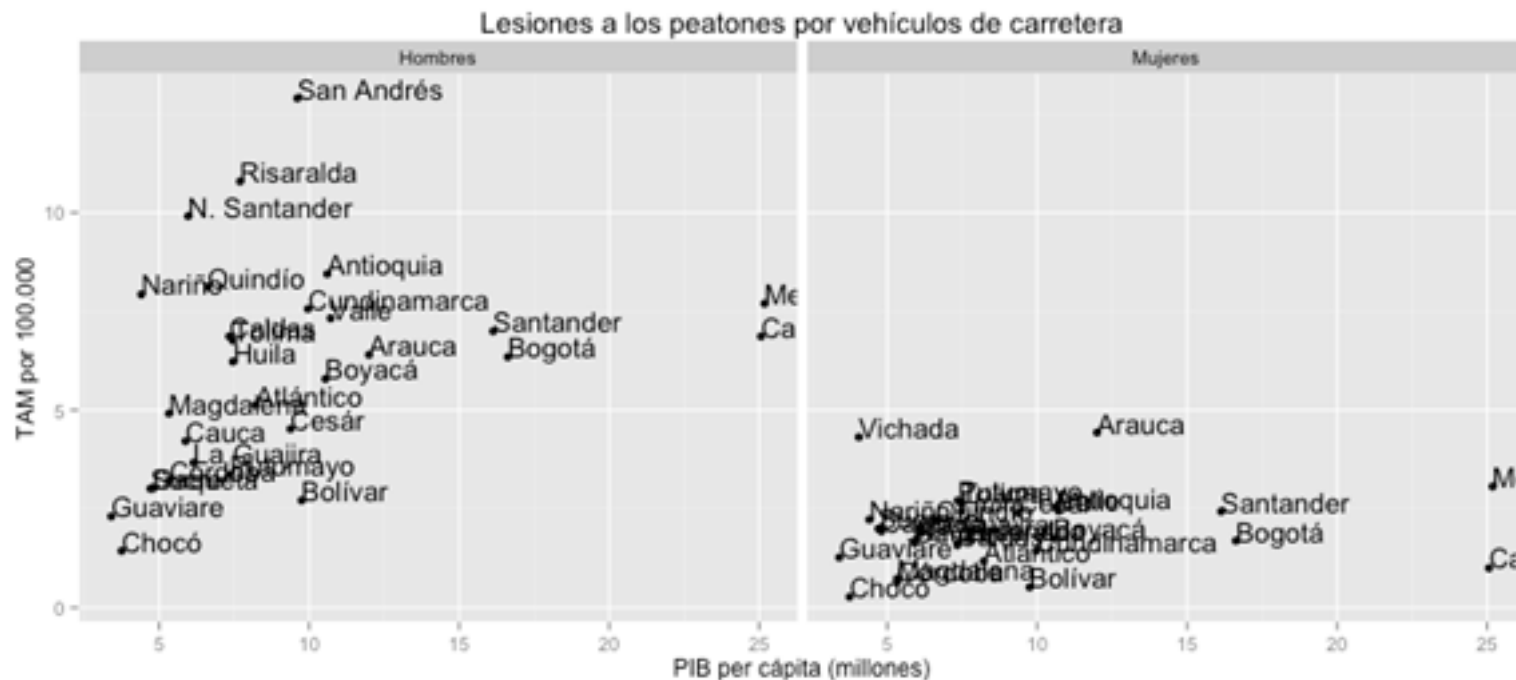


Figura 3.37. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental. Lesiones a peatones. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

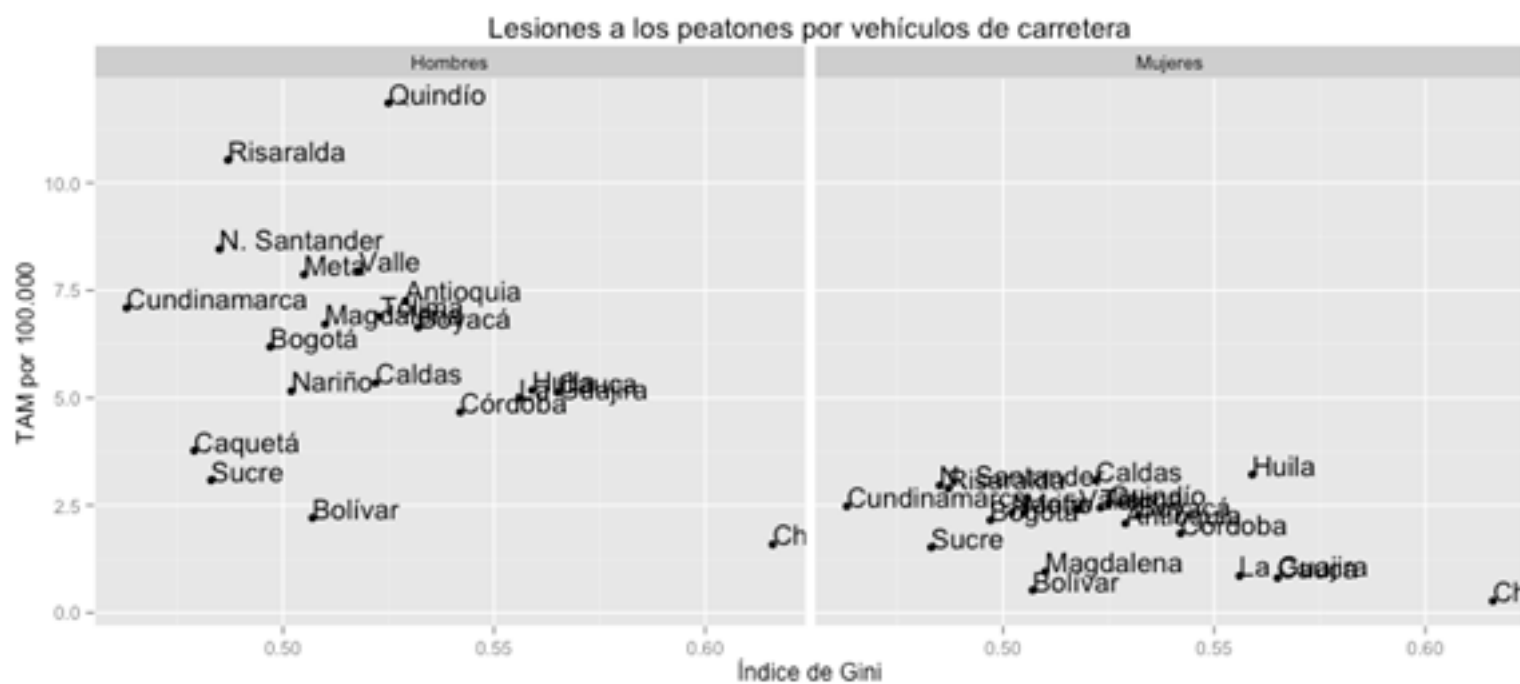


Figura 3.38. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental. Lesiones a peatones. Colombia, 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

Vehículo de pedal

En hombres se observó un pico de mortalidad por lesiones en vehículos de pedal para los años de 2001 y 2002 (Figura 3.39.), luego se presentó una tendencia a la disminución de las tasas de mortalidad por el evento. En mujeres el comportamiento ha sido irregular, pero siempre con tasas muy inferiores a las reportadas en hombres.

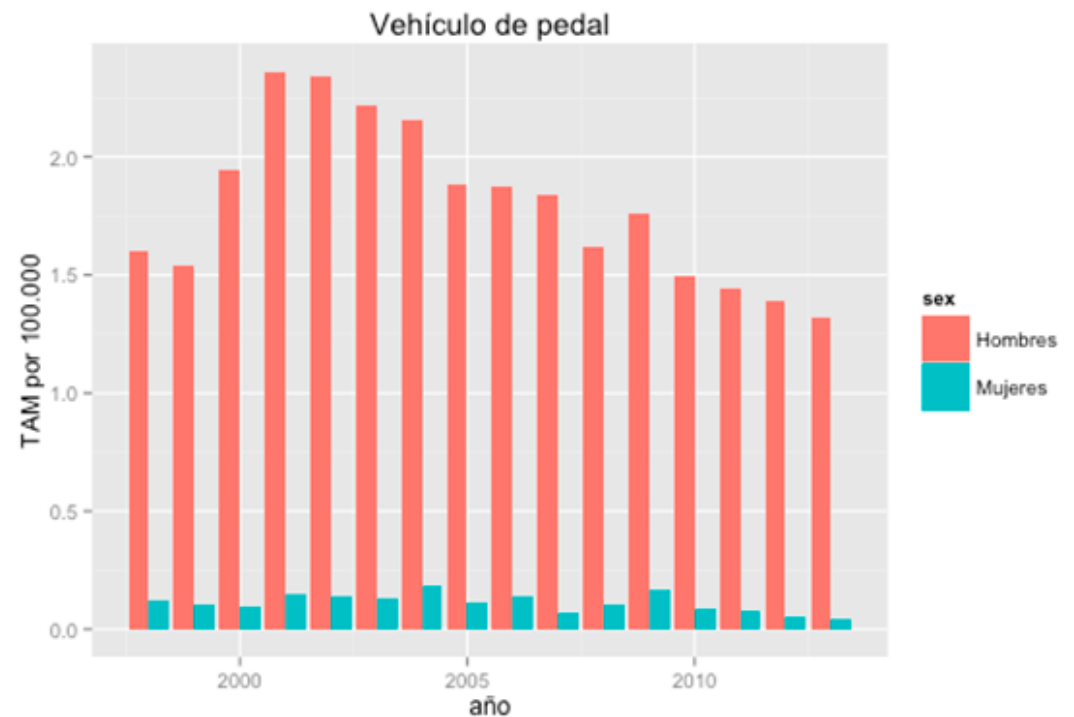


Figura 3.39. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo. Lesiones en vehículo de pedal. Colombia 1998-2013

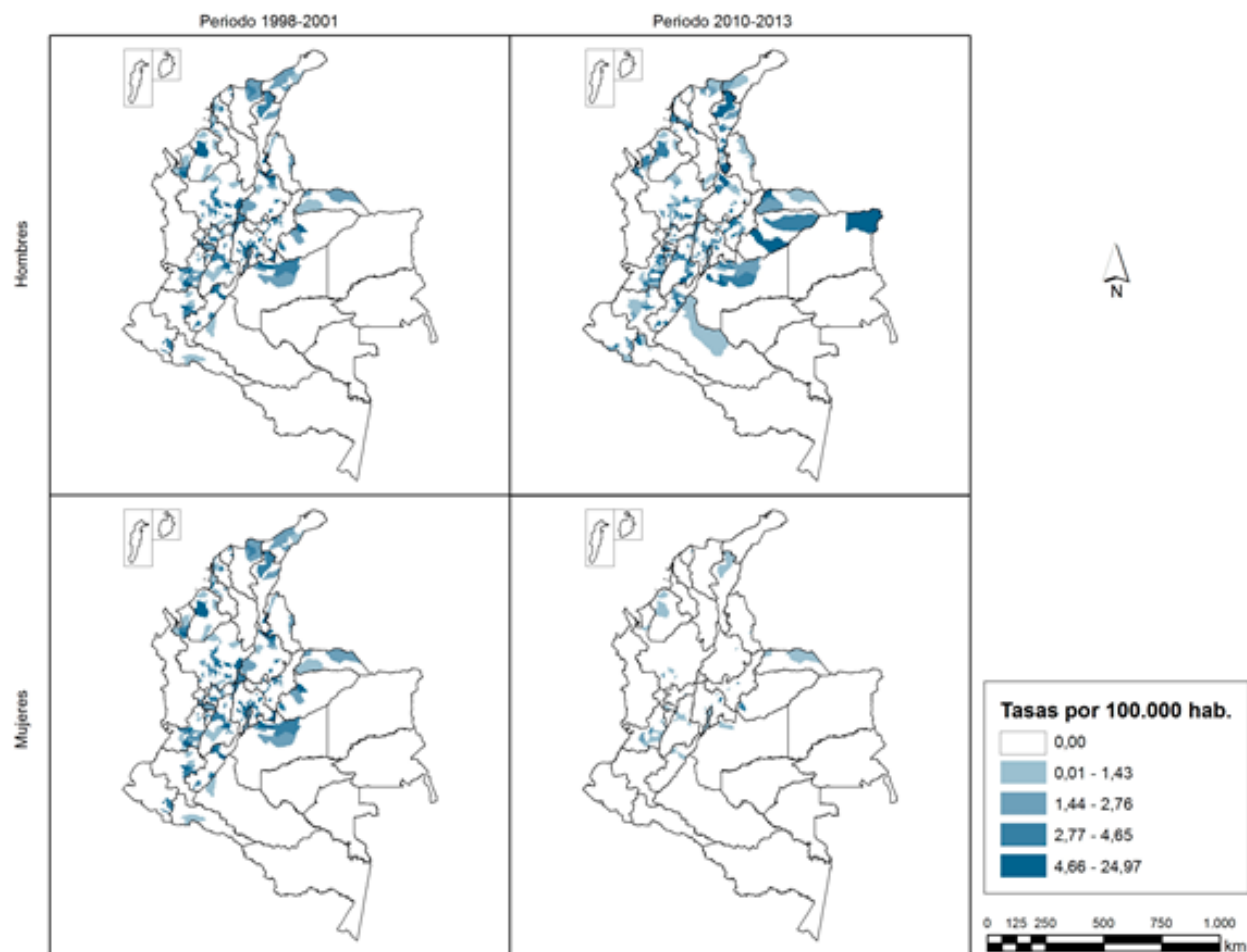
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

A nivel municipal en hombres, las tasas de mortalidad por vehículo de pedal más altas, se presentaron durante el primer cuatrienio en algunos municipios del Occidente de Boyacá, Centro del Valle del Cauca, Centro de Cundinamarca, Urabá Antioqueño y en cercanía de la Sierra Nevada de Santa Marta, con un notable aumento para el cuatrienio de 2010-2013, en municipios del Oriente del Valle del Cauca, Centro del Tolima, Casanare, Vichada (Puerto Carreño) y Arauca.

En mujeres, este evento presentó una reducción notable al comparar los dos periodos, luego de tener una distribución muy similar a los hombres, durante el primer cuatrienio, mientras en el cuatrienio más reciente se reportó principalmente en Bogotá, D.C. Yopal, Centro Oriente del Valle del Cauca y Córdoba (Figura 3.40.).

Figura 3.40. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Lesiones en vehículo de pedal. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE



Al cruzar las tasas ajustadas de mortalidad por lesiones en vehículos de pedal a nivel departamental con variables sociodemográficas del mismo nivel, se evidenció, especialmente en hombres, que departamentos con mayor PIBpc presentaron las mayores tasas de mortalidad por este evento (Figura 3.41), mientras que para en el análisis bivariado con el índice de *Gini*, no se observó ningún patrón particular (Figura 3.42.).

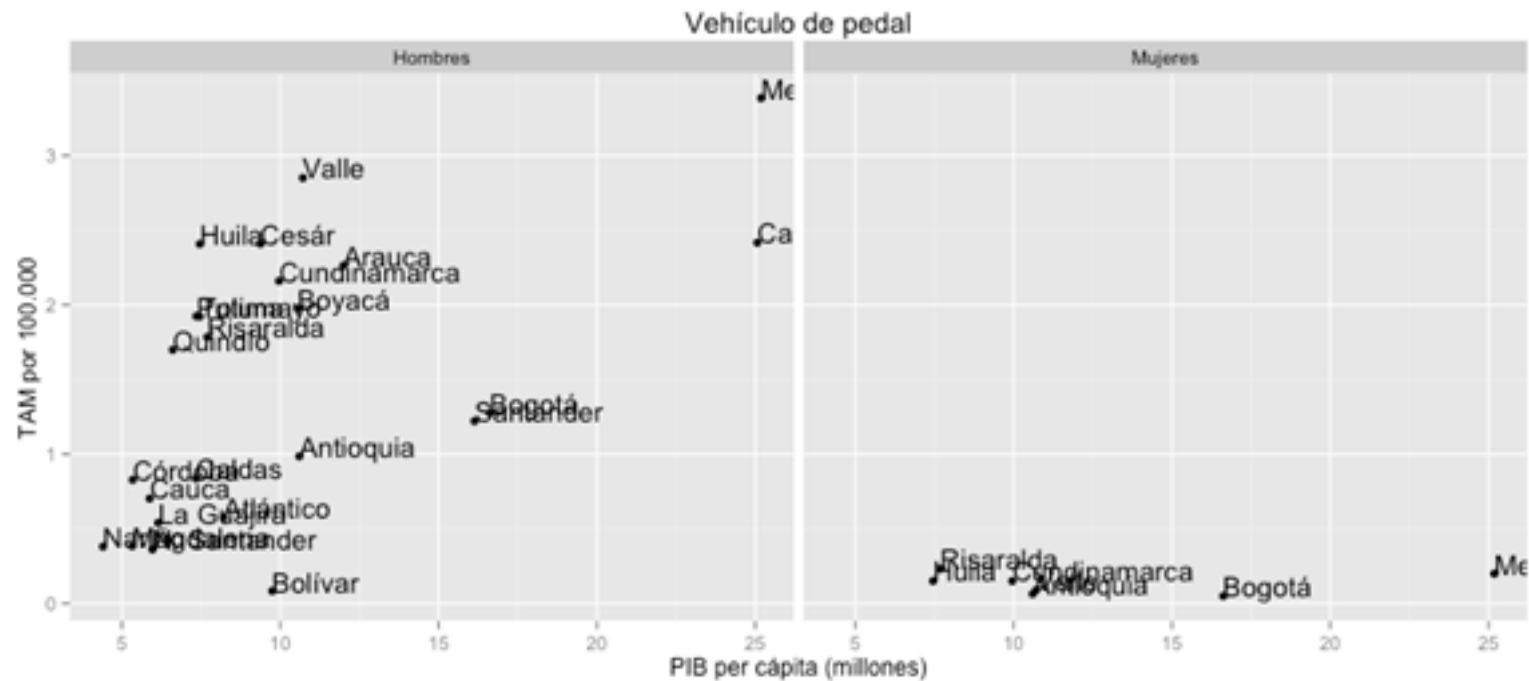


Figura 3.41. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental. Lesiones en vehículo de pedal. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

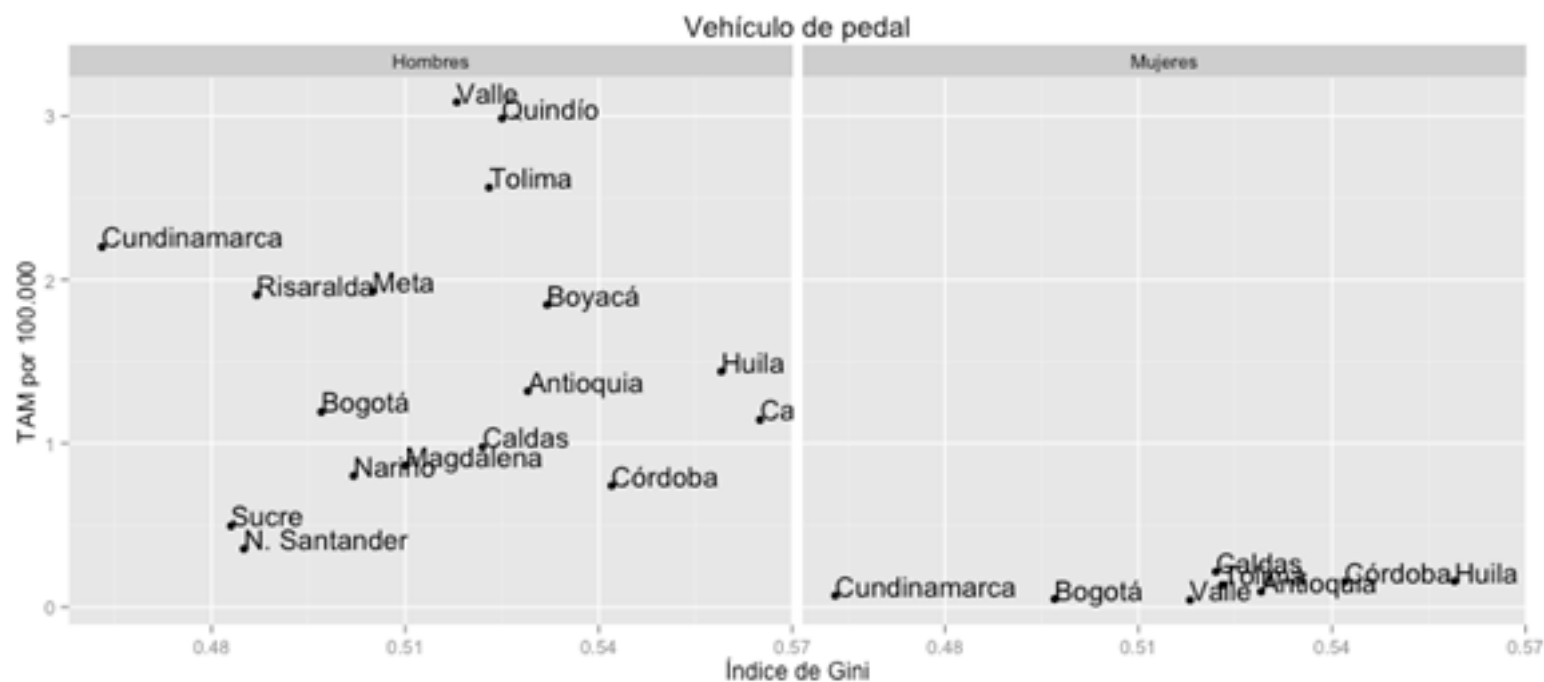


Figura 3.42. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental. Lesiones en vehículo de pedal. Colombia, 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

Vehículo motorizado de dos ruedas

Particularmente las muertes por lesiones en moto, a pesar de la disminución en el conjunto de lesiones por tránsito y transporte, presentaron un incremento en sus tasas de mortalidad en ambos sexos, a partir de 2005, con una mayor relevancia en hombres (Figura 3.43.).

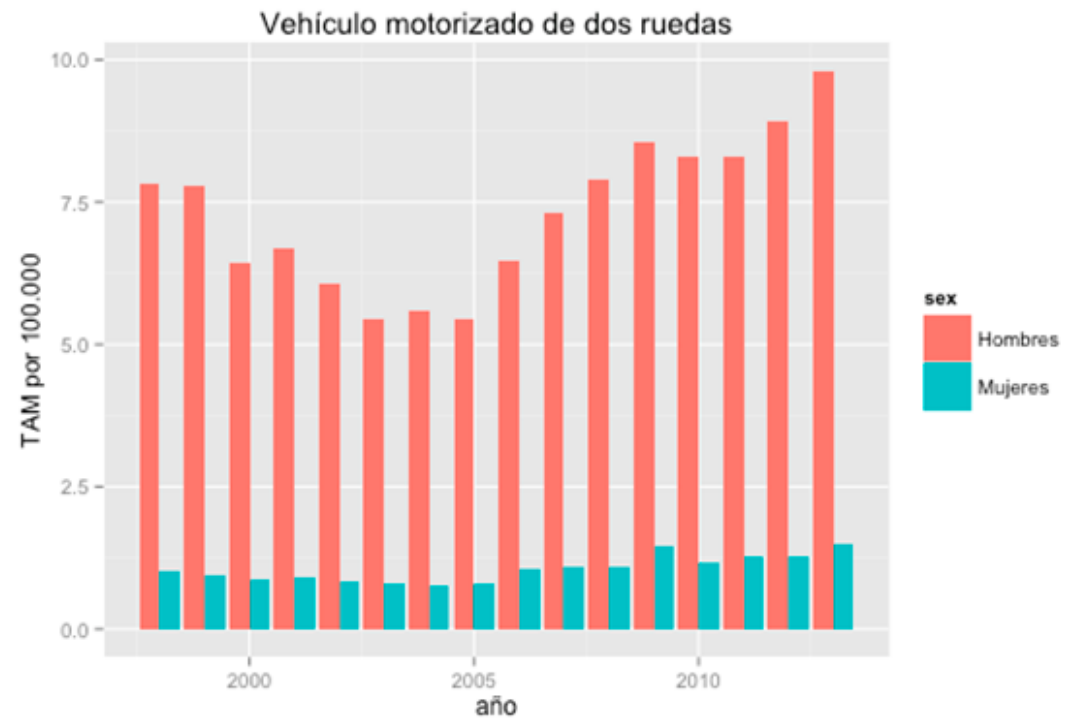


Figura 3.43. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo. Lesiones en vehículo motorizado de dos ruedas, Colombia 1998-2013

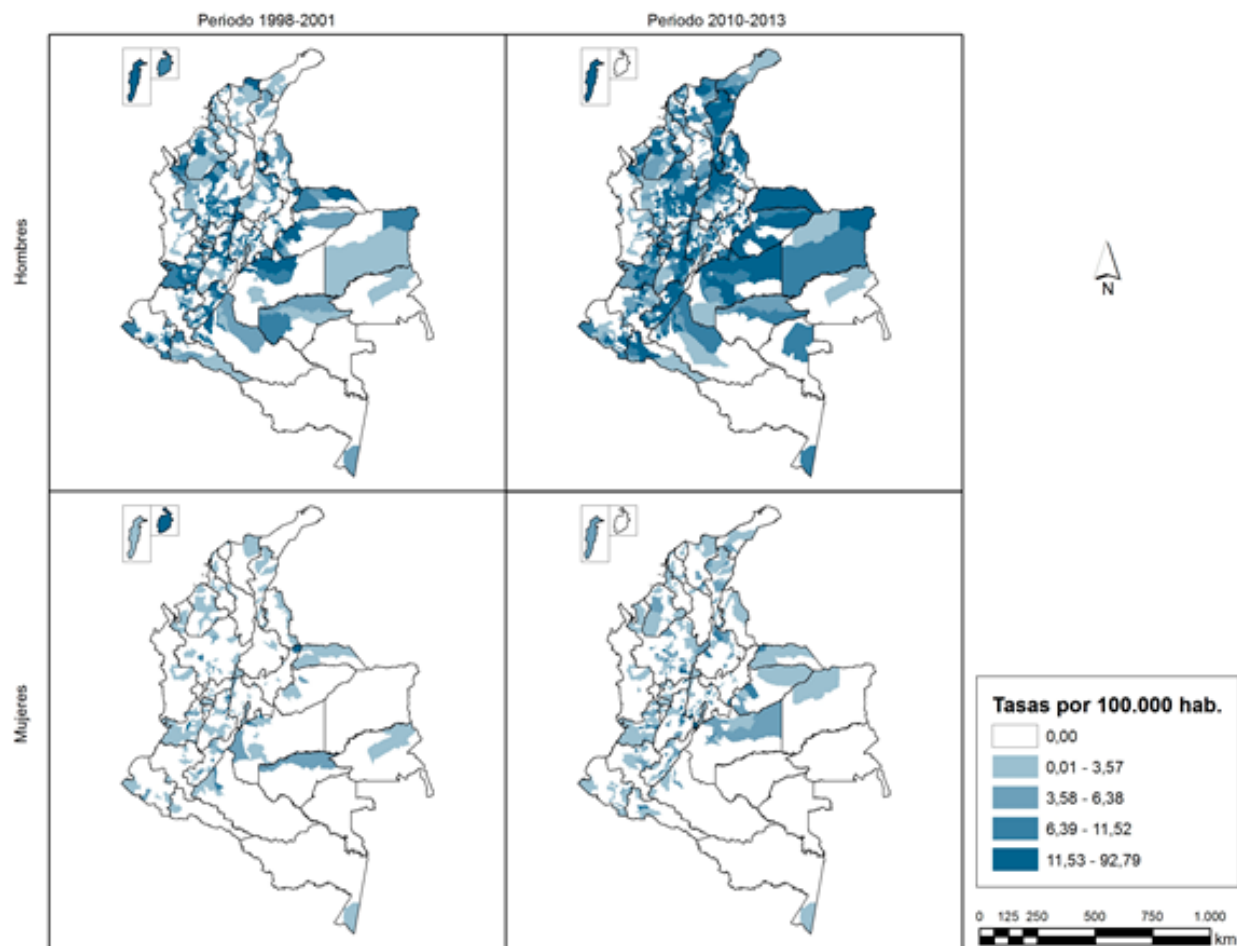
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

A nivel municipal, en hombres, las tasas más altas de mortalidad por vehículo motorizado de dos ruedas se presentaron durante el segundo cuatrienio principalmente en municipios de Arauca, Casanare, Meta, Putumayo, Huila, Valle del Cauca, Cesar, Tolima, Antioquia, Córdoba, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Para mujeres, este evento presentó un pequeño aumento al comparar los dos periodos, presentándose dicho aumento en municipios del Meta, Arauca, Vichada, Valle del Cauca, Antioquia, Córdoba, Santander, Cesar Cauca, Huila y Putumayo (Figura 3.44.).

Figura 3.44. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Lesiones en vehículo motorizado de dos ruedas. Colombia, promedio anual 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE



En hombres, a nivel departamental, se evidenció una relación directa entre el PIBpc y el índice *Gini*, con las tasas de mortalidad por lesiones en vehículos de dos ruedas (Figuras 3.45 y 3.46.). Estos resultados presentaron evidencia contradictoria de la asociación entre variables socioeconómicas a nivel departamental y las tasas de mortalidad por lesiones en moto, con mayores tasas en los más vulnerables, medidos por índice de desigualdad, y mayores tasas en menos vulnerables al evaluar el PIBpc.

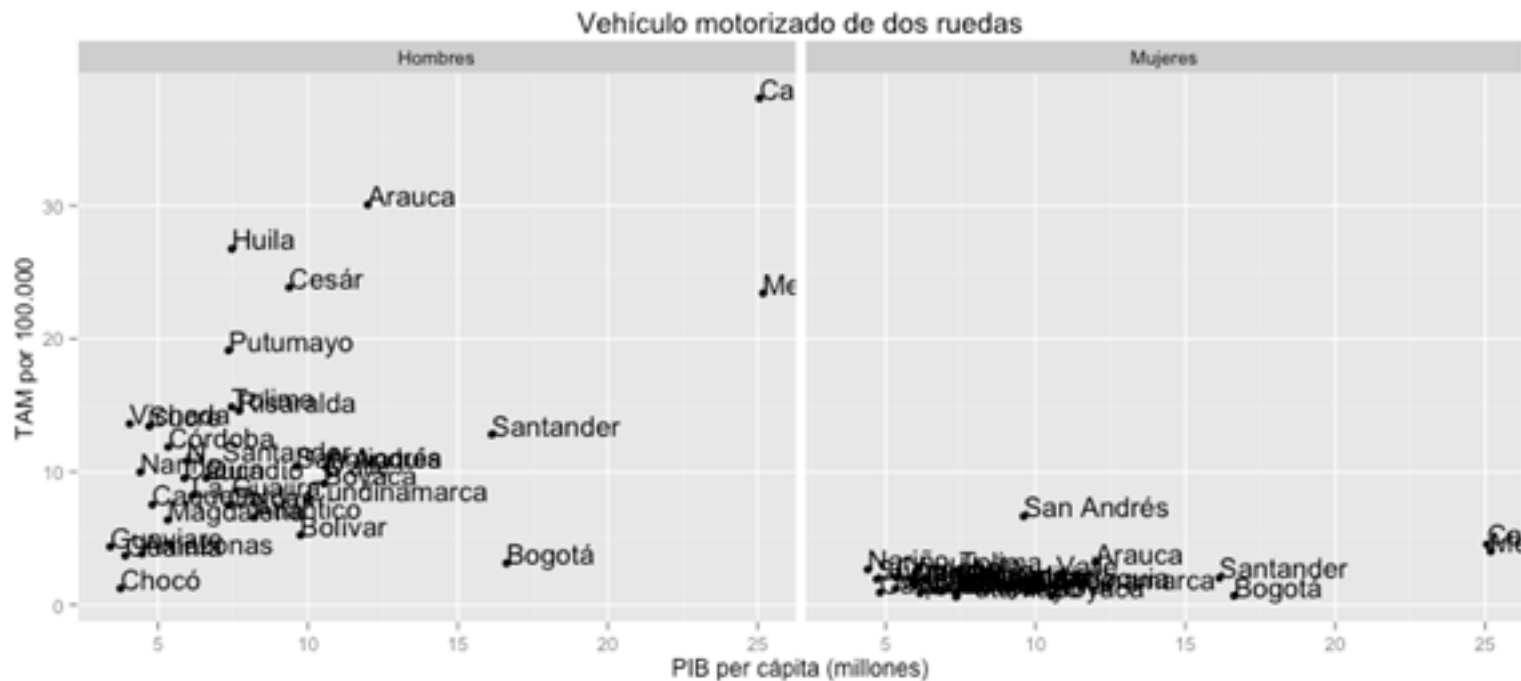


Figura 3.45. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental. Lesiones en vehículo motorizado de dos ruedas. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

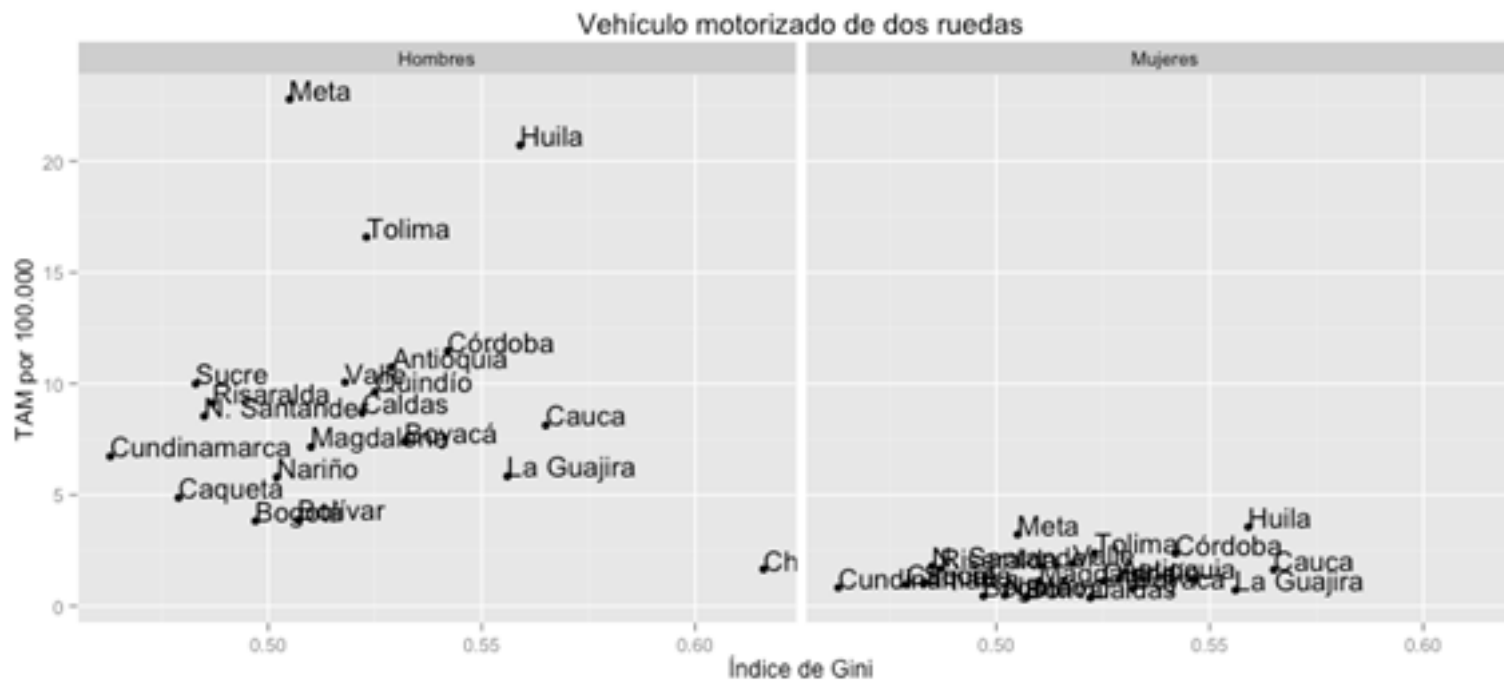


Figura 3.46. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental. Lesiones en vehículo motorizado de dos ruedas. Colombia, 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

Vehículo motorizado con tres o más ruedas

De manera similar, al global de lesiones de tránsito, las muertes por lesiones en vehículos de tres o más ruedas presentaron una tendencia a la disminución de sus tasas en ambos sexos, con tasas más altas en hombres (Figura 3.47.).

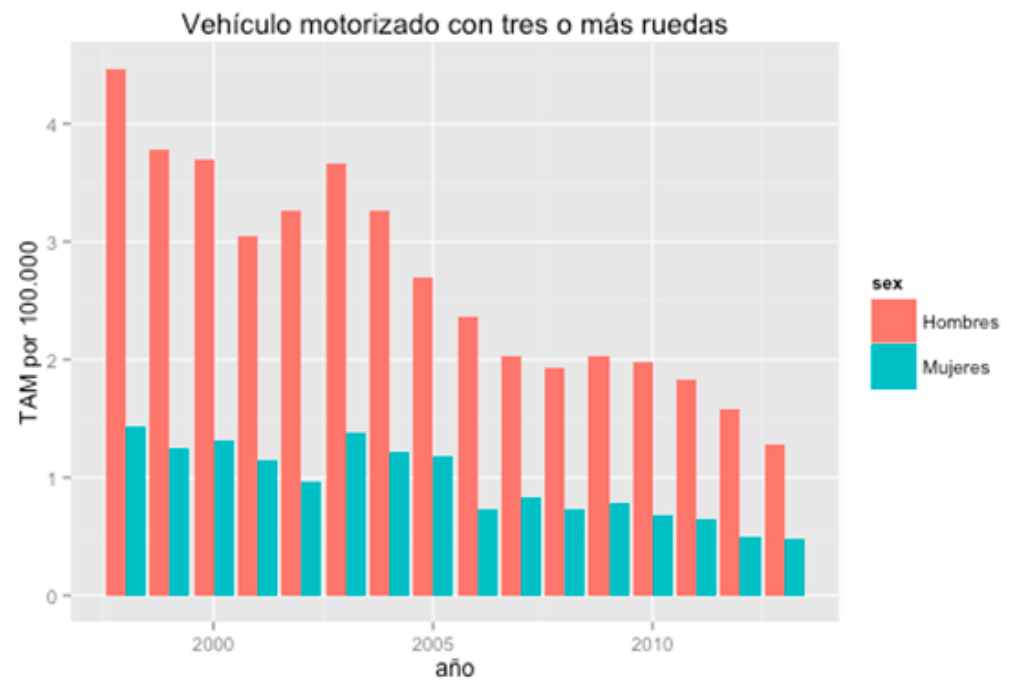


Figura 3.47. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo.
Lesiones en vehículo motorizado de tres o más ruedas.
Colombia 1998-2013

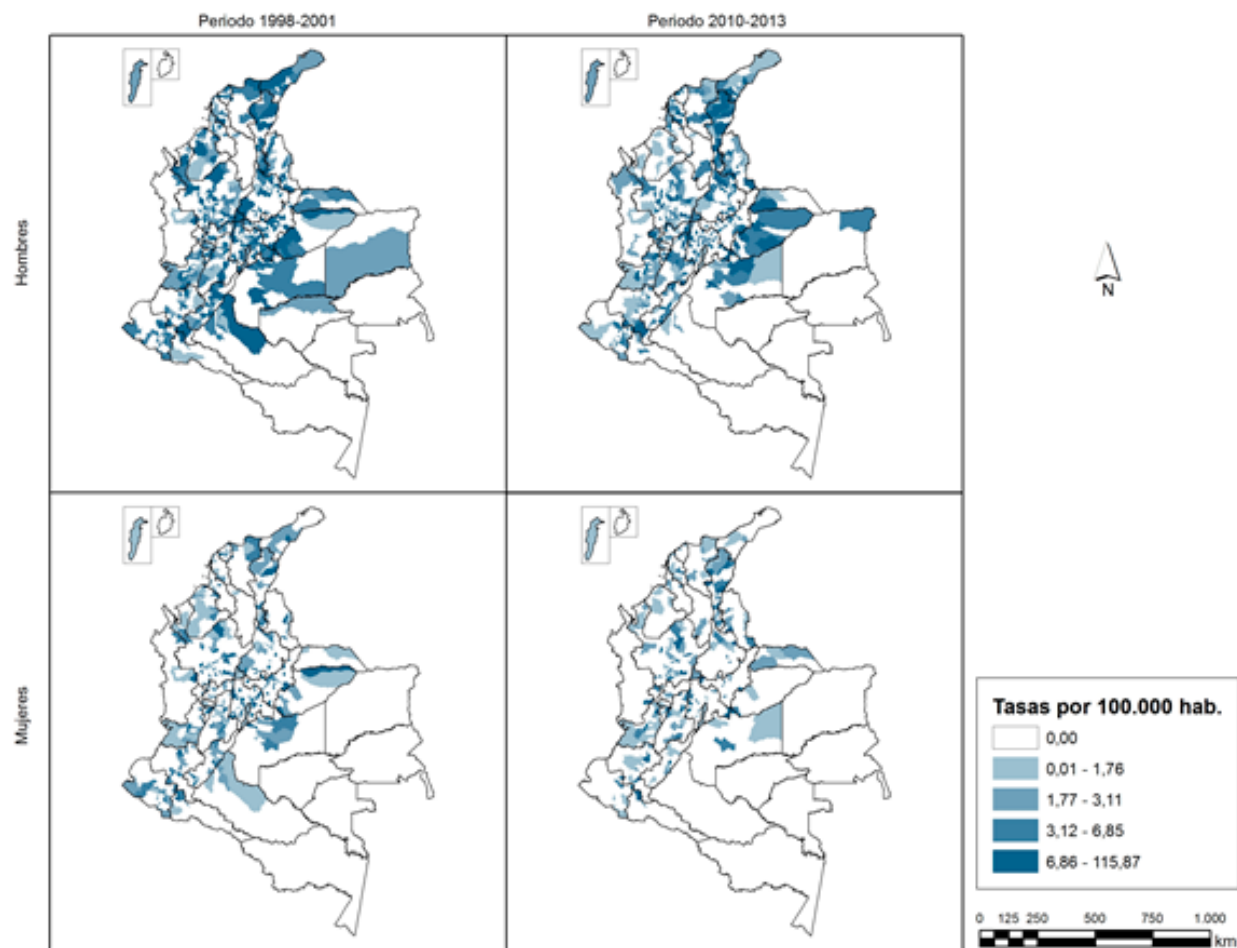
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,
a partir de Estadísticas Vitales del DANE

A nivel municipal, en hombres, las tasas de mortalidad más altas por vehículo motorizado con tres o más ruedas se presentaron durante el segundo cuatrienio, en las zonas más pobladas del país, principalmente en municipios de Cesar, Casanare, Antioquia, Meta, Boyacá, Arauca, Antioquia y Huila.

Para mujeres, este evento presentó una pequeña reducción al comparar los dos periodos, presentándose las tasas más altas en municipios del Oriente de Cundinamarca, Norte de Putumayo, Risaralda, Cesar, entre otros sectores (Figura 3.48.).

Figura 3.48. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Lesiones en vehículo motorizado de tres o más ruedas. Colombia, promedio anual 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE



En general se observó la misma asociación entre el PIBpc y el *Gini* departamentales y las tasas de mortalidad con evidencia contraria en términos de desigualdades sociales en salud, evidenciando una mayor afectación en la población más vulnerable por *Gini*, pero mayores tasas en departamentos con mayor PIBpc (Figuras 3.49. y 3.50.).



Figura 3.49. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental. Lesiones en vehículo motorizado de tres o más ruedas. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE



Figura 3.50. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental. Lesiones en vehículos motorizados de tres o más ruedas. Colombia, 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

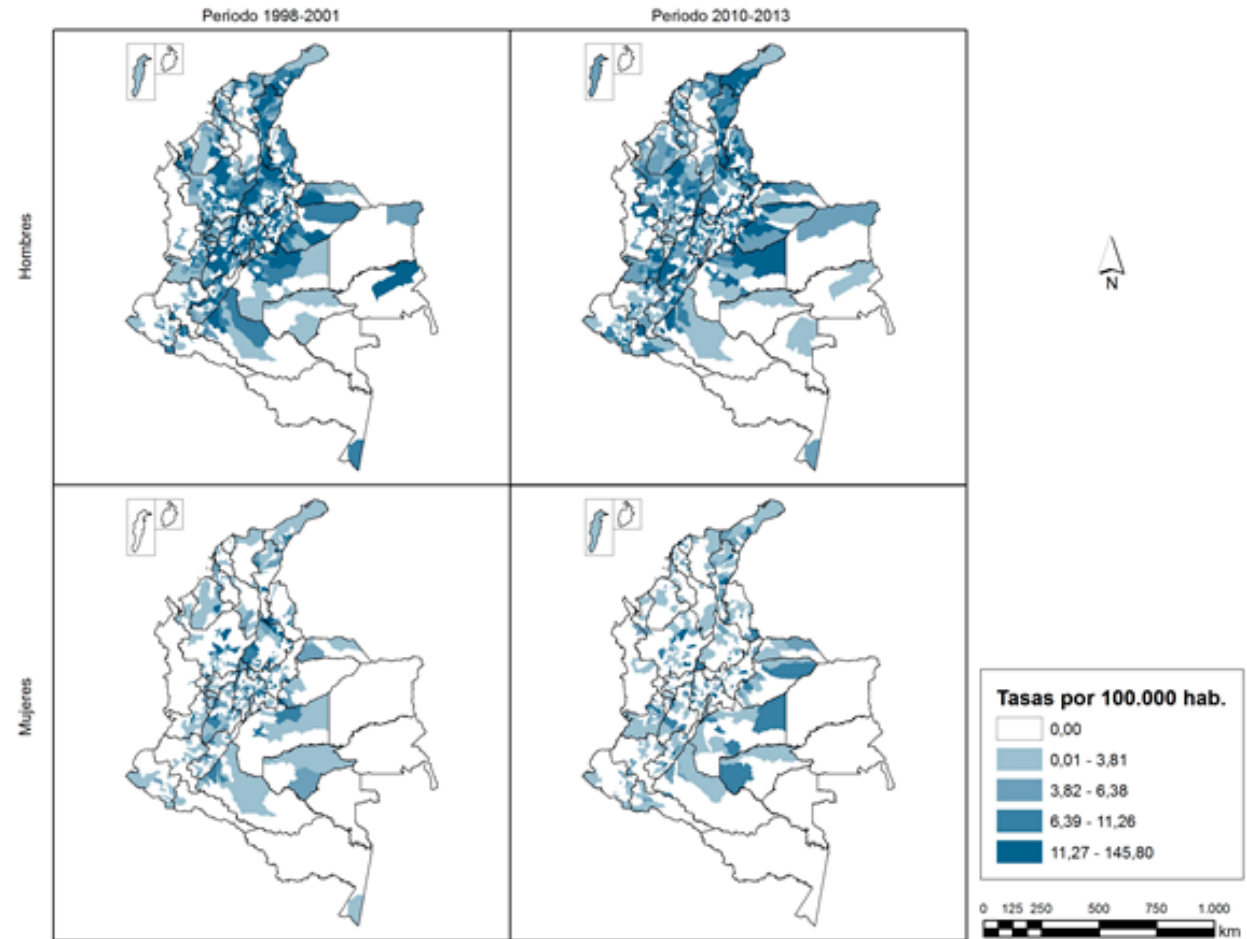
Otras lesiones de tránsito y otras lesiones de transporte

Para el caso de las muertes por otras lesiones de tránsito y de otras lesiones de transporte, no se observó un claro patrón de tendencia temporal, pero siempre hubo una mayor afectación de los hombres (datos no mostrados). A nivel municipal, en hombres, las tasas de mortalidad más altas por otras lesiones de tránsito se presentaron durante el primer cuatrienio en los municipios de Cesar, Valle del Cauca, algunos municipios del Norte de Antioquia, Córdoba, Tolima y Cundinamarca, con un notable aumento para el cuatrienio de 2010-2013, en municipios de La Guajira, Meta y Oriente de Santander.

Para mujeres, este evento presentó un aumento notable al comparar los dos periodos, luego de tener una distribución muy similar a los hombres durante el primer cuatrienio, en el cuatrienio más reciente se aumentó en Meta, Guainía, Casanare, Tolima y Cesar (Figura 3.51.). A nivel departamental no se evidenciaron patrones de correlación entre las tasas de mortalidad por estos eventos y el PIBpc y el *Gini* (datos no mostrados).

Figura 3.51. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Otras lesiones de tránsito. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013

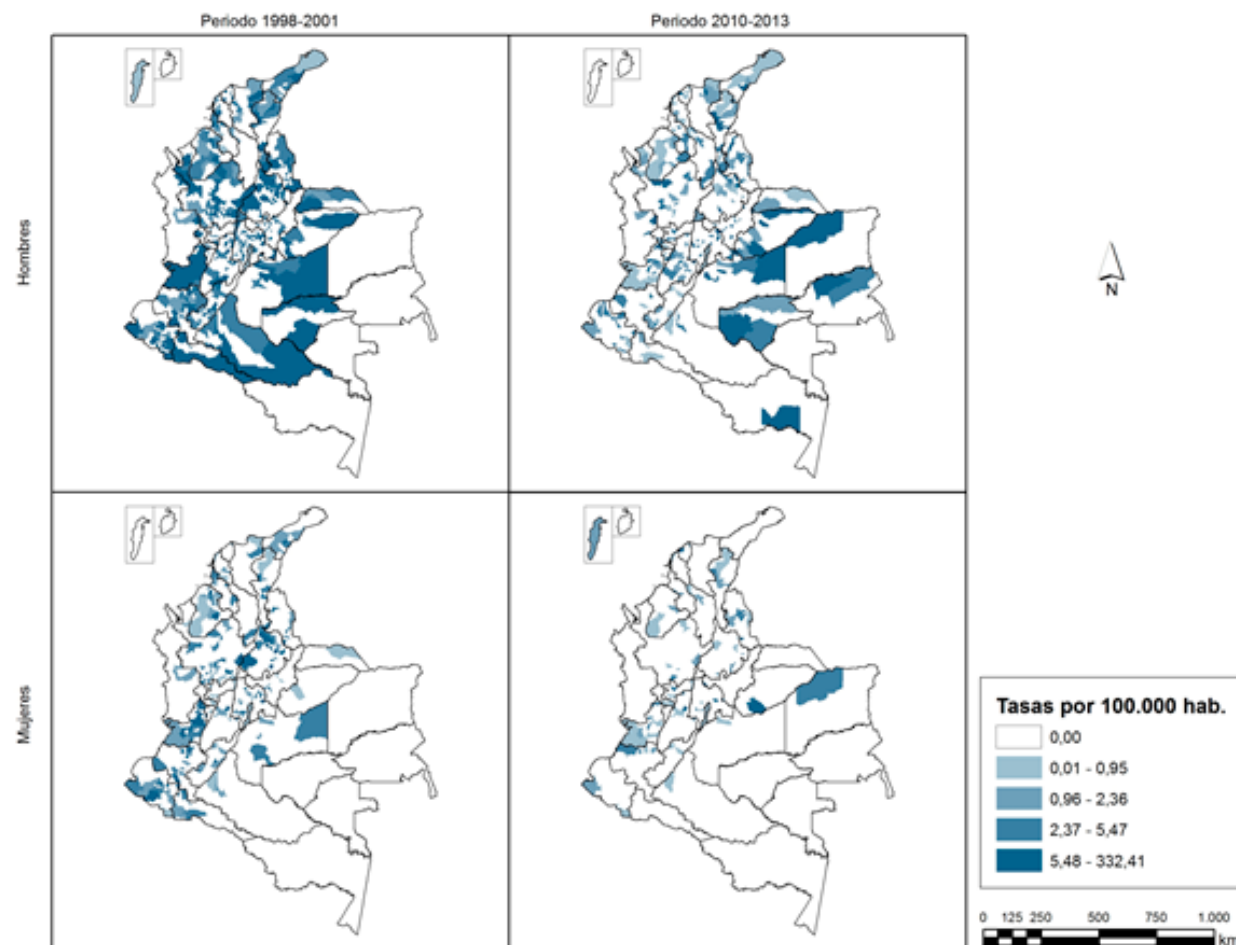
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE



Para las otras lesiones de transporte (diferentes a vehículos de carretera) a nivel municipal, en hombres, las tasas de mortalidad más altas se presentaron durante el primer cuatrienio en los municipios de Nariño, Valle del Cauca, Putumayo, Caquetá, Nororiente del Meta, Arauca, Santander, Boyacá, Cundinamarca y Antioquia. Con un notable aumento para el cuatrienio de 2010-2013 en municipios de Guaviare, Vichada y Guainía. Para mujeres, este evento presentó una reducción notable al comparar los dos periodos, luego de tener una importante distribución en algunos municipio de Nariño, Cauca, Córdoba y Santander, en el cuatrienio más reciente se reportó principalmente en Valle del Cuca, Cesar, Norte de Santander Risaralda y Norte del Cauca (Figura 3.52.)

Figura 3.52. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio. Otras lesiones de transporte. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE



3.4.1.1.6. Modelo multivariado para mortalidad por lesiones de tránsito y transporte

Se ajustaron modelos multivariados para las tasas ajustadas de mortalidad por cada uno de los eventos incluidos. El Modelo 1 (Tabla 3.12) que ajustó la asociación por año, sexo y evento, evidenció una asociación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre el PIBpc y la tasa de mortalidad. Sin embargo, en el Modelo 2, que adicionalmente ajustó por otras variables no observadas a nivel departamental, no evidenció ninguna asociación estadísticamente significativa con ninguna de las dos variables socioeconómicas del análisis (Tabla 3.12.).

Tabla 3.12. Modelos multivariados de regresión lineal para las tasas de mortalidad ajustadas por edad y variables socioeconómicas a nivel departamental. Accidentes de tránsito y transporte. Colombia, 1998-2013

	MODELO 1		MODELO 1	
	Coefficiente	valor de p	Coefficiente	valor de p
Intercepto	194.41056	1.16E-09	171.66684	3.36E-06
PIBpc (millones)	0.11316	1.26E-11	0.06039	0,167
Índice de Gini	-1.60751	0.28518	2.58666	0.229537
Año	-0.09353	4.51E-09	-0.08374	7.18E-06
Sexo (Referencia Hombres)				
Mujeres	-3.57951	< 2e-16	-3.62839	< 2e-16
Evento (referencia lesiones a peatones)				
Vehículo de pedal	-4.15079	< 2e-16	-4.28412	< 2e-16
Vehículo motorizado de dos ruedas	-0.49042	0.00489	-0.50375	0.002136
Vehículo motorizado con tres o más ruedas	-2.89001	< 2e-16	-2.92629	< 2e-16
Otras lesiones de tránsito	-1.30467	6.99E-14	-1.30201	2.11E-15
Otra lesión de transporte	-4.16099	< 2e-16	-4.2342	< 2e-16
Departamentos (Referencia Bogotá)				
Valle			2.15244	1.50E-08
Tolima			2.36536	3.68E-07
Sucre			0.70371	0.213432
Risaralda			1.50034	0.001616
Quindío			1.83853	0.000185
Norte de Santander			2.01643	0.000101
Nariño			1.23792	0.026503
Meta			3.03583	< 2e-16
Magdalena			0.8684	0.107339
La Guajira			1.05541	0.03007
Huila			2.36764	1.70E-07
Cundinamarca			1.83227	1.83E-05
Córdoba			0.92093	0.07379
Chocó			-0.56469	0.341106
Cauca			1.15546	0.029509
Caquetá			0.67139	0.243946
Caldas			1.02194	0.026951
Boyacá			1.42431	0.000453
Bolívar			-0.30721	0.475174
Antioquia			1.40752	0.000251

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

El anterior análisis resaltó la relevancia de los accidentes en moto, como el único evento de los accidentes de tránsito y transporte que presentó aumento durante el periodo de análisis en Colombia. Siendo los municipios de Barranca de Upía (Meta) con una tasa de 88,95 muertos por 100.000 habitantes, Sabanalarga (Putumayo) 76,38 y San Alberto (Cesar), los que presentaron mayor tasa de mortalidad en hombres, mientras que para mujeres fueron Coello (Tolima) 20,41, Giraldo (Antioquia) 16,54 y Granada (Cundinamarca) con 15,32 muertes por 100.000 habitantes.

Adicionalmente cuando se evaluó la asociación de la ocurrencia del fenómeno con variables socioeconómicas a nivel departamental en análisis bivariados, se presentó evidencia contradictoria en cuanto a desigualdades sociales del fenómeno, que en los modelos multivariados no resultaron estadísticamente significativos, por lo que no es posible hablar de desigualdades sociales por las variables evaluadas. Se planteó la necesidad de métodos de análisis más complejos, para identificar los determinantes sociales de la presentación del fenómeno en la población colombiana, con el fin de identificar estrategias alternativas de intervención.

Referencias

1. World Health Organization. *Global status report on road safety. Inj Prev [Internet]. 2013;318. Available from: <http://injuryprevention.bmj.com/content/15/4/286.short>*
2. World Health Organization. *WHO | Global status report on road safety 2015 [Internet]. World Health Organization; 2015 [cited 2015 Dec 26]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/*
3. World Health Organization. *Youth and Road Safety [Internet]. Toroyan T, Peden M, editors. Geneva: World Health Organization;; 2007 [cited 2015 Dec 26]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43607/1/9241595116_eng.pdf*
4. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: Design, definitions, and metrics. *The Lancet*. 2012. p. 2063–6.
5. Ahmad OB, Boschi-pinto C, Lopez AD. *Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No31; EIP/GPE/EBD World Health Organization 2001 [Internet]. 2001. p. 1–14. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>*

Dimensión vida saludable y enfermedades no transmisibles

3.4.2. Desigualdades en la mortalidad por cáncer de cuello uterino

Carlos Castañeda-Orjuela
Liliana Castillo-Rodríguez
Willian León-Quevedo
Diana Díaz-Jiménez

El cáncer de cuello uterino es la tercera causa más frecuente de muerte por cáncer en las mujeres en el mundo y la segunda más común en mujeres entre 14 a 44 años en países desarrollados y en desarrollo (1). En Colombia, es el quinto neoplasma que genera muerte en las mujeres; presentó un leve descenso entre 2010 y 2015, pasando de una tasa de mortalidad ajustada de 8,84 a 7,92 respectivamente (2). La importancia en salud pública del cáncer de cuello uterino en países de bajo y mediano ingreso recae en que afecta principalmente a las mujeres jóvenes y pobres, afectando no solo a la mujer sino a sus familias. Este cáncer refleja más que otros las inequidades substanciales que existen en Latinoamérica (1), siendo solo superado por el cáncer de seno y siendo la primera causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP), por causas evitables (1). Evaluar las desigualdades sociales de la mortalidad de este evento, resulta de alta relevancia para el presente Informe del ONS.

Para el presente análisis, la descripción de las desigualdades sociales en la mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres, se realizó a partir de las Estadísticas Vitales del DANE de 1998 a 2013, mediante un análisis de las tasas de mortalidad de acuerdo con la codificación CIE-10 de la causa básica de muerte y los códigos incluidos en el grupo de cáncer de cuello uterino del estudio de carga global de enfermedad de 2010 (3). Se estimaron tasas de mortalidad ajustadas por edad, de acuerdo a la población de referencia OMS 2000-2025 (4), con el método directo.

Se evaluaron las desigualdades por territorio (departamento y municipio), Índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) municipales, y producto interno bruto per cápita (PIB_{pc}) e índice de *Gini* a nivel departamental. Un análisis multivariado de regresión lineal, fue realizado para evaluar la asociación de las variables socioeconómicas sobre la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino. El alistamiento y análisis de la información se realizó en el programa **R**.

En Colombia se observó una disminución sostenida en tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres durante el periodo de análisis (Figura 3.53.). Solo se experimentaron leves repuntes en las tasas de mortalidad para los años de 2002, 2003 y 2005.

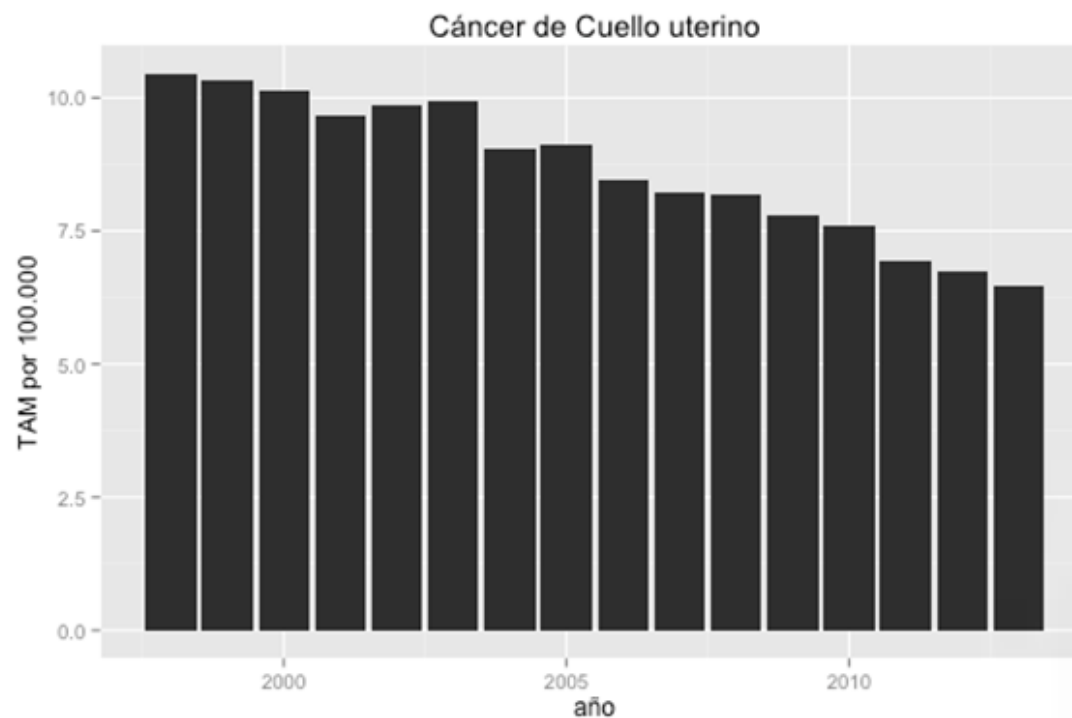


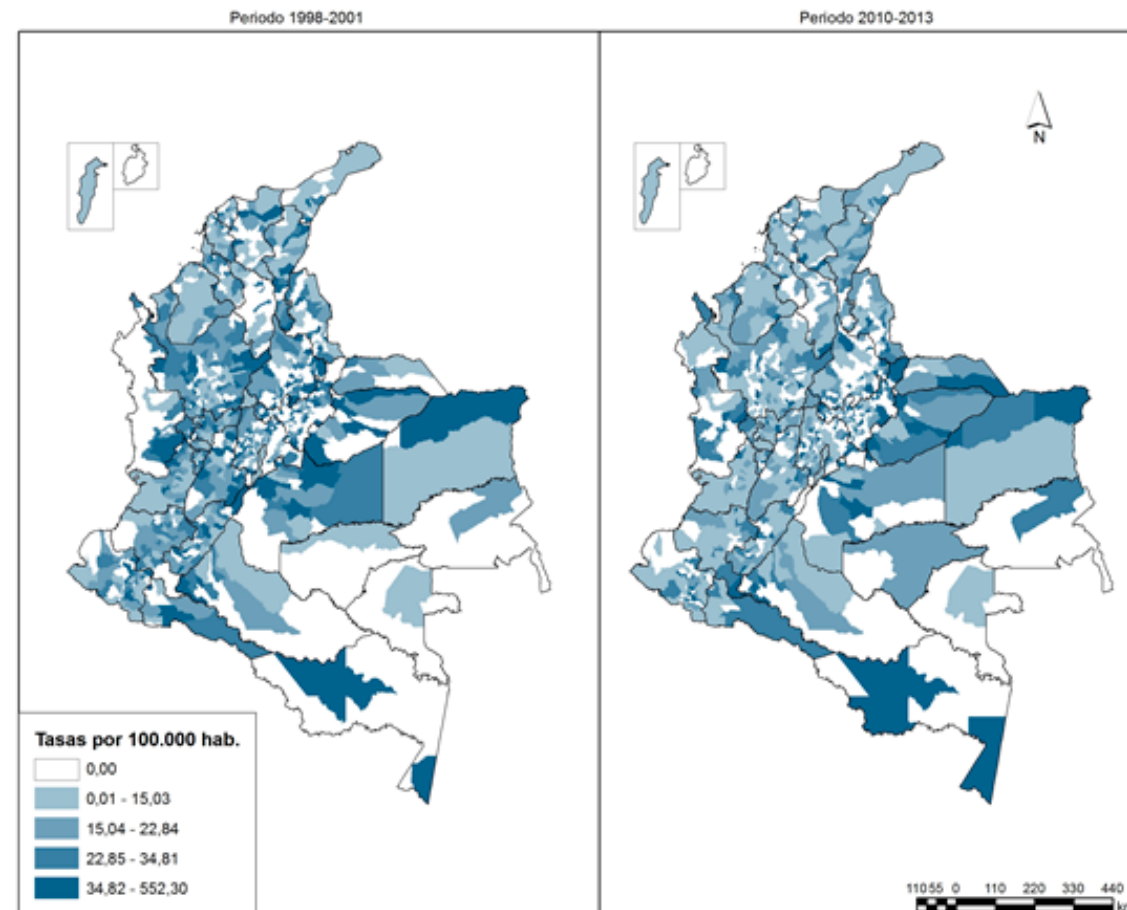
Figura 3.53. Tasas de mortalidad ajustadas por edad para cáncer de cuello uterino en mujeres. Colombia, 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

A nivel municipal existe una disminución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, al comparar las tasas ajustadas promedio para el primer y último cuatrienio del periodo de análisis según su distribución (Figura 3.54.). En el periodo de 1998-2001, se evidenció que el quintil más alto de tasas de mortalidad se distribuyó principalmente en algunos municipios de Antioquia, Chocó, Santander, Cesar, Magdalena, Meta, Norte del Huila, Oriente del Tolima, Amazonas y Centro de Putumayo. Es notable la reducción en la cantidad de municipios en ese quintil para el periodo de 2010-2013, presentándose en Caldas, Quindío, Suroriente del Cauca, Centro del Meta, Nororiente de Boyacá y Vichada.

Figura 3.54. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio, para cáncer de Cuello uterino. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, con base en estadísticas vitales del DANE



Al evaluar las tasas de mortalidad municipales por quintiles de NBI para los años 2000, 2005, 2010 y 2013 se evidenció que las menores tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino se reportaron en los municipios del quintil 1 de NBI (municipios más ricos), para los cuatro años (Figura 3.55.). Para todos los años, las tasas mas altas se reportaron en el tercer quintil. Otro hallazgo relevante en este análisis fue que todos los quintiles de NBI, reportaron tendencias decrecientes en sus tasas de mortalidad en el periodo de análisis, a pesar de no haber evidencia de un gradiente de tasas por esta variable de pobreza municipal, con una reducción más notoria en los municipios del quintil 5 (los más pobres) con una reducción de su tasa del 47% (Figura 3.55.).

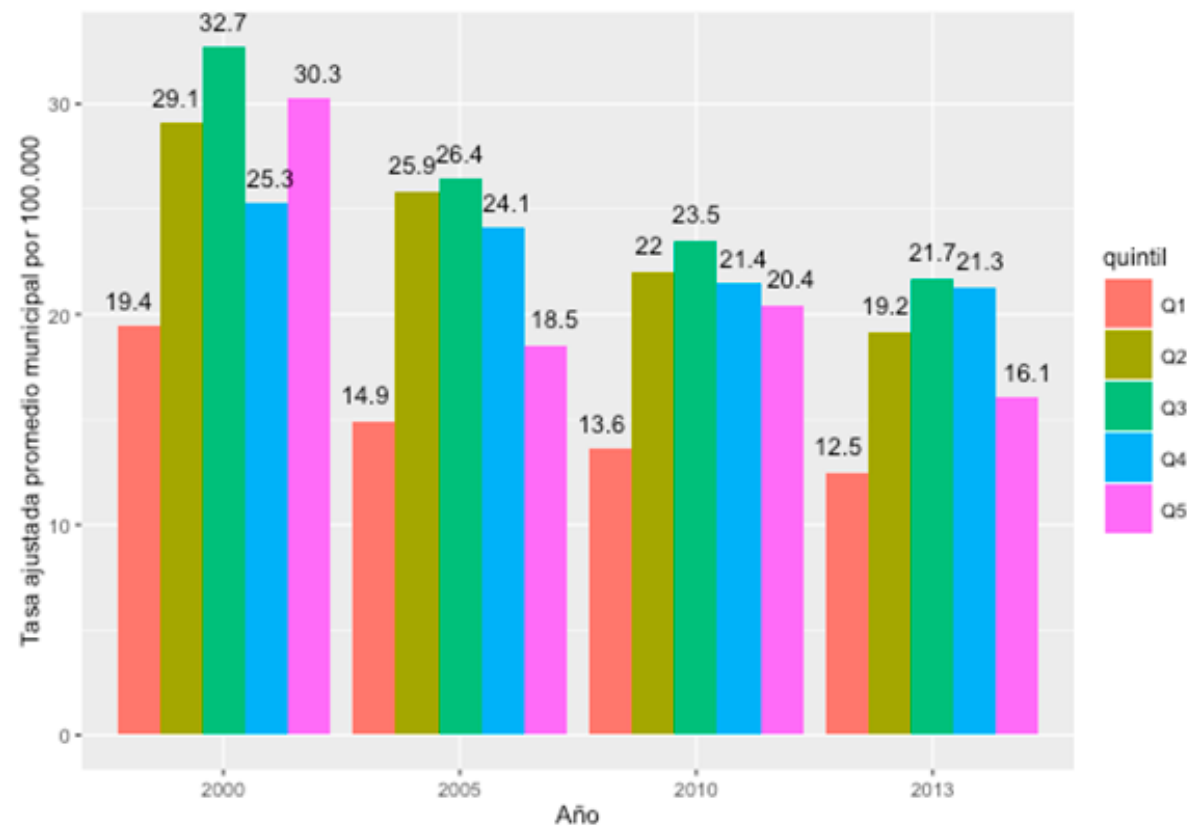


Figura 3.55. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio y quintil de NBI, para cáncer de cuello uterino. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

Para el análisis a nivel departamental se evidenció para el 2013 que no había una correlación entre el PIB_{pc} y las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Figura 3.56.), pero llama la atención las altas tasas de mortalidad en los departamentos de Amazonas, Vichada y Guaviare. En el caso la desigualdad del ingreso medida por índice de *Gini*, se evidenció una correlación entre una mayor desigualdad y mayores tasas de mortalidad que dan indicios de una desigualdad social, en contra de los más vulnerables a una escala ecológica (Figura 3.57.).

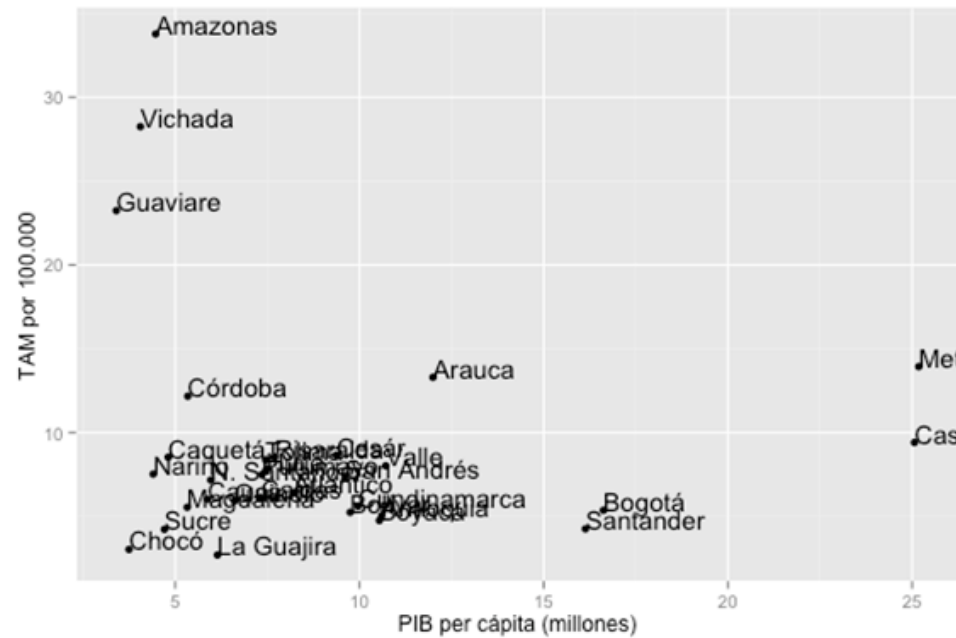


Figura 3.56. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental, para cáncer de cuello uterino en mujeres. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

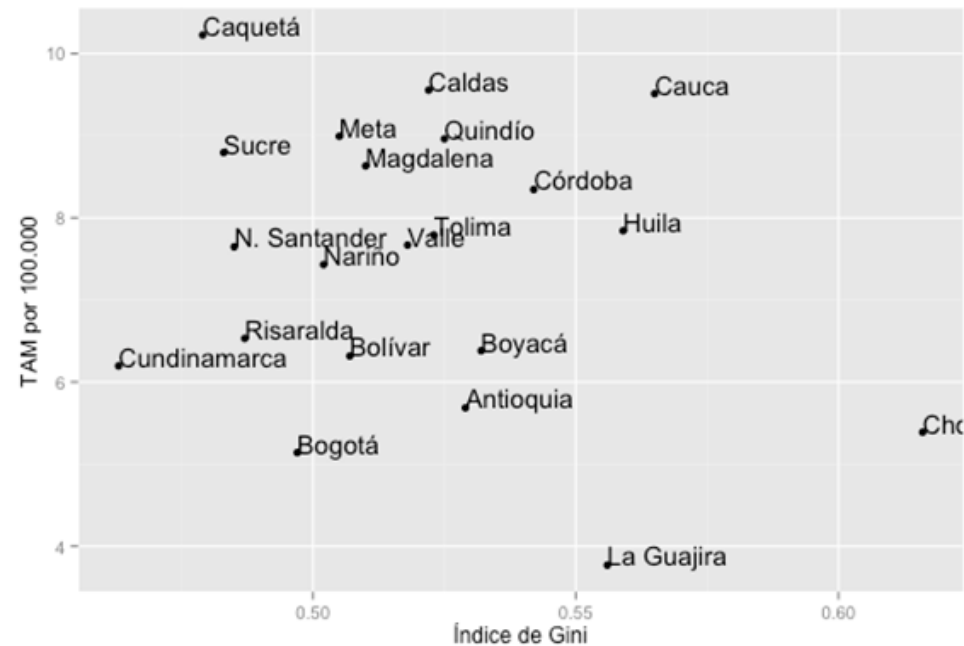


Figura 3.57. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y Gini departamental, para cáncer de cuello uterino en mujeres. Colombia, 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

Tabla 3.13. Modelos multivariados de asociación entre el PIBpc y el índice de *Gini* con la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a nivel departamental. Colombia 1998-2012

	MODELO 1 (R ² = 0,1657)		MODELO 2 (R ² = 0,6246)	
	Coefficiente	valor de p	Coefficiente	valor de p
Intercepto	651,25623	8,48E-07	528,35537	1,45E-06
PIBpc (millones)	0,09601	0,155866	-0,17047	0,1846
Índice de Gini	-21,14746	0,000495	-1,96706	0,7486
año	-0,31477	1,82E-06	-0,25813	3,06E-06
Departamentos (Referencia Bogotá)				
Valle			1,49782	0,1897
Tolima			3,29012	0,0182
Sucre			-1,35876	0,4104
Risaralda			1,68918	0,2283
Quindío			2,50673	0,0832
Norte de Santander			2,0459	0,1785
Nariño			0,54828	0,7391
Meta			8,95181	< 2e-16
Magdalena			-0,44042	0,7814
La Guajira			-2,40789	0,088
Huila			2,2556	0,0937
Cundinamarca			-0,54278	0,6696
Córdoba			0,44354	0,7692
Chocó			-3,20997	0,0572
Cauca			1,154	0,4608
Caquetá			3,21152	0,0533
Caldas			2,68536	0,0498
Boyacá			-0,97945	0,4137
Bolívar			-0,59035	0,6412
Antioquia			-0,6383	0,5798

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

El modelo multivariado inicial (Tabla 3.13., Modelo 1) cambió el sentido de la asociación entre *Gini* departamental y tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino, respecto al análisis bi-variado, con significancia estadística, sin embargo al ajustar simultáneamente por variables no observadas del nivel municipal se perdió significancia estadística aunque se mantuvo el sentido de la asociación (Modelo 2).

En Colombia se presentó una tendencia temporal de disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres colombianas. Esa tendencia se evidenció también a nivel municipal y para todos los quintiles de pobreza según NBI. En cuanto a la distribución de las tasas municipales de mortalidad por cáncer de cuello uterino, la cantidad de municipios en el quintil más alto tuvo una disminución para el último cuatrienio, aunque resaltó que municipios en los que no presentaron casos durante el periodo 1998-2001, para los años de 2010-2013 si los reportaron en el Norte de Chocó, Sur de Bolívar, Centro de Magdalena, Oriente de La Guajira, Sur de Arauca, Sur de Casanare, Sur de Cauca y Guaviare.

Es de resaltar que las mayores reducciones en las tasas de mortalidad se han logrado en los municipios más pobres según NBI (quintil 5). A pesar de estos resultados, y de los hallazgos en la literatura, no se encontró evidencia contundente sobre gradientes de mortalidad por variables socioeconómicas, que recalco la necesidad de la utilización de metodologías de análisis más robustas para evidenciar las desigualdades sociales y los determinantes de este evento.

Referencias

1. Muñoz N, Bravo LE. Epidemiology of cervical cancer in Colombia. *Salud pública de México* [Internet]. Jan [cited 2015 Dec 28];56(5):431–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25604289>
2. Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. Informe Técnico. V edición. Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia [Internet]. Observatorio Nacional de Salud; 2015 [cited 2015 Dec 30]. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to Informe ONS v-f1.pdf>
3. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. *GBD 2010: Design, definitions, and metrics. The Lancet*. 2012. p. 2063–6.
4. Ahmad OB, Boschi-pinto C, Lopez AD. *Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No31; EIP/GPE/EBD World Health Organization 2001* [Internet]. 2001. p. 1–14. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>

3.4.3. Desigualdades en la mortalidad por cáncer de próstata

Carlos Castañeda-Orjuela,
Diana Díaz-Jiménez
Willian León-Quevedo
Liliana Castillo-Rodríguez

El cáncer es un problema de salud pública que va en aumento, ocasiona repercusiones psicoafectivas, sociales y económicas (1). De acuerdo con las estimaciones de GLOBOCAN (*International Agency for Research on Cancer*), para Colombia en el año 2012, el cáncer de próstata es el segundo neoplasma que más muertes ocasiona en hombres (2), y según los datos de estudio de carga global de enfermedad de 2010 para Colombia, es la décimo primera causa de mortalidad en hombres (3). Los factores de riesgo asociados a un tercio de las defunciones por cáncer son conductuales y dietarios, relacionados principalmente con la baja ingesta de frutas y verduras, la falta de actividad física, el alto índice de masa corporal, el consumo de alcohol y el consumo de tabaco (4).

Para el presente análisis, la descripción de las desigualdades sociales en la mortalidad por cáncer de próstata en hombres, se realizó a partir de las Estadísticas Vitales del DANE de 1998 a 2013, mediante un análisis de las tasas de mortalidad de acuerdo con la codificación CIE-10 de la causa básica de muerte y los códigos incluidos en el grupo de cáncer de próstata, del estudio de carga global de enfermedad de 2010 (4). Se estimaron tasas de mortalidad ajustadas por edad, de acuerdo a la población de referencia en la OMS para 2000-2025 (5), con el método directo. Se evaluaron las desigualdades por territorio (departamento y municipio), Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) municipales y el producto interno bruto *per cápita* (PIBpc) e índice de *Gini* a nivel departamental. Un análisis multivariado de regresión lineal fue realizado para evaluar la asociación de las variables socioeconómicas sobre la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de próstata. El alistamiento y análisis de la información se realizó en el programa R.

Se evidenció que durante el periodo de análisis, las tasas ajustadas de mortalidad se han mantenido relativamente estables, con una leve disminución en 2011 (Figura 3.58.). A nivel departamental se demostró una correlación directamente proporcional entre el PIBpc y las tasas de mortalidad por cáncer de próstata (Figura 3.59.), de manera similar ocurre con el *Gini* departamental (Figura 3.60.). Esto significó evidencia contradictoria en cuanto a la asociación de las variables socioeconómicas y la mortalidad por cáncer de próstata, con evidencia ecológica de mayor afectación de los más vulnerables por *Gini*, pero evidencia contraria para el PIBpc.

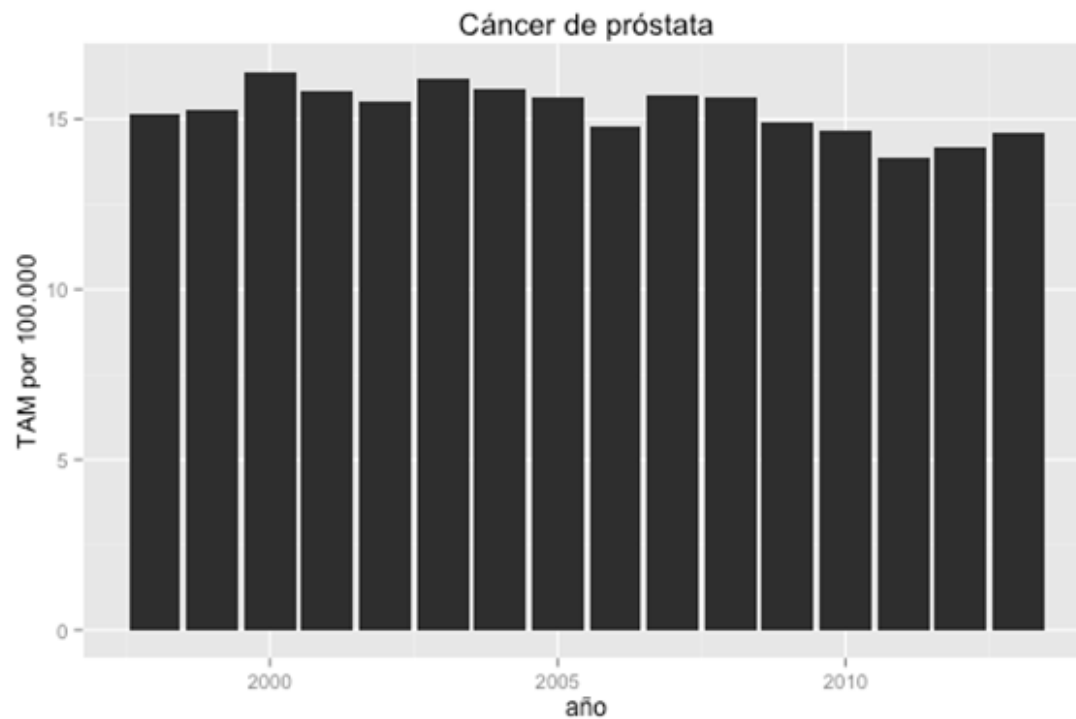


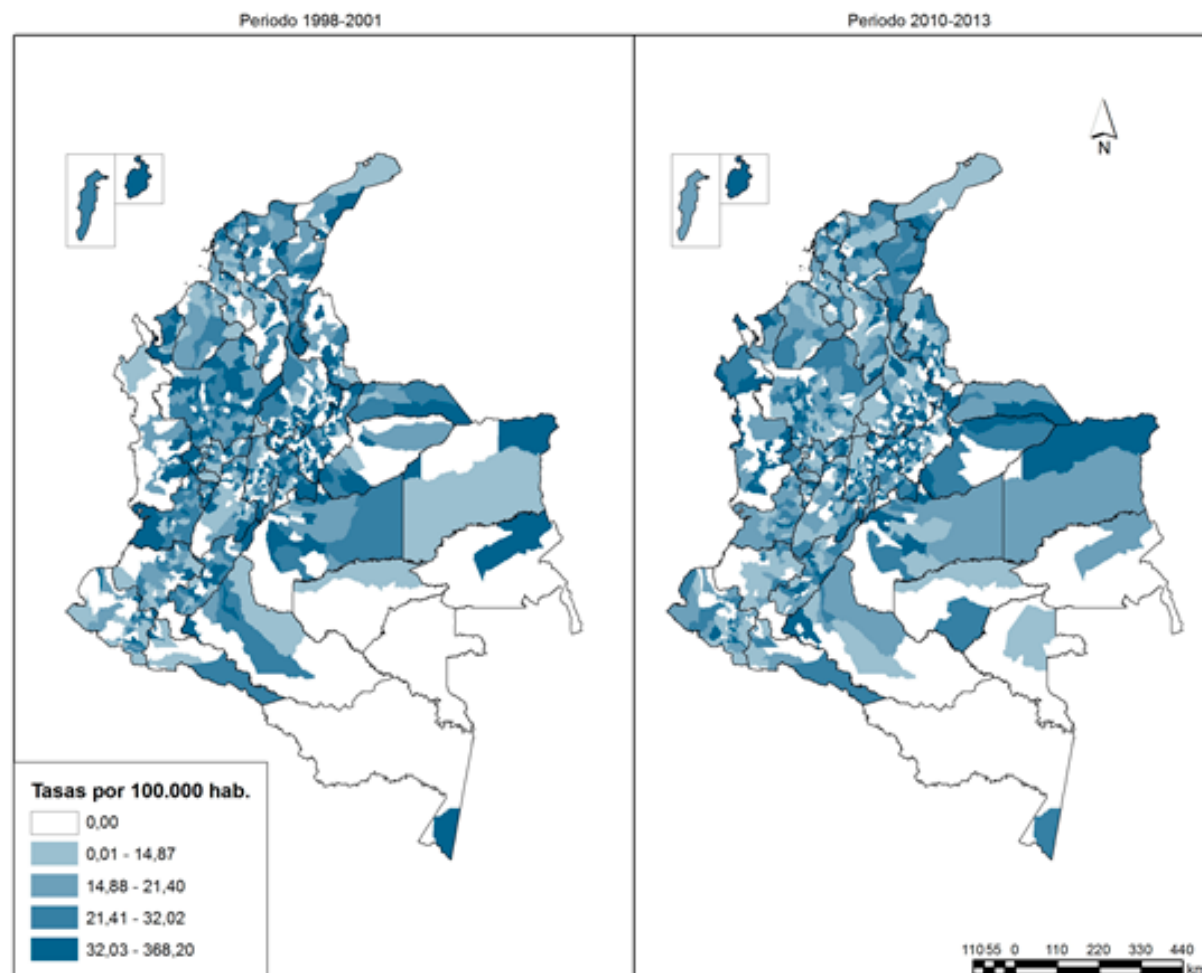
Figura 3.58. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, para cáncer de próstata en hombres. Colombia 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

A nivel municipal se presentó una disminución de la mortalidad por cáncer de próstata al comparar las tasas ajustadas promedio para el primer y último cuatrienio del periodo de análisis según su distribución geográfica (Figura 3.59.). En el periodo de 1998-2001, se observó que el quintil más alto de tasas de mortalidad en hombres se distribuyó principalmente en algunos municipios de Antioquia, Occidente del Valle del Cauca, Boyacá, Santander, Centro y Norte del Huila, Sur del Cesar, Sur de La Guajira, Arauca, Centro Oriente de Cundinamarca y Occidente de Casanare. Es notable la reducción en la cantidad de municipios en ese quintil para el periodo de 2010-2013, presentándose en el centro de Chocó, Vichada, Suroccidente de Caquetá y algunos municipios de Boyacá, Cundinamarca y Casanare. La distribución del segundo y tercer quintil aumenta en el segundo cuatrienio principalmente en el Sur de Bolívar, Norte de Santander, Chocó, Nariño, Guainía, Vaupés y Cauca.

Figura 3.59. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio, para cáncer de próstata. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, con base en estadísticas vitales del DANE



Al agrupar los municipios en quintiles de NBI (a junio 30 de 2012, según el DANE), en el análisis para los años 2000, 2005, 2010 y 2013, se evidenció que para todos los años las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata mas bajas se reportaron en el quintil 1 (los más ricos) (Figura 3.60.), sin embargo no se evidenció un gradiente de la mortalidad por este evento, según el quintil de pobreza municipal, pues para los cuatro años las tasas más altas se reportaron en el tercer y segundo quintil de pobreza.

Al evaluar las tendencias de la mortalidad por quintil de NBI municipal llamó la atención el aumento de las tasas de mortalidad en el quintil 3 y 4 para 2010 y 2013, luego de una tendencia al descenso inicial (2000 y 2005). Evaluando a los municipios más pobres (quintil 5), este fue el único quintil que evidenció una tendencia continua de disminución de sus tasas de mortalidad por cáncer de próstata (Figura 3.60.).

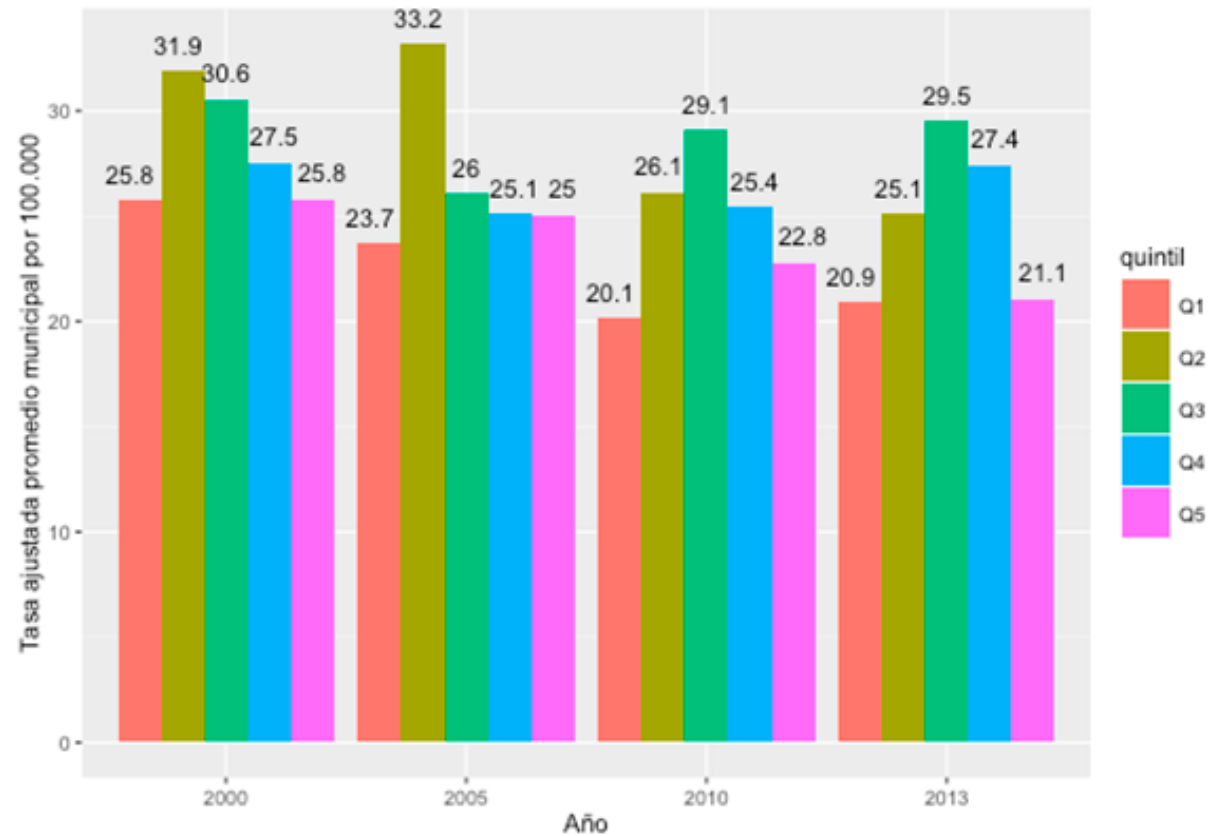


Figura 3.60. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio y quintil de NBI, para cáncer de próstata. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

A nivel departamental se evidenció una correlación directamente proporcional entre el PIBpc y las tasas de mortalidad por cáncer de próstata (Figura 3.61.), y de manera similar se evidenció una asociación inversamente proporcional entre el índice de desigualdad de *Gini* y la tasa de mortalidad por este evento (Figura 3.62). Esto habla de desigualdades en contra de los menos vulnerables a nivel departamental.

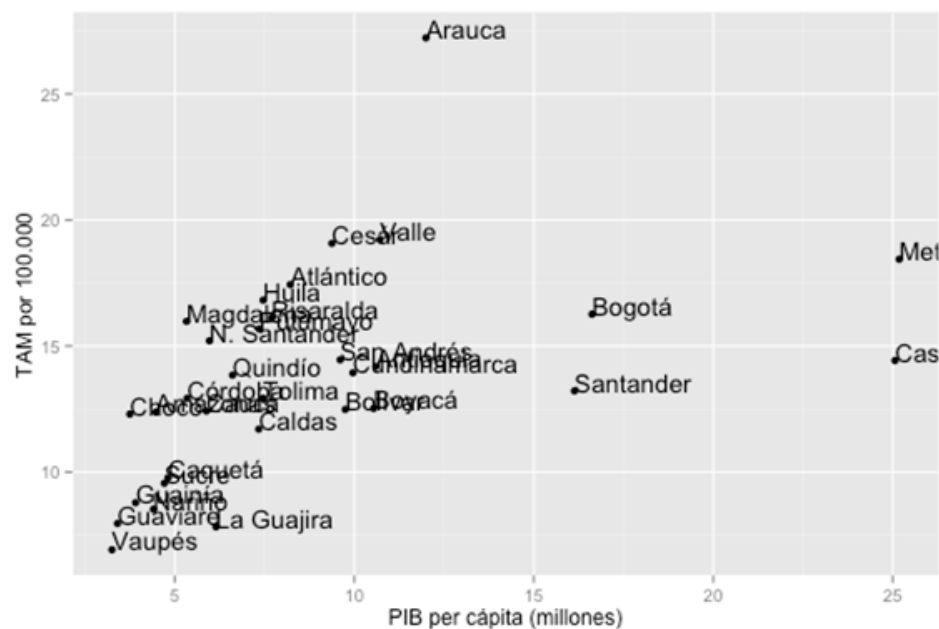


Figura 3.61. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental, para cáncer de próstata en hombres. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

Figura 3.62. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y Gini departamental, para cáncer de próstata en hombres. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

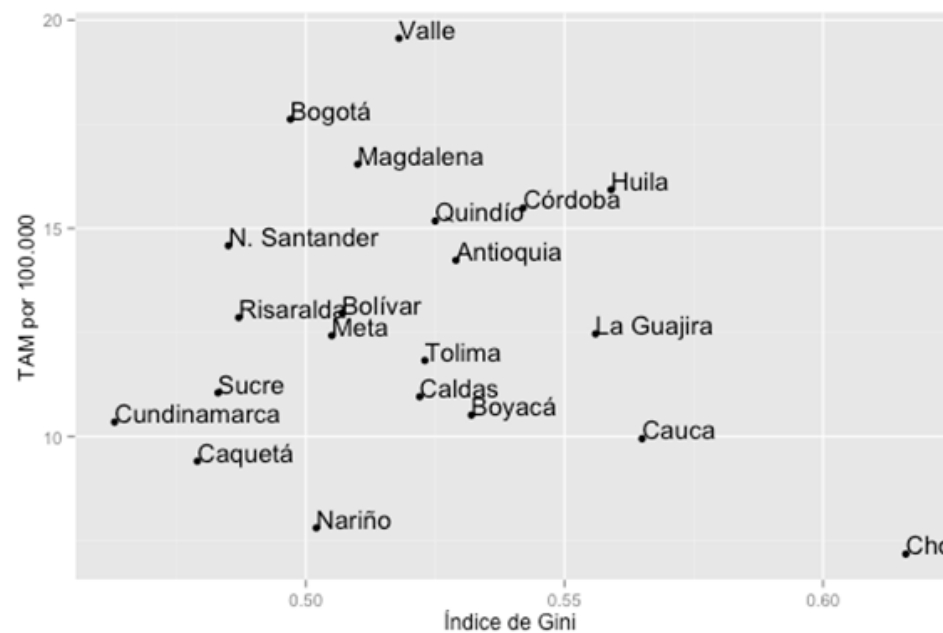


Tabla 3.14. Modelos multivariados de regresión lineal de la asociación entre variables socioeconómicas y las tasas de mortalidad departamental por cáncer de próstata

	MODELO 1 (R2 = 0,1384)		MODELO 2 (R2 = 0,5976)	
	Coefficiente	valor de p	Coefficiente	valor de p
Intercepto	425,29144	1,53E-03	185,46466	0,097853
PICpc (millones)	0,37698	1,98E-07	-0,08895	0,510623
Índice <i>Gini</i>	9,79107	0,11435	7,4387	0,251175
Año	-0,20883	1,84E-03	-0,08488	0,133657
Departamentos (Referencia Bogotá)				
Valle			1,39387	0,246768
Tolima			-6,13744	4,03E-05
Sucre			-6,70682	0,00016
Risaralda			-3,49709	0,018736
Quindío			-3,34655	0,028685
Norte de Santander			-2,84911	0,076131
Nariño			-10,05369	3,28E-08
Meta			-2,5632	0,012394
Magdalena			-1,94156	0,246857
La Guajira			-7,41434	1,37E-06
Huila			-4,69188	0,001085
Cundinamarca			-5,77741	2,74E-05
Córdoba			-5,1298	0,001526
Chocó			-5,05215	0,004796
Cauca			-6,43704	0,000134
Caquetá			-8,14402	5,90E-06
Caldas			-7,06526	1,97E-06
Boyacá			-6,57034	5,47E-07
Bolívar			-2,41627	0,071739
Antioquia			-2,62013	0,032226

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

El modelo multivariado con las variables socioeconómicas mantuvo la asociación evidenciada en el análisis bivariado (Modelo 1, Tabla 3.14.), al ajustar el modelo por variables no observadas en el nivel departamental (Modelo 2), el sentido de la asociación indicó mayor afectación de los más vulnerables (relación inversa con el PIBpc y directa para el *Gini*), sin embargo esta asociación no fue estadísticamente significativa.

Se evidenció con este análisis que las tasas de mortalidad por cáncer de próstata, se han mantenido relativamente estables durante el periodo de análisis en Colombia. Con una disminución sostenida de las tasas de mortalidad entre los municipios más pobres (quintil 5 de NBI). Aunque la distribución de los municipios con mayor tasa presentó una disminución en el periodo 2010-2013, se evidenciaron muertes por cáncer de próstata en municipios que en el primer cuatrenio no presentaron casos: Sur de Bolívar, Nariño y Cauca.

En el análisis bivariado se obtuvieron resultados aparentemente contradictorios en la asociación entre variables socioeconómicas a nivel departamental y las tasas de mortalidad por cáncer de próstata (con mayor afectación de los menos vulnerables), el sentido de esta asociación cambió, pero sin significancia estadística en el modelo multivariado. Se evidenció la necesidad de implementar otros modelos de análisis, para identificar los determinantes sociales de la salud del cáncer de próstata.

Referencias

1. Ospina ML, Huertas JA, Montañó JI, Rivillas JC. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia [Internet]. Facultad Nacional de Salud Pública. 2015 [cited 2015 Dec 28]. p. 262–76. Available from: <http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19044>
2. Iarc. *IA for R on CWHO. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Globocan* [Internet]. 2012;2012:3–6. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?
3. Peñaloza Quintero R, Salamanca Balen N, JM RH, Rodríguez García J, Beltrán Villegas A. Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 [Internet]. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; [cited 2015 Dec 28]. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0db-fe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e>
4. World Health Organization. *WHO | Cancer Fact sheet N 297. Updated February 2015* [Internet]. World Health Organization; 2015 [cited 2015 Dec 28]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

Dimensión de convivencia social y salud mental

3.4.5. Desigualdades en la muerte por suicidio en Colombia

*Carlos Castañeda-Orjuela
Sandra Salas-Quijano
Willian León-Quevedo*

El suicidio, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el acto de matarse deliberadamente (1). Este trágico evento constituye la onceava causa de muerte evitable en el país (2) y es una de las principales causas de carga de enfermedad por lesiones intencionales en países desarrollados (1). Las lesiones auto infligidas intencionalmente o suicidios, son un importante problema de salud pública. Para 2002 se estimó que se perdieron 877.000 vidas por el suicidio (3), mientras que en 2013 se estimaron 842.400 muertes, con una disminución en la tasa ajustada de mortalidad del 23% con respecto a 1990 (4). Para 2013 se estimaron más de 3 millones de nuevos intentos suicidas, con una disminución en la tasa de incidencia del 28% con respecto a 1990 (5).

De acuerdo a reportes de la OMS, el suicidio es un evento prevalente en las poblaciones más vulnerables y en los grupos sociales, marginados y discriminados (1). Algunos análisis asocian el suicidio a desigualdades sociales. Para el caso europeo, Lorrant y otros, concluyeron que bajos niveles de educación son un factor de riesgo en ocho de diez países y que, a mayor nivel de desigualdad social, mayor es el riesgo de suicidio en la región, aun considerando las diferencias socioeconómicas al interior de Europa Occidental (6). Aunque es difícil establecer un vínculo de causalidad entre desempleo y suicidio, existen estudios que describieron el desempleo como factor de riesgo para el suicidio (7, 8) además de estudios que indicaron que los impactos de crisis económicas en la salud de las personas desempleadas son altos, evidenciándose en alteraciones en las tasas de suicidio en los países en períodos de crisis (9-12).

En efecto, las desigualdades sociales se constituyen en determinantes para eventos desafortunados como el suicidio. Si bien la prevención del suicidio se enfoca en mejorar la atención en términos de salud mental, los estudios reseñados coinciden en que para disminuir el riesgo de suicidio, es necesario mejorar ciertas condiciones sociales a través de programas de fomento del empleo, educación y asistencia social. Considerando las profundas desigualdades descritas al inicio de este Informe, el presente apartado tiene por objetivo describir la tendencia de las tasas de mortalidad por suicidio en Colombia durante el período 1998-2013, utilizando las variables de PIB *per cápita* (PIBpc) e índice de *Gini*. Se estimaron tasas de mortalidad ajustadas por edad para cada sexo, de acuerdo a la población de referencia de OMS para 2000-2025. En Colombia, la mortalidad por suicidio ha presentado una tendencia a la disminución desde el 2001 (Figura 3.63.). La predominancia durante todo el periodo de observación es en hombres, como sucede con todas las lesiones de causa externa.

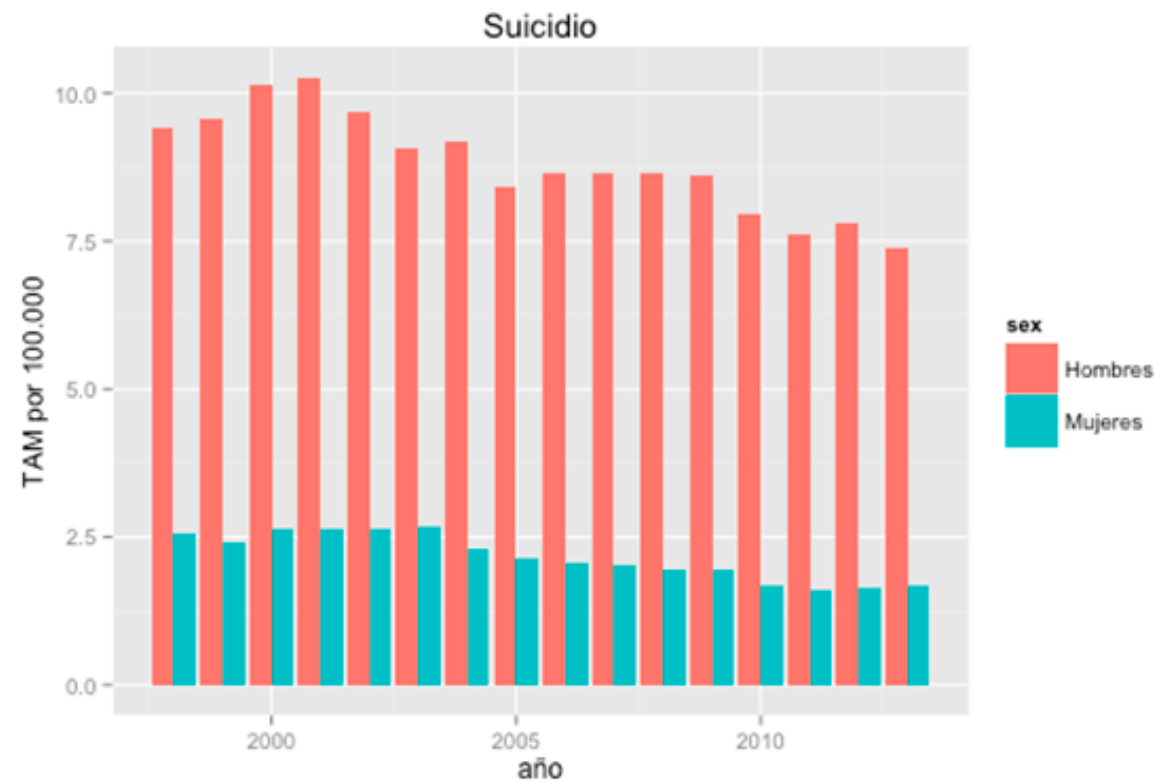


Figura 3.63. Tasa de mortalidad ajustadas por edad, según sexo, para suicidio. Colombia, 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE 1998-2013

A nivel municipal se presentó una disminución de la mortalidad por suicidio, al comparar las tasas ajustadas promedio para el primer y último cuatrienio del periodo de análisis, según su distribución (Figura 3.64). En el periodo de 1998-2001, se observó que el quintil más alto de tasas de mortalidad en hombres por suicidio se distribuyó principalmente en algunos municipios de Huila, Tolima, Risaralda, Caldas, Boyacá, Casanare, Meta, Guaviare y Norte de Santander. Es notable la reducción en la cantidad de municipios en ese quintil para el periodo de 2010-2013, presentándose con las mayores tasas en el Oriente del Meta,

Arauca, Vaupés, Amazonas y Putumayo. Para mujeres se evidenció la reducción de cantidad de municipios en los quintiles más altos durante el periodo de análisis. Durante el cuatrienio de 1998-2001 se presentó en algunos municipios del Huila, Casanare, Tolima, Boyacá y Arauca. Mientras que en el último periodo las tasas más altas en mujeres se presentaron en Vaupés, Tolima y Chocó.

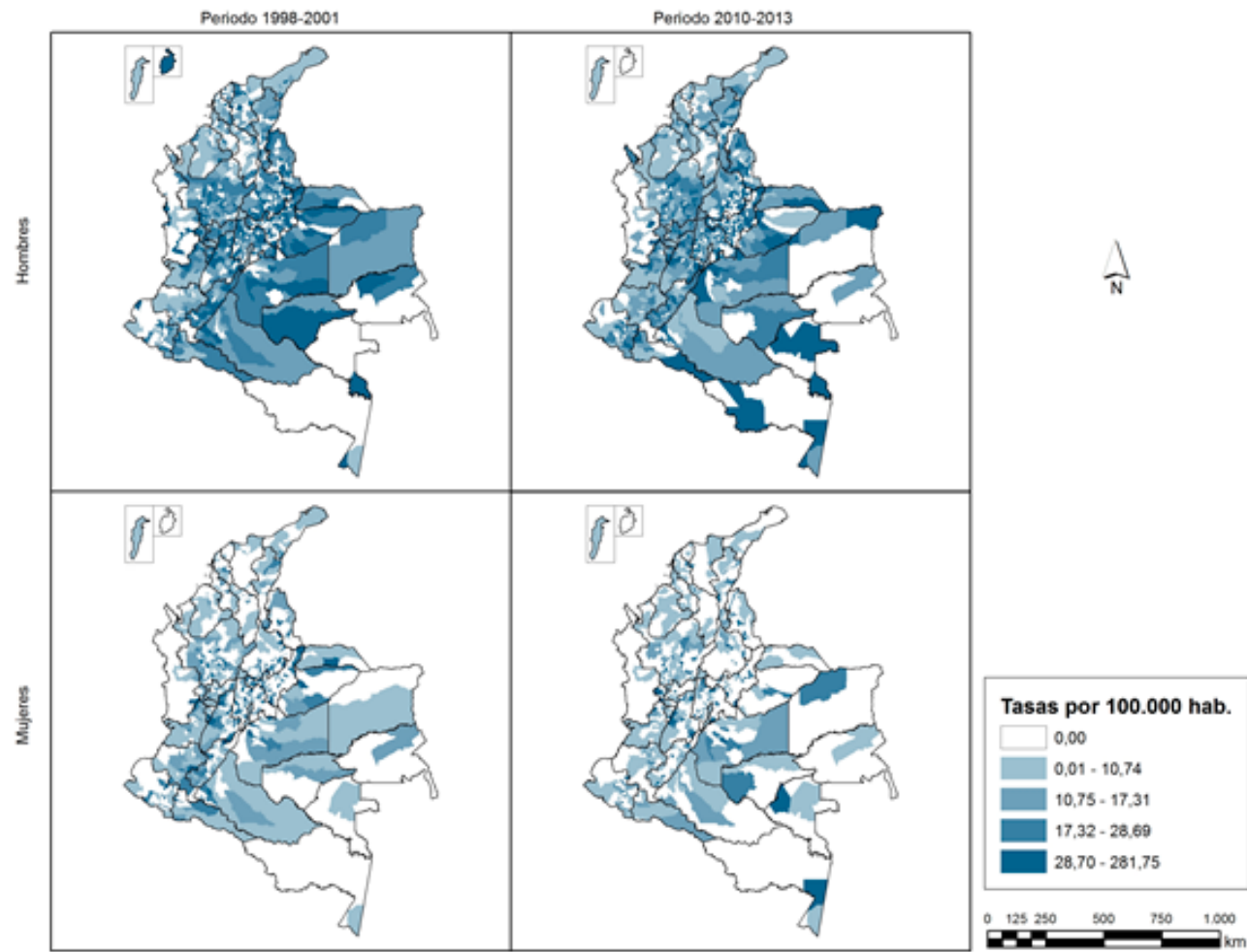


Figura 3.64. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio, para suicidio. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE 1998-2013

Al realizar el análisis por quintiles de NBI a nivel departamental, tanto en hombres como mujeres se reportaron las mayores tasas de mortalidad por suicidio en los quintiles 2 y 3 (siendo el quintil 1 el de los más ricos), y las tasas de mortalidad más bajas se reportaron en los quintiles 1 y 5 (Figura 3.65.). Este patrón descartó un gradiente entre el nivel de pobreza municipal y las tasas de mortalidad por suicidio, con la variable de pobreza incluida en el análisis. Se destacó la disminución progresiva de las tasas de mortalidad por suicidio en todos los quintiles de NBI para ambos sexos, en los cuatro años analizados (Figura 3.65.), excepto un aumento en el quintil 3 en mujeres para 2013, con una tasa que llegó a superar incluso la del 2000.

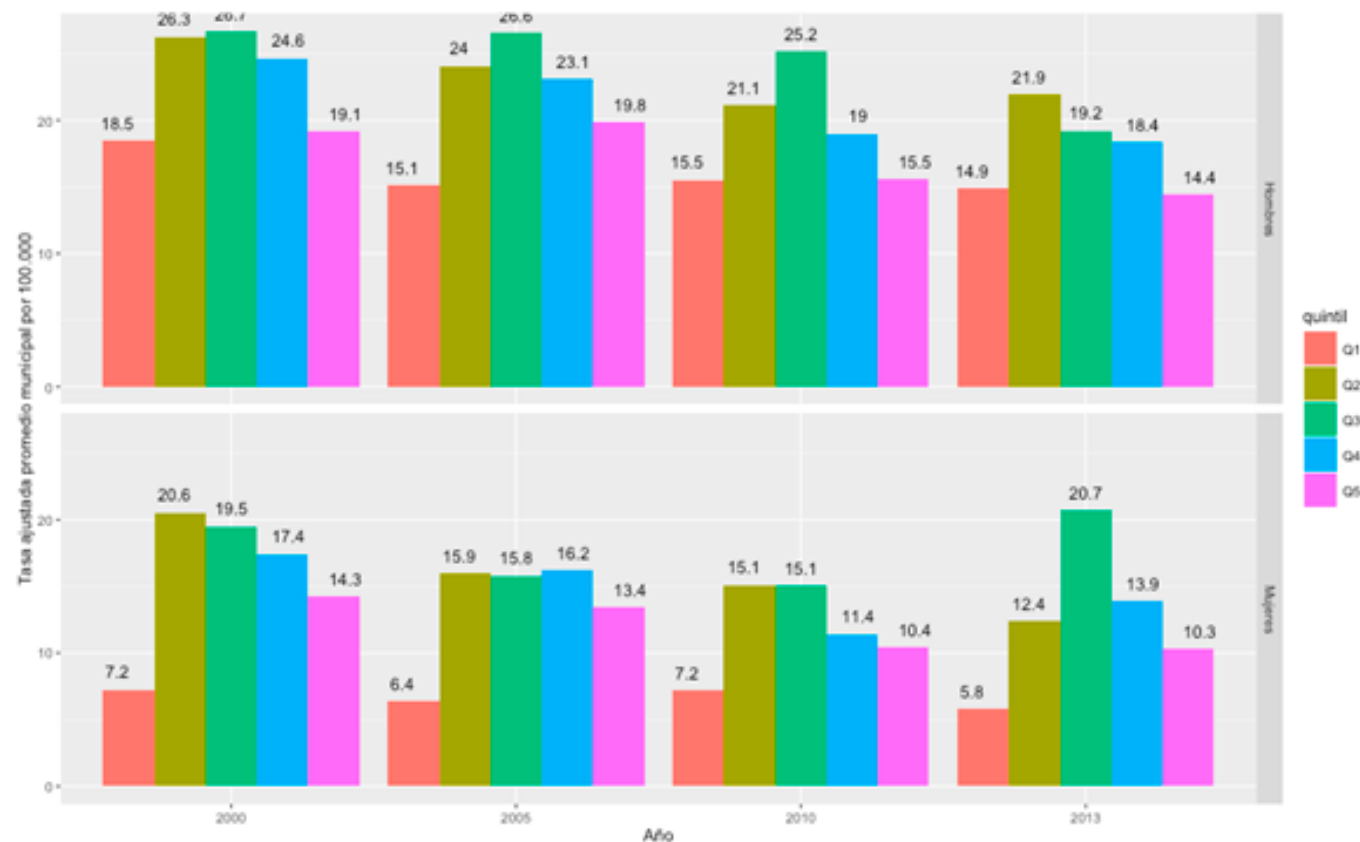


Figura 3.65. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio y quintil de NBI, para suicidio. Colombia, promedio anual, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

En el análisis bivariado a nivel departamental se observó una leve correlación inversamente proporcional entre el PIBpc departamental y las tasas de mortalidad por suicidio en ambos sexos (Figura 3.65.): *a mayor PIBpc menores tasas de suicidio*. Llamó la atención una alta tasa de homicidio en el departamento de Vaupés con respecto a los demás departamentos. Para la correlación con el *Gini* departamental, también se observó una correlación inversamente proporcional: *a mayor desigualdad, menores tasas de suicidio* (Figura 3.66.), lo que resultó contradictorio como evidencia de desigualdades sociales por evento, al analizar estas dos variables socioeconómicas.

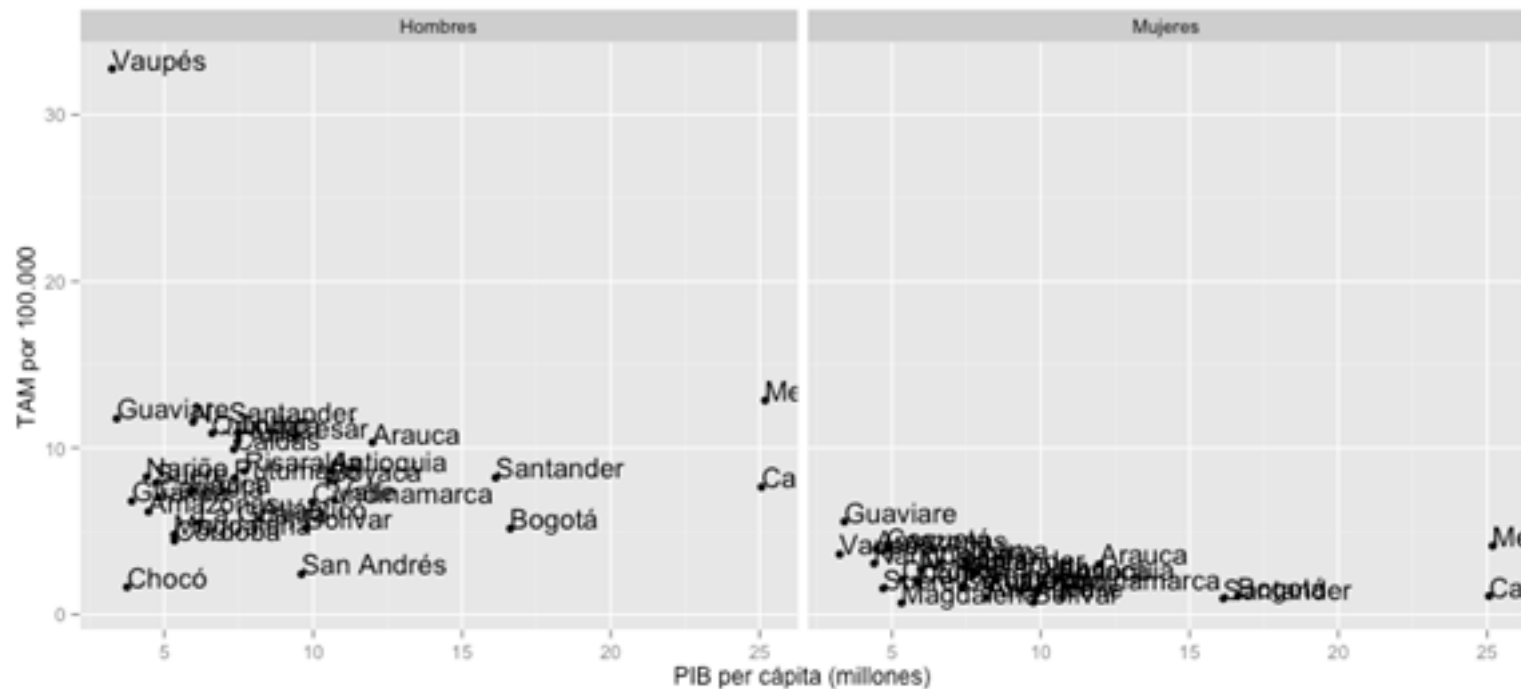


Figura 3.66. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental, para suicidio. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

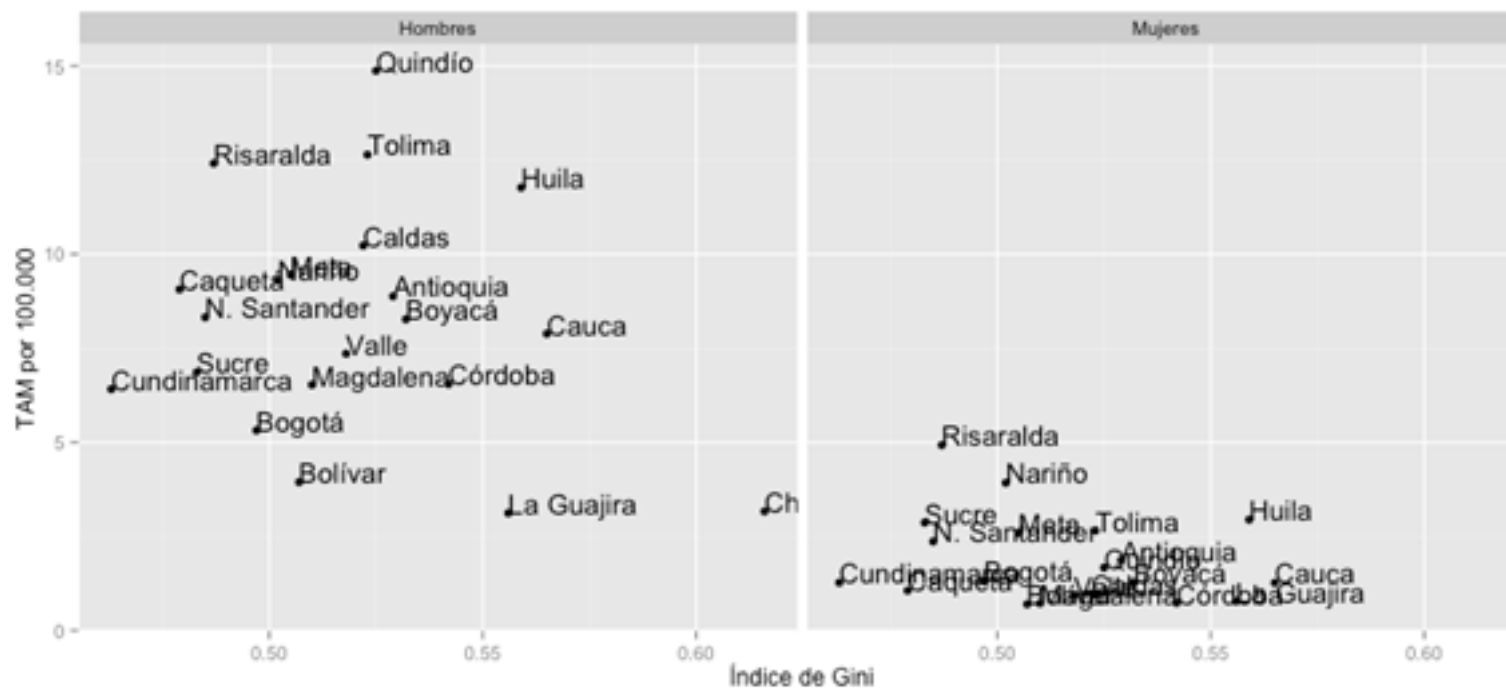


Figura 3.67. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental, para suicidio. Colombia, 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

El modelo multivariado a nivel departamental (Tabla 3.15.), que ajustó por variables no observadas a nivel departamental, evidenció una correlación esperada para los variables socioeconómicas incluidas, con una mayor afectación de los más vulnerables de acuerdo al signo de los coeficientes (Modelo 2), sin embargo, dicha asociación no resultó estadísticamente significativa (Figura 3.67.).

Tabla 3.15. Modelos multivariados de asociación entre el PIBpc y el índice de *Gini* con la tasa de mortalidad por suicidio a nivel departamental. Colombia 1998-2012

	MODELO 1 (R2 = 0,6092)		MODELO 2 MODELO 1 (R2 = 0,8279)	
	Coefficiente	Valor de p	Coefficiente	Valor de p
Intercepto	300,99856	0,000312	308,07576	7,06E-06
PIBpc (millones)	0,01267	0,771337	-0,01428	0,86081
Índice de Gini	-3,64001	0,349184	4,71598	0,228817
Año	-0,14458	0,000521	-0,15103	1,29E-05
Sexo (Referencia hombres)				
Mujeres	-6,57607	< 2e-16	-6,6515	< 2e-16
Evento (Referencia Tuberculosis)				
Departamento (Referencia Bogotá, D.C.)				
Valle			1,64842	0,023276
Tolima			3,36035	0,000152
Sucre			-0,27813	0,79172
Risaralda			3,01816	0,000761
Quindío			5,17742	3,15E-08
Norte de Santander			3,46039	0,000373
Nariño			3,41758	0,001187
Meta			3,16492	3,86E-07
Magdalena			-0,08304	0,934379
La Guajira			-1,1397	0,202357
Huila			4,36812	4,74E-07
Cundinamarca			1,35116	0,095304
Córdoba			-0,68414	0,476569
Chocó			-2,81548	0,009467
Cauca			2,55537	0,01047
Caquetá			2,1125	0,044865
Caldas			4,01206	4,87E-06
Boyacá			2,00475	0,008735
Bolívar			-1,06224	0,187417
Antioquia			1,61999	0,027509

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

Se evidenció una disminución en las tasas de mortalidad por suicidio en Colombia durante el periodo 1998-2013. Esta disminución también se presentó a nivel municipal en todos los quintiles de NBI y en ambos sexos, a pesar del mayor riesgo de morir de los hombres. Las tasas de mortalidad por este evento más altas en hombres, se presentaron en municipios de Arauca, Tolima, Meta Vaupés, Amazonas y Putumayo, mientras que en mujeres se reportaron tasas del quintil más alto para municipios de Vaupés y Chocó.

El presente análisis evidenció desigualdades por sexo y territorio para el suicidio, sin embargo los resultados no dan cuenta de gradientes por variables socioeconómicas o asociaciones estadísticamente significativas. Debido a la relevancia del suicidio desde el punto de vista de salud pública se requiere investigación adicional, con modelos de análisis más complejos, que permitan identificar los determinantes sociales del fenómeno en el país.

Referencias

1. *Organization World Health. Preventing suicide: A global imperative: World Health Organization; 2014.*
2. Observatorio Nacional de Salud. Tercer Informe: Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011. Bogotá, Colombia: 2014.
3. *Organization World Health. The world health report 2003: shaping the future: World Health Organization; 2003.*
4. *MORTALITY G. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;385:117-71.*
5. Global Burden of Disease Study C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015.
6. Lorant V, Kunst AE, Huisman M, Costa G, Mackenbach J. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *The British Journal of Psychiatry.* 2005;187(1):49-54.
7. *Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. Bmj. 1998;317(7168):1283-6.*
8. *Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. Psychological medicine. 2001;31(01):127-38.*
9. *Solano P, Pizzorno E, Gallina AM, Mattei C, Gabrielli F, Kayman J. Employment status, inflation and suicidal behaviour: An analysis of a stratified sample in Italy. International journal of social psychiatry. 2012;58(5):477-84.*
10. *Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. Bmj. 2012;345:e5142.*
11. *Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. The Lancet. 2011;378(9786):124-5.*
12. *Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang S-S, Basu S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. The Lancet. 2012;380(9856):1813-4.*

3.4.5. Desigualdades por violencia homicida en Colombia

*Gina Alexandra Vargas-Sandoval
Karol Patricia Cotes-Cantillo
Carlos Andrés Castañeda-Orjuela*

Los homicidios se definen como las muertes resultantes del uso de fuerza física o poder, ya sea por amenaza o de hecho, contra otra persona, grupo o comunidad cuando una preponderancia de la evidencia indica que el uso de la fuerza fue intencional (1). Previamente el Observatorio Nacional de Salud (ONS) clasificó los homicidios como muertes evitables, concepto en el que se incluyen aquellas causas de muerte que muy probablemente pudieron ser prevenidas por cuenta de la prestación de servicios de salud o por la implementación de políticas públicas en salud (2). En ese informe se estimó que para el trienio 2009–2011, la tasa de mortalidad por homicidios se ubicó en 38,4 muertes por 100.000 habitantes (hab.), un 40% menos que la obtenida para el trienio 1998–2000 (2). También se estimó que para 2011, las agresiones con arma de fuego aportaron un total de 708.662 años de vida potencialmente perdidos (AVPP), siendo la causa de muerte con mayor número de años perdidos aportados (2).

En virtud a dichos resultados, el ONS profundizó en el análisis del homicidio como causa de muerte y exploró sus determinantes sociales en Colombia durante el periodo 1998–2012. Se encontró que en 27 municipios, se concentró el 50% de las muertes por violencia homicida y que el 71% de los homicidios se perpetraron con arma de fuego. Asimismo, estimó que las tasas de homicidio más altas se presentaron en hombres de 20 a 39 años (3).

En el mismo Informe se publicó un análisis multinivel, que identificó como variables positivamente asociadas con el número de homicidios a nivel municipal, el número de acciones armadas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC); la producción de oro; la presencia de cultivos de coca y el índice de gestión municipal, y a nivel departamental la tasa de desempleo; mientras negativamente se encontraron asociados, a

nivel departamental, un mayor índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Producto Interno Bruto *per cápita* (PIBpc) y el índice de transparencia.

A nivel individual, en dicho informe también se evidenció desigualdades en las tasas de mortalidad por homicidio según nivel educativo, encontrando menores tasas en personas con educación superior (3).

Dado cuenta de lo anterior, el presente aparte profundiza en las diferencias en las tasas de mortalidad por homicidio por edad y sexo, bajo el supuesto que dichas variables toman una relevancia como ejes de desigualdad cuando el desenlace es el homicidio. Por lo tanto, se analizan los homicidios en Colombia para el periodo 1998–2013, a partir de las bases de datos de Estadísticas Vitales del DANE. Se estimaron las tasas crudas de mortalidad para 2013 según los códigos de causas de muerte por homicidios descritos previamente (3). Como denominador se tomó la proyección de población del DANE para dicho año. Se calcularon diferencias relativas y absolutas de las tasas de mortalidad por edad y sexo por cuatrienios. Adicionalmente se calculó las tasas de mortalidad departamental por cuatrienios, observando las variaciones.

Tasa de mortalidad por homicidio en Colombia, según condiciones seleccionadas

La tasa de mortalidad por homicidio (TMH) continuó presentando una tendencia a la reducción, ubicándose para 2013 en 31 muertes por cada 100.000 hab. Los hombres continúan con TMH más altas con respecto a las mujeres, ubicándose en 2013 en 58,1 y 5,1 muertes por 100.000 hab., respectivamente. Se observó que los hombres tienen una reducción más acentuada (Figura 3.68.).

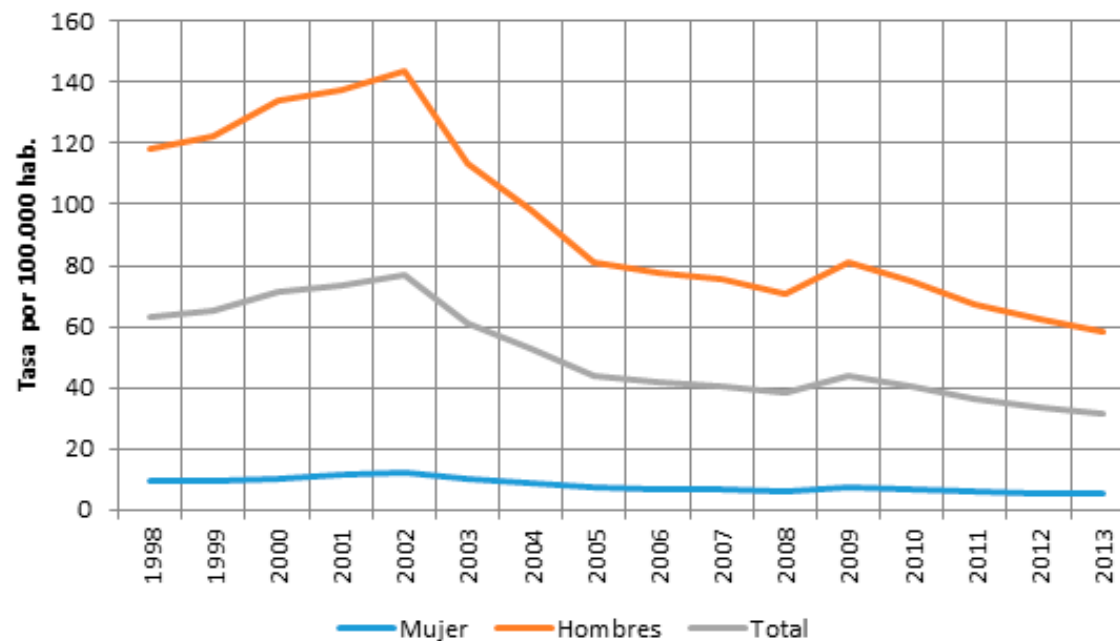


Figura 3.68. Tasa de mortalidad por homicidio según sexo. Colombia, 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE 1998-2013

Se describió la TMH por cuatrienios para el sexo y la edad para los años 1998 a 2013 (Tabla 3.16.).

Tabla 3.16. Tasa de mortalidad por homicidio según sexo y edad por cuatrienios. Colombia, 1998–2013

	1998-2001	2002-2005	2006-2009	2010-2013
Sexo				
Hombre	128,0	108,7	76,2	65,6
Mujer	10,1	9,5	6,6	5,8
Edad				
Menor a 20	23,4	17,9	12,1	13,2
20 a 44	125,5	109,7	77,3	65,5
Mayor 44	49,7	41,6	28,1	22,8

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud a partir de Estadísticas Vitales (DANE) 1998- 2013

Por sexo, tomando como referencia al femenino, las razones de TMH mostraron que los hombres registran alrededor de 12 veces más el riesgo de muerte por homicidio en comparación con las mujeres, durante el periodo observado. Sin embargo, en términos absolutos la diferencia representó 112 muertes por 100.000 hab. más para los hombres en el primer cuatrienio, reduciéndose a 60 muertes por 100.000 hab., para el último cuatrienio (Figura 3.69.).

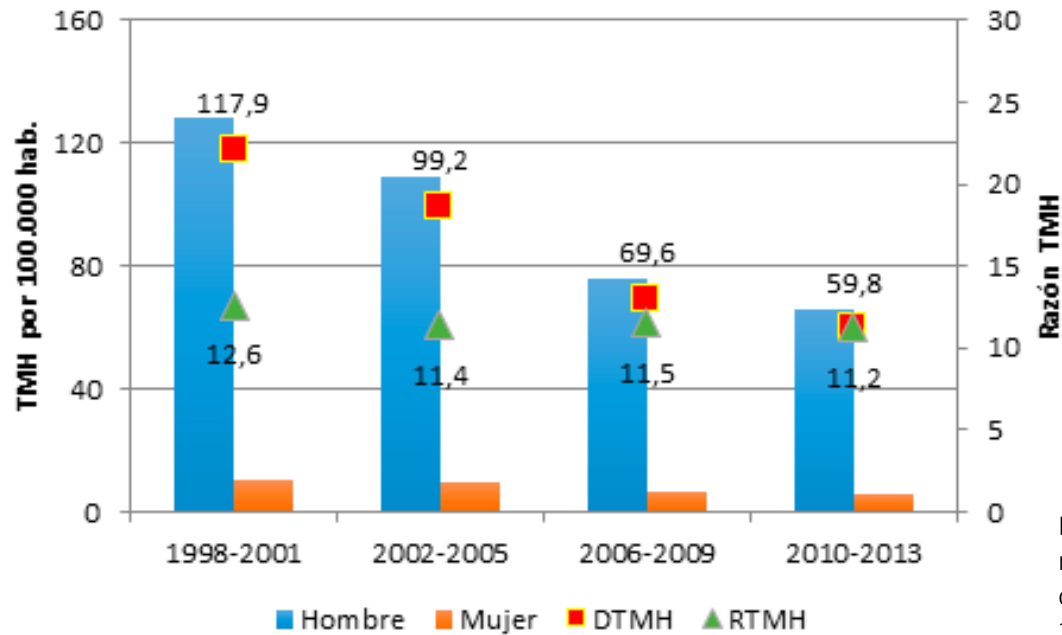


Figura 3.69. Tasa de mortalidad por homicidio, razones y diferencias de TMH según sexo, por cuatrienios. Colombia, 1998- 2013

TMH: Tasa de mortalidad por homicidio; DTMH: Diferencias de TMH; RTMH: Razones de TMH

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE 1998-2013

Las personas entre 20 a 44 años representaron el 50% de las muertes por homicidio en el periodo observado. Por grupos de edad y tomando como referencia las personas menores de 20 años, las personas entre 20 y 44 años alcanzaron un riesgo mayor que el grupo de referencia, siendo para el caso de los hombres mayor a cinco (5) veces y en las mujeres alrededor de tres (3) veces, durante todos los cuatrienios observados. En términos absolutos, la diferencia en el número de muertes con respecto al grupo de referencia es menor entre las mujeres en comparación con el grupo de los hombres (Figura 3.70.).

Mujeres

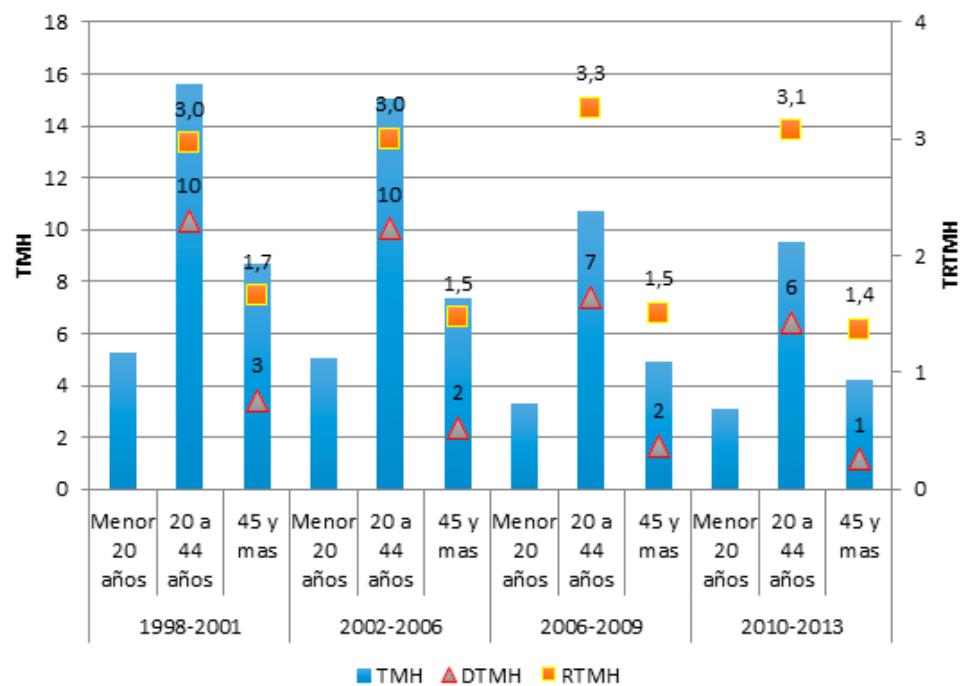
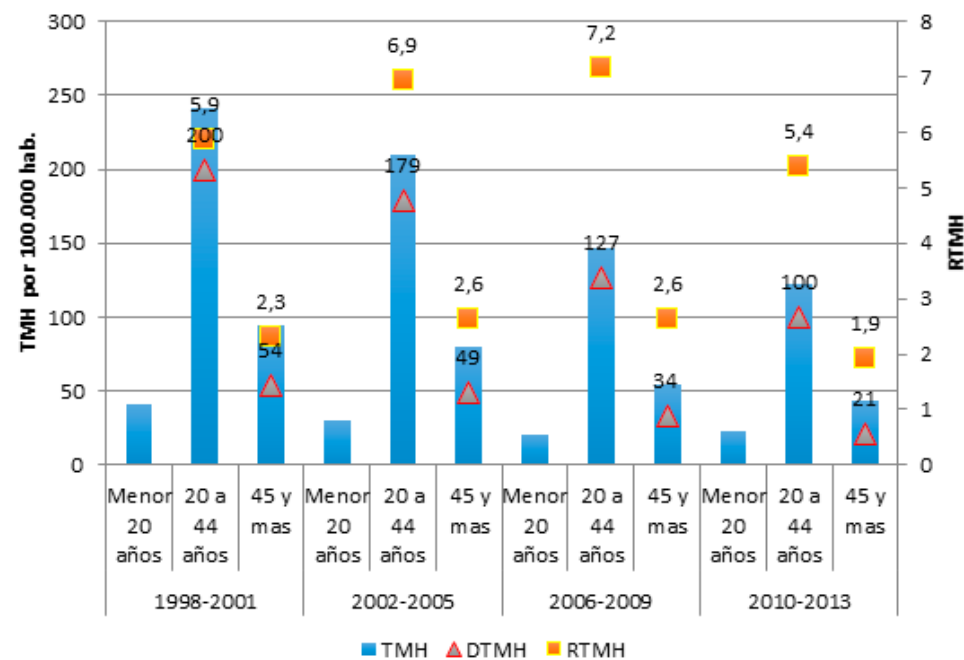


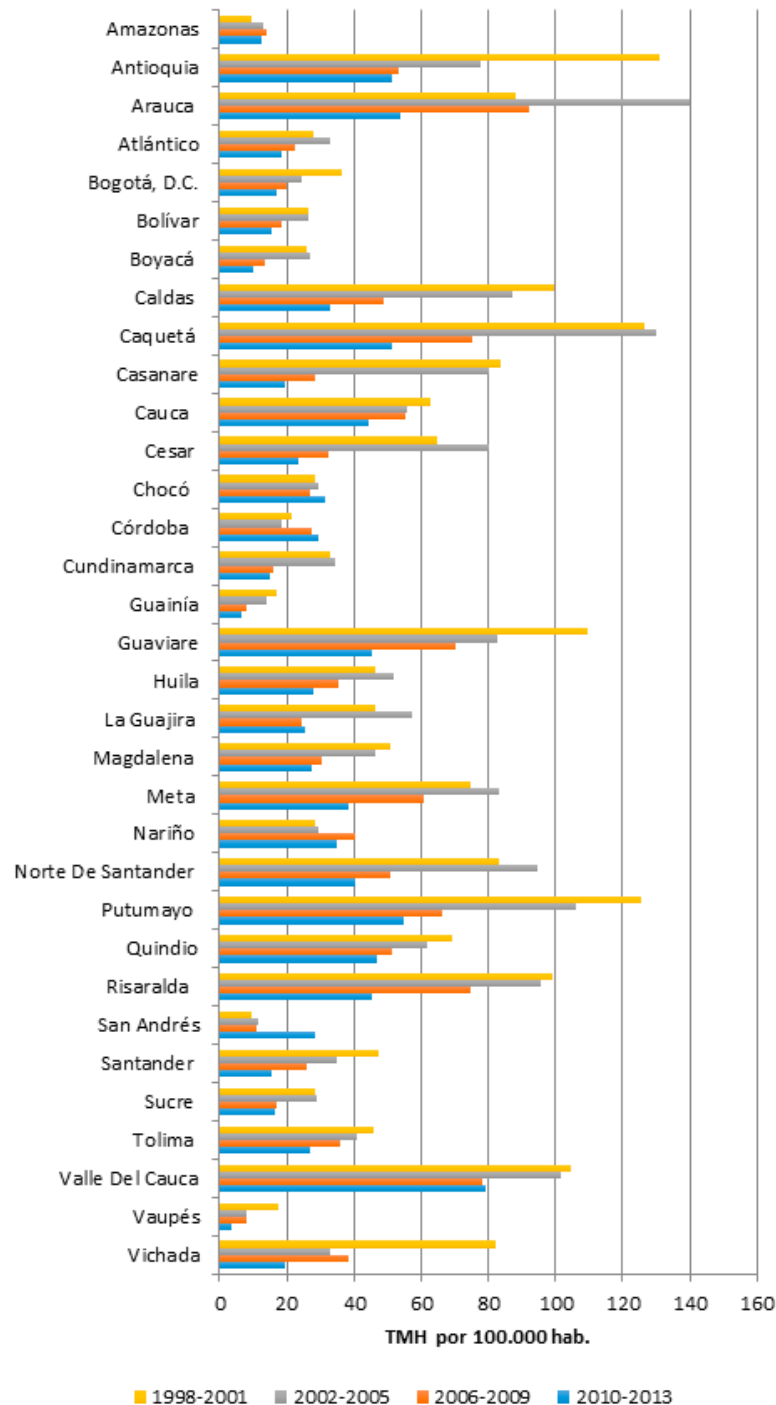
Figura 3.70. Tasa de mortalidad por homicidio, razones y diferencias de TMH según grupos de edad, por cuatrienios, por sexo. Colombia, 1998–2013

TMH: Tasa de mortalidad por homicidio; DTMH: Diferencias de TMH; RTMH: Razones de TMH

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

Hombres





3.4.3.2.2. Análisis por departamentos

Aunque la tendencia nacional registrada fue a la disminución, se observó que algunos departamentos tienen una tendencia al aumento durante el periodo: San Andrés, Nariño, Córdoba, Chocó y Amazonas con un descenso para el último cuatrienio (Figura 3.71.).

En suma, se encontró que la mortalidad por homicidio mantuvo su tendencia a la disminución. Además que el sexo y la edad constituyen ejes de desigualdad para la mortalidad por homicidio en contra de los hombres en edades entre 20 a 34 años.

Las brechas en el riesgo de mortalidad por homicidio entre hombres y mujeres se mantuvieron durante el periodo de observación. Frente a este aspecto, tal vez las diferencias entre sexos y grupos de edad en la TMH sean las únicas cuya meta no debe tender a la disminución de las brechas, sino a la eliminación de evento en sí mismo. Llamó la atención la tendencia al aumento en ciertos departamentos, en contradicción con la tendencia nacional. Este análisis es relevante para la toma de decisiones a nivel local, sin embargo análisis más profundos son necesarios, para entender las causas de los aumentos y disminuciones a nivel departamental.

Figura 3.71. Tasa de mortalidad por homicidios según departamentos por cuatrienios. Colombia, 2008–2013

TMH: Tasa de mortalidad por homicidio

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales del DANE

Referencias

1. Karch D, Dahlberg L, Patel N. *Surveillance for Violent Deaths --- National Violent Death Reporting System, 16 States, 2007. Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 29];59(4):1–50. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5904a1.htm>*
2. Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. Tercer Informe ONS. Mortalidad Evitable en Colombia [Internet]. Bogotá, Colombia: Observatorio Nacional de Salud; 2014. 1-211 p. *Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>*
3. Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. Informe Técnico ONS IV Edición. Violencia Homicida en Colombia. [Internet]. Bogotá, Colombia: Observatorio Nacional de Salud; 2014. 1-205 p. *Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/4to Informe ONS.pdf>*

Dimensión de seguridad alimentaria y nutricional

3.4.6. Desigualdades en la mortalidad por desnutrición

La desnutrición (DNT) es la causa fundamental del 53% de la mortalidad en menores de cinco años especialmente en países en desarrollo (1–3). La mortalidad por DNT en menores de cinco años es un reflejo de inequidad social en la población (4) y tiene importantes consecuencias para la familia, la comunidad, el país y el mundo (1). El presente análisis de desigualdades en la mortalidad por DNT, se dividió en dos componentes, en el *primero* se describió el panorama general de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, según el departamento y en el *segundo* componente se analizaron las desigualdades sociales en la mortalidad municipal por desnutrición en menores de cinco años, según sexo y quintiles del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) para los años 2000, 2005, 2010 y 2013.

Para el primer componente, se estimaron tasas de mortalidad por DNT por departamentos de residencia, para el período de 1998 y 2013, con el fin de observar la tendencia de la mortalidad por desnutrición en Colombia, valorando las diferencias entre tasas extremas de mortalidad. Para el segundo componente, se analizó la tasa cruda municipal de mortalidad por DNT según sexo y quintiles de NBI, por municipio de residencia. Para esto se consideró la definición de mortalidad por DNT contemplada en la lista 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con base en diagnósticos CIE-10 de la causa básica. Los quintiles de NBI se basaron en la distribución a junio de 2012 calculada a partir de datos del Censo 2005 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (6). Por sexo y quintiles de NBI, para cada año (200, 2005, 2010 y 2013), se calculó la tasa cruda municipal de mortalidad por DNT y la desigualdad absoluta (diferencia de tasas de mortalidad) y relativa (razón de tasas de mortalidad)

Panorama general de la mortalidad por desnutrición, según departamento

En Colombia, entre 1998 y 2013 se presentaron 8928 muertes en niños menores de cinco años a causa de desnutrición, de las cuales el 47,4% se registraron en niñas. Los departamentos de Guainía, Vichada, La Guajira, Guaviare, Magdalena, Putumayo, Cesar y Nariño, aumentaron sus tasas de mortalidad por DNT entre 1998 y 2013. Bogotá, D.C. fue el territorio que mejoró en mayor medida su mortalidad por DNT en términos relativos (Figura 3.72.).

Para 1998 y 2013, los departamentos que registraron tasas de mortalidad por desnutrición, en niños menores de cinco años, mayores a la nacional, fueron: La Guajira, Magdalena, Huila, Meta, Guaviare, Boyacá, Arauca, Tolima, Córdoba, Vichada, Chocó, Caquetá, Amazonas, Vaupés y Guainía. En niñas, los departamentos que presentaron tasas mayores a la nacional para 1998 y 2013 fueron: La Guajira, Guaviare, Bolívar, Meta, Chocó, Caquetá, Guainía, Vichada, Amazonas y Vaupés.

Al comparar tasas extremas de mortalidad por desnutrición en niños, se evidenció que para 1998, la mortalidad por DNT en Amazonas, fue 20,9 veces mayor que la del departamento con la menor tasa para ese año. Para 2013, esta diferencia fue de 351,8 veces. De otro lado, en 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 203,8 veces (Tabla 3.17.). Lo anterior evidenció un aumento de las brechas de mortalidad por DNT a nivel departamental.

Luz Mery Cárdenas-Cárdenas
Liliana Castillo-Rodríguez
Nelson José Alvis-Zakzuk
Carlos Andrés Castañeda-Orjuela
Karol Patricia Cotes-Cantillo

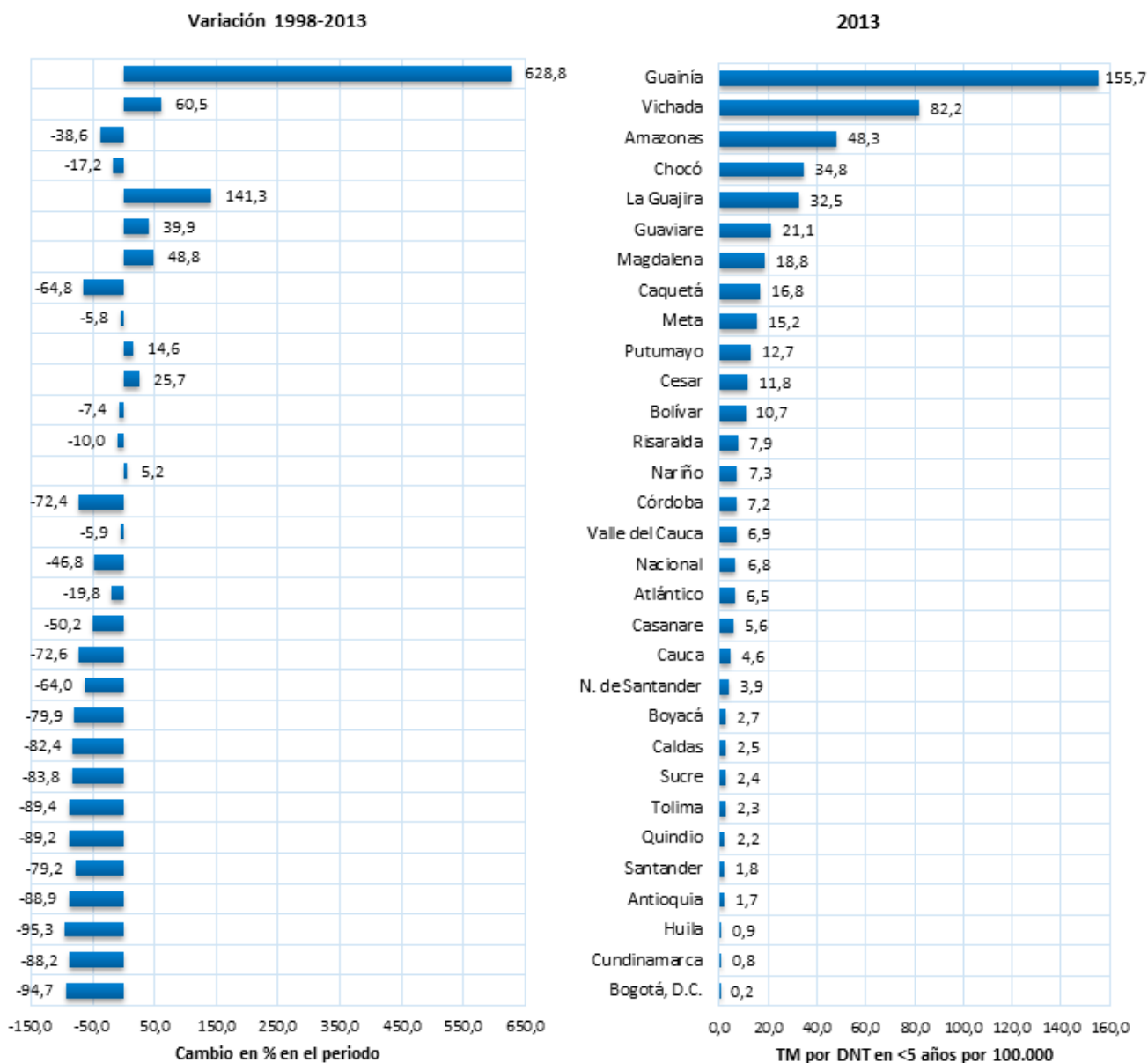


Figura 3.72. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años por 100.000, por departamentos, para 2013 y cambio porcentual de las tasas de mortalidad en el periodo 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE

Tabla 3.17. Razones de tasas de mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de cinco años entre departamentos. Colombia 1998 y 2005

Tasas extremas de mortalidad por DNT	1998		2005	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Departamento con mayor TM	Amazonas (77,1)	Amazonas (80,3)	Guainía (114,4)	Guainía (159)
Departamento con menor TM	Bogotá (3,7)	Bogotá (2,5)	Bogotá (0,3)	Antioquia (0,8)
Razón de tasas extremas	20,9	31,7	351,8	203,8

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Desigualdades sociales en la mortalidad municipal por desnutrición según sexo y quintiles de NBI

Para cada año de estudio (2000, 2005, 2010 y 2013), la tasa cruda municipal de mortalidad por DNT en menores de cinco años fue mayor en niños en comparación con las niñas (Figura 3.73.). Para los dos sexos se observó una reducción de la tasa cruda municipal de mortalidad por DNT, especialmente para el 2010 y 2013. En términos de brechas de desigualdad según sexo, tanto la brecha de desigualdad absoluta (diferencia de tasas de mortalidad) como relativa (razón de tasas de mortalidad) mostraron una reducción entre 2000, 2005 y 2010, no obstante, estas incrementaron para el 2013 (Figura 3.74.).

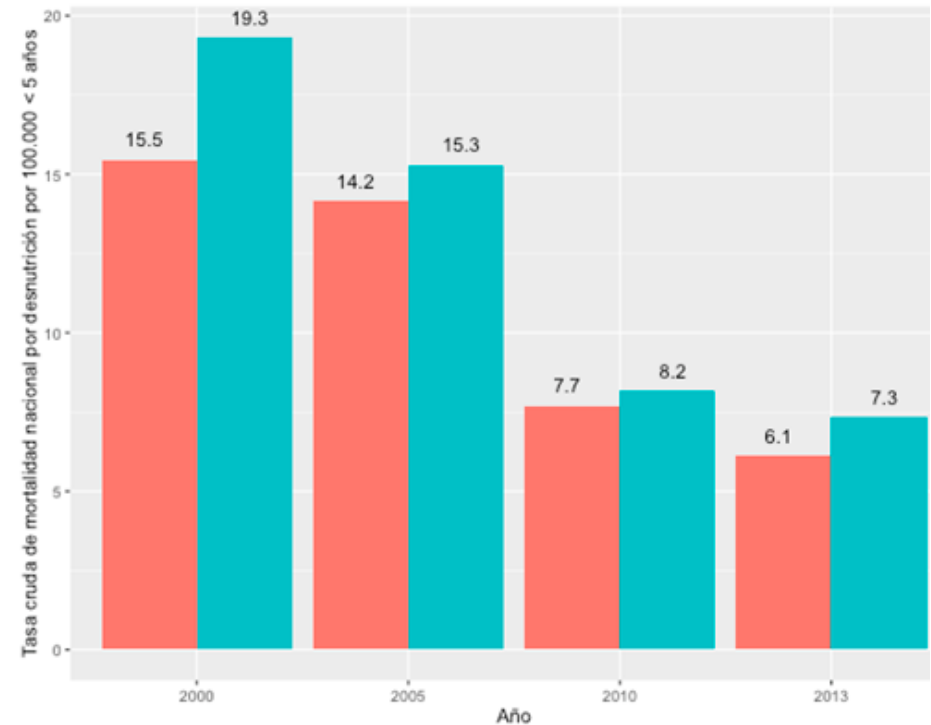


Figura 3.73. Tasa cruda nacional de mortalidad por desnutrición según sexo. Colombia, 2000, 2005, 2010 y 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014



Figura 3.74. Desigualdad absoluta y relativa en la tasa cruda nacional de mortalidad por desnutrición, según sexo. Colombia, 2000, 2005, 2010 y 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE

En las niñas se observó un gradiente entre la tasa cruda municipal de mortalidad por DNT y los quintiles de NBI (Figura 3.75.); para todos los años, la tasa cruda municipal de mortalidad por DNT en niñas menores de cinco años fue mayor, a medida que el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas fue más alto (Figura 3.75.). Para todos los años el peor escenario en términos de mortalidad por DNT en niñas menores de cinco años, se encontró en municipios ubicados en los quintiles 4 y 5 de NBI ($NBI \geq 47,9\%$), es decir, en los municipios con mayor pobreza. En niños también se observó este gradiente en la tasa cruda municipal de mortalidad por DNT, según quintiles de NBI para los años estudiados (Figura 3.76.).

En los niños, en cada quintil de NBI la tasa cruda de mortalidad por DNT disminuyó entre los años 2000, 2005, 2010 y 2013, en niñas, ese comportamiento solo se vio en los tres primeros años (Figuras 3.77. y 3.78.). Sin embargo, ésta reducción no fue de la misma magnitud en todos los quintiles de NBI, por ejemplo, al comparar los años 2000 y 2013, se evidenció que la disminución porcentual de la tasa cruda de mortalidad por DNT en los municipios del quintil 1 de NBI (municipios menos pobres), fue 79% para las niñas y 74% para los niños mientras que, la reducción porcentual de la tasa cruda de mortalidad por DNT en los municipios del quintil 5 de NBI (municipios más pobres), fue 14% en niñas y 53% en niños.

Figura 3.75. Tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niñas, según quintiles de NBI*. Colombia 2000, 2005, 2010 y 2013

* * Los quintiles de NBI se basaron en la distribución a junio de 2012 calculada a partir de datos del Censo 2005

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE

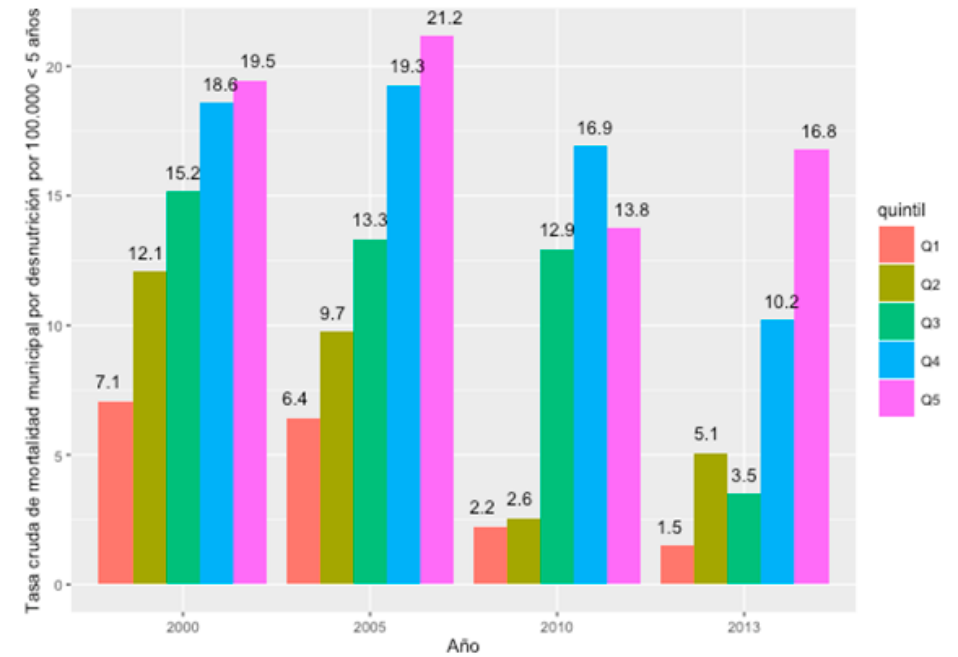
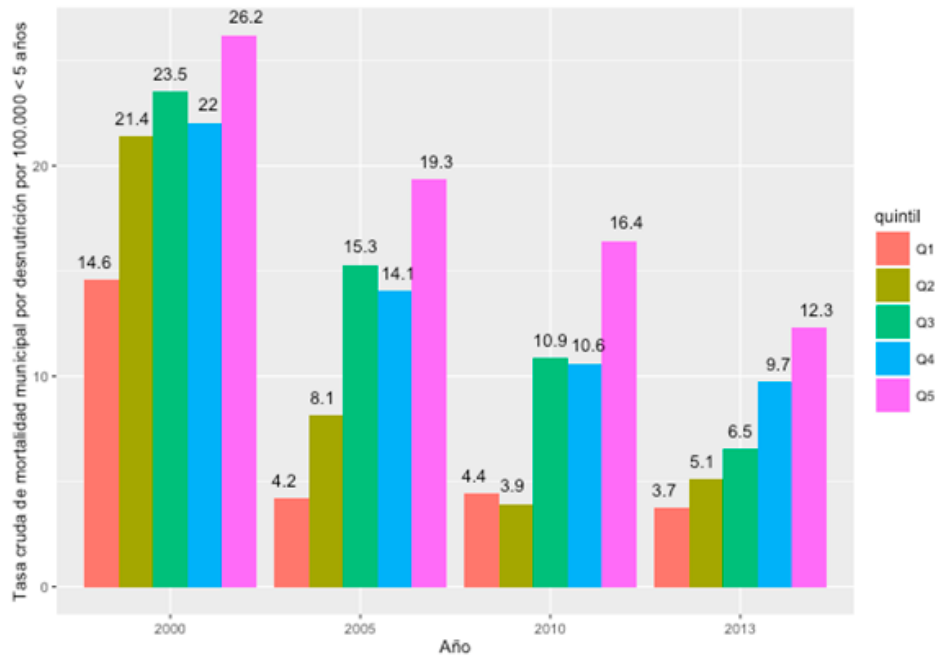


Figura 3.76. Tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niños, según quintiles de NBI*. Colombia 2000, 2005, 2010 y 2013

* * Los quintiles de NBI se basaron en la distribución a junio de 2012 calculada a partir de datos del Censo 2005

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE



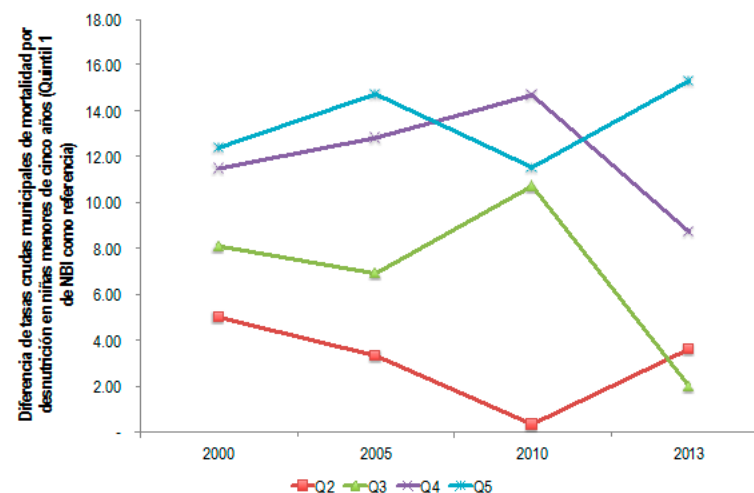


Figura 3.77. Desigualdad absoluta (diferencia de tasas) en la tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niñas según quintiles de NBI*. Colombia 2000, 2005, 2010 y 2013

* Los quintiles de NBI se basaron en la distribución a junio de 2012 calculada a partir de datos del Censo 2005
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE

En términos de brechas de desigualdad, en niñas menores de cinco años la brecha de desigualdad absoluta (diferencia de tasas de mortalidad), en la tasa cruda de mortalidad por DNT disminuyó para los municipios de los quintiles 2 y 3 de NBI, en comparación con los municipios del quintil 1 de NBI (menos pobres, NBI $\leq 26,16\%$), (Figura 3.77.). No obstante, las brechas de desigualdad absoluta (diferencia de tasas de mortalidad) en las tasas crudas de mortalidad por DNT en el quintil 5 de NBI (municipios más pobres), en comparación con los municipios del quintil 1 de NBI (menos pobres), mostraron una tendencia al aumento (Figura 3.77.). La brecha de desigualdad relativa (razón de tasas de mortalidad), de la tasa cruda municipal de mortalidad por DNT en niñas menores de cinco años, según quintiles de NBI presentó un incremento durante los años analizados (Figura 3.80.). Para los años 2010 y 2013, se amplió la brecha de desigualdad relativa (razón de tasas de mortalidad), en mortalidad por DNT de los municipios más pobres (ubicados en los quintiles 4 y 5 de NBI), en comparación con los municipios menos pobres (ubicados en el quintil 1 de NBI), tal como se presenta en la Figura 3.78.

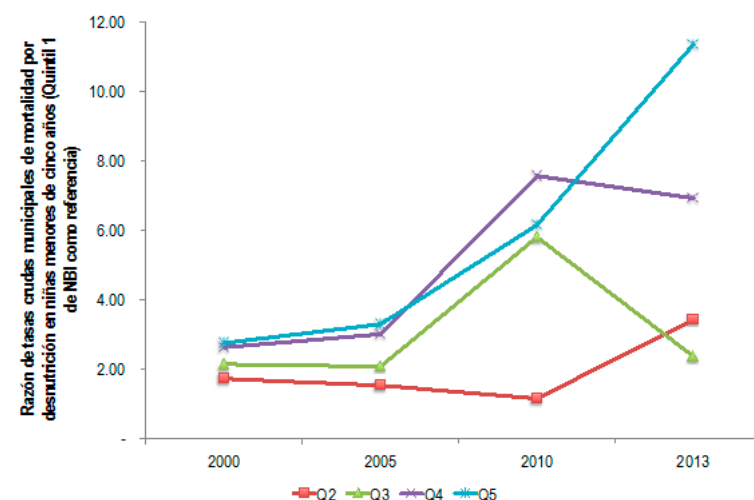


Figura 3.78. Desigualdad relativa (razón de tasas) en la tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niñas según quintiles de NBI*. Colombia 2000, 2005, 2010 y 2013

* Los quintiles de NBI se basaron en la distribución a junio de 2012 calculada a partir de datos del Censo 2005
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE

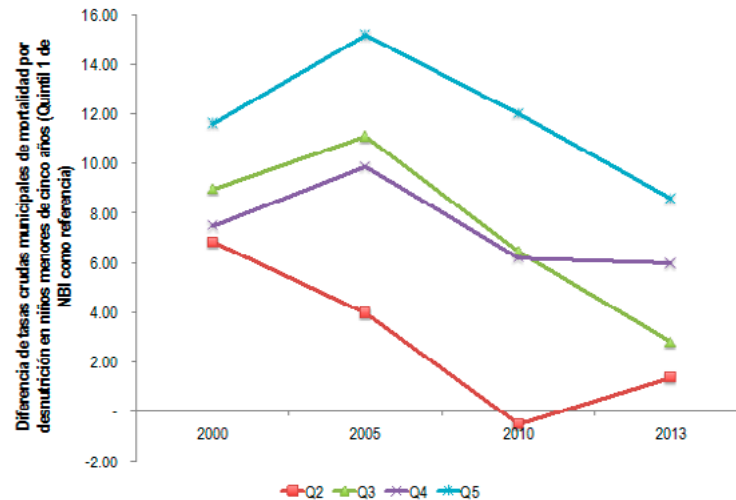


Figura 3.79. Desigualdad absoluta (diferencia de tasas), en la tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niños, según quintiles de NBI*. Colombia 2000, 2005, 2010 y 2013

* Los quintiles de NBI se basaron en la distribución a junio de 2012 calculada a partir de datos del Censo 2005
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE

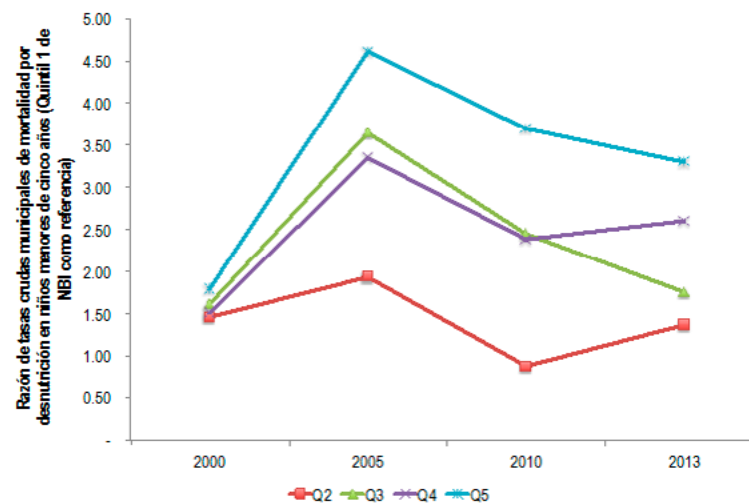


Figura 3.80. Desigualdad relativa (razón de tasas), en la tasa cruda municipal de mortalidad por desnutrición en niños, según quintiles de NBI*. Colombia 2000, 2005, 2010 y 2013

* Los quintiles de NBI se basaron en la distribución a junio de 2012 calculada a partir de datos del Censo 2005
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos DANE

En niños menores de cinco años, la brecha de desigualdad absoluta (diferencia de tasas de mortalidad) en mortalidad por DNT, se redujo para todos los municipios según su quintil de NBI, en comparación con los municipios del quintil 1 de NBI, durante los años de análisis, excepto para 2005, pero con una tendencia al descenso que se mantuvo en 2013 (Figura 3.79.). Con relación a la brecha de desigualdad relativa (razón de tasas de mortalidad) en mortalidad por DNT en niños menores de cinco años, ésta incrementó entre 2010 y 2013 para todos los municipios ordenados por quintil de NBI al comparar contra el quintil 1, excepto para el quintil 2 que se mantuvo relativamente estable (Figura 3.80.). Un mayor aumento de la brecha de desigualdad relativa (razón de tasas de mortalidad) en mortalidad por DNT en niños se observó para los municipios pertenecientes a los quintiles 4 y 5 de NBI (más pobres) al comparar los años 2000 y 2013 (Figura 3.80.).

Para el periodo 1998-2013, disminuyeron las tasas de mortalidad infantil por sexos y a nivel nacional. Sin embargo, las brechas entre las tasas de mortalidad por DNT a nivel departamental, aumentaron. Para los años 2000, 2005, 2010 y 2013 la tasa cruda municipal de mortalidad por DNT en menores de cinco años, fue superior en niños en comparación con las niñas. Se observó una disminución de la tasa cruda municipal de mortalidad por DNT en menores de cinco años, en cada quintil de NBI durante los años estudiados (excepto para el quintil 5 de las niñas que en 2013 presentó un repunte), no obstante, esta reducción no se presentó de forma equitativa en todos los quintiles de NBI.

En las niñas las brechas de desigualdad absoluta (diferencia de tasas de mortalidad) y relativa (razón de tasas de mortalidad), en mortalidad por DNT, aumentaron entre 2005 y 2013 para los municipios más pobres (ubicados en los quintiles 4 y 5 de NBI), en comparación con los municipios menos pobres (ubicados en el quintil 1 de NBI). En Colombia, las brechas de desigualdad absoluta (diferencia de tasas de mortalidad) y relativa (razón de tasas de mortalidad), en mortalidad por DNT, existentes entre los municipios más pobres, en comparación con los menos pobres, continúan siendo importantes en la actualidad, aspecto que plantea retos en términos de salud pública, gobernanza y acción intersectorial.

Referencias

1. Quiroga EF. *Death rate by malnutrition in children under the age of five, Colombia. Biomédica* 2012; 32(4):499–509
2. Menchú M, Santizo M. Propuesta de indicadores para la vigilancia de la seguridad alimentaria y nutricional (SAN). PCE-073 Guatemala INCAP/OPS/OMS [Internet]. 2002 [cited 2015 Dec 14]; Available from: http://www.incap.paho.org/portaleducativo/index.php/es/recursos/reservorio-san/doc_download/497-2-propuesta-de-indicadores-san
3. UNICEF. El objetivo: reducir la mortalidad infantil [Internet]. [cited 2015 Dec 14]. Available from: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>
4. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes e inequidades en salud [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 14]. Available from: http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=55&lang=es
5. *Global, Regional, and National Age–Sex Specific all-Cause and Cause-Specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet.* 2014; 385(9963):117–71
6. DANE. Necesidades Básicas Insatisfechas [Internet]. [cited 2015 Dec 14]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/calidad-vida/necesidades-basicas-insatisfechas>

Dimensión de sexualidad y derechos

3.4.7. Desigualdades en la muerte materna

*Gina Vargas-Sandoval
Karol Patricia Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela.*

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es el número de mujeres que fallecieron por alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), durante el embarazo y el parto o antes de transcurridos 42 días de la terminación del embarazo, cualquiera que sea la duración y lugar del mismo, por cada 100.000 nacidos vivos (n.v.) (1)

Previamente el Observatorio Nacional de Salud (ONS), había estimado y analizado las tendencias en las razones de mortalidad materna en Colombia, para el periodo 1998 a 2011 en el contexto nacional y por departamentos (2). Se analizó la RMM departamental para 2011, según necesidades básicas insatisfechas (NBI), encontrándose que el 40% de las muertes maternas se concentran en el 20% de la población más pobre (2). Asimismo, un análisis del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) estimó que para 2012, la mortalidad materna es 1,72 veces más alta en los departamentos del quintil con mayor proporción de NBI (3).

Adicionalmente, se encontró que la muerte por complicaciones del parto prematuro se ubicó en el cuarto lugar según años de vida potencialmente perdidos (AVPP), entre las muertes evitables, aportando para 2011 un total de 168.326 AVPP (3,1% del total de AVPP) (4). También se estimó por medio de modelos multinivel, que el número de muertes maternas fue mayor por cada punto de incremento de la pobreza multidimensional (RMM relativa 5,3 IC 95%: 2,6 – 10,5) (4)

Dichos hallazgos, sumados a la intención del ONS de publicar el presente Informe en desigualdades sociales en salud, motivaron al desarrollo de este aparte que ahondó en la descripción de las desigualdades en las RMM en Colombia, por condiciones sociales seleccionadas para el periodo 1998-2013. Lo anterior, no sin antes anticipar que estas descripciones son una aproximación inicial y que estudios más profundos serán necesarios para la comprensión de los mecanismos de causalidad entre los determinantes sociales y la mortalidad materna.

Por lo anterior, a partir de las bases de datos de Estadísticas Vitales del DANE disponibles a la fecha (1998-2013) se estimaron las RMM. Para el cálculo del numerador de la RMM, se usaron las bases de mortalidad para calcular el número de muertes maternas por año, según códigos de mortalidad descritos previamente (5). El denominador se tomó de los datos de la madre en el momento del parto del registro de nacido vivo. Fueron exploradas como ejes de desigualdad la zona de residencia permanente (rural o urbana), nivel educativo y aseguramiento en salud. Se estimaron las razones y diferencias absolutas en las RMM según condiciones seleccionadas por cuatrienios o trienios, según disponibilidad de la información. Adicionalmente se estimaron las RMM por departamentos, por cuatrienios.

Razón de mortalidad materna en Colombia según condiciones seleccionadas

La RMM continuó presentando una tendencia a la reducción durante el periodo observado, presentando una reducción acentuada para el año 2013 (Figura 3.81.).

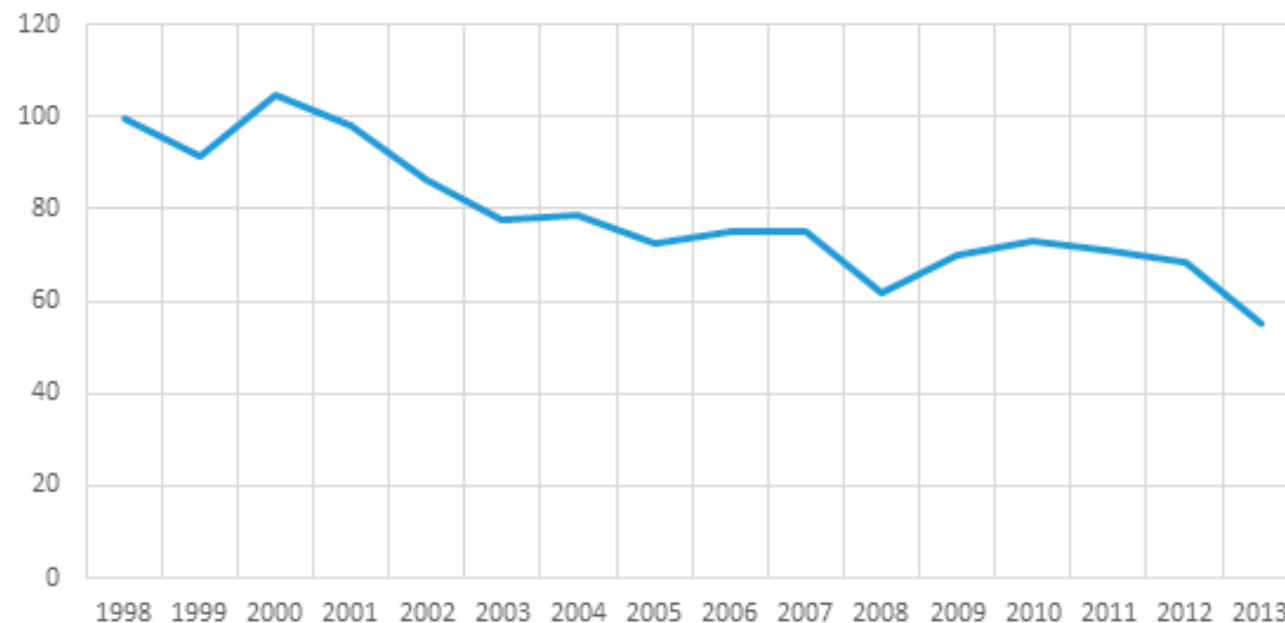


Figura 3.81. Razón de mortalidad materna por 100.000 nv. Colombia, 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales (DANE) 1998-2013

Se describió la RMM por cuatrienios para la edad y área de residencia desde 1998 a 2013 (Tabla 3.18). La RMM fue descrita por grupos de edad, por considerarse una variable que afecta la mortalidad materna, a pesar de no configurarse como un determinante social propiamente dicho. Se observó que durante el periodo de análisis, fueron las mayores de 34 años quienes mayor riesgo presentaron. Las mujeres mayores de 20 años presentaron un incremento en el último cuatrienio. Según el área de residencia permanente, se observó que todas las categorías redujeron la RMM, sin embargo, fueron quienes residen en áreas rurales dispersas quienes obtuvieron las mayores RMM. Las RMM según nivel educativo y seguridad social fueron descritas por trienios desde 2008 a 2013 (Tabla 3.18.). Las mujeres con nivel educativo superior y del régimen contributivo, fueron quienes menos RMM presentaron para los dos trienios observados.

Se observó un aumento para el último trienio en todos los niveles educativos, sin embargo fueron las mujeres sin educación y nivel educativo primario quienes obtuvieron el mayor aumento en términos absolutos, con 8,1 y 12,9 muertes maternas por 100.000 n.v., respectivamente. Por régimen de aseguramiento, las mujeres no aseguradas fueron quienes obtuvieron mayor aumento en la RMM para el último trienio, con un aumento en términos absolutos de 29,7 muertes por cada 100.000 n.v..

Tabla 3.18. Razón de mortalidad materna por condiciones seleccionadas. Colombia, 1998-2013

	1998-2001	2002-2005	2006-2009	2010-2013
Edad Materna				
Menor a 20	69.9	59.0	48.3	25.9
20 a 34	86.4	68.7	64.6	78.3
Mayor 34	239.8	183.2	163.3	229.8
Área de residencia				
Cabecera municipal	83.0	64.2	59.0	58.0
Centro poblado	127.0	94.4	92.4	78.3
Rural disperso	163.6	136.9	116.7	106.9
			2008-2010	2011-2013
Nivel educativo				
Ninguno	--	--	191.7	199.8
Primaria	--	--	88.3	101.2
Secundaria	--	--	35.3	36.0
Superior	--	--	32.5	32.7
Seguridad social				
Contributivo	--	--	37.0	35.4
Especial o Excepción	--	--	51.3	59.1
Subsidiado	--	--	84.2	78.4
No asegurado	--	--	86.8	116.5

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales (DANE) 1998-2013

Por grupos de edad, el riesgo absoluto y relativo fue mayor para las mujeres de 34 años en comparación con las de 20 a 34 años. Se observó un factor protector en las mujeres menores de 20 años, en comparación con las de 20 a 34 años (Figura 3.82.).

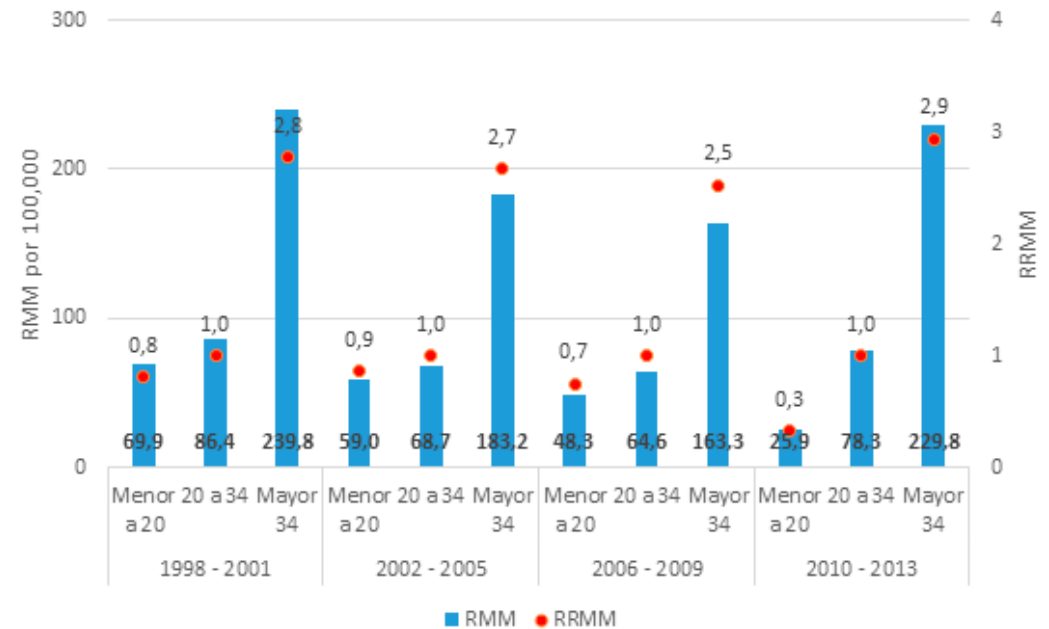


Figura 3.82. Razón de mortalidad materna y razón de RMM según edad por cuatrienios. Colombia, 1998-2013

RMM: Razón de Mortalidad Materna; RRMM: Razón de Razones de Mortalidad Materna

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales (DANE) 1998-2013

Se observó un gradiente a favor de quienes residen en cabeceras municipales, frente a quienes residen en los centros poblados o áreas rurales dispersas, con diferencias relativas de hasta dos veces mayor mortalidad y absolutas de hasta 80 muertes maternas por 100.000 n.v., durante todo el periodo observado. A pesar de que estos grupos son los que tienen más riesgos de muertes maternas, se observó que en comparación con los cuatrienios anteriores, hay una tendencia a la disminución del riesgo frente a quienes residen en cabeceras municipales (Figura 3.83.).

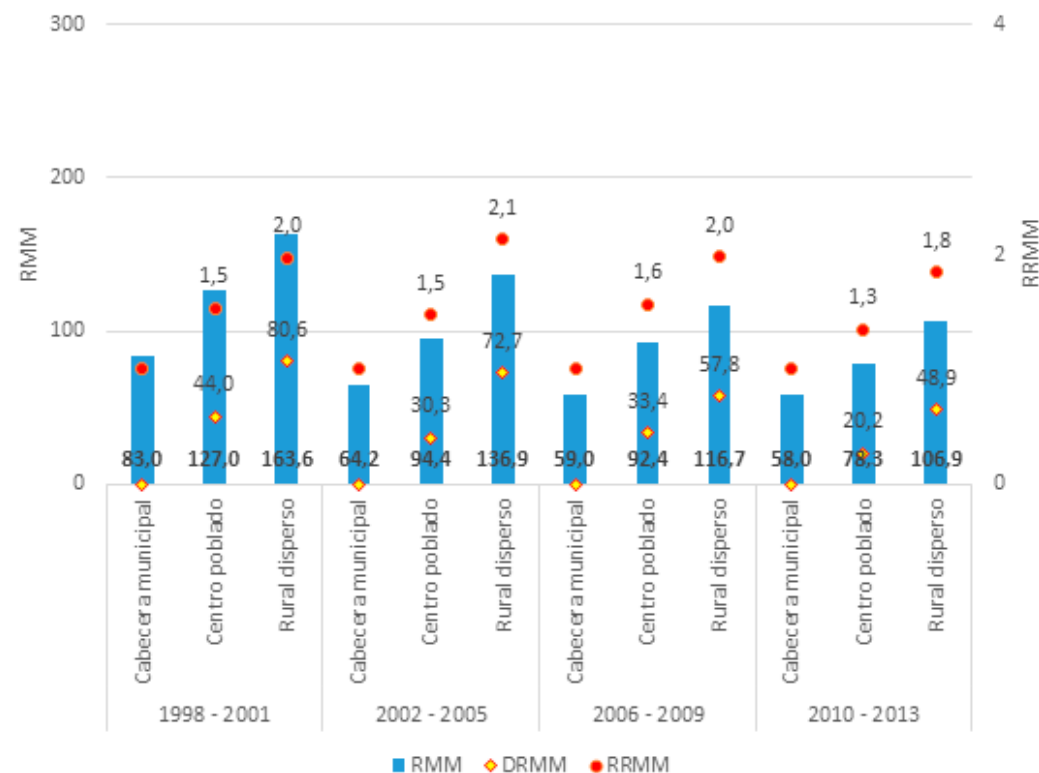


Figura 3.83. Razón de mortalidad materna, razón y diferencias absolutas en las RMM, según área de residencia por cuatrienios. Colombia, 1998-2013

RMM: Razón de Mortalidad Materna; RRMM: Razón de Razones de Mortalidad Materna; DRMM: Diferencias en la RMM

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales (DANE) 1998-2013

De acuerdo con el nivel educativo, se observó una disminución en la mortalidad según aumentó el nivel educativo. En términos relativos, las mujeres no educadas tuvieron un riesgo de hasta seis veces más que las mujeres con Educación Superior, y en términos absolutos, se encontró una diferencia de hasta más de 150 muertes por 100.000 n.v. en los dos trienios observados. Asimismo, en las mujeres sin educación o con primaria, aumentó el riesgo de muerte materna en el último trienio (Figura 3.84.).

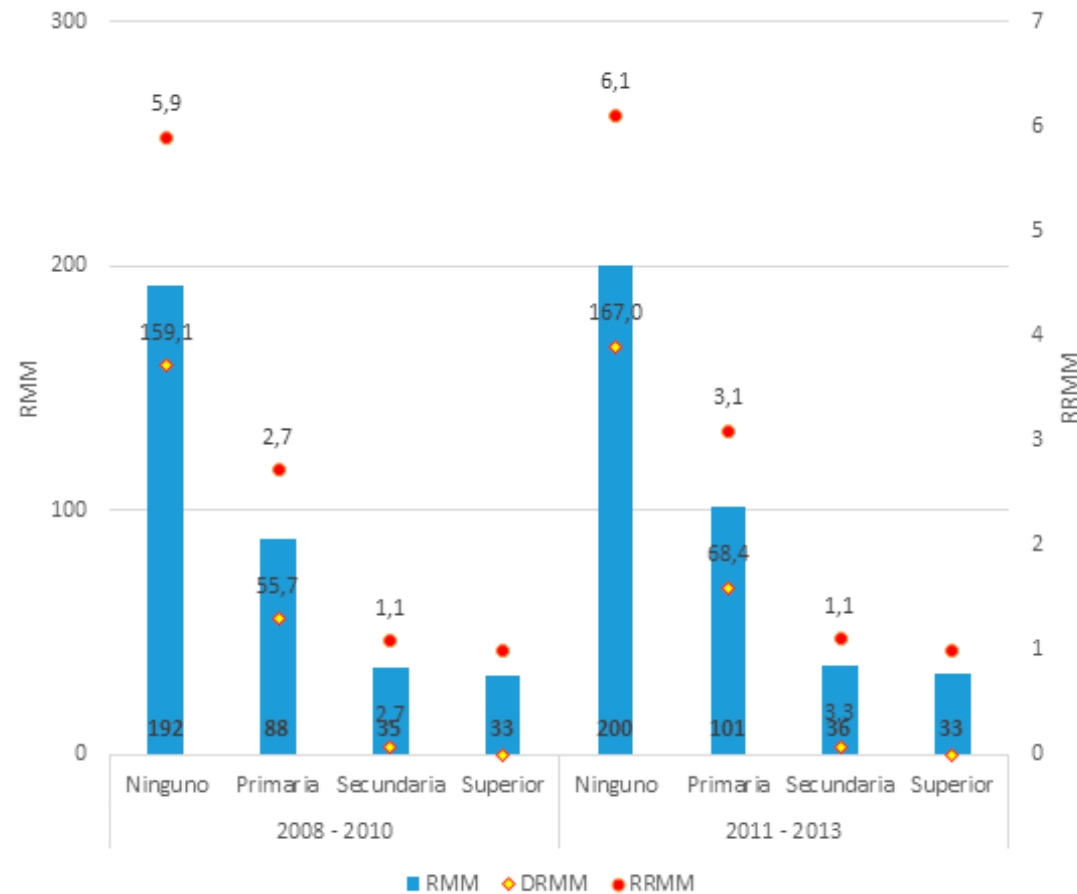


Figura 3.84. Razón de mortalidad materna, razón y diferencias absolutas en las RMM, según nivel educativo por trienios. Colombia, 2008- 2013

RMM: Razón de Mortalidad Materna; RRMM: Razón de Razones de Mortalidad Materna; DRMM: Diferencias en la RMM

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales (DANE) 1998-2013

Según el aseguramiento, quienes menor riesgo de mortalidad materna presentaron son las afiliadas al régimen contributivo. Este riesgo fue incluso tres veces mayor en las no aseguradas, con diferencias absolutas de hasta 80 muertes por 100.000 n.v.. Las mujeres sin aseguramiento fueron quienes tuvieron un mayor aumento del riesgo de muerte materna. Este aumento en términos absolutos representó 50 muertes maternas más en el trienio 2011-2013, que en el trienio 2008-2010, para las mujeres no aseguradas (Figura 3.85.).

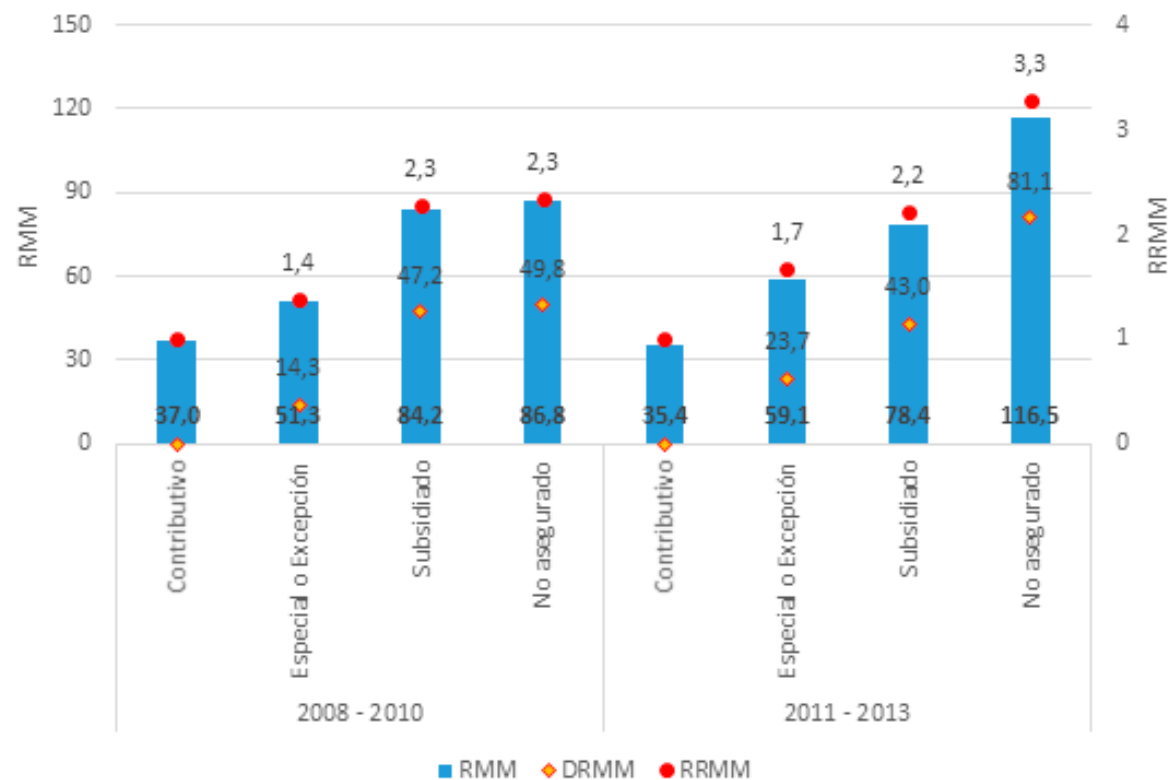


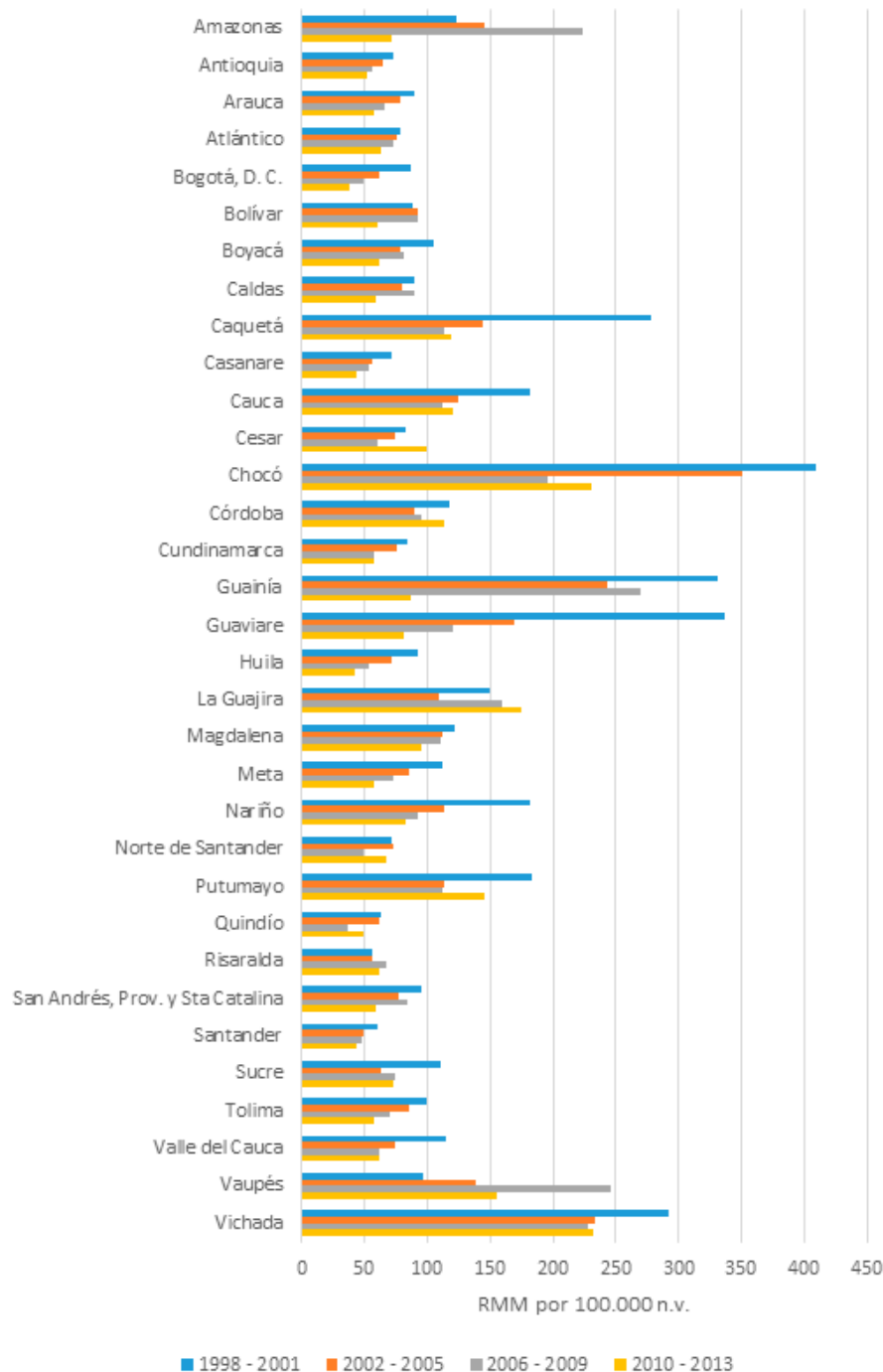
Figura 3.85. Razón de mortalidad materna, razón y diferencias absolutas en las RMM, según aseguramiento por trienios. Colombia, 2008–2013

RMM: Razón de Mortalidad Materna; RRMM: Razón de Razones de Mortalidad Materna; DRMM: Diferencias en la RMM

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales (DANE) 1998-2013

Análisis por departamentos

En general se observó una tendencia a la disminución de la RMM (Figura 3.86.). Sin embargo algunos departamentos mostraron una tendencia al aumento durante el periodo observado, tales como son Amazonas, Córdoba, La Guajira, Sucre y Vaupés. Otros departamentos que tenían una tendencia a la disminución, presentaron de forma aislada un aumento para el último cuatrienio: Caquetá, Cesar, Chocó, Norte de Santander, Putumayo y Quindío.



Se encontró que la mortalidad materna mantuvo su tendencia a la disminución; además que el área de residencia, el nivel educativo y el nivel de aseguramiento constituyen ejes de desigualdad para la mortalidad materna en contra de las mujeres que viven en zona rural dispersa, sin educación y sin aseguramiento en salud. Dichas brechas se mantuvieron durante el periodo de análisis. Estos hallazgos son concordantes con análisis previos en los que se estimó que entre 2009 y 2011, se producen 42,83 más muertes por cada 100.000 n.v., en el área rural dispersa, que en las cabeceras municipales (3). De la misma manera, con respecto al nivel educativo se estimó que el 60% de la mortalidad materna se concentró en la población con mayor porcentaje de analfabetismo (3).

Se destacó que a pesar la tendencia nacional es hacia la disminución, algunos departamentos mostraron una tendencia al aumento y otros mostraron un aumento para el último cuatrienio. Un estudio previo reportó inequidades en la mortalidad materna por departamentos (6). Este análisis es relevante para la toma de decisiones, sin embargo análisis más profundos son necesarios, para entender los mecanismos de cómo estas condiciones están determinando la mortalidad materna.

Figura 3.86. Razón de mortalidad materna, según departamentos por trienios. Colombia, 2008–2013

RMM: Razón de Mortalidad Materna

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales (DANE) 2008–2013

Referencias

1. Naciones Unidas. Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. 2006.
2. Observatorio Nacional de Salud. Mortalidad 1998- 2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. 2013.
3. Minsiterio de Salud y Proteccino Social. Análisis de Situacion de Salud, Colombia 2014. 2015.
4. Observatorio Nacional de Salud. Mortalidad Evitable en Colombia para 1998- 2011. 2014.
5. Observatorio Nacional de Salud. Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011. 2013.
6. Sandoval-Vargas YG, Eslava-Schmalbach JH. Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años (2000–2001),(2005–2006) y (2008–2009). Revista Salud Pública. 2013;15:529-41.

Dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles

3.4.8. Desigualdades en la mortalidad por tuberculosis

*Carlos Castañeda-Orjuela
Diana Díaz-Jiménez
Willian León-Quevedo*

A pesar de los esfuerzos en los últimos años, la tuberculosis (TB) sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más importantes que existe en el mundo y una causa de alta mortalidad; convirtiéndose en un reto para los países en términos de salud pública (1–3). Para el 2013 se calculó que 9 millones de personas contrajeron la enfermedad y que 1,5 millones murieron por esta causa, de los que 360.000 eran portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (3). De acuerdo con el reporte global de tuberculosis 2015, se estimó que para el 2014 la tasa de mortalidad para Colombia entre personas negativas a VIH fue de 1,5 por cada 100.000 (4). Dado que la mayoría de las muertes por TB son evitables, la mortalidad por esta enfermedad sigue siendo inaceptablemente alta y se debe acelerar la lucha contra ella (3).

La situación actual de la TB a nivel mundial y regional es un reflejo de las diferencias sociales y económicas que existen entre los diferentes países. La estrategia para la eliminación de la TB como problema de salud, obliga a utilizar nuevos enfoques que permitan profundizar en la realidad social de acuerdo a cada contexto, para reorientar las políticas en función de este problema de salud pública. Un punto de partida en este sentido, lo constituye el estudio de las desigualdades de salud (1).

A partir de la información de las Estadísticas Vitales del DANE para los años 1998-2013, y con los registros con causa básica de defunción, codificados con la CIE-10, acorde con la clasificación de carga de enfermedad para los eventos de tuberculosis y enfermedad por VIH resultante en infección por micobacterias (5), se realizó un análisis de las desigualdades sociales. Para ello se estimaron tasas de mortalidad ajustadas por edad para cada sexo, de acuerdo a la población de referencia OMS 2000-2025 (6), con el método directo. Se evaluaron las desigualdades por sexo, territorio (departamento y municipio), Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) municipales, y producto interno bruto *per cápita* (PIBpc) e índice de *Gini* a nivel departamental.

Un análisis multivariado de regresión lineal fue realizado para evaluar la asociación de las variables socioeconómicas sobre la tasa ajustada de mortalidad para los eventos incluidos en el análisis. El alistamiento y análisis de la información se realizó en el lenguaje de programación **R**.

Durante el periodo de análisis las tasas de mortalidad por tuberculosis y enfermedad por VIH resultante en infección por micobacterias ha sido más alta en hombres (Figura 3.87). Las tasas de mortalidad por tuberculosis presentaron una tendencia a la disminución en el tiempo, sin embargo para la enfermedad por VIH resultante en infección por micobacterias la tendencia fue al aumento hasta 2001, con una aparente estabilización posterior de sus tasas de mortalidad en ambos sexos (Figura 3.87).

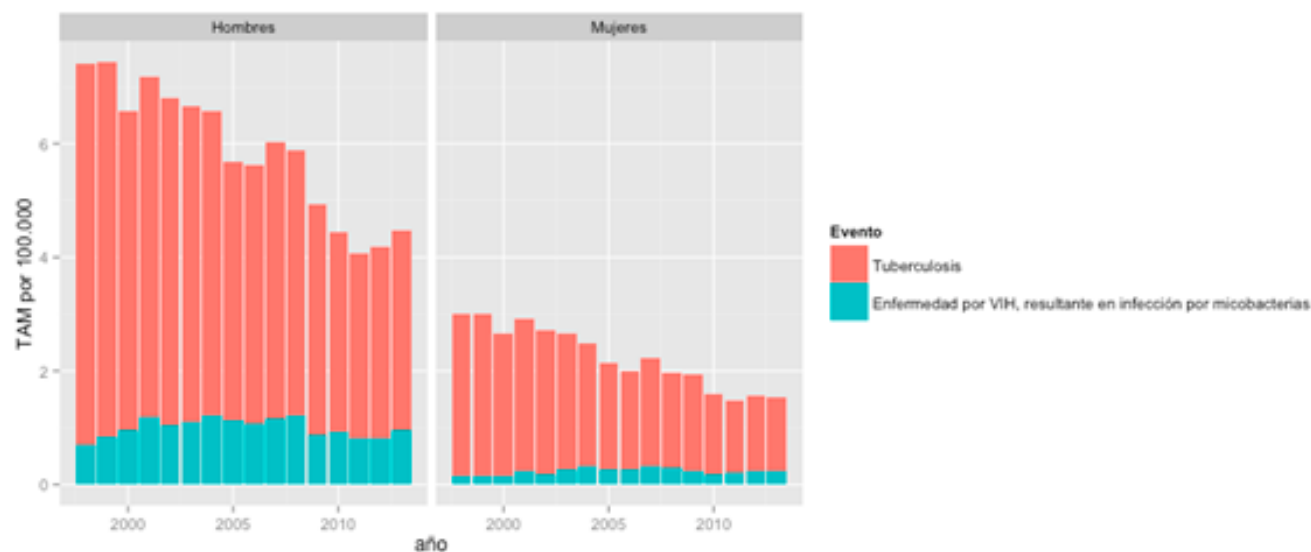


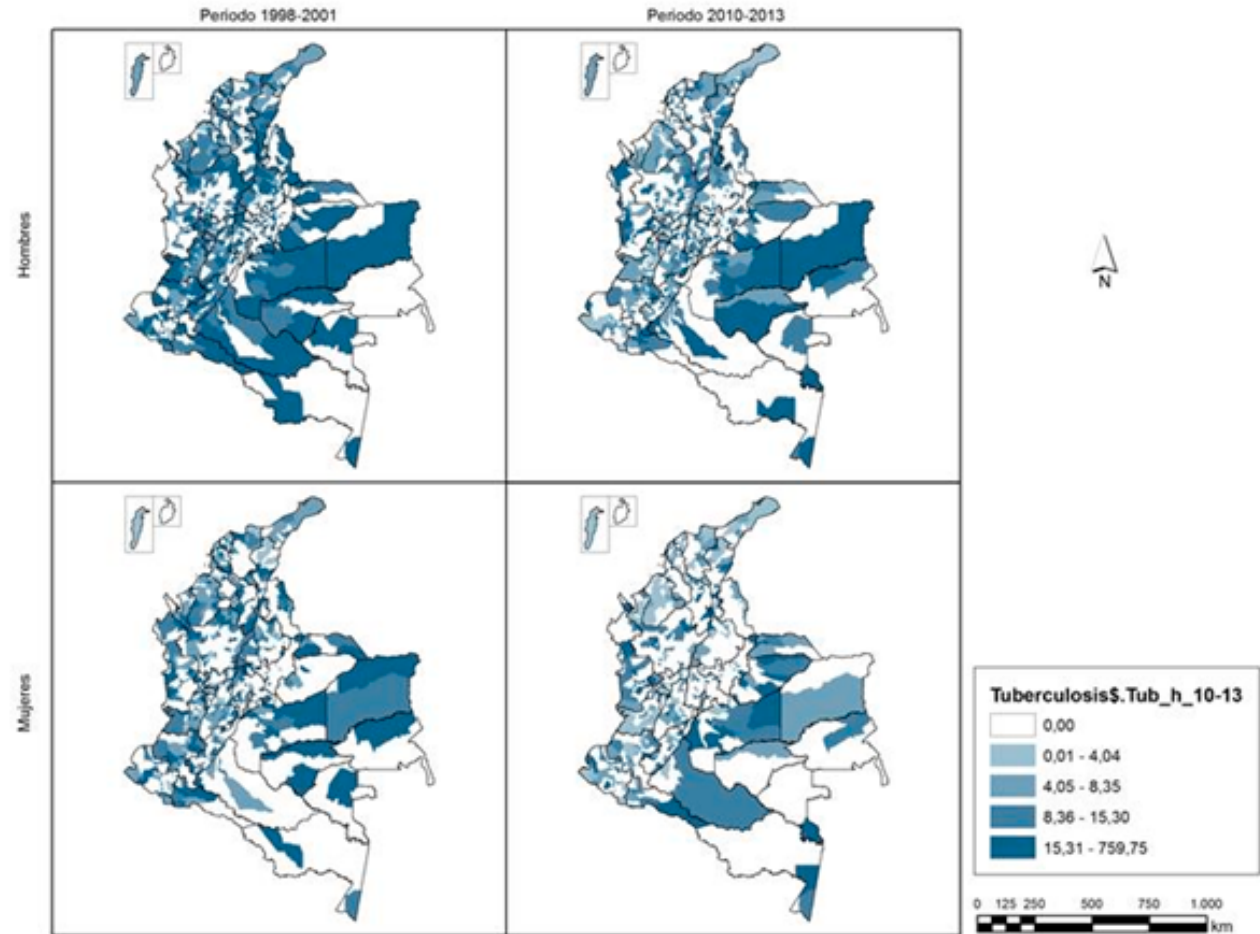
Figura 3.87. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según sexo.
Tuberculosis. Colombia 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Al comparar las tasas ajustadas promedio para el primer y último cuatrienio, del periodo de análisis, se evidencio una disminución para ambos sexos (Figura 3.88.). En el periodo de 1998-2001, dentro del quintil más alto de tasas de mortalidad en hombres, se encontraron municipios del Valle del Cauca, Norte y Oriente de Antioquia, Sur de Cesar, Meta, Vichada, Guainía, Sur de Caquetá y Oriente del Putumayo, principalmente. En mujeres, se encontraron dentro del quintil mas alto, para el periodo de 1998-2001 las zonas de los Llanos Orientales y Orinoquia, Norte de Putumayo. La reducción en la distribución fue más notoria para el último cuatrienio, en el Norte de Casanare, Centro de Chocó, el Departamento del Meta, Sur de Putumayo, Sur de Mitú y al Sur del Amazonas, que se encontraron en los quintiles mas bajos.

Figura 3.88. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio para tuberculosis, en promedio anual. Colombia, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

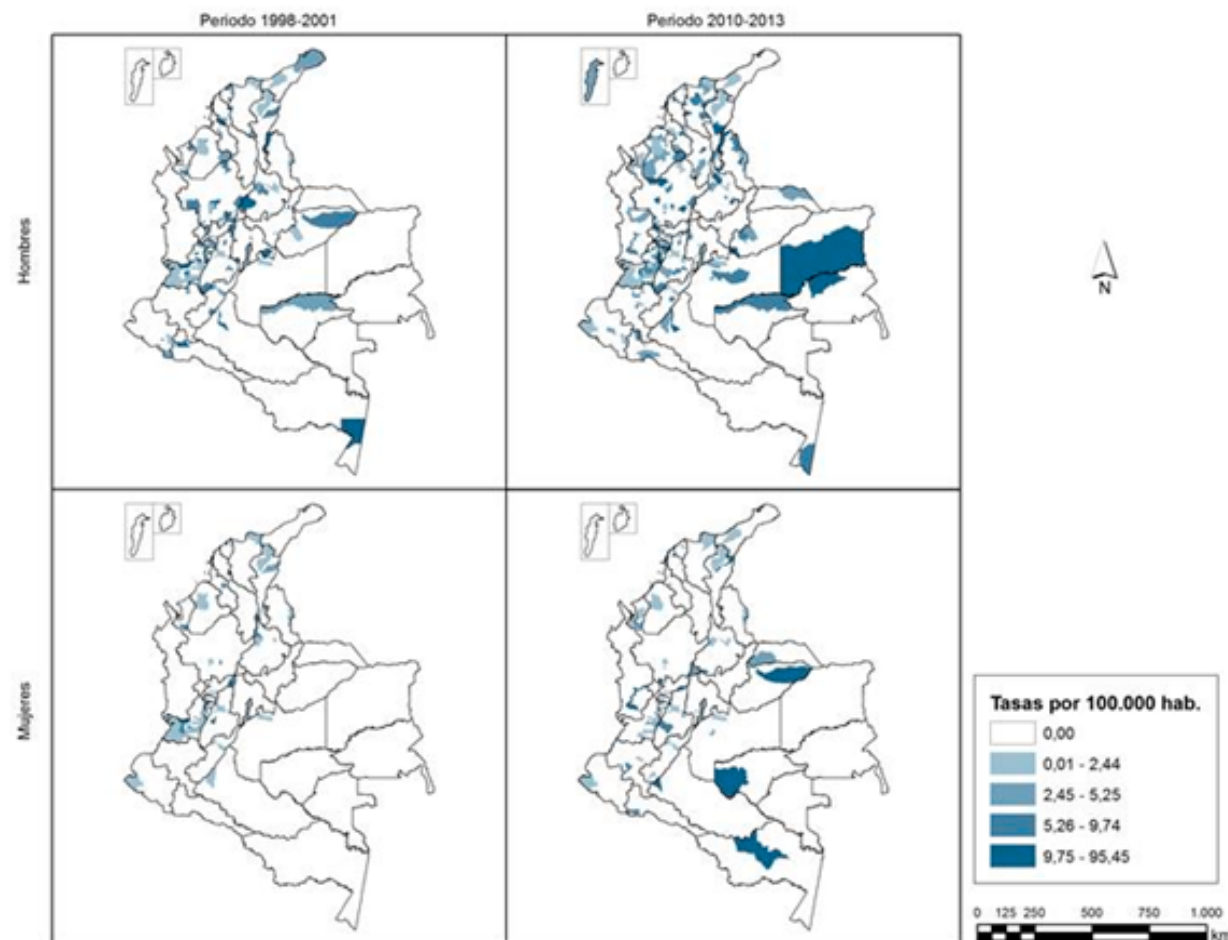


A nivel municipal existe un aumento, en ambos sexos, de la mortalidad por enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias, al comparar las tasas ajustadas promedio para el primer y último cuatrienio del periodo de análisis (Figura 3.89.). En el periodo de 1998-2001, se observó que el quintil más alto de tasas de mortalidad en hombres se distribuyó principalmente en algunos municipios del Oriente de Cundinamarca, Sur de Antioquia, Occidente de Santander, Oriente de Cesar, Occidente de Caldas, Casanare y Sur del Amazonas, con un notable aumento de la cantidad de municipios en ese quintil para el periodo de 2010-2013, presentándose en Guainía, Vichada, Atlántico,

Norte de Antioquia, Risaralda, Casanare y Norte de Santander. En mujeres, se observaron tasas en los quintiles más bajos para el periodo de 1998-2001 con dos excepciones al Norte de Santander y Occidente de Caldas. Para el último cuatrienio en mujeres existe un aumento en la distribución, principalmente en algunos municipios de Amazonas, Guainía, Casanare, y Oriente de Caquetá.

Figura 3.89. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio, enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias, promedio anual. Colombia, 1998-2001 y 2010-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,



Al comparar las tasas ajustadas de mortalidad municipal, en sus promedios anuales, de acuerdo al quintil de NBI (a 30 de junio de 2012), no se evidenció, de forma consistente, un patrón de gradientes de ocurrencia del evento, de acuerdo con esta variable para ninguno de los dos eventos, siendo el quintil 5 el mas pobre y el quintil 1 el mas rico (Figuras 3.90. y 3.91.), sin embargo, si se resaltó como en 2013 en ambos sexos y para la muerte por tuberculosis o tuberculosis en paciente portador de VIH los quintiles 4 y 5 (los mas pobres), fueron los que reportaron las

mayores tasas de mortalidad, mientras que el quintil 1, para los 4 años, siempre reportó las tasas de mortalidad mas bajas (Figuras 3.90. y 3.91.). Tampoco se evidenció con este análisis una tendencia a la disminución de las tasas promedio de mortalidad durante el periodo, y para cada uno de los quintiles de NBI.

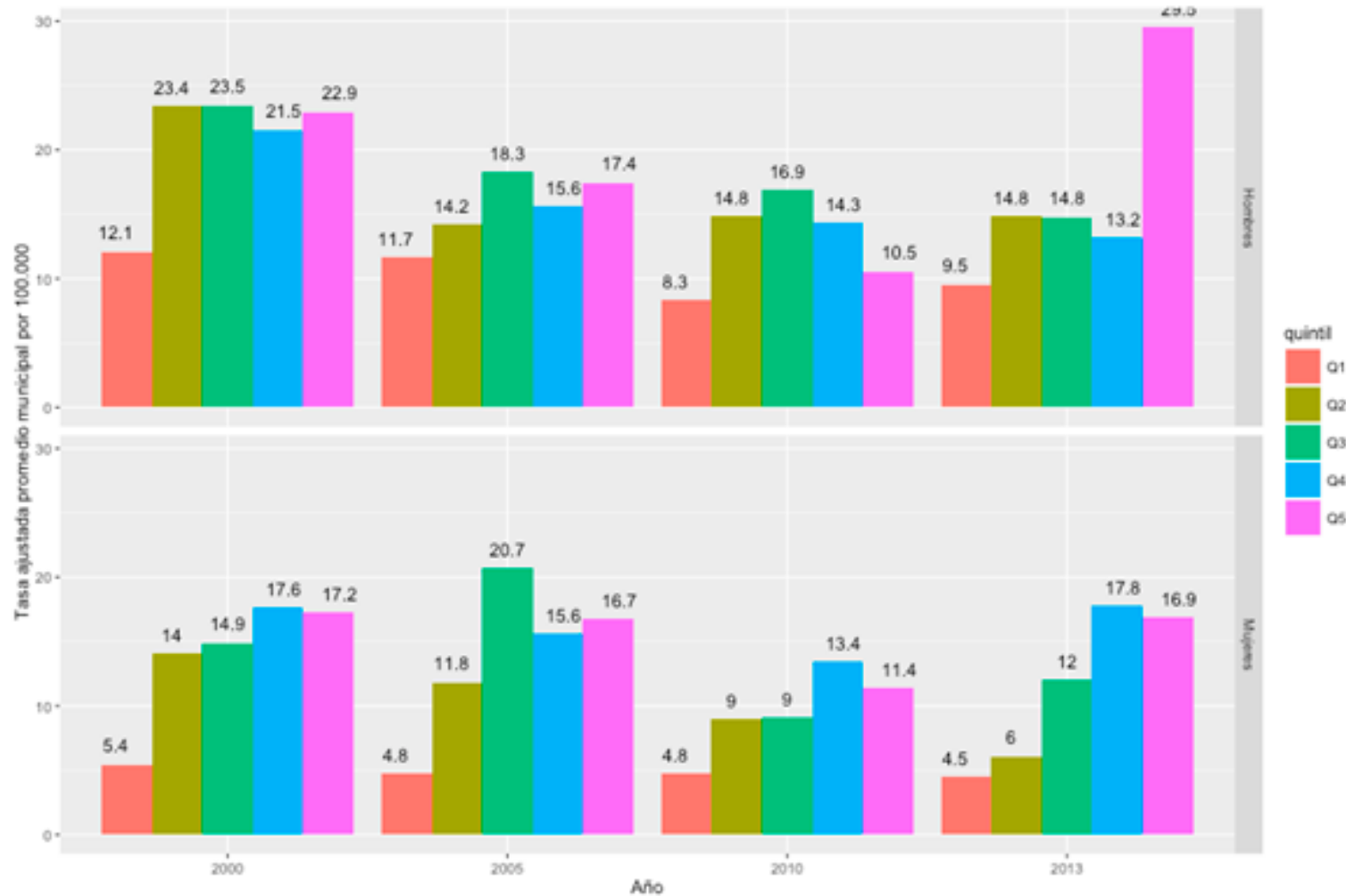


Figura 3.90. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio y quintil de NBI para tuberculosis, en promedio anual. Colombia, 2000, 2005, 2010 y 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

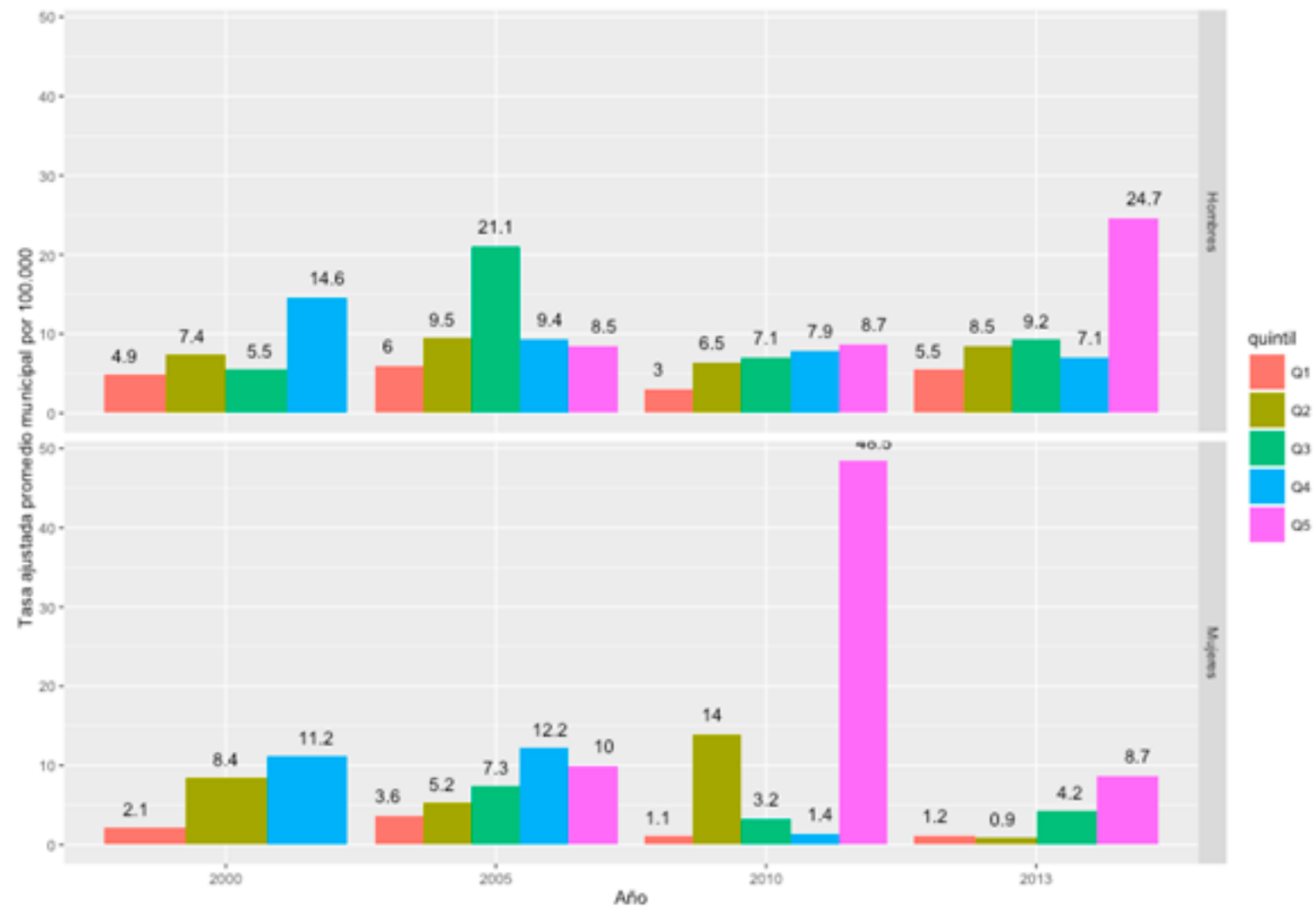


Figura 3.91. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por municipio y quintil de NBI para VIH y tuberculosis, en promedio anual. Colombia, 2000, 2005, 2010 y 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

En el análisis bivariado a nivel departamental, no se observó una clara correlación de las tasas de mortalidad por ninguno de los dos eventos con el PIBpc y el índice de *Gini* (Figura 3.92. a Figura 3.95.). En el análisis multivariado (Tabla 3.19), de asociación de variables socioeconómicas y la tasa de mortalidad ajustadas para los dos eventos analizados, no se evidenció asociaciones estadísticamente significativas entre el PIBpc y el índice de *Gini*, para ninguno de los dos modelos, por los que no se evidenciaron desigualdades para las variables evaluadas.

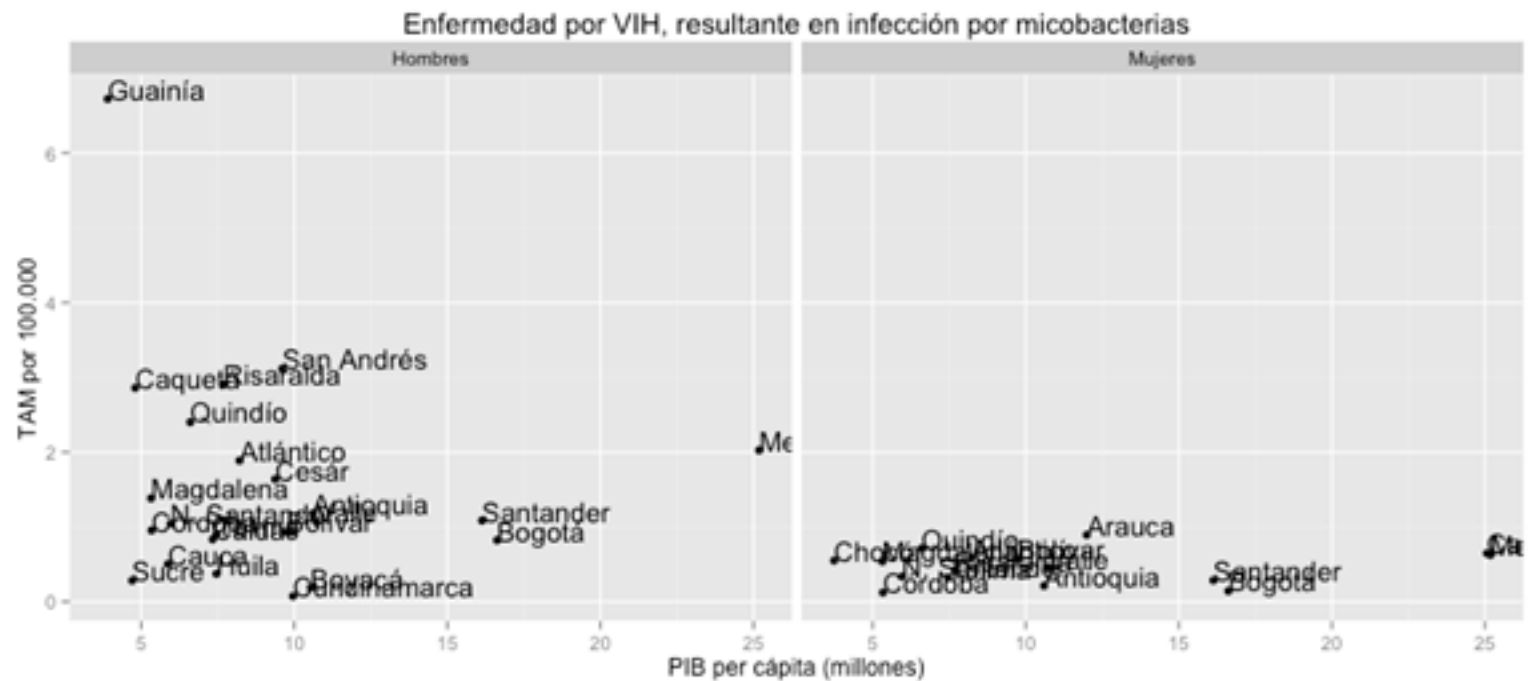


Figura 3.92. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental, para VIH y tuberculosis. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

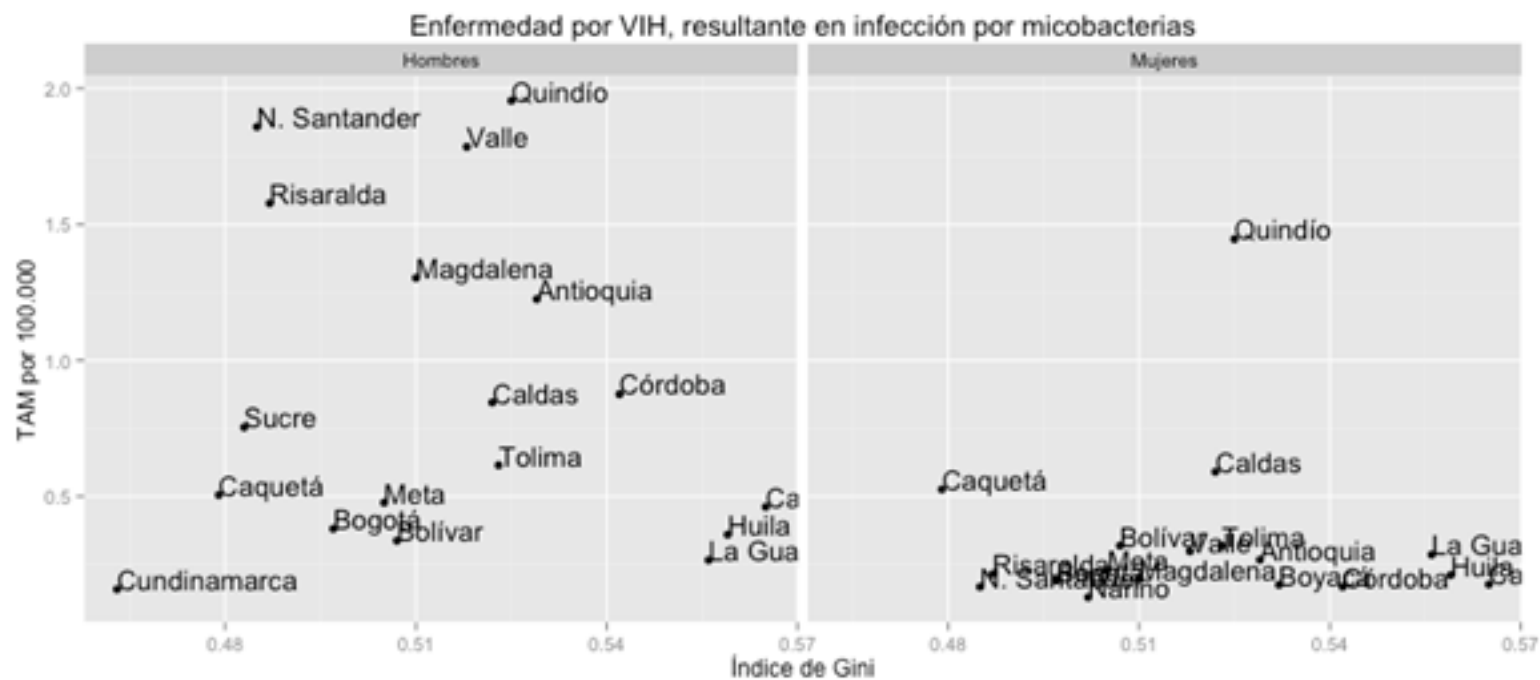


Figura 3.93. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental, para VIH y tuberculosis. Colombia, 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

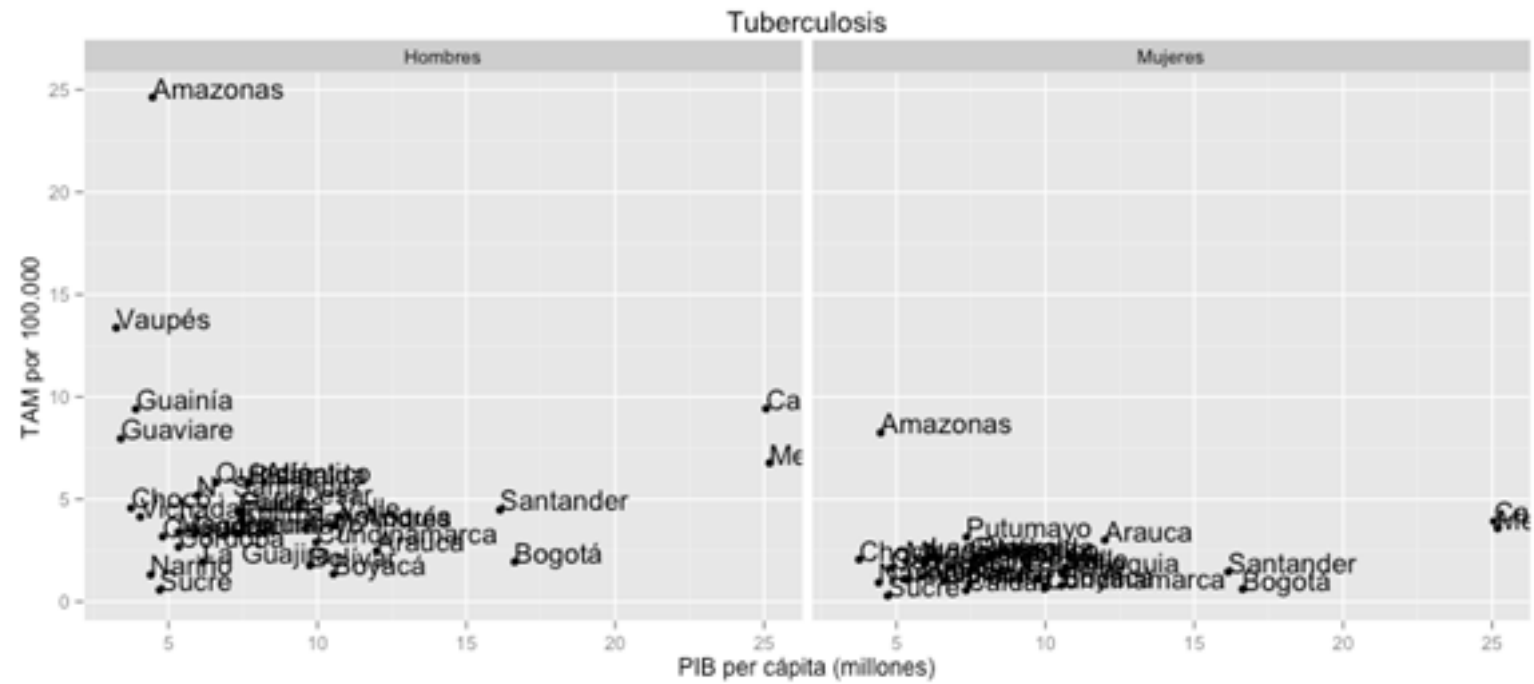


Figura 3.94. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y PIBpc departamental, para tuberculosis. Colombia, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

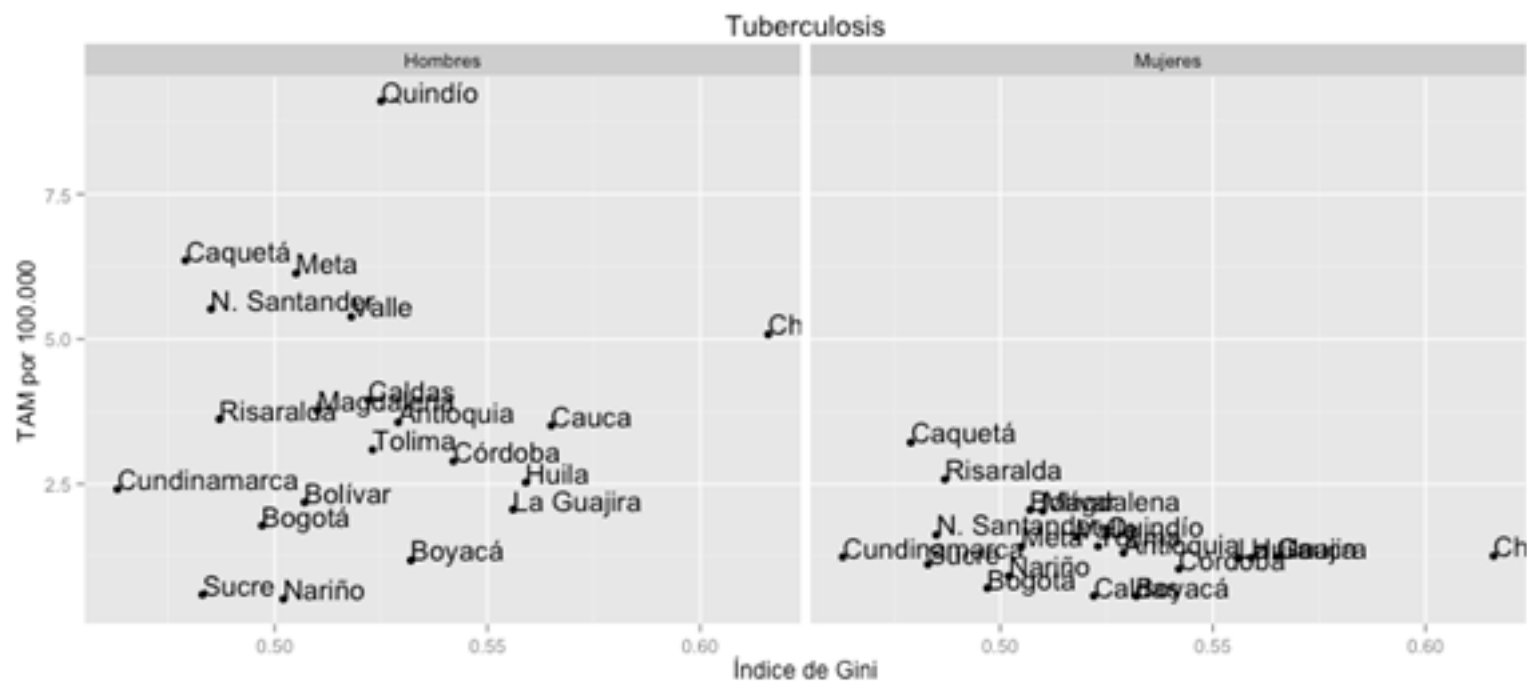


Figura 3.95. Tasas de mortalidad ajustadas por edad y *Gini* departamental, para tuberculosis. Colombia, 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

Tabla 3.19. Modelos multivariados de asociación entre el PIBpc y el índice de *Gini* con la tasa de mortalidad por tuberculosis a nivel departamental. Colombia, 1998-2012

	MODELO 1		MODELO 2	
	Coefficiente	Valor de p	Coefficiente	Valor de p
Intercepto	247.61498	2.61E-10	185.69716	1.66E-06
PIBpc (millones)	0.02502	0.207	-0.08242	0.062944
Índice de Gini	-2.90579	0.115	0.23286	0.920755
Año	-0.12053	7.12E-10	-0.0903	3.89E-06
Sexo (Referencia hombres)				
Mujeres	-1.80571	< 2e-16	-1.86943	< 2e-16
Evento (Referencia Tuberculosis)				
Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias	-2.73779	< 2e-16	-2.86915	< 2e-16
Departamento (Referencia Bogotá, D.C.)				
Valle			1.31395	0.000872
Tolima			0.46511	0.336288
Sucre			-1.3426	0.021832
Risaralda			1.40457	0.003843
Quindío			2.33933	3.15E-06
Norte de Santander			0.89577	0.087848
Nariño			-1.10267	0.057021
Meta			3.06599	< 2e-16
Magdalena			-0.16981	0.761171
La Guajira			0.03258	0.947775
Huila			0.53562	0.256134
Cundinamarca			-0.29665	0.511298
Córdoba			-0.4904	0.352894
Chocó			0.8836	0.13583
Cauca			-0.12505	0.820226
Caquetá			0.47344	0.416741
Caldas			0.39356	0.405498
Boyacá			-1.22459	0.006226
Bolívar			-0.08582	0.846379
Antioquia			0.06746	0.865376

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

El presente análisis evidenció la disminución de las tasas nacionales de mortalidad por tuberculosis en la población colombiana, y una aparente estabilización de las tasas de mortalidad por infecciones por micobacterias en individuos portadores del VIH, no evidenció desigualdades por las variables socioeconómicas incluidas en el análisis. Además, según la distribución de la mortalidad por tuberculosis se evidenció la disminución en la cantidad de municipios en los quintiles más altos para el cuatrienio mas reciente.

Mientras que para la enfermedad por micobacterias asociada a VIH se evidenció un aumento, tanto en la cantidad de municipios como en sus tasas de mortalidad. Con un aumento en las tasas de mortalidad para ambos eventos especialmente en municipios de la Orinoquia y Amazonia o al Oriente de la Cordillera Oriental. Para todos los años siempre se reportaron las tasas mas bajas los municipios mas ricos (quintil 1 de NBI), pero el gradiente de mortalidad de acuerdo la variable de pobreza municipal no fue un hallazgo consistente en este análisis. Lo anterior resaltó la necesidad de información mas detallada para poder identificar las determinantes sociales de salud de este evento, así como la necesidad de modelos de análisis más complejos que permitan identificar estrategias de intervención.

Referencias

1. León Cabrera P, Pría Barros M del C, Perdomo Victoria I, Ramis Andalia R. Aproximación teórica a las desigualdades sociales en la tuberculosis como problema de salud. *Rev Cuba Salud Pública*. 2015;41(3):532–46.
2. Castiblanco CA, Llerena Polo C. Tuberculosis en Colombia: análisis de la situación epidemiológica, año 2006. *Infectio*. 2008;12(3):159–73.
3. *World Health Organization. Informe mundial sobre la tuberculosis. WHO; 2014. http://www.who.int/tb/publications/global_report/g p.*
4. *World Health Organization. Global tuberculosis report [Internet]. World Health Organization; 2015. 162 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1*
5. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: Design, definitions, and metrics. *The Lancet*. 2012. p. 2063–6.
6. Ahmad OB, Boschi-pinto C, Lopez AD. Age Standardization of Rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No31; EIP/GPE/EBD World Health Organization 2001 [Internet]. 2001. p. 1–14. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>

3.4.9. Desigualdades en la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en Colombia en niños menores de cinco años

Nelson Alvis-Zakzuk
Diana Díaz-Jiménez
Carlos Castañeda-Orjuela

A pesar de ser enfermedades prevenibles y tratables, las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años en el mundo (1). Anualmente se producen 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas y mueren 760.000 niños menores de cinco años a causa de estas enfermedades (1). La diarrea es una de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años (1).

La enfermedad diarreica aguda (EDA), se define como la presencia de otras o más deposiciones sueltas o líquidas en 24 horas. La EDA puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más propensos a desarrollar la enfermedad y a presentar complicaciones como: sepsis, deshidratación y muerte (1,2).

El presente apartado, describe las desigualdades en la mortalidad por EDA en menores de cinco años. Para esto, se utilizaron las estadísticas vitales y las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2, 3). Se estimaron tasas crudas de mortalidad por EDA en menores de cinco años (TM por EDA en <5 años) por 100.000 habitantes (habs.), por departamentos y municipios, para el período 1998-2013.

En un *primer* momento, se describió el panorama general de la mortalidad por EDA en menores de cinco años a nivel nacional y por departamentos. En un *segundo* momento, se analizaron las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por EDA en menores de cinco años a nivel municipal según sexo y quintiles del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) para 2000, 2005, 2010 y 2013. Los quintiles de NBI se basaron en la distribución a 30 de junio de 2011, calculada a partir de datos del Censo 2005 del DANE (4). De igual manera, se estimaron curvas de concentración de las muertes por EDA, las que fueron ordenadas de acuerdo al índice de pobreza multidimensional (IPM), de los más pobres a los más ricos.

Panorama general de la mortalidad por EDA, en menores de cinco años a nivel nacional y departamental

En Colombia, entre 1998 y 2013 se registraron 9753 defunciones en menores de 5 años a causa de EDA, de las cuales el 44,2% ocurrieron en niñas. Para el período de estudio, las muertes disminuyeron en 90,5%. En la Figura 3.96., se presentaron las tasas de mortalidad (TM) por EDA para Colombia. Se observó que en todos los años las tasas fueron mayores en niños. Además, se evidenció la tendencia decreciente de la mortalidad por EDA por sexos (Figura 3.102.).

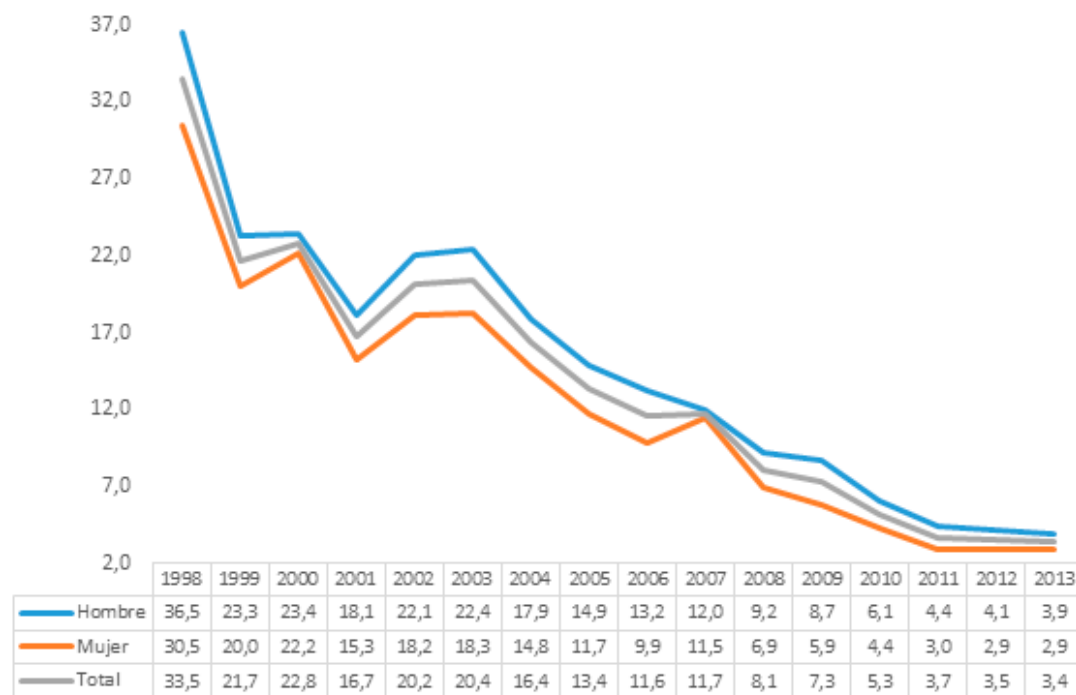


Figura 3.96. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por 100.000, por sexo. Colombia 1998-2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

Entre 1998 y 2013, todos los departamentos de Colombia redujeron la mortalidad por EDA en menores de cinco años. Los departamentos que redujeron en mayor proporción sus TM por esta causa fueron Norte de Santander, Atlántico, Bogotá, D.C. y Meta (Figura 3.97.). Para 1998 y 2013, los departamentos que registraron TM por EDA en niños menores de cinco años, mayores a la nacional fueron Amazonas, Bolívar, Chocó, Meta, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Sucre, Putumayo, Caquetá, Vaupés, Cauca, Arauca y Vichada. En niñas, los departamentos que presentaron tasas mayores a la nacional fueron Amazonas, Bolívar, Caquetá, Casanare, Cauca, Chocó, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Putumayo, Sucre, Vaupés y Vichada.

Al comparar las TM por EDA mínimas y máximas en niños, se observó que para 1998, la mortalidad por EDA en Vichada, fue 15,3 veces mayor a la registrada por Cundinamarca, departamento con menor tasa para ese año. Por otro lado, en niñas, en el departamento con mayor TM por EDA, para 1998, murieron 9,7 veces más niñas menores que cinco años que en el de menor tasa. Para 2013 esta diferencia fue de 27,3 para niños y 48,9 para niñas; entre los departamentos con tasas extremas (Tabla 3.20.). Lo anterior reflejó el aumento en las brechas en la mortalidad por EDA a nivel departamental.

Figura 3.97. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por 100.000, por departamentos, para 2013 y cambio porcentual de las tasas de mortalidad en el periodo 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

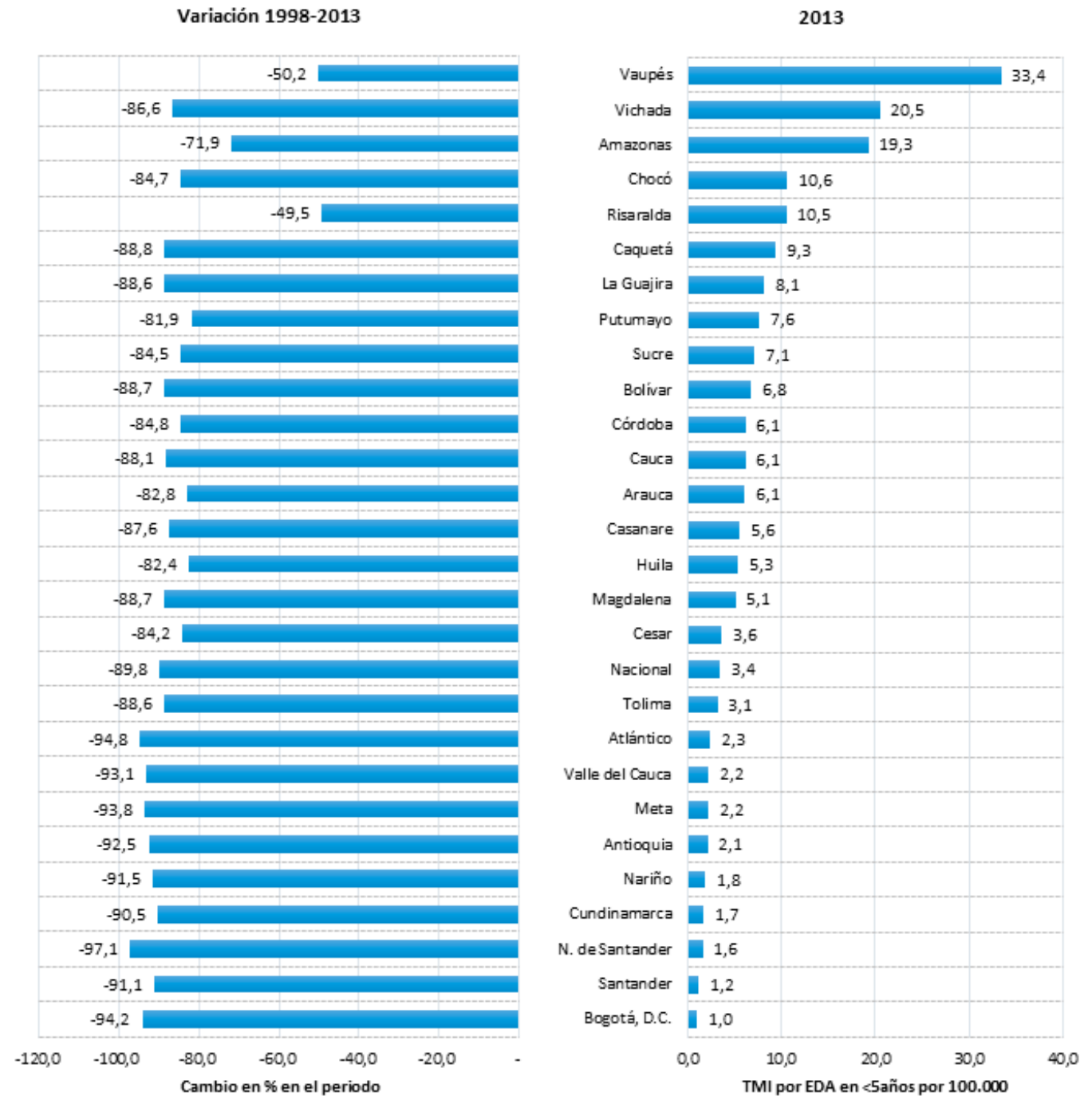


Tabla 3.20. Razones de tasas de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de cinco años entre departamentos. Colombia 1998 y 2005

TM por EDA extremas	1998		2005	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Departamento con mayor TM por EDA	Vichada (225,6)	Caquetá (104,4)	Vaupés (32,7)	Vaupés (34,2)
Departamento con menor TM por EDA	Cundinamarca (14,8)	Santander (10,8)	Santander (1,2)	Bogotá (0,7)
Razón de tasas extremas	15,3	9,7	27,3	48,9

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales, DANE

Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad municipal por EDA, según sexo y quintiles de NBI en Colombia

Al estimar las tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, según la condición socioeconómica medida por NBI a nivel municipal, se observó que en el primer quintil (menor pobreza) las TM por EDA fueron menores para 2000, 2005, 2010 y 2013, tanto en niñas como niños, comparado con los otros quintiles de pobreza (Figuras 3.98. y 3.99.). En niños, para los años de 2005 y 2013, se observó que a medida que aumentan los quintiles de pobreza, la tasa cruda de mortalidad por EDA es mayor (Figura 3). En niñas, para el año 2005 se evidenció un gradiente entre la tasa cruda de mortalidad por EDA y los quintiles de pobreza, medidos en NBI (Figura 3.99.). En niños y niñas, el escenario con mayor tasa de mortalidad por EDA para todos los años se encontró en los municipios ubicados en los quintiles 4 y 5 de NBI, excepto para el 2000 en niños (Figuras 3.98. y 3.99.). En general, para niños y niñas, se evidenció una reducción de la tasa de mortalidad por EDA según quintiles de pobreza entre los años analizados, para los municipios ubicados en los quintiles 1, 2 y 3 de NBI. No obstante, la disminución no se produjo en la misma proporción.

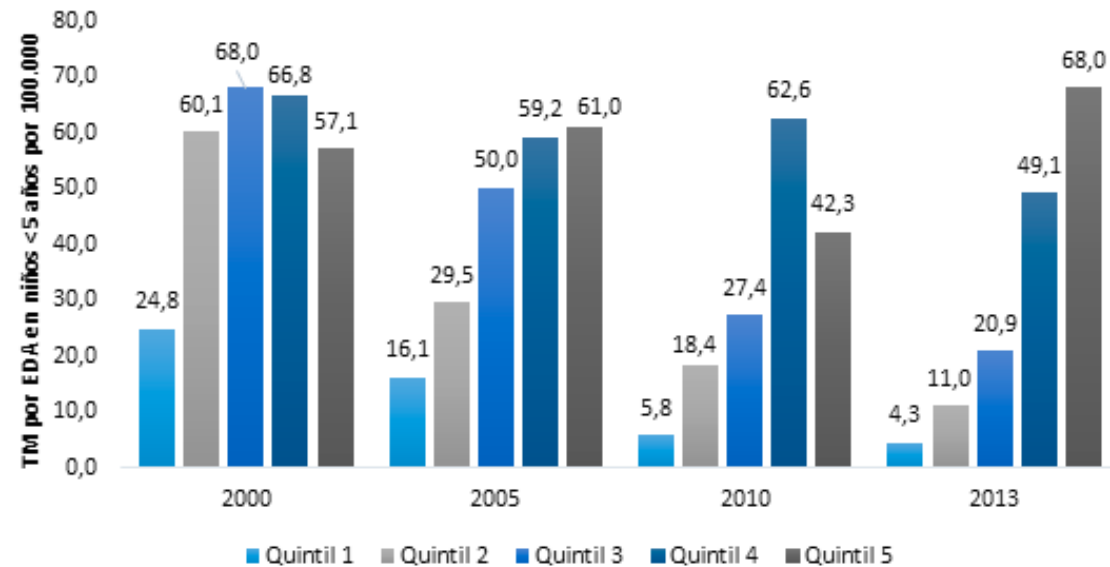


Figura 3.98. Tasa cruda municipal de mortalidad por EDA en niños menores de cinco años según quintiles de NBI. Colombia 2000, 2005, 2010, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

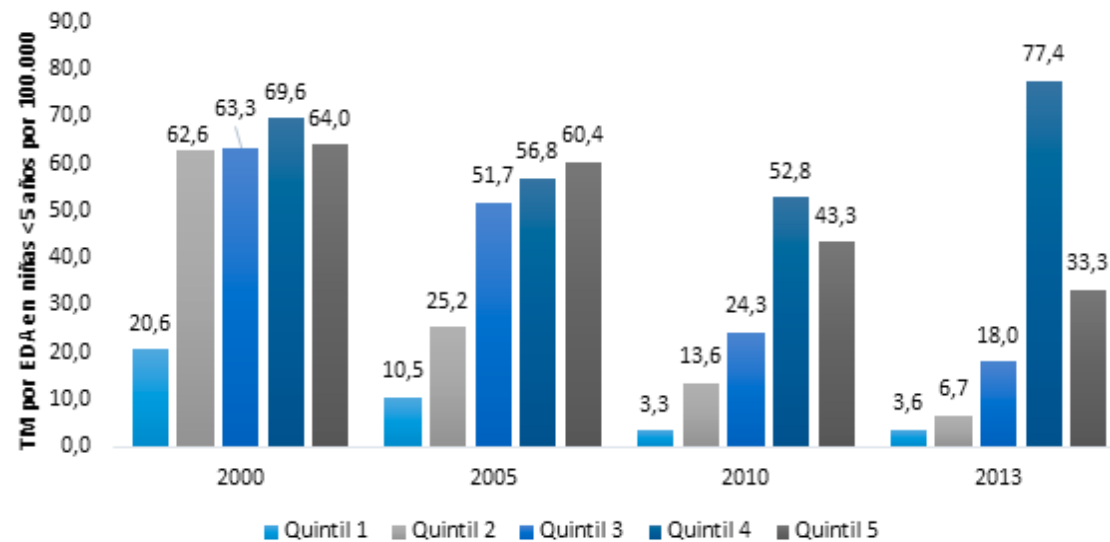


Figura 3.99. Tasa cruda municipal de mortalidad por EDA en niñas menores de cinco años según quintiles de NBI. Colombia 2000, 2005, 2010, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

En los niños, la mayor brecha de desigualdad relativa (razón de tasas de mortalidad por EDA), se observó en los municipios pertenecientes al quintil 5 de NBI, presentándose para 2013 en este quintil de pobreza 15,7 veces más muertes por EDA en comparación con el quintil con mejores condiciones socioeconómicas (quintil 1). Este comportamiento se presentó en todos los años exceptuando el 2010, donde la mayor brecha de desigualdad se registró entre el quintil 4 de NBI y el quintil 1 (Figura 3.100.).

En las niñas, para todos los años, la mayor brecha de desigualdad relativa se presentó en los municipios pertenecientes al quintil 4 de NBI, comparados con el primer quintil de pobreza, seguido por aquellos ubicados en el quintil 5 de NBI.

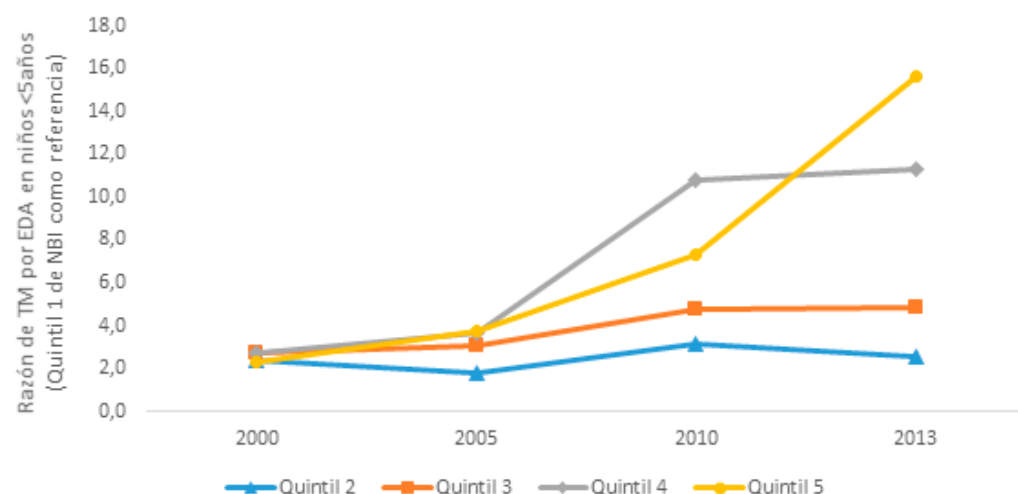


Figura 3.100. Razón de tasas crudas de mortalidad municipales por EDA en niños menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Para 2013, la razón de tasas alcanzó el valor de 21,5 veces más para el quintil 5 (más pobres) en comparación con el quintil 1 de NBI (más ricos) (Figura 3.101.).

Para la población de niñas y niños, la brecha de desigualdad relativa (razón de tasas de mortalidad) en mortalidad por EDA se incrementó entre los años 2000, 2005, 2010 y 2013. Además, al comparar los años 2000 y 2013, se observó un mayor aumento de la brecha en la TM por EDA en contra de los municipios más pobres (pertenecientes a los quintiles 4 y 5 de NBI) (Figuras 3.100. y 3.101.)

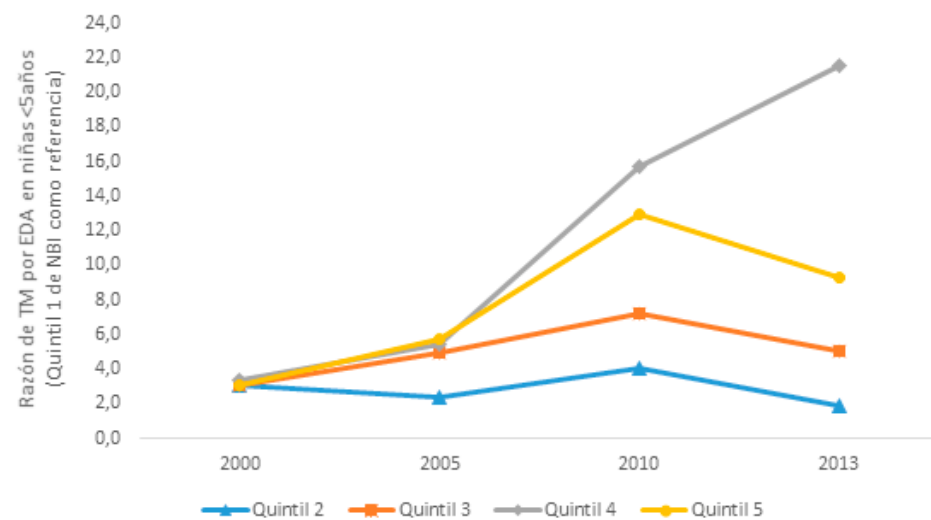


Figura 3.101. Razón de tasas crudas de mortalidad municipales por EDA en niñas menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

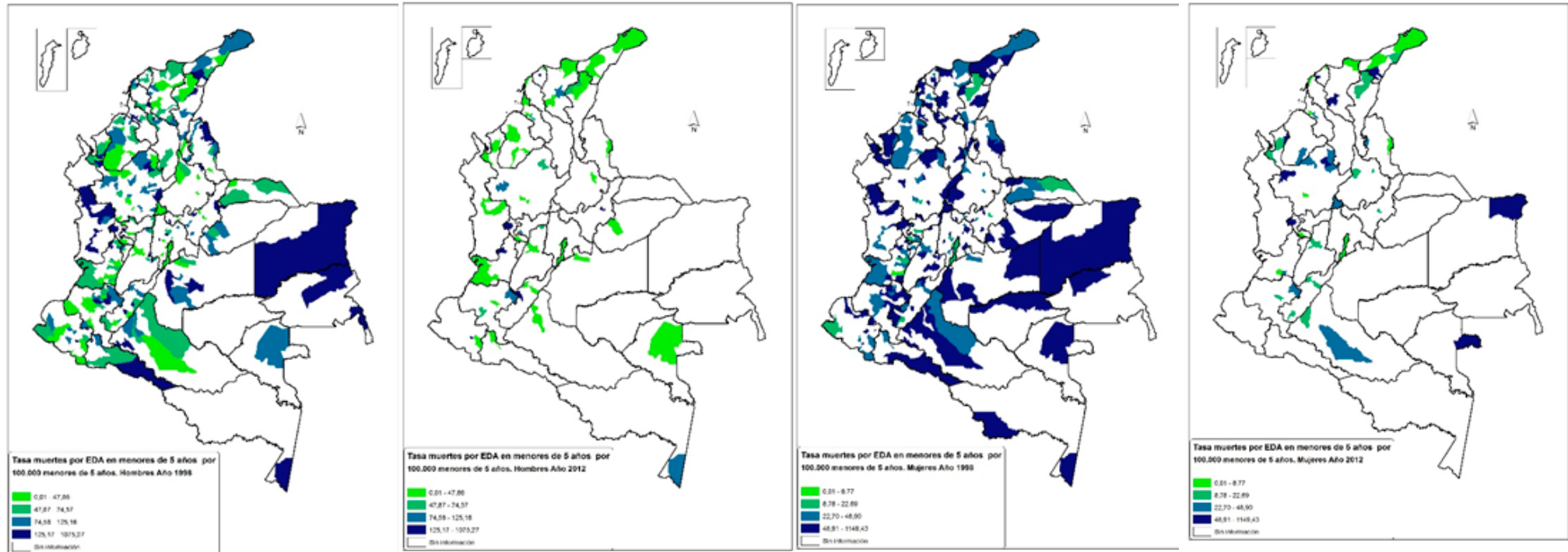


Figura 3.102. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por 100.000 habitantes, según sexo. Colombia. 1998 y 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Al analizar la distribución de la mortalidad por EDA en niños y niñas menores de cinco años, para el periodo 2011-2013, con relación al IPM, se observó que en niños el 90% de las muertes se acumulan en el 80% de la población con IPM más elevado. En niñas, el 50% de las muertes se acumulan en el 40% de la población (Figura 3.102.).

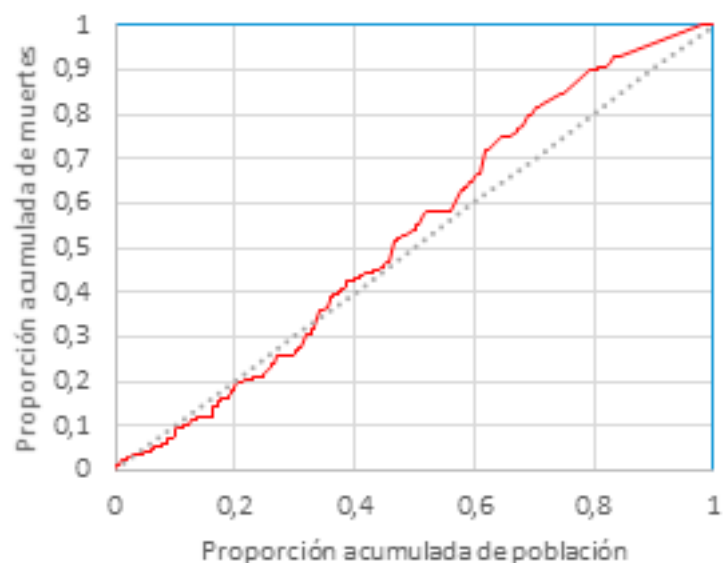


Figura 3.103. Curva de concentración de la mortalidad por EDA en menores de 5 años ordenada por el índice de NBI, a nivel municipal, en hombres. 2011-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

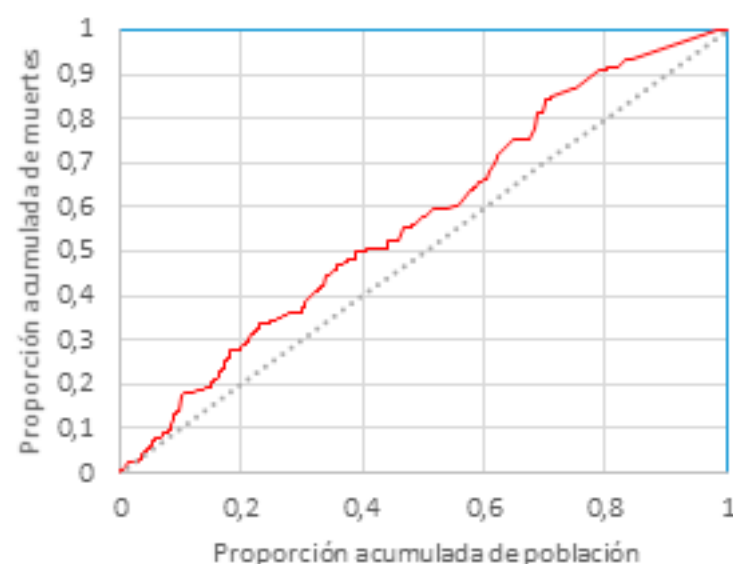


Figura 3.104. Curva de concentración de la mortalidad por EDA en menores de 5 años ordenada por el índice de NBI, a nivel municipal, en mujeres. 2011-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Para el periodo de 1998-2013, la tasa de mortalidad por EDA fue mayor en niños que en niñas. Para 2000, 2005, 2010 y 2013, se evidenció una disminución de la tasa cruda municipal de mortalidad por EDA en menores de cinco años en cada quintil de NBI, no obstante, esta reducción no se presentó en la misma magnitud para todos los quintiles de NBI. Tanto en niños y niñas las brechas de desigualdad relativa (razón de tasas de mortalidad) en mortalidad por EDA aumentaron entre 2005 y 2013 para los municipios ubicados en los quintiles 4 y 5 de NBI, en comparación con los municipios del quintil 1 (menor pobreza). En Colombia las desigualdades existentes en la TM por EDA entre los municipios más pobres en comparación con los menos pobres, continúan siendo un gran reto en materia de salud pública (Figuras 3.103. y 3.104.).

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N°330 2013 [cited 2015 November 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.
2. DANE. Estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/nacimientos-y-defunciones/nacimientos-y-defunciones>.
3. DANE. Estadísticas por tema. Demografía y población. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>.
4. DANE. Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI-. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/calidad-vida/necesidades-basicas-insatisfechas>.

Dimensión grupos diferenciales de poblaciones

3.4.10. Desigualdades de la tasa de mortalidad en menores de cinco años

Nelson Alvis-Zakzuk
Diana Díaz-Jiménez
Carlos Castañeda-Orjuela

En el mundo, mueren diariamente 21.000 niños antes de cumplir los cinco años (1). Además, los niños del quintil más pobre tienen dos veces más probabilidades de morir antes de los cinco años que los del quintil más rico (1). En un estudio realizado por la UNICEF en 49 países, se evidenció que los países que alcanzaron el mayor crecimiento anual entre 1990 y 2000 fueron los que en 1980 registraron las tasas de mortalidad infantil y de pobreza -medida por ingresos- más bajas, mientras que las economías que retrocedieron fueron las que para ese mismo año, presentaron las tasas de mortalidad infantil y pobreza más altas (2). La tasa de mortalidad infantil se reconoce como una medida altamente sensible de la situación de salud de una población (3). El presente análisis, describe las desigualdades de la mortalidad infantil en niños menores de cinco años en Colombia, utilizando al municipio y el departamento como unidad de observación.

Se utilizaron las Estadísticas Vitales y las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (4, 5). Se estimaron tasas crudas de mortalidad infantil (TMI) en menores de cinco años (TMI en <5 años) por 100.000, por departamentos y municipios, para el período 1998-2013. Primero, se describió el panorama general de la mortalidad infantil en menores de cinco años a nivel nacional y por departamentos. En segunda instancia, se analizaron las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad infantil a nivel municipal, según sexo y quintiles del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), para 2000, 2005, 2010 y 2013. Los quintiles de NBI se basaron en la distribución a 30 de junio de 2011 calculada a partir de datos del Censo 2005 por el DANE (6).

De igual manera, se estimaron curvas de concentración de las muertes en menores de cinco años, que fueron ordenadas de acuerdo al índice de pobreza multidimensional (IPM). Además, se realizó un modelo de regresión lineal con errores estándar robustos, para indagar la relación entre la TMI en menores de cinco (5) años, a nivel departamental y las variables explicativas, índice de *Gini* y Producto Interno Bruto *per cápita* (PIBpc) (7, 8).

Panorama general de la mortalidad infantil en menores de cinco años a nivel nacional y departamental

En Colombia, entre 1998 y 2013 se registraron 220.491 muertes por todas las causas en menores de cinco años. En la Figura 3.105 se observó que la TMI por 100.000 fue mayor en niños que en niñas, durante todo el periodo de estudio. Además, se observó que la TMI por sexo disminuyó entre 1998 y 2012 (Figura 3.106.).

Entre 1998 y 2013, la mayoría de los departamentos de Colombia redujeron sus TMI por 100.000 en menores de cinco años. Los departamentos de Amazonas, Cesar, Guainía y Vaupés fueron los únicos que aumentaron sus TMI entre 1998 y 2013. Resaltó el incremento de la TMI de Vaupés, departamento que aumentó su TMI en 156%. De otro lado, los departamentos que evidenciaron mayores reducciones en su TMI en menores de cinco años fueron Quindío, Vichada y Caquetá (Figura 3.111).

Para los años de 1998 y 2013, los departamentos que registraron TMI en niños, mayores a la TMI nacional, fueron Bolívar, Cauca, Atlántico, Guainía, Meta, Huila, Amazonas y Caquetá. En niñas, los departamentos que presentaron tasas mayores a la nacional para 1998 y 2013 fueron Bolívar, Chocó, Cauca, Meta, Atlántico, La Guajira, Huila, Amazonas, Guainía, Caquetá y Vichada. Respecto a 1998, en niños, los departamentos que aumentaron su TMI fueron Vaupés, Amazonas, Guainía y Cesar. En niñas, los departamentos que aumentaron sus tasas fueron Guaviare, Cesar, Vaupés y San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Al comparar tasas extremas de mortalidad infantil en niñas, se evidenció que para 1998, la TMI en Vichada fue 3,7 veces mayor que la del departamento con la menor tasa para ese año. Para 2013, esta diferencia fue de 3,8 veces entre los departamentos con tasas extremas. De otro lado, en niños, en el departamento con mayor TMI para 1998, morían 4,7 veces más niños que en el departamento de menor tasa. Para 2013 esta diferencia fue de 5,8 veces (Tabla 3.21.).

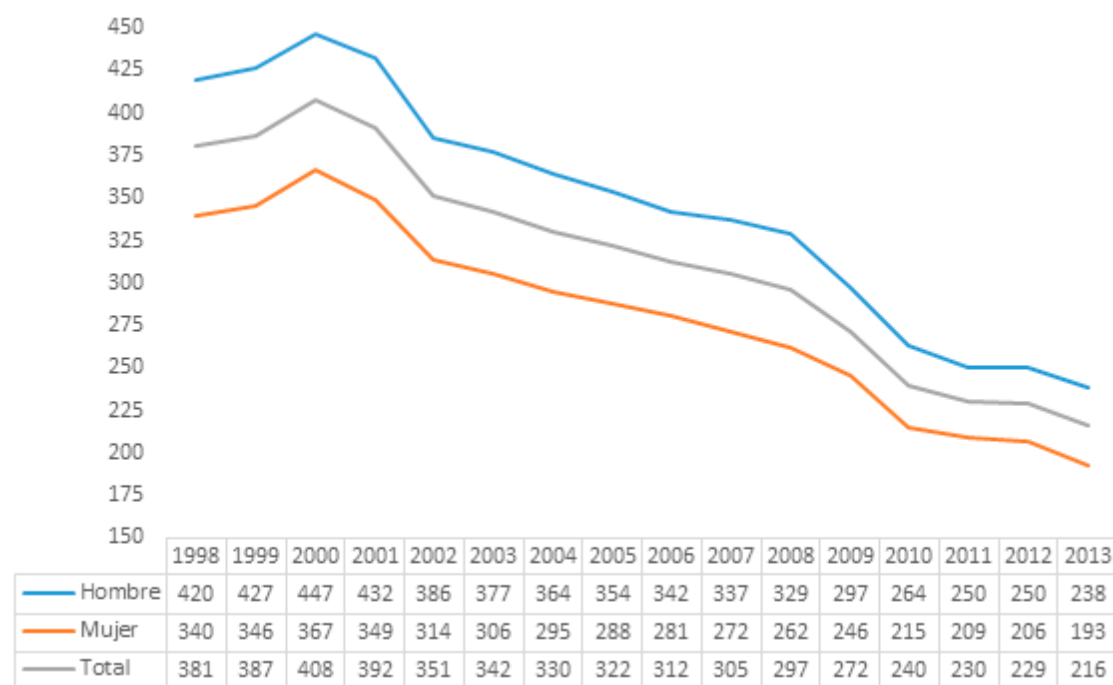


Figura 3.105. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por cada 100.000 menores de cinco años. Por sexo. Colombia 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

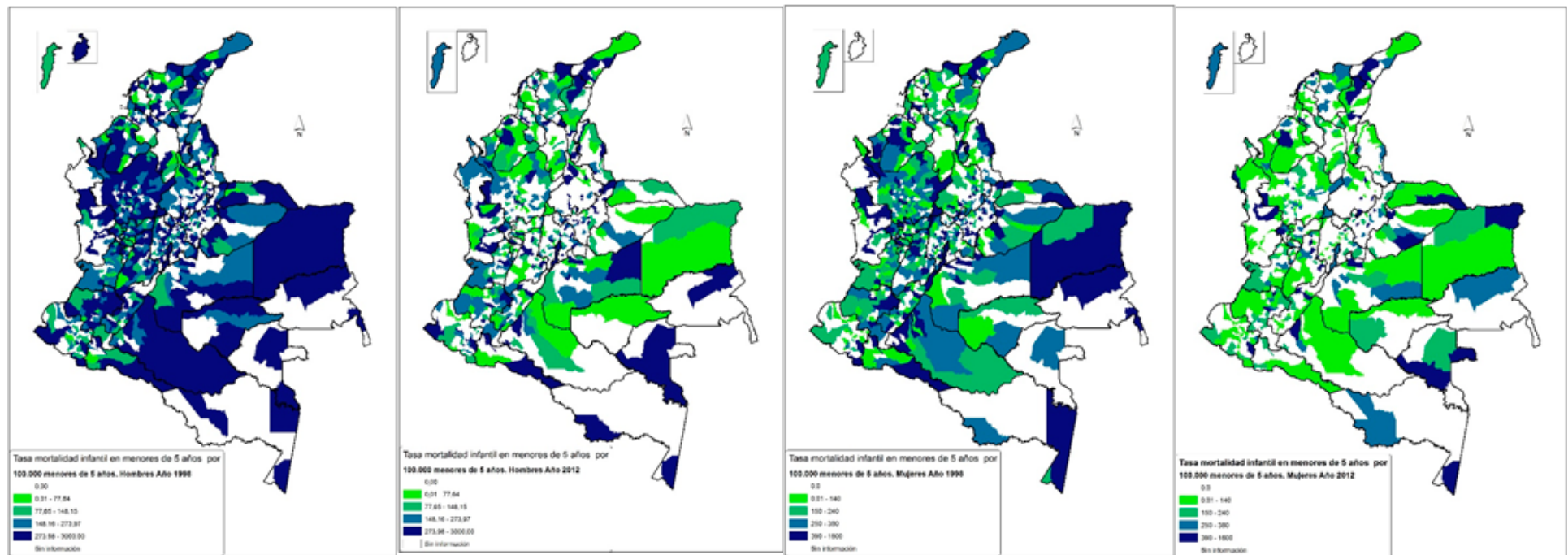


Figura 3.106. Tasa de mortalidad en la niñez por 100.000 personas menores de cinco años. Colombia, 1998-2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

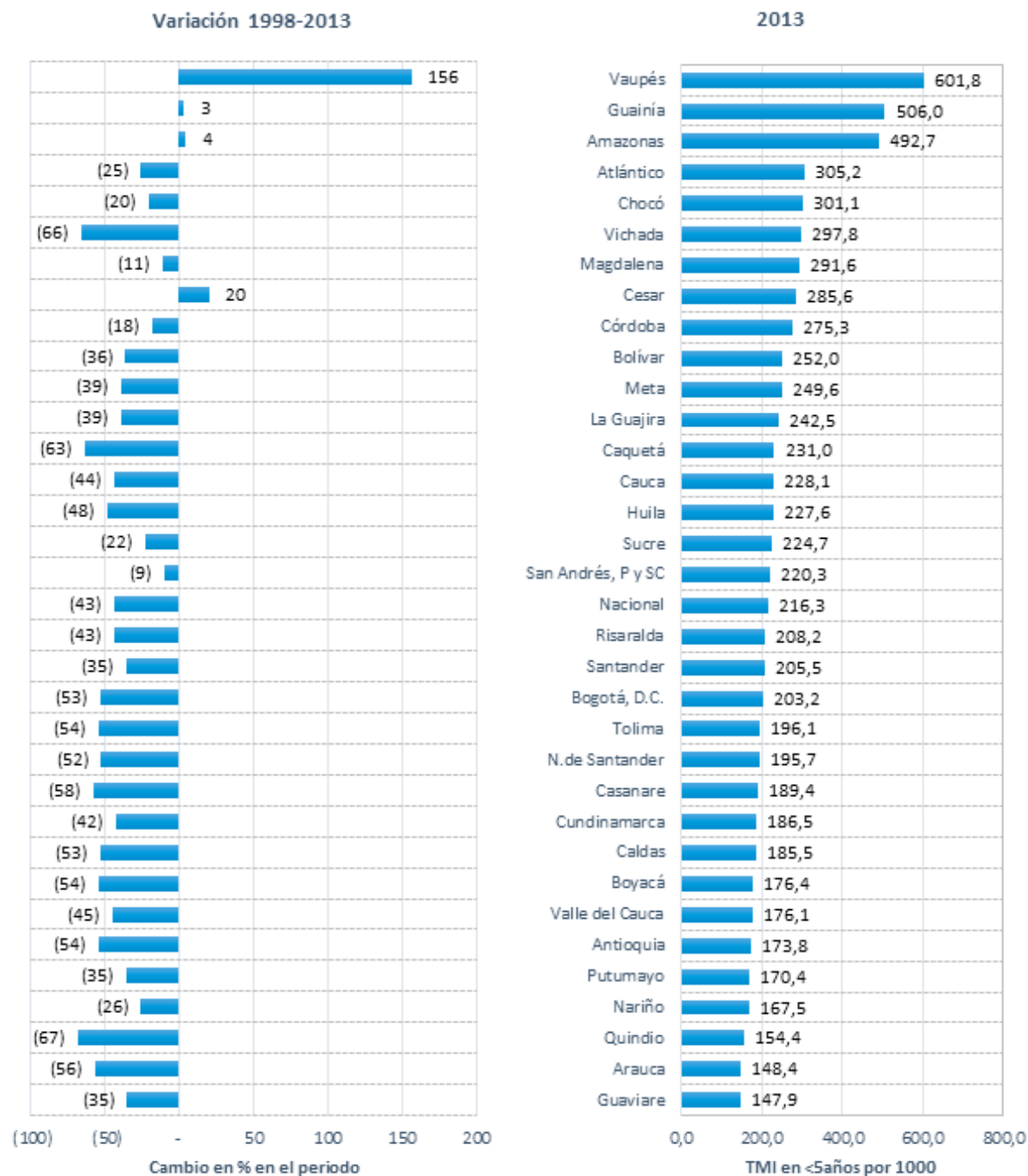


Figura 3.107. Tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años por 100.000, por departamentos, para 2013 y cambio porcentual de las tasas de mortalidad en el periodo 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Tabla 3.21. Tasas de mortalidad infantil en niños y niñas menores de cinco años, por departamentos, por 100.000. Colombia 1998 y 2005

TMI extremas	1998		2005	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Departamento con mayor TMI	Vichada	Caquetá (104,4)	Vaupés (32,7)	Vaupés (34,2)
(1102,8)	Vichada (627,8)	Vaupés (719,4)	Vaupés (478,8)	Bogotá (0,7)
Departamento con menor TMI	Arch. San Andres, Prov. Y Sta. Catalina (236,8)	Guaviare (169)	Guaviare (124,1)	Putumayo (124,6)
Razón de tasas extremas	4,7	3,7	5,8	3,8

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad infantil municipal, según sexo y quintiles de NBI en Colombia

Al estimar las tasas de mortalidad infantil en niños menores de cinco años por 100.000, se observó una relación no esperada entre la TMI y los quintiles de NBI; donde la tasa cruda de mortalidad municipal fue menor a medida que el porcentaje de hogares con NBI aumentó. Sin embargo, lo esperado sería que la tasa de mortalidad infantil se asociase positivamente con el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Este fenómeno se evidenció en mayor medida para el año 2000, donde la tasa de mortalidad de los quintiles 1 y 2 (menor pobreza) de NBI es paradójicamente dos veces más que la TMI de los municipios pertenecientes al quintil 5 (más pobres por NBI) (Figura 3.108.).

De otro lado, para las niñas, la tasa de mortalidad municipal por quintiles de NBI presentó un comportamiento similar al observado en niños, donde los municipios pertenecientes a los quintiles más altos de NBI registraron menores tasas de mortalidad municipales. Para niños y niñas, la tasa de mortalidad disminuyó entre los años 2000, 2005, 2010 y 2013. El peor escenario, en términos de mortalidad, se encontró en la TMI del quintil 2 de NBI, para el año 2000 (Figura 3.108. y 3.109.).

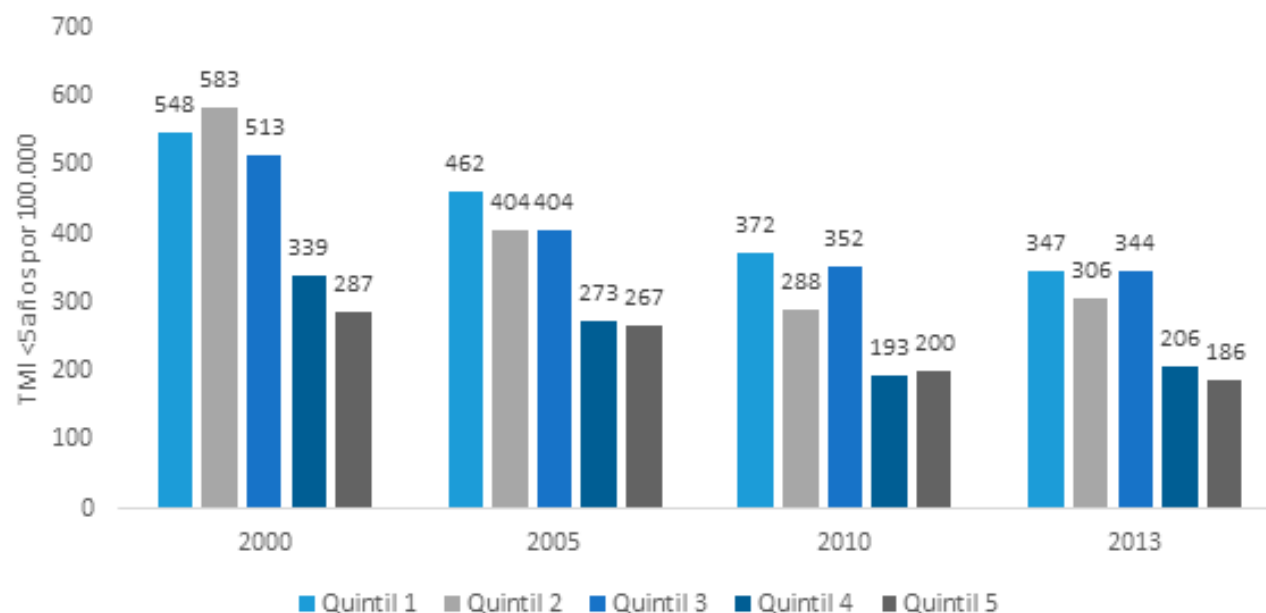


Figura 3.108. Tasa cruda municipal de mortalidad infantil en niños menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

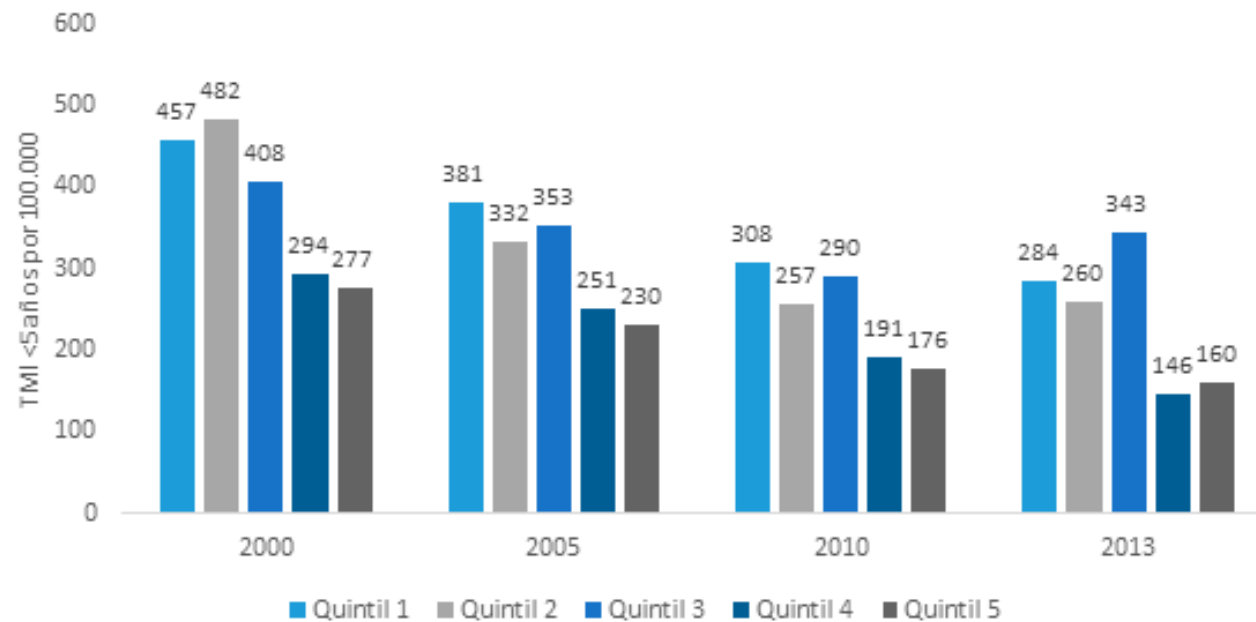


Figura 3.109. Tasa cruda municipal de mortalidad infantil en niñas menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Al analizar la distribución de la mortalidad infantil en niños y niñas, para el periodo de 2011-2013, con relación al IPM, se observó que, en niños, el 50% de las muertes se acumularon en el 24% de la población con IPM más elevado. En niñas, el 50% de las muertes se acumularon en el 22% de la población con IPM más alto (Figuras 3.110. y 3.111.).

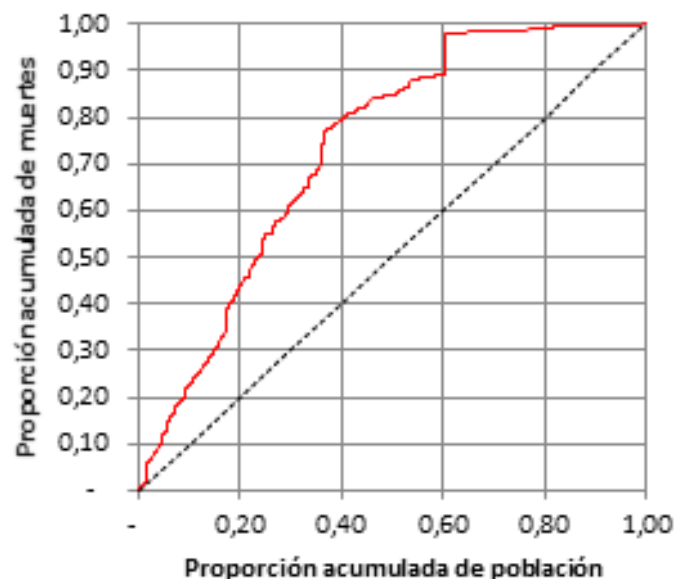


Figura 3.110. Curva de concentración de la TMI en niños menores de cinco años por 100.000, ordenada por el índice de pobreza multidimensional, a nivel municipal. Colombia 2011-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

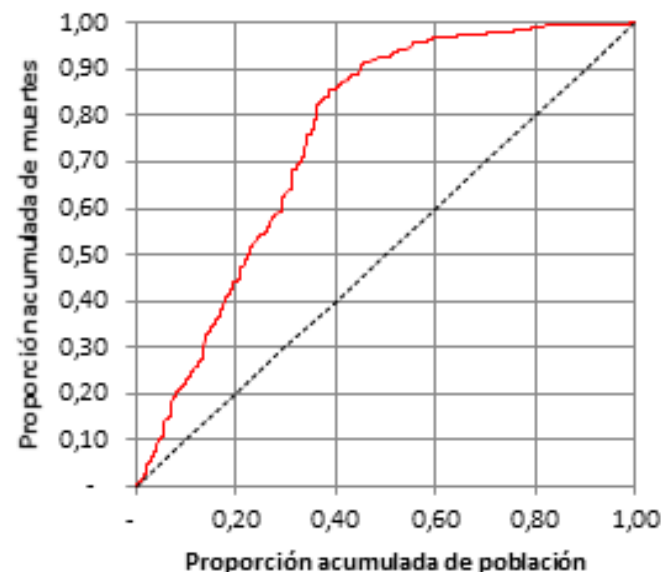


Figura 3.111. Curva de concentración de la TMI en niñas menores de cinco años por 100.000, ordenada por el índice de pobreza multidimensional, a nivel municipal. Colombia 2011-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

La mortalidad infantil y su relación con la producción per cápita y la desigualdad en el ingreso a nivel departamental

En la Tabla 3.22. se presenta la relación entre la tasa de mortalidad infantil y algunas variables socioeconómicas. El Modelo 1 relacionó a la TMI como variable dependiente, contra el índice de *Gini* y el PIBpc a precios constantes de 2005, y ajustó adicionalmente por año y sexo mediante un modelo de regresión lineal. El Modelo 2, relacionó las variables mencionadas anteriormente y, además, ajustó por departamentos, revelando la confusión que esta variable tiene sobre las variables socioeconómicas.

Tabla 3.22. Modelos de regresión lineal de la tasa de mortalidad infantil departamental y su asociación con el índice de *Gini* y el PIBpc, Colombia 2000-2012

VARIABLES	Modelo 1 TMI	Modelo 2 TMI
R-cuadrado	0.539	0.801
Constante	26,508*** (1,362)	25,848*** (1,236)
Sexo (niños), referencia niñas	59.37*** (4.859)	59.37*** (3.285)
Índice de Gini	35.28 (66.27)	271.5*** (72.71)
PIB per cápita	2.64e-06*** (5.79e-07)	-4.63e-07 (3.19e-06)
Año	-13.09*** (0.675)	-12.83*** (0.628)
Departamento (Referencia Antioquia)		
Atlántico		90.18*** (13.72)
Bogotá		34.18* (18.86)
Bolívar		47.84*** (10.99)
Boyacá		5.962 (8.153)
Caldas		0.985 (13.19)
Caquetá		109.7*** (21.68)
Cauca		38.61** (16.82)
Cesar		119.4*** (13.56)
Córdoba		44.02 (28.65)
Cundinamarca		5.139 (28.84)
Chocó		55.97** (22.29)
Huila		29.32 (28.15)
La Guajira		23.16 (28.24)
Magdalena		73.30** (29.34)
Meta		65.11** (26.87)
Nariño		-24.47 (29.73)
Norte de Santander		49.13* (29.66)
Quindío		-8.164 (29.09)
Risaralda		25.64 (28.87)
Santander		-22.76 (26.46)
Sucre		-26.65 (29.69)
Tolima		4.819 (29.36)
Valle del Cauca		-10.65 (26.88)

Errores estándar robustos en paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

En el Modelo 1 (Tabla 3.22.), presentó una relación opuesta a la esperada entre la TMI y el PIBpc, aunque es estadísticamente significativa. Además, entre la TMI y el índice de *Gini*, se presentó una relación directa (asociación esperada), aunque no es estadísticamente significativa. De otra parte, en el modelo final (Modelo 2, Tabla 3.22.), al controlar por variables no medidas a nivel departamental, se obtuvieron estimadores insesgados, es decir, se logró identificar el efecto que tenían otras variables antes omitidas sobre la variable dependiente (TMI). En este Modelo, se evidenció una relación directa y estadísticamente significativa entre el índice de *Gini* departamental y la tasa de mortalidad infantil, de manera que, a mayor desigualdad, se esperaba una mayor tasa de mortalidad infantil departamental (Tabla 3.22.). La asociación entre el PIB *per cápita* y la TMI, es negativa, como se esperaba, sin embargo, esta relación no fue estadísticamente significativa en el modelo final.

Por medio del análisis anterior, se evidenció una tendencia decreciente de la tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años por 100.000 en todos los niveles de análisis, a saber, departamento, municipio y país, durante el periodo de estudio. Respecto a las tasas de mortalidad infantil extremas, a nivel departamental, resaltó la expansión de las brechas de mortalidad infantil, tanto en niñas como en niños. Se destacó también que en el periodo de estudio (1998-2013) hubo departamentos que aumentaron sus tasas de mortalidad infantil.

En el análisis de desigualdades socioeconómicas se evidenciaron algunos resultados interesantes. En primera instancia, fue clara la desigualdad expresada en las curvas de concentración, tanto en niñas, como en niños, donde una gran proporción de muertes, se acumuló en la población con alta pobreza, medida por el índice de pobreza multidimensional. De otra parte, al estimar la tasa de mortalidad infantil por quintiles de pobreza, a nivel municipal, se observó que para los años del análisis (2000, 2005, 2010 y 2013), los quintiles con mayores necesidades básicas insatisfechas, presentaron menores TMI. La relación anterior no resultó ser la esperada, especialmente cuando anteriormente se ha relacionado la pobreza como predictor de la mortalidad infantil en Colombia (9).

Sin embargo, al realizar análisis explicativos con otras variables socioeconómicas, y ajustar dichos análisis con variables de territorio, se logró identificar un efecto de confusión sobre la asociación con los indicadores socioeconómicos, asociando aumentos de la desigualdad, medida por el índice de *Gini*, con incrementos de la mortalidad infantil, a nivel departamental en Colombia.

Referencias

1. World Health Organization. 10 FACTS ON HEALTH INEQUITIES AND THEIR CAUSES [cited 2015 november 5]. Available from: http://www.who.int/feature/factfiles/health_inequities/facts/en/.
2. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2004. Available from: [http://www.unicef.org/spanish/sowc/archive/SPANISH/Estado Mundial de la Infancia 2004.pdf](http://www.unicef.org/spanish/sowc/archive/SPANISH/Estado_Mundial_de_la_Infancia_2004.pdf).
3. Reidpath DD, Allotey P. Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of epidemiology and community health*. 2003;57(5):344-6.
4. DANE. Estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/nacimientos-y-defunciones/nacimientos-y-defunciones>.
5. DANE. Estadísticas por tema. Demografía y población. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>.
6. DANE. Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI-. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/calidad-vida/necesidades-basicas-insatisfechas?>
7. DANE. Cuentas nacionales. Departamentales. RESULTADOS PIB DEPARTAMENTAL AÑO 2014 PRELIMINAR (BASE 2005) [cited 2015 december 26]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/cuentas-economicas/cuentas-departamentales>.
8. DANE. Encuesta Continua de Hogares (2002-2006) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2012).
9. Alvis-Zakzuk N, Paternina-Caicedo A, Sotomayor MC, Hoz FDL, Alvis-Guzmán N. DESIGUALDADES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y POBREZA EN COLOMBIA: ANÁLISIS INTER-CENSAL (1993 Y 2005). *Revista Ciencias Biomédicas*. 2015;6(1).

3.4.11. Desigualdades en la mortalidad por infección respiratoria aguda en Colombia

Nelson Alvis-Zakzuk
Diana Díaz-Jiménez
Carlos Castañeda-Orjuela

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una causa importante de morbilidad y mortalidad en niños a nivel global, especialmente en países de bajo ingreso (1-3). Se estima que 1,9 millones de niños mueren anualmente a causa de IRA, y el 70% de ellos en África y el sudeste asiático (4). Entre las IRA, la neumonía es una importante causa de muertes en niños menores de cinco años, siendo la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo (5). Para 2015, se calculó que la neumonía generó 922.000 defunciones en niños menores de cinco años, lo que supone el 15% de todas las muertes en menores en todo el mundo (6).

El presente apartado describe las desigualdades en la mortalidad por IRA en menores de cinco años. Para esto, se utilizaron las estadísticas vitales y las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (7, 8). Se estimaron tasas crudas de mortalidad por IRA en menores de cinco años (TM por IRA en <5 años) por 100.000, por departamentos y municipios, para el período 1998-2013. Primero, se describe el panorama general de la mortalidad por IRA en menores de cinco años a nivel nacional y por departamentos.

En segunda instancia, se analizaron las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por IRA a nivel municipal, según sexo y quintiles del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), para 2000, 2005, 2010 y 2013. Los quintiles de NBI se basaron en la distribución a 30 de junio de 2011 calculada a partir de datos del Censo 2005 DANE (9). De igual manera, se estimaron curvas de concentración de las muertes por IRA, que fueron ordenadas de acuerdo al índice de pobreza multidimensional (IPM) de los más pobres a los más ricos.

Panorama general de la mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años a nivel nacional y departamental

En Colombia, entre 1998 y 2013 murieron 22.349 niños menores de cinco años a causa de IRA. Entre este periodo las muertes se redujeron en 64,1%. En la Figura 3.112., se observa que la tasa de mortalidad por IRA es mayor en hombres que en mujeres, durante todo el periodo de estudio. Además, se evidenció que, a lo largo del período de estudio, las TM por IRA disminuyeron tanto en niños como en niñas (Figura 3.112 y Figura 3.118).

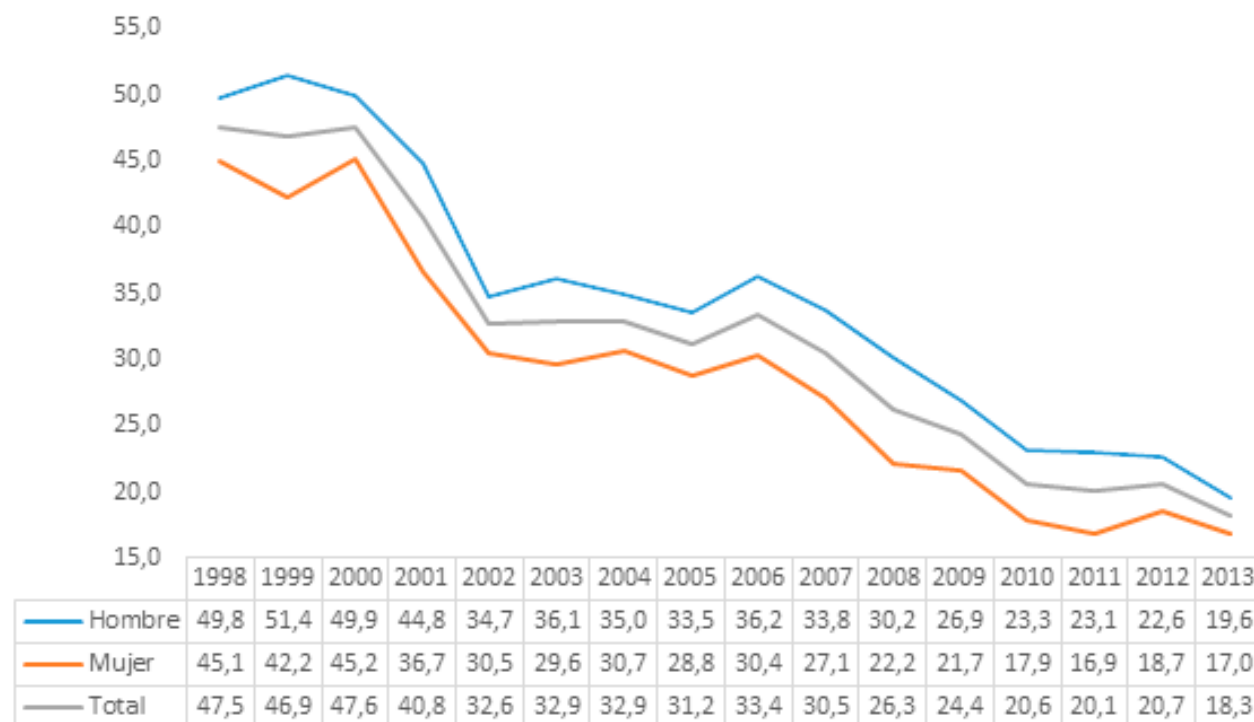


Figura 3.112. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años por 100.000, según sexo. Colombia 1998-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Entre 1998 y 2013 la mayoría de los departamentos de Colombia disminuyeron la mortalidad por IRA en menores de cinco años. Los departamentos de Amazonas, Guainía, Cesar y Guaviare fueron los únicos que incrementaron sus TM por IRA durante este periodo. De otro lado, los departamentos que redujeron en mayor proporción sus TM por IRA fueron Vichada, Caquetá, Bogotá, D.C. y Meta, disminuyendo sus TM en 85, 83, 81 y 76%, respectivamente (Figura 3.113).

Para 1998 y 2013, los departamentos que registraron TM por IRA en niños < 5 años, mayores a la nacional, fueron Casanare, Cauca, Guainía, La Guajira, Amazonas y Caquetá. En niñas, los departamentos que presentaron tasas mayores a la nacional

para 1998 y 2013 fueron Casanare, Cauca, La Guajira, Amazonas y Caquetá. Respecto a 1998, en niños, los departamentos que aumentaron su TM por IRA fueron Chocó, Cesar y Vaupés. En niñas, los que aumentaron sus TM fueron Arauca, Cesar, Amazonas y Guaviare.

Al comparar las tasas extremas de mortalidad por IRA en niños, se evidenció que para 1998, la mortalidad por IRA en Vichada, fue 7,1 veces mayor que la del departamento con la menor tasa para ese año. Para 2013, esta diferencia fue de 27,5 veces. De otro lado, en niñas, en el departamento con mayor TM por IRA para 1998, morían 8,5 veces más que en el de menor tasa. Para 2013 esta diferencia fue de 25,7 veces (Tabla 3.23.).

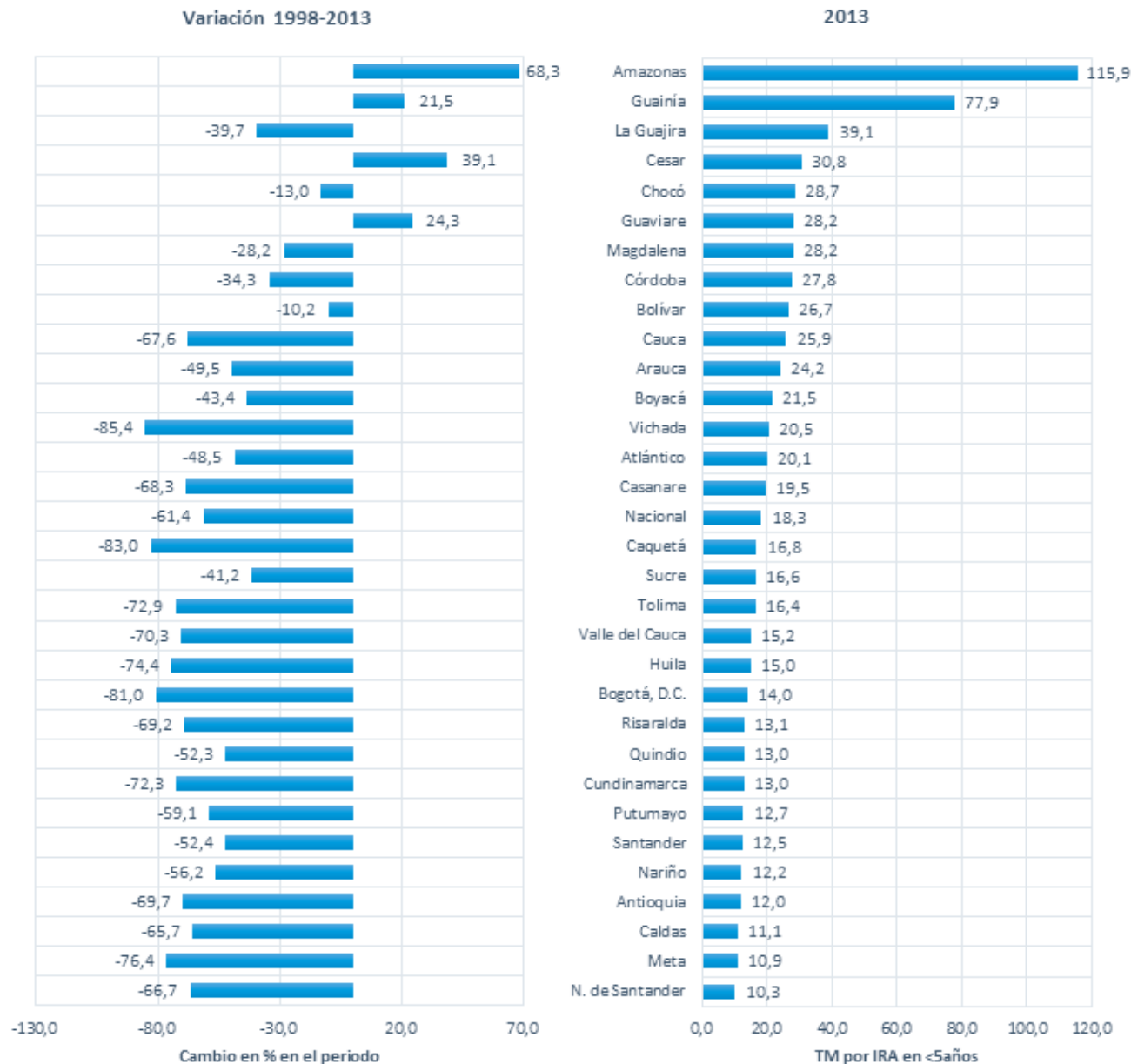


Figura 3.113. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años por 100.000, por departamentos, para 2013 y cambio porcentual de las tasas de mortalidad en el periodo 1999-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Tabla 3.23. Razones de tasas de mortalidad por IRA en niños y niñas menores de cinco años entre departamentos. Colombia 1998 y 2005.

TM por IRA extremas	1998		2005	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Departamento con mayor TM por IRA	Vichada (150,4)	Vichada (130,8)	Vaupés (163,5)	Vaupés (171)
Departamento con menor TM por IRA	Caldas (21,1)	Guaviare (15,4)	Arauca (5,9)	Meta (6,7)
Razón de tasas extremas	7,1	8,5	27,5	25,7
Razón de tasas extremas	4,7	3,7	5,8	3,8

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad municipal por IRA según sexo y quintiles de NBI en Colombia

Al estimar las TM municipales por IRA en menores de cinco años, según la condición socioeconómica medida por NBI municipales, se observó que en el primer quintil (menor pobreza), las TM por IRA fueron menores para 2000, 2005, 2010 y 2013, tanto en niñas como niños, comparado con los otros quintiles de pobreza (Figuras 3.114. y 3.115.). Para el año 2010, las TM por IRA en niños fueron aumentando de acuerdo al nivel socioeconómico de los municipios, es decir, la mortalidad por IRA fue menor en los quintiles, con mejor situación socioeconómica, y los de mayores NBI registraron tasas crudas más elevadas.

La relación que guardan estas dos variables para el 2010, respecto a la mortalidad por IRA en niños, es la que se esperarí a relacionar pobreza con mortalidad por IRA. En 2005, los municipios de los quintiles de menores NBI registraron menores TM por IRA en niños, excepto para el último quintil. En 2000 no se presentó esta relación, y el gradiente opuesto con menores TM por IRA, a mayor NBI (Figuras 3.114 y 3.115).

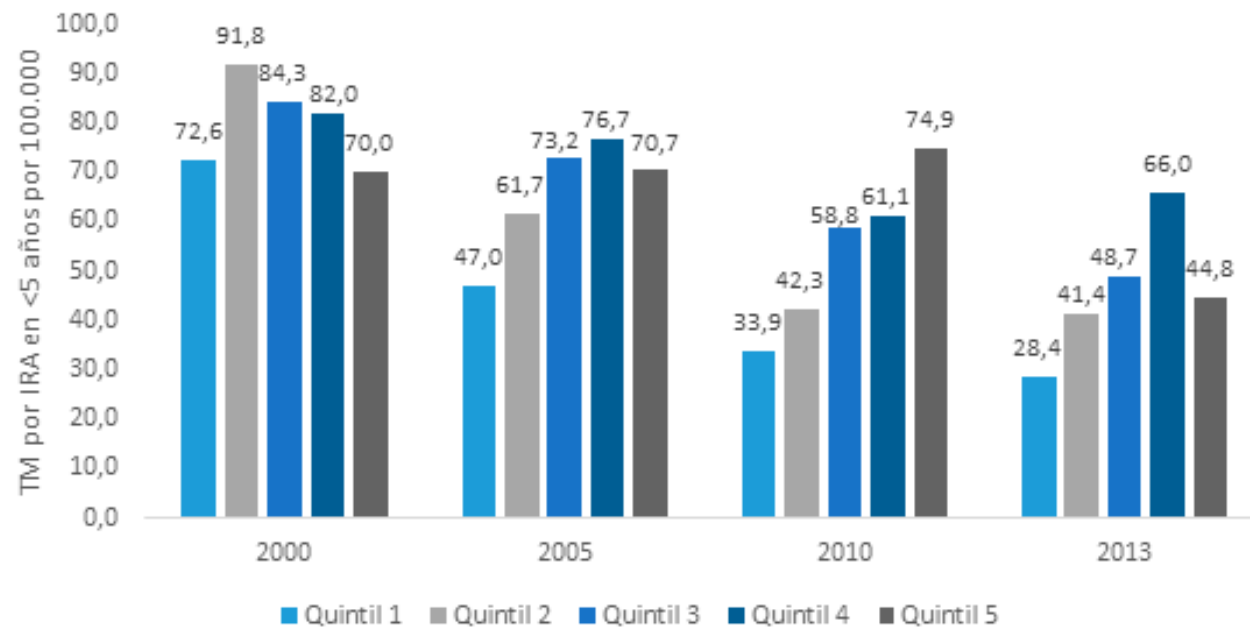


Figura 3.114. Tasa cruda municipal de mortalidad por IRA en niños menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

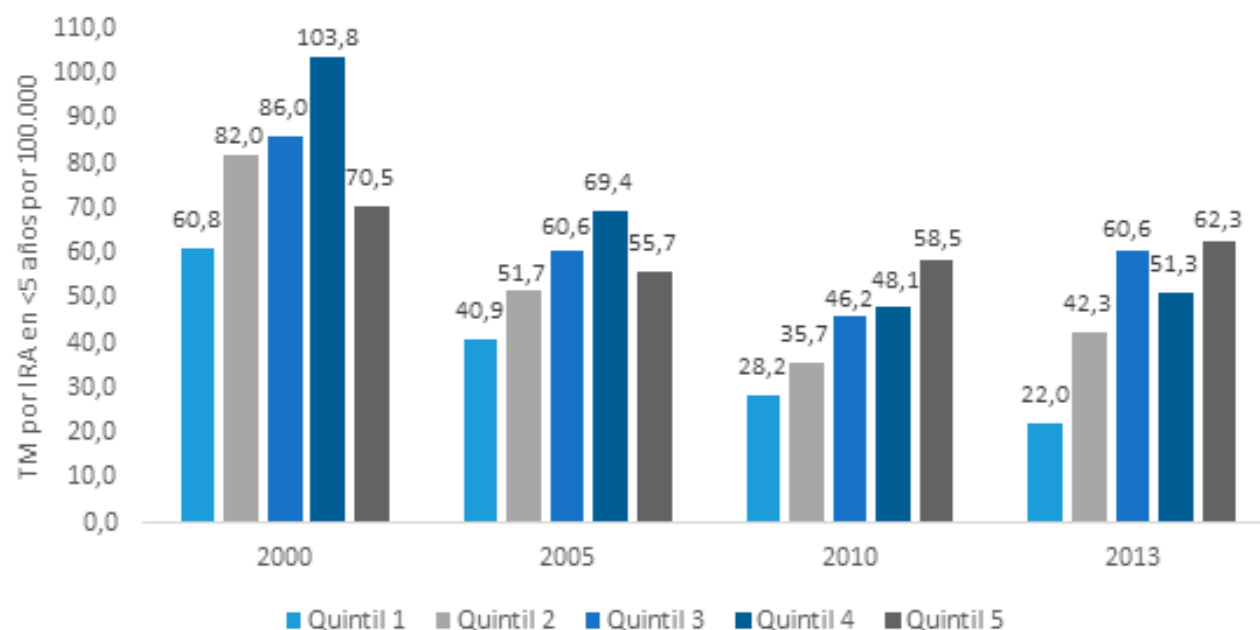


Figura 3.115. Tasa cruda municipal de mortalidad por IRA en niñas menores de cinco años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Respecto a la tasa de mortalidad por IRA en niñas menores de cinco años, estimada por quintiles de pobreza, se observó que para el 2000, a medida que la pobreza disminuyó, también lo hace la mortalidad por IRA, según lo esperado, excepto para el quintil 5. Teniendo en cuenta los años de análisis, en 2010 y 2013, la TM por IRA del quintil más pobre fue mayor que la tasa del quintil con menores NBI. Esta relación no es tan clara para 2000 y 2005, donde las tasas de los quintiles 5 no son las mayores. Lo anterior evidenció inequidades sociales para los resultados en salud, evaluadas por la pobreza de la población (Figura 3.115.).

De otro lado, la brecha de desigualdad relativa (razón de tasas de mortalidad), de la tasa cruda municipal de mortalidad por IRA en niños menores de cinco años, según quintiles de NBI, presentó un incremento a lo largo de los años estudiados (Figura 3.116.).

Se observó que para 2010, en el quintil 5 (municipios con peores condiciones socioeconómicas) morían 2,2 veces más niños menores de cinco años, que en el quintil con menores NBI (quintil 1). En 2010 se evidenció la máxima expresión de desigualdad, donde los quintiles más pobres tienen mayores TM por IRA. Sin embargo, es para 2013, donde en el segundo quintil con mayores NBI (quintil 4), la TM por IRA en niños menores de cinco años es 2,3 veces mayor que la del quintil con menor pobreza.

Respecto a la brecha de desigualdad relativa de mortalidad por IRA en niñas, se evidenció que para 2010 y 2013, la TM por IRA en menores de cinco años en los quintiles de peores condiciones socioeconómicas, según NBI, fue 2,1 y 2,8 veces mayor a la de los municipios del primer quintil de NBI, respectivamente. Es decir, para estos años, se amplió la brecha de desigualdad en la mortalidad por IRA entre pobres y ricos. Para 2000 y 2005, la TMI municipal por IRA del segundo quintil con peores condiciones socioeconómicas (quintil 4), fue 1,6 y 1,8 veces mayor a la expresada en quintil 1, respectivamente (Figura 3.117.).

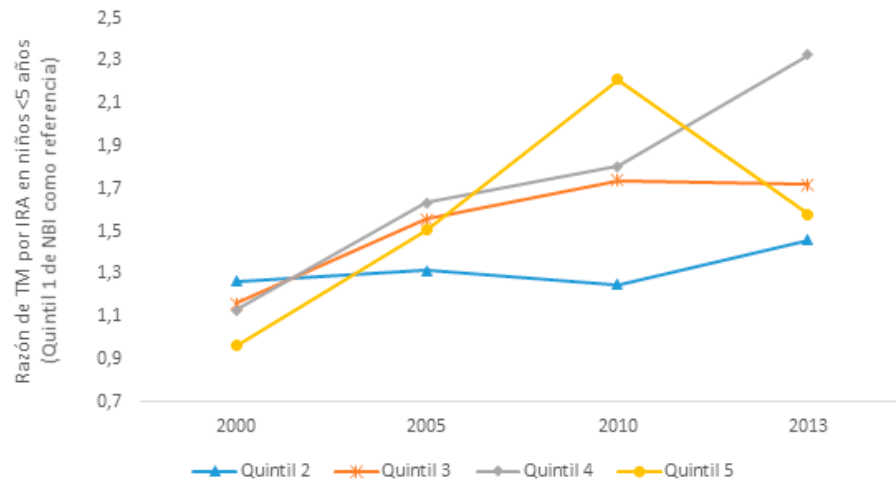


Figura 3.116. Razón de tasas crudas de mortalidad municipal por IRA en niños menores de 5 años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

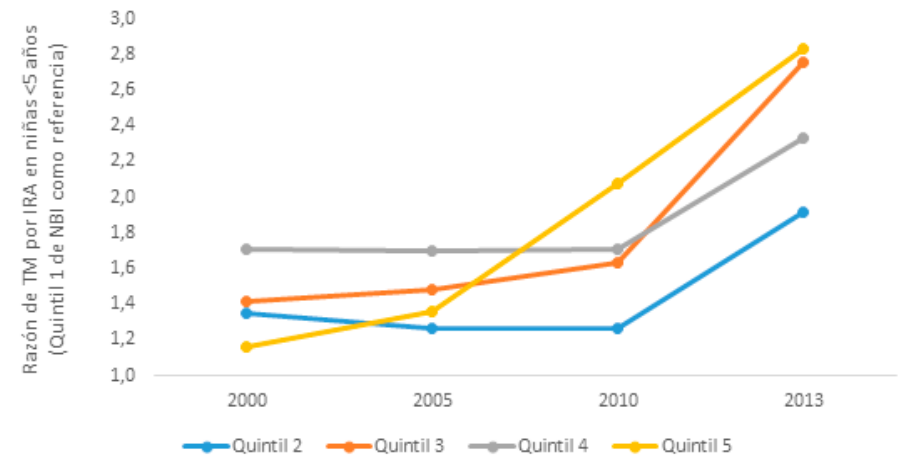


Figura 3.117. Razón de tasas crudas de mortalidad municipal por IRA en niñas menores de 5 años, según quintiles de NBI. Colombia, 2000, 2005, 2010, 2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

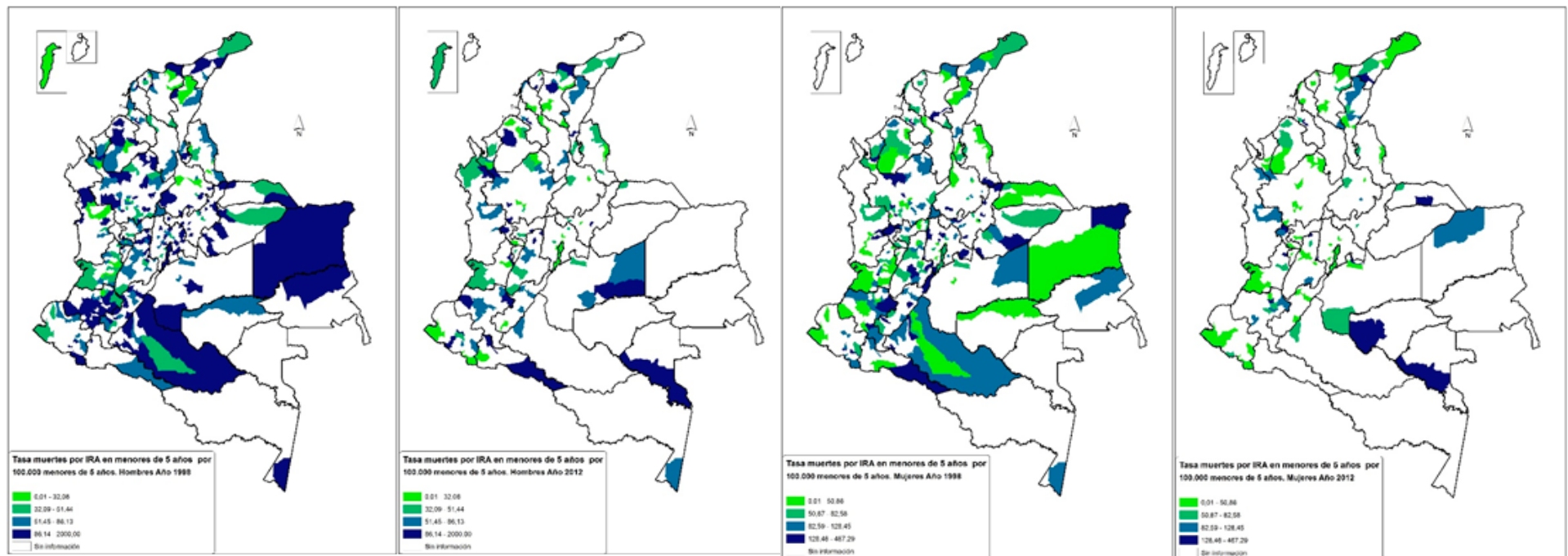


Figura 3.118. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años por 100.000, por municipios y sexo. Colombia. 1998 y 2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

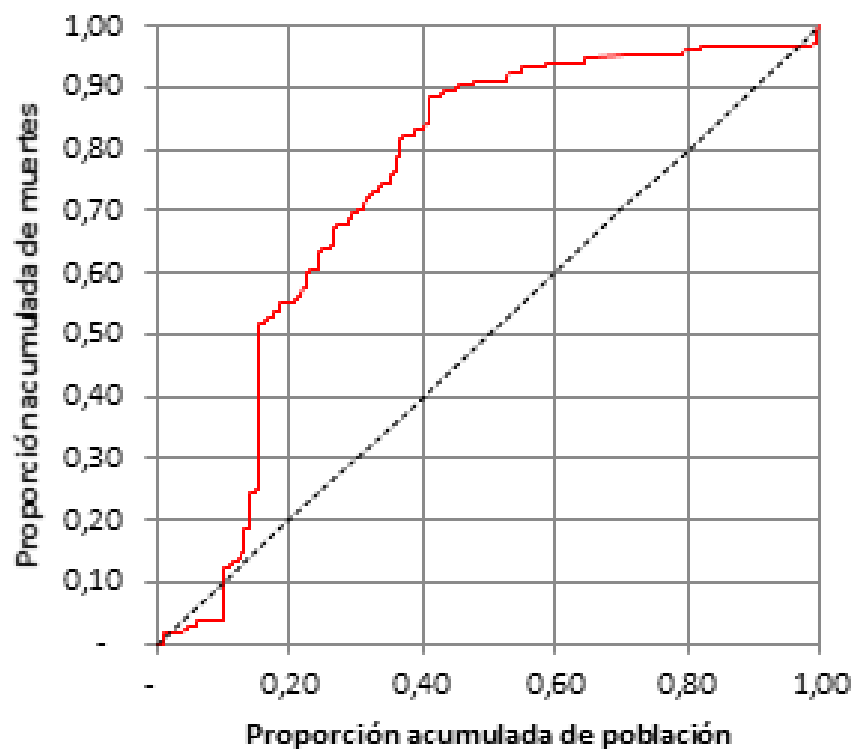


Figura 3.119. Curva de concentración de la mortalidad por IRA en niños menores de 5 años ordenada por el índice de pobreza multidimensional, por municipios. 2011-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

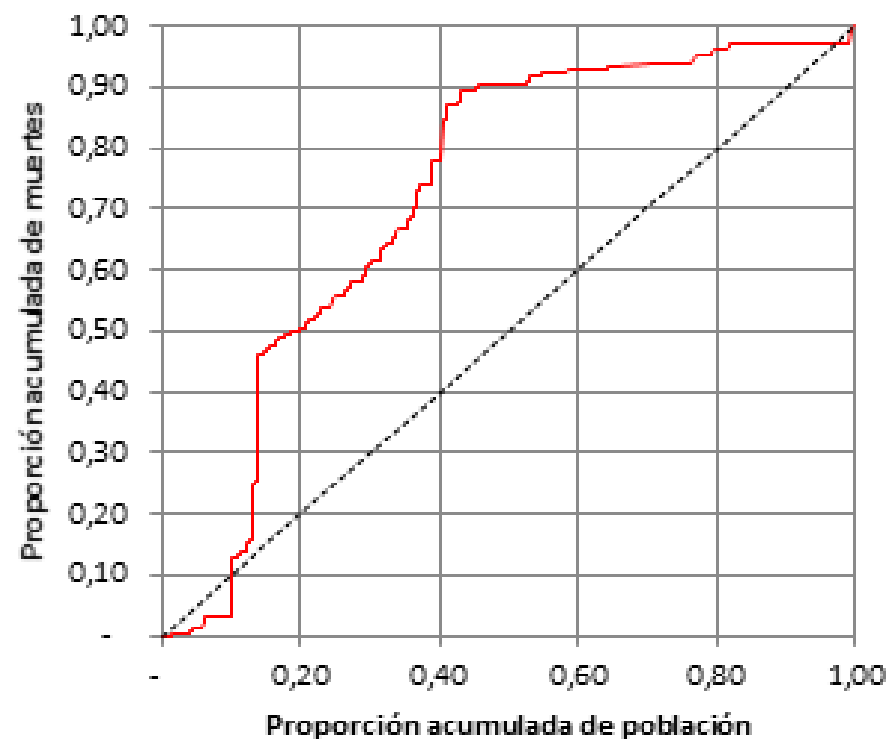


Figura 3.120. Curva de concentración de la mortalidad por IRA en niñas menores de 5 años ordenada por el índice de pobreza multidimensional, por departamentos. 2011-2013

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos del DANE

Al analizar la distribución de la mortalidad por IRA en niños y niñas, para el periodo de 2011-2013 (Figuras 3.119. y 3.120.), con relación al IPM, se observó que en niños el 52% de las muertes por IRA se acumularon en el 15% de la población con IPM más elevado. En niñas, la misma proporción de muertes por IRA se acopió en el 22% de la población con mayor pobreza, medida por IPM.

Entre 1998 y 2013, la tasa de mortalidad por IRA se redujo considerablemente en los departamentos de Colombia, a excepción de algunos donde aumentó en el periodo mencionado. Respecto a las brechas de mortalidad, se observó una expansión de dichas brechas, generándose desigualdades entre los departamentos con tasas de mortalidad por IRA extremas.

Para los años 2000, 2005, 2010 y 2013 la tasa cruda municipal de mortalidad por IRA en menores de cinco años fue superior en niños en comparación con las niñas. Además, se evidenció una disminución de la tasa cruda municipal de mortalidad por IRA en menores de cinco años en cada quintil de NBI durante los años estudiados, no obstante, esta reducción no se presentó de forma equitativa en todos los quintiles de NBI.

En las niñas las brechas de desigualdad relativa (razón de tasas de mortalidad) en mortalidad por IRA aumentaron entre 2005 y 2013 para los municipios ubicados en los quintiles 4 y 5 de NBI, en comparación con los municipios del quintil 1 (menor pobreza). Se observó, además, según las curvas de concentración, como las desigualdades se acentuaron más en niños que en niñas, acumulando más muertes en la población con mayor índice de pobreza multidimensional, a nivel municipal. En Colombia las desigualdades existentes en la TM por IRA, entre los municipios más pobres, en comparación con los menos pobres, continúan siendo un gran reto en materia de salud pública.

Referencias

1. Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C, Bryce J, Dye C. Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *The Lancet Infectious diseases*. 2002;2(1):25-32.
2. Nair H, Nokes DJ, Gessner BD, Dherani M, Madhi SA, Singleton RJ, et al. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2010;375(9725):1545-55.
3. World Health Organization. *Acute respiratory infections in children: Case management in small hospitals in developing countries. A manual for doctors and other Senior Health Workers*. 1994.
4. Anders KL, Nguyen HL, Nguyen NM, Van Thuy NT, Hong Van NT, Hieu NT, et al. Epidemiology and virology of acute respiratory infections during the first year of life: a birth cohort study in Vietnam. *The Pediatric infectious disease journal*. 2015;34(4):361-70.
5. He Y, Lin GY, Wang Q, Cai XY, Zhang YH, Lin CX, et al. A 3-year prospective study of the epidemiology of acute respiratory viral infections in hospitalized children in Shenzhen, China. *Influenza and other respiratory viruses*. 2014;8(4):443-51.
6. Organización Mundial de la Salud. Neumonía. Nota descriptiva N°331 2015 [cited 2015 December 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>.
7. DANE. Estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/nacimientos-y-defunciones/nacimientos-y-defunciones>.
8. DANE. Estadísticas por tema. Demografía y población. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>.
9. DANE. Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI-. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/calidad-vida/necesidades-basicas-insatisfechas?>

3.5. Salud percibida

Luz Mery Cárdenas-Cárdenas
Karol Patricia Cotes-Cantillo
Carlos Andrés Castañeda-Orjuela
Pablo Enrique Chaparro-Narváez

La salud percibida se considera una medida subjetiva de cada individuo frente a su estado de salud (1,2). Se indaga a partir de encuestas y refleja el estado de salud de la población (1), lo que la convierte en un indicador de morbilidad sentida utilizado para medir desigualdades sociales (3). 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 Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010. Condiciones sociales como sexo, edad, índice de riqueza, nivel educativo, zona de residencia y pertenencia étnica fueron consideradas como estratificadores de las desigualdades sociales. Para cada uno de estos estratificadores se calculó la prevalencia de salud percibida regular o mala y la desigualdad relativa (razón de prevalencia). Adicionalmente, se revisó la literatura existente con el fin de identificar estudios con representatividad nacional, que reportaran hallazgos de desigualdades sociales en salud percibida.

Prevalencia global de salud percibida regular o mala

En Colombia la prevalencia global de salud percibida regular o mala en la población mayor de 18 años, disminuyó cerca de siete puntos porcentuales durante el periodo 2000 a 2005; no obstante, ésta prevalencia nuevamente se incrementó para el año 2010, alcanzando un valor similar al reportado en el año 2000 (Tabla 3.24.). Una tendencia similar entre 2000, 2005 y 2010 se observó en la prevalencia global de salud percibida regular o mala según sexo, en todos los grupos de edad y nivel educativo, tanto en el área urbana como rural y en residentes de las distintas regiones del país, tal como se presenta en la Tabla 3.24. En términos de territorio, las regiones Pacífica, Oriental, Orinoquía, Amazonía y Atlántica, han permanecido en los principales lugares de mayor prevalencia de salud percibida regular o mala a nivel nacional (Tabla 3.24.).

Tabla 3.24. Prevalencia global de la salud percibida regular o mala, en población mayor de 18 años, según condiciones socioeconómicas. Colombia, 2000, 2005 y 2010

Condición social	Prevalencia global de salud percibida regular o mala		
	2000	2005	2010
Prevalencia global	33,9	26,5	31,4
Sexo			
Mujeres	38,2	30,2	34,9
Hombres	29,0	22,3	27,3
Edad			
18-29 años	20,4	14,3	17,7
30-49 años	31,1	23,6	28,5
50 y más años	55,5	44,4	49,0
Índice de riqueza			
Muy pobre	-	41,1	47,0
Pobre	-	32,6	36,3
Medio	-	27,4	31,3
Rico	-	22,5	26,6
Muy rico	-	14,3	19,3
Nivel educativo			
Sin Educación	60,8	50,1	57,7
Primaria	44,8	37,6	46,2
Secundaria	24,0	18,9	24,5
Superior	12,6	9,5	12,9
Pertenencia étnica			
Indígena	-	-	39,1
ROM	-	-	34,7
Raizales del archipiélago	-	-	23,01
Palenqueros de San Basilio	-	-	26,1
Negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente	-	-	33,0
Otros	-	-	30,8
Zona de residencia			
Urbano	29,4	23,0	27,6
Rural	46,2	37,7	43,7
Región			
Atlántica	35,7	28,5	33,5
Oriental	37,6	36,4	35,4
Central	32,1	24,5	30,5
Pacífica	38,7	23,2	34,8
Bogotá	23,9	20,2	22,4
Orinoquía y Amazonía	-	28,6	37,0

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de encuestas Nacionales de demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010

3.5.1. Desigualdades sociales en la salud percibida

Las desigualdades sociales en la salud percibida regular o mala, constituyen un patrón que se repite medición tras medición en cada una de las encuestas. Para todos los años que existe información en la ENDS (2000, 2005 y 2010), 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 (Figuras 3.121 a 3.126).

La brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia) de salud percibida regular o mala entre mujeres y hombres, mostró una leve disminución para el año 2010, en comparación con el 2000, tal como se presenta en la Figura 3.121. No obstante, para el año 2010 la prevalencia de salud percibida regular o mala en mujeres continuó siendo 1,28 veces mayor que la prevalencia en hombres (Figura 3.121.).

La mayor prevalencia de salud percibida regular o mala en mujeres, fue un patrón que se repitió según otras características sociales como edad, índice de riqueza, nivel educativo, zona de residencia y pertenencia étnica, excepto población ROM (Figuras 3.121. a 3.126).

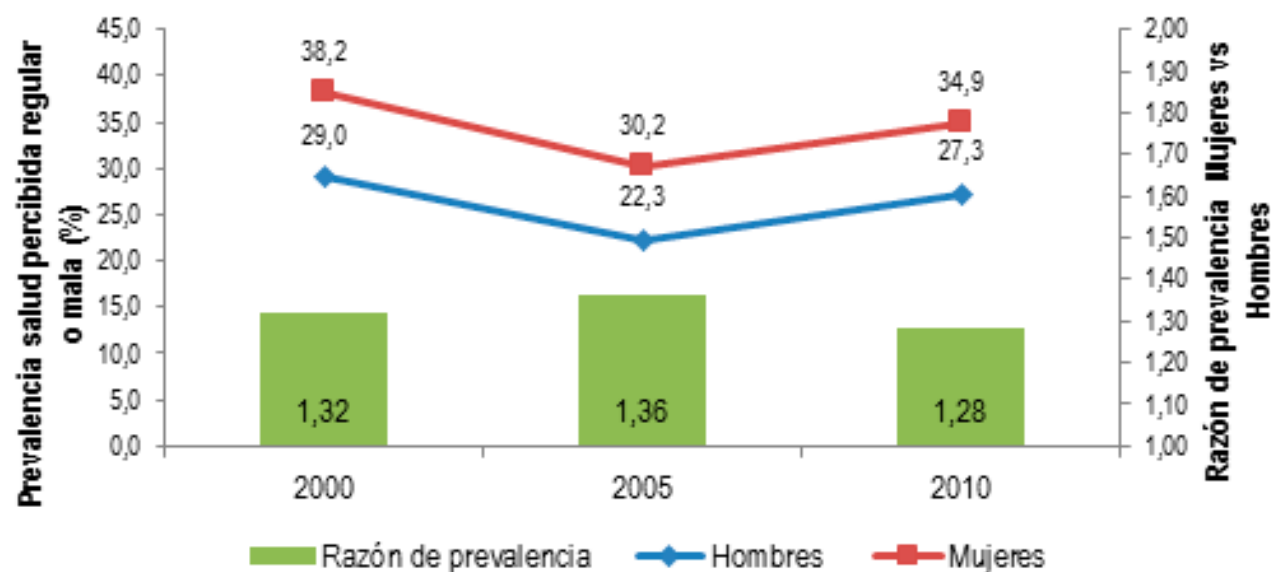
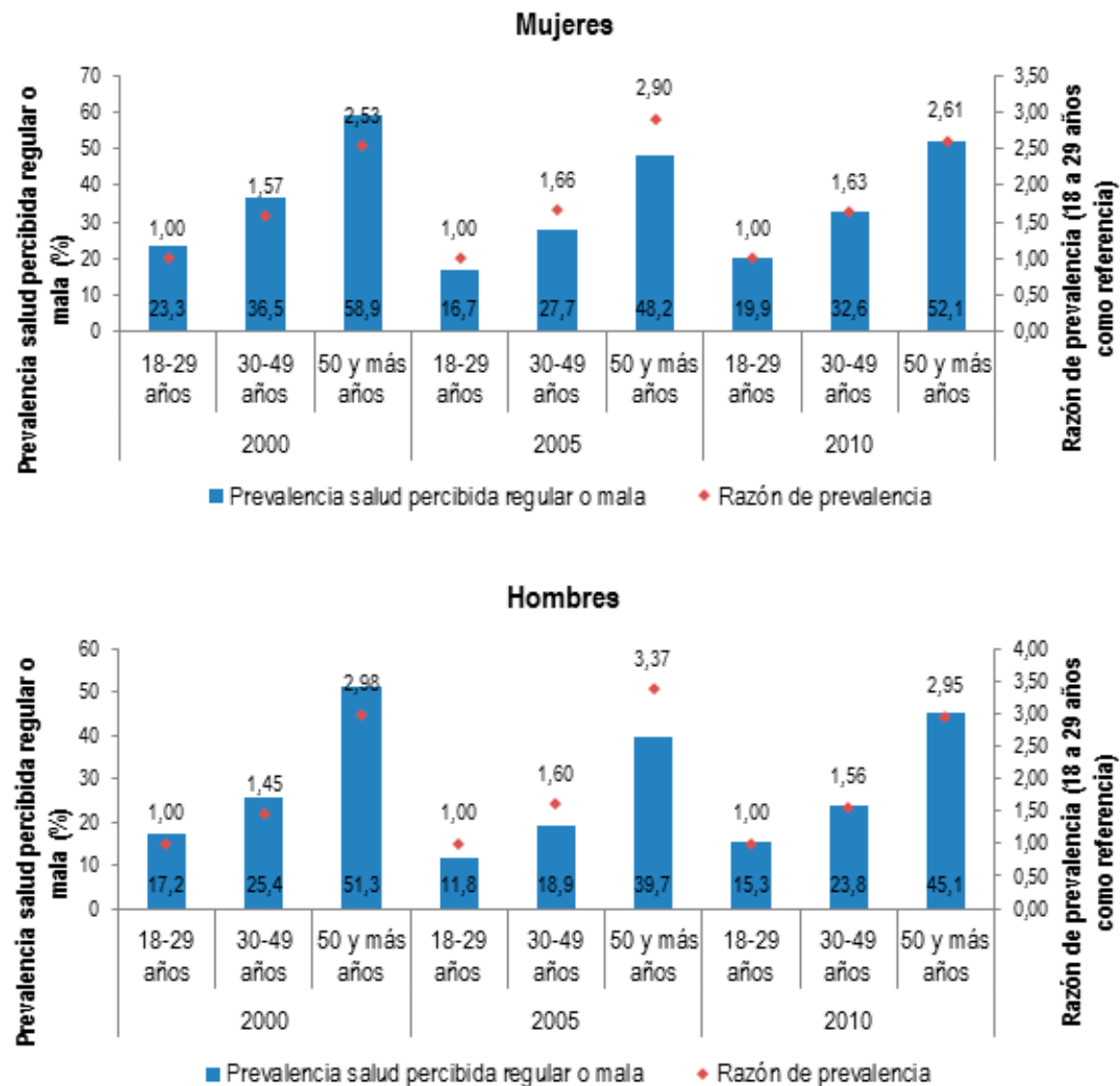


Figura 3.121. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala en población mayor de 18 años, según sexo. Colombia 2000, 2005 y 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010

Tanto en mujeres como en hombres, se presentó un gradiente en la salud percibida regular o mala según edad, índice de riqueza, nivel educativo y zona de residencia (Figuras 3.122 a 3.125.). La prevalencia y razón de prevalencia de salud percibida regular o mala incrementó a mayor edad en los dos sexos (Figura 3.122).



La brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia), según grupo de edad resultó similar en mujeres y hombres, excepto para el grupo de cincuenta y más años para quienes la desigualdad relativa (razón de prevalencia) fue mayor en el sexo masculino (Figura 3.122.).

La prevalencia de salud percibida regular o mala, fue mayor a medida que el índice de riqueza y el nivel educativo disminuyeron (Figuras 3.123 y 3.124). En mujeres y hombres la prevalencia de salud percibida regular o mala aumentó, en todas las categorías del índice de riqueza entre los años 2005 y 2010, lo que resultó en una disminución de la brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia), especialmente para las categorías pobre, medio y muy rico, más no en la de muy pobres (Figura 3.123.).

Según el nivel educativo, la desigualdad relativa (razón de prevalencia), en salud percibida regular o mala se incrementó en contra de los grupos menos favorecidos (Figura 3.124.). La prevalencia de salud percibida regular o mala, obtenida para el año 2010, superó a la reportada para el 2000, especialmente en hombres y mujeres de primaria y secundaria, lo que significó un aumento de la brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia) en dichos grupos tal como se reporta en la Figura 3.124.

Figura 3.122. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala en población mayor de 18 años, según grupo de edad. Colombia, 2000, 2005 y 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Ssalud, a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010

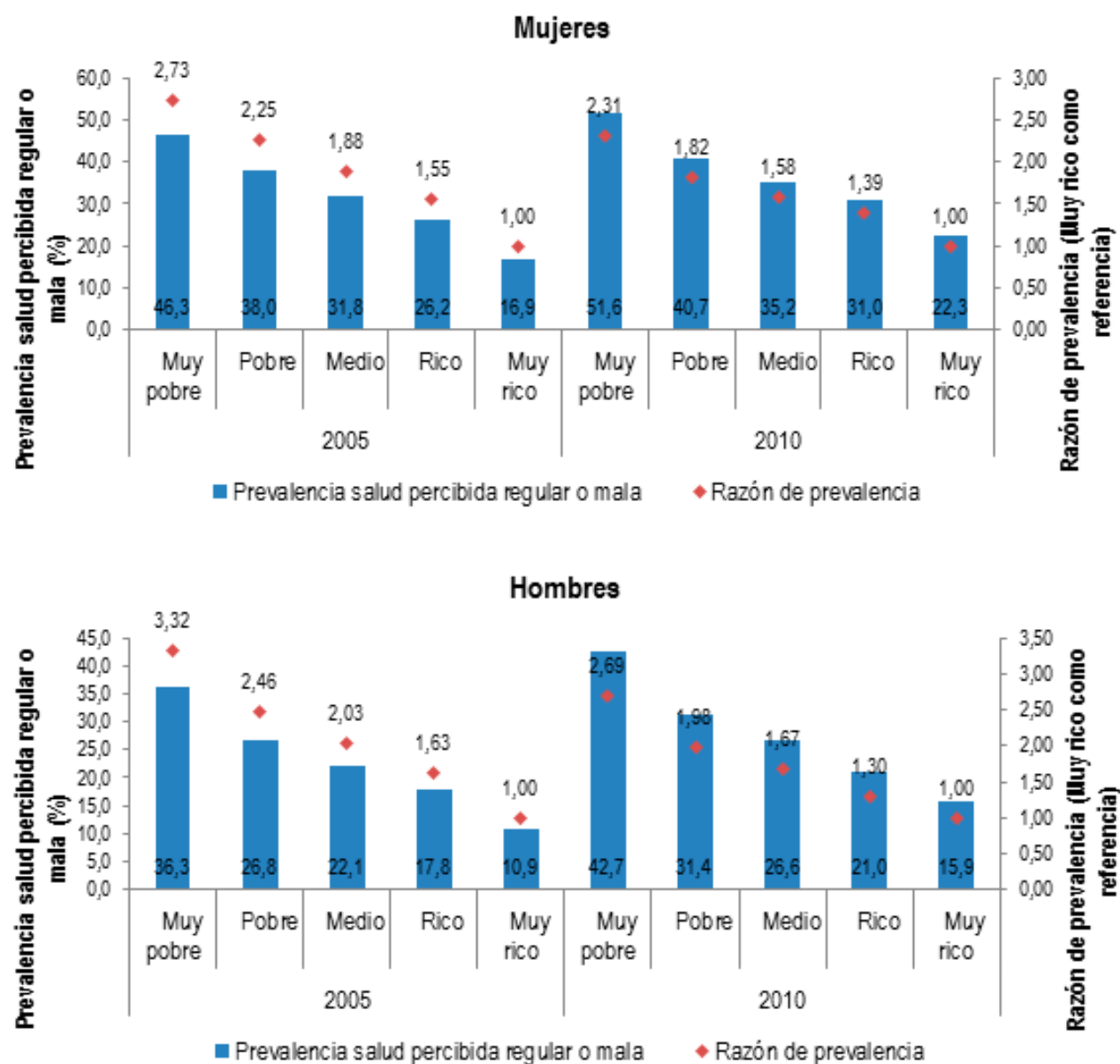


Figura 3.123. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala en población mayor de 18 años, según índice de riqueza. Colombia 2005 y 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Ssalud, a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010

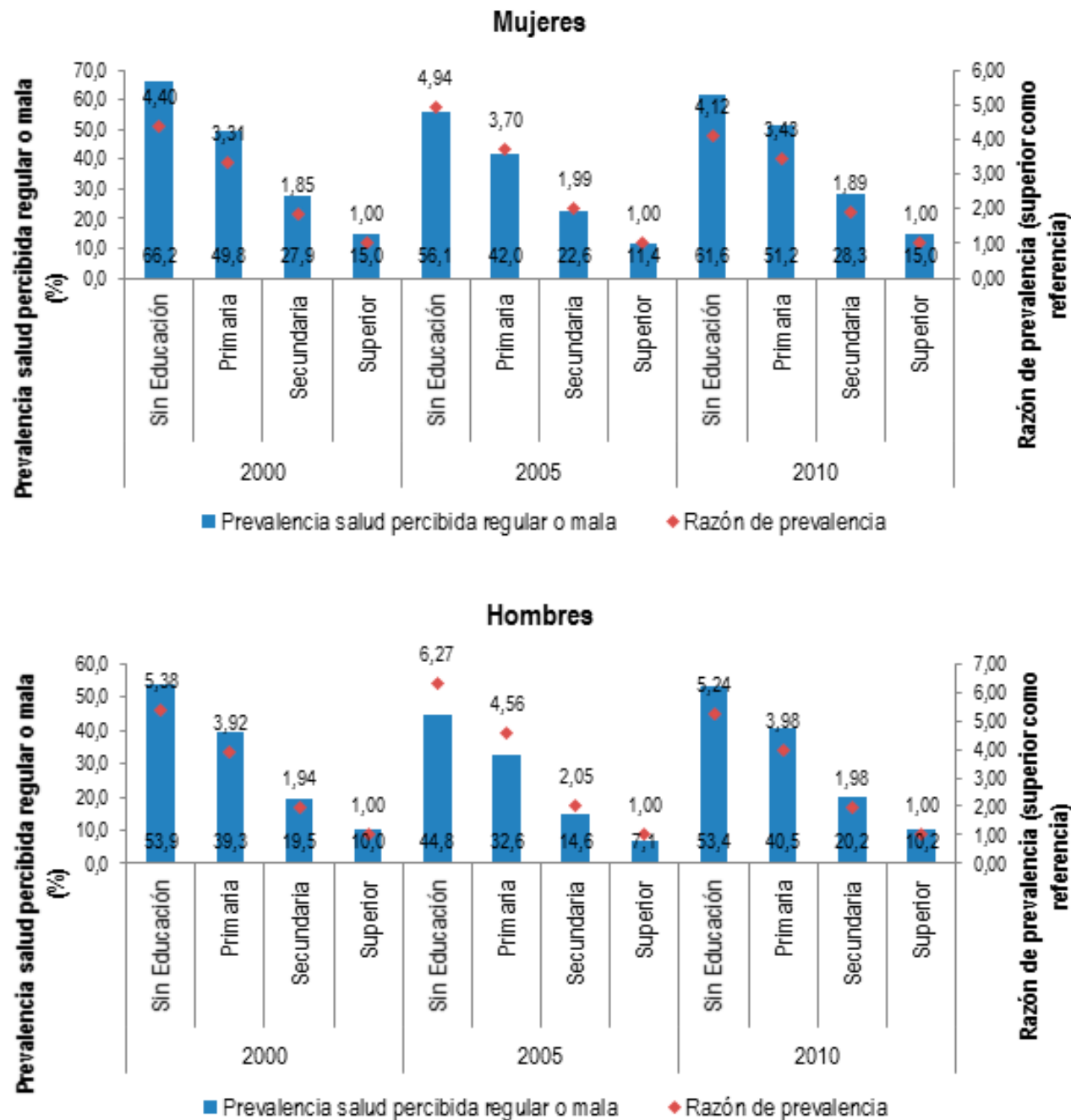


Figura 3.124. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala en población mayor de 18 años, según nivel educativo. Colombia 2000, 2005 y 2010

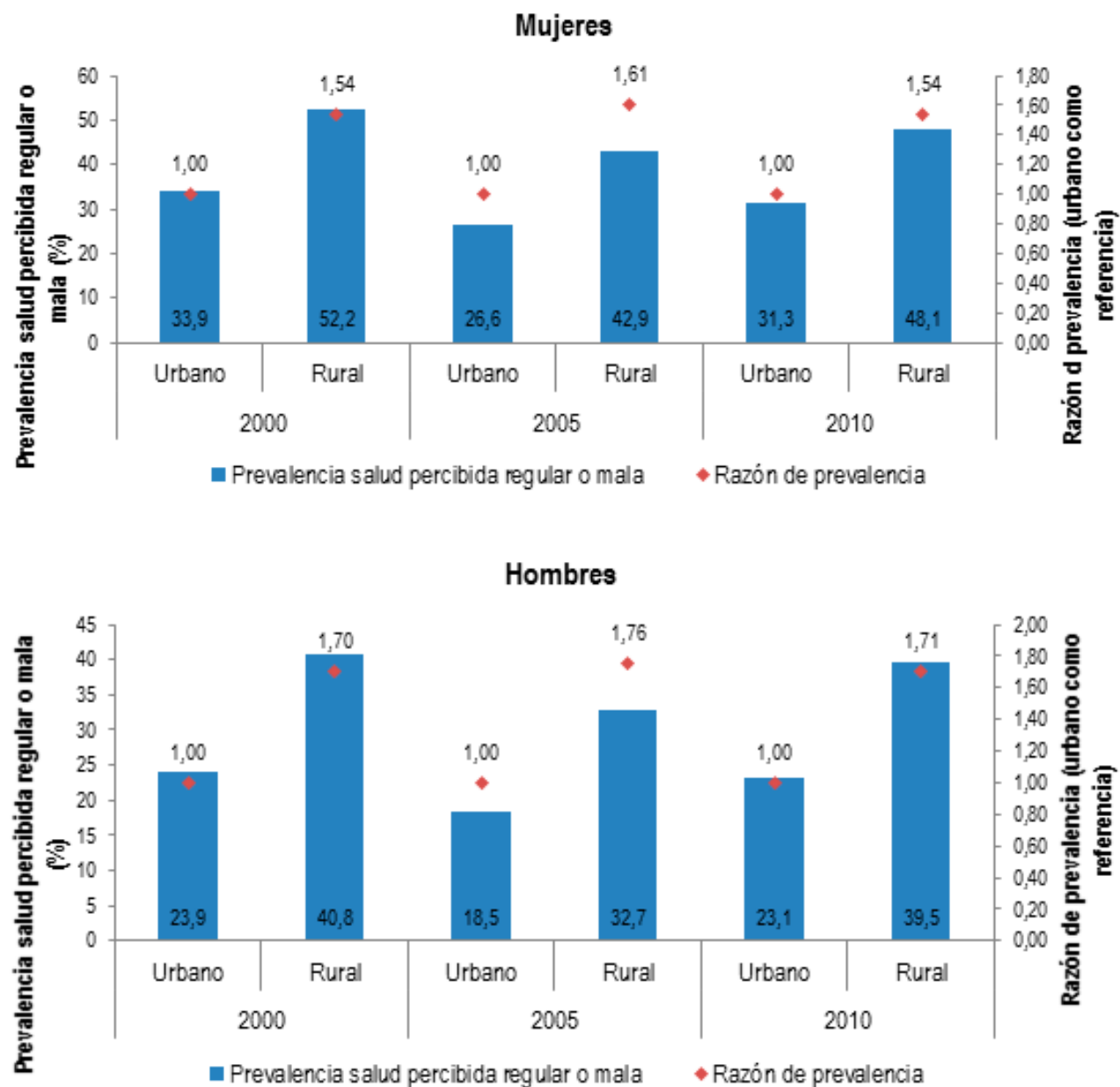
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Ssalud, a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010

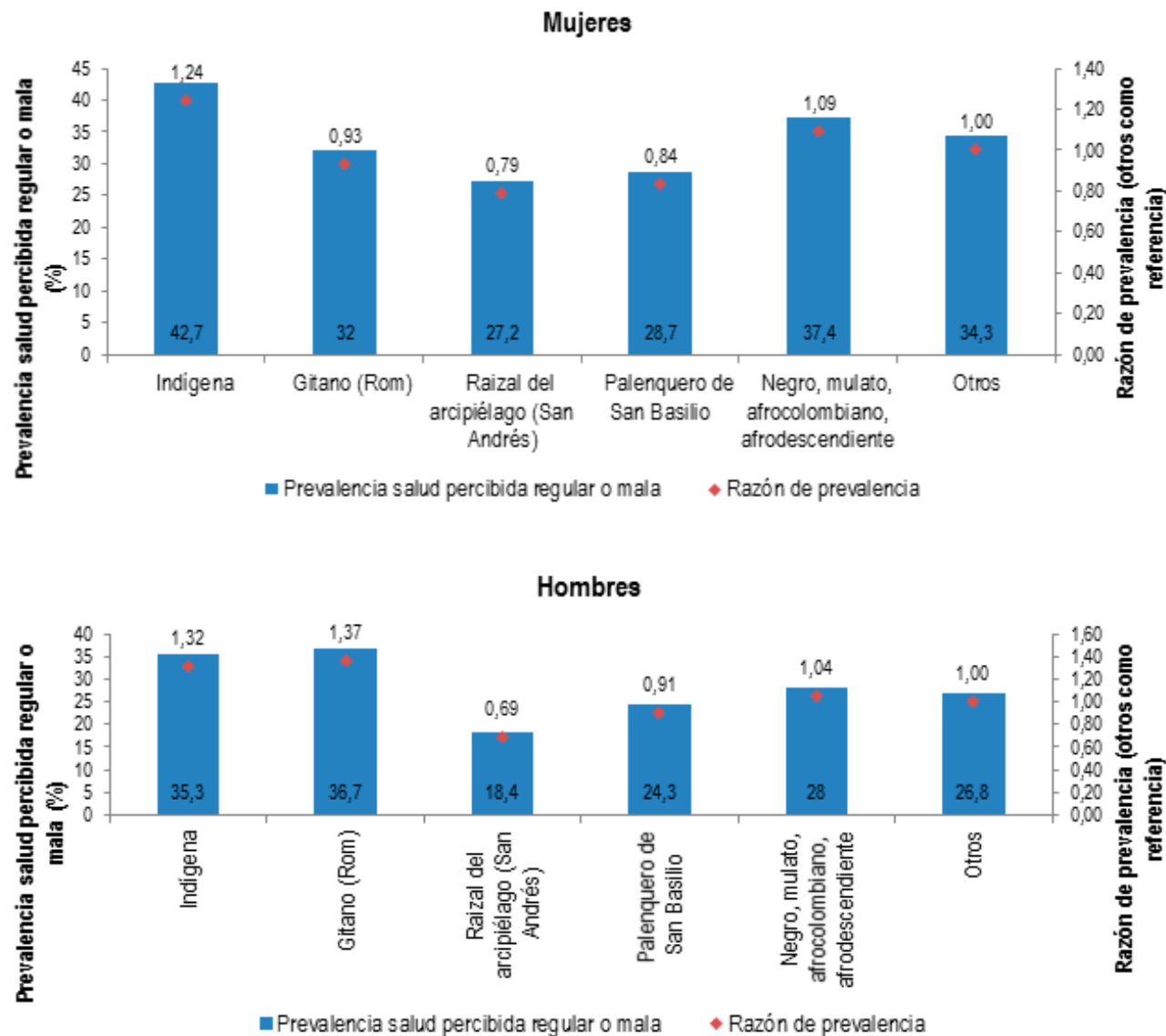
Con relación a las desigualdades en salud percibida regular o mala según, zona de residencia, la brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia), rural *versus* urbana fue evidente en mujeres y hombres en el 2010 y se mantuvo con respecto al 2000 (Figura 3.125.).

Otra de las condiciones sociales que marcó desigualdades en la salud percibida en Colombia fue la pertenencia étnica, de acuerdo con los datos reportados en la ENDS 2010, la prevalencia de salud percibida regular o mala fue mayor en las mujeres y hombres que se definieron como indígenas o del grupo de negros, mulatos, afrocolombianos o afrodescendientes (Figura 3.126.). Particularmente en hombres, la mayor prevalencia de salud percibida regular o mala se halló en el grupo que se identificó como ROM (Figura 3.126.).

Figura 3.125. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala en población mayor de 18 años según zona de residencia. Colombia 2000, 2005 y 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010





En Colombia, las desigualdades sociales en salud percibida, también son significativamente evidentes de acuerdo con la ocupación de los individuos, tal como lo reportó un estudio realizado a partir de datos de población mayor de 16 años, obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en el año 2007 (2). Según este estudio, en comparación con las personas que hacían parte del empleo formal, como son los empleados directos o del Estado, tanto en mujeres como en hombres, una mayor probabilidad de reportar regular, mal o muy mal estado de salud, se halló en los individuos que pertenecían a la informalidad laboral como los trabajadores independientes, autoempleados o trabajadores de su propia granja y en personas cuyo trabajo podría representar un mayor grado de estrés, como los empleadores (2) (Figura 3.127.).

Figura 3.126. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala, en población mayor de 18 años, según pertenencia étnica. Colombia 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010

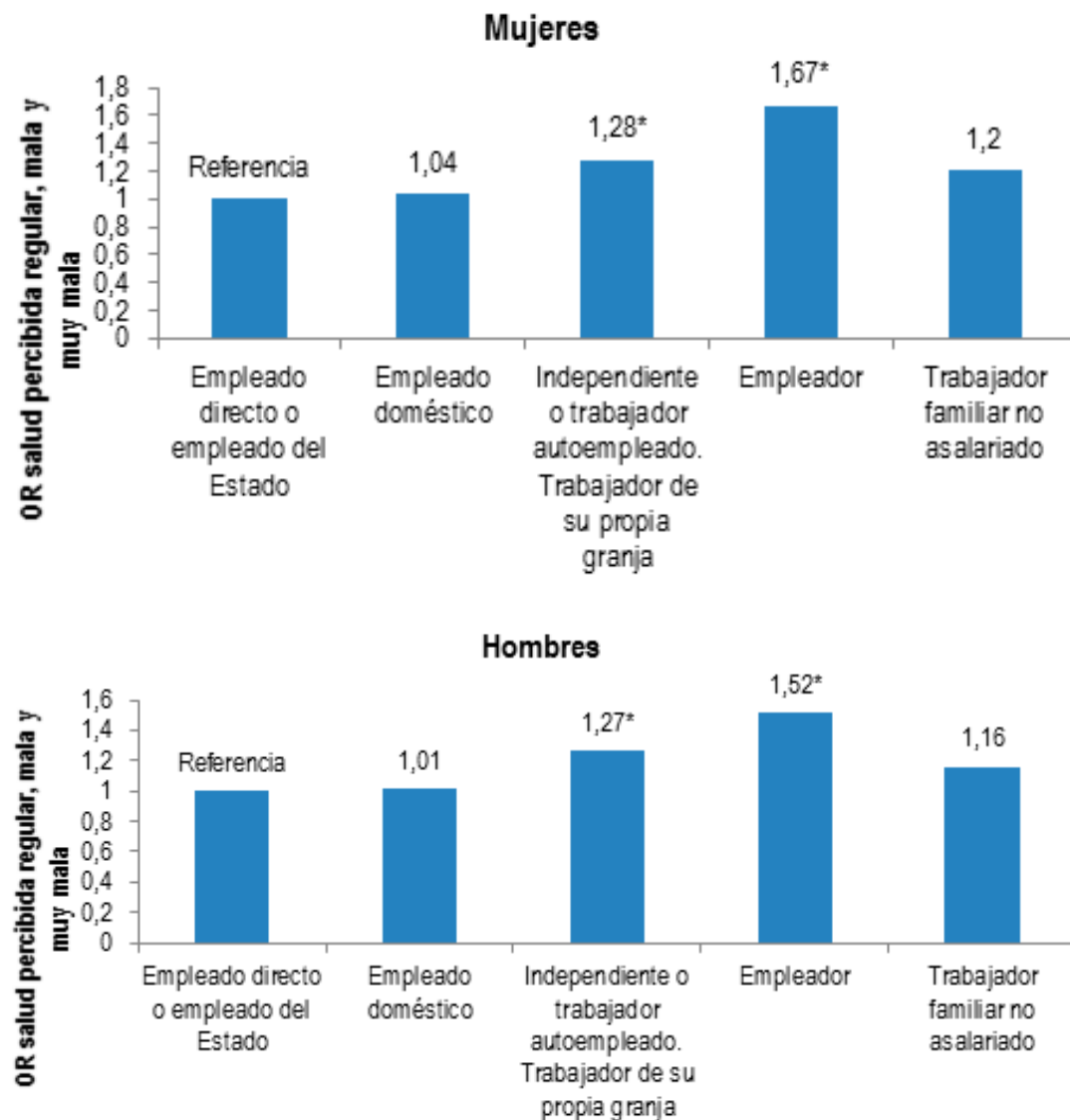


Figura 3.127. Razón de Odds para salud percibida regular, mala y muy mala en población mayor de 16 años, según ocupación. Colombia, 2007^a

a. Ajustado por edad, zona de residencia, estado civil, nivel educativo, pertenencia étnica y capital social

* $p < 0,05$

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de los resultados del estudio de Tuesca-Molina RdeJ y otros (2)

Se puede afirmar que en Colombia las desigualdades sociales en la salud percibida, regular o mala constituyen un patrón que se ha mantenido a través del tiempo tal como se reflejó en los datos de la ENDS para los años 2000, 2005 y 2010. 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 (razón de prevalencia) incrementó según nivel educativo, especialmente en contra de hombres y mujeres de primaria y secundaria. La brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia) en salud percibida regular o mala según zona de residencia permaneció constante.

Referencias

1. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 2013;13:320.
2. Tuesca-Molina R de J, Amed-Salazar EJ. Social capital and its relationship to self-perceived health: national health survey in Colombia 2007. *Colombia médica*. 2015;45(1):7–14.
3. Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Los Determinantes Sociales de las Desigualdades en Salud en España [Internet]. [cited 2015 Dec 12]. Available from: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf

3.6. Condiciones de vida saludable

Dimensión de vida saludable y enfermedades no transmisibles

3.6.1. Desigualdades en el consumo de frutas y verduras

Luz Mery Cárdenas-Cárdenas
Karol Patricia Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela
Pablo Chaparro-Narváez

El consumo diario de frutas y verduras contribuye a la prevención de enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda el consumo de cinco porciones diarias de frutas y verduras como estrategia para reducir la carga de enfermedad crónica (2), se estima que un consumo adecuado de estos alimentos salvaría alrededor de 1,7 millones de vidas a nivel mundial (1).

El presente apartado corresponde a un análisis secundario de la base de datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) en Colombia 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. El detalle metodológico sobre la operacionalización del consumo de frutas y verduras puede ser consultado en el Anexo 1.

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, los departamentos de Vaupés (3,9%), Amazonas (8,3%), Guainía (8,7%) y Vichada (9,1) reportaron las prevalencias más bajas (Figura 3.128.).

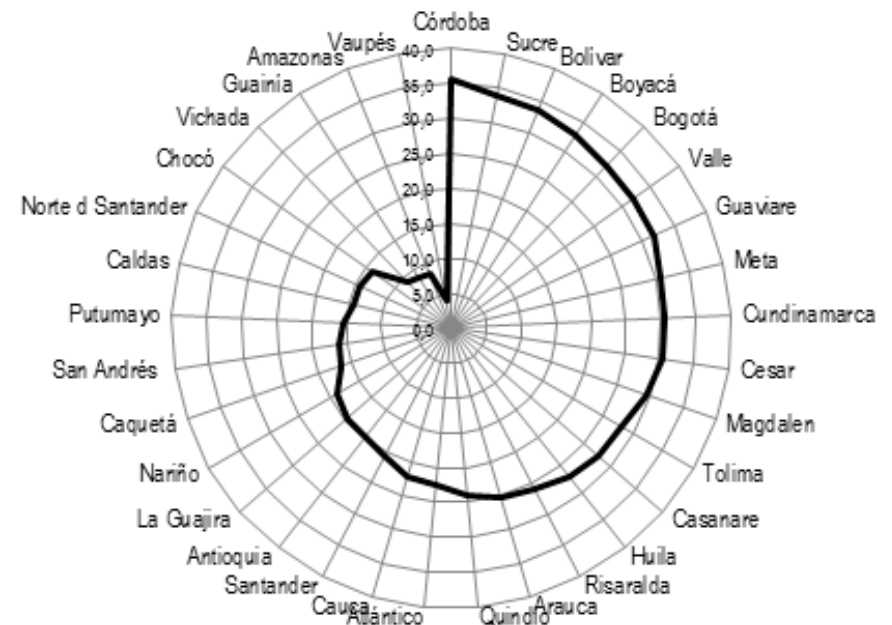


Figura 3.128. Prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según departamento. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

La prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras fue mayor en mujeres en comparación con los hombres (Figura 3.129.) y disminuyó a mayor edad (Figura 3.130.). 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 de tres o más veces al día de frutas y verduras, se incrementó a medida que se tenía un mejor nivel educativo y un índice de riqueza más alto, tal como se evidencia en las Figuras 3.131. y 3.132.

Paradójicamente, la prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras fue significativamente menor en hombres y mujeres del área rural en comparación con los del área urbana (Figura 3.133.). Con relación a la pertenencia étnica, la prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, fue notoriamente inferior en hombres y mujeres que se autodefinieron como indígenas o como raizales (Figura 3.134.).

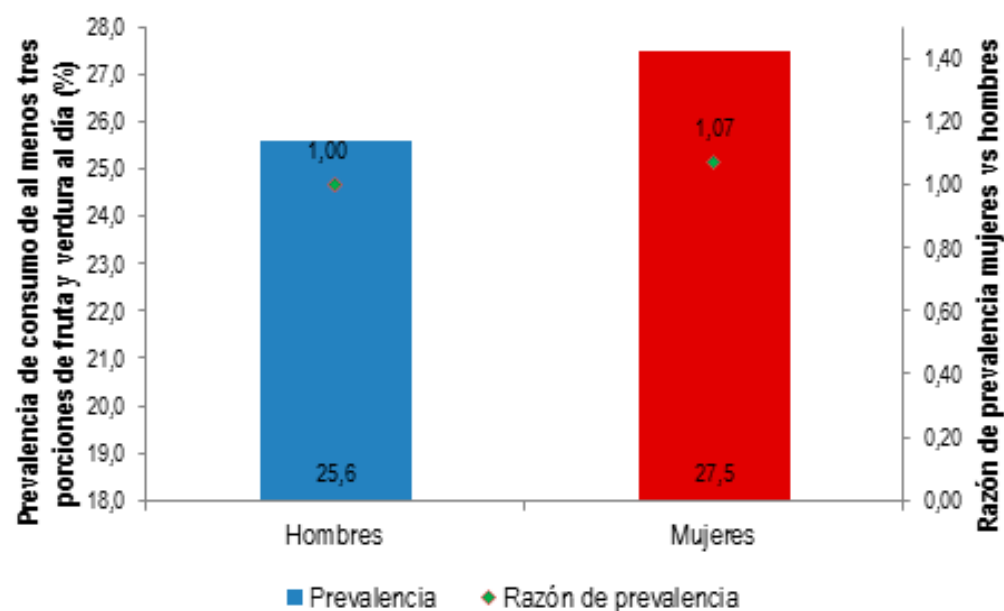


Figura 3.129. Prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según sexo. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

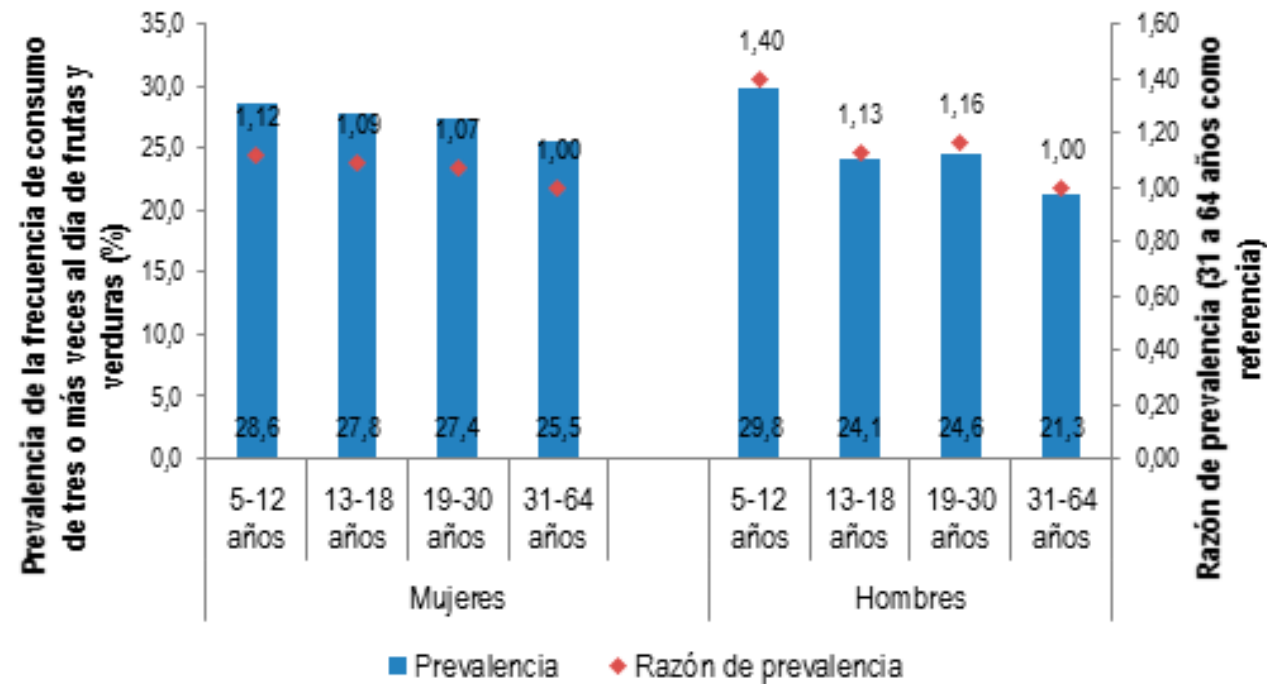


Figura 3.130. Prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según grupo de edad. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

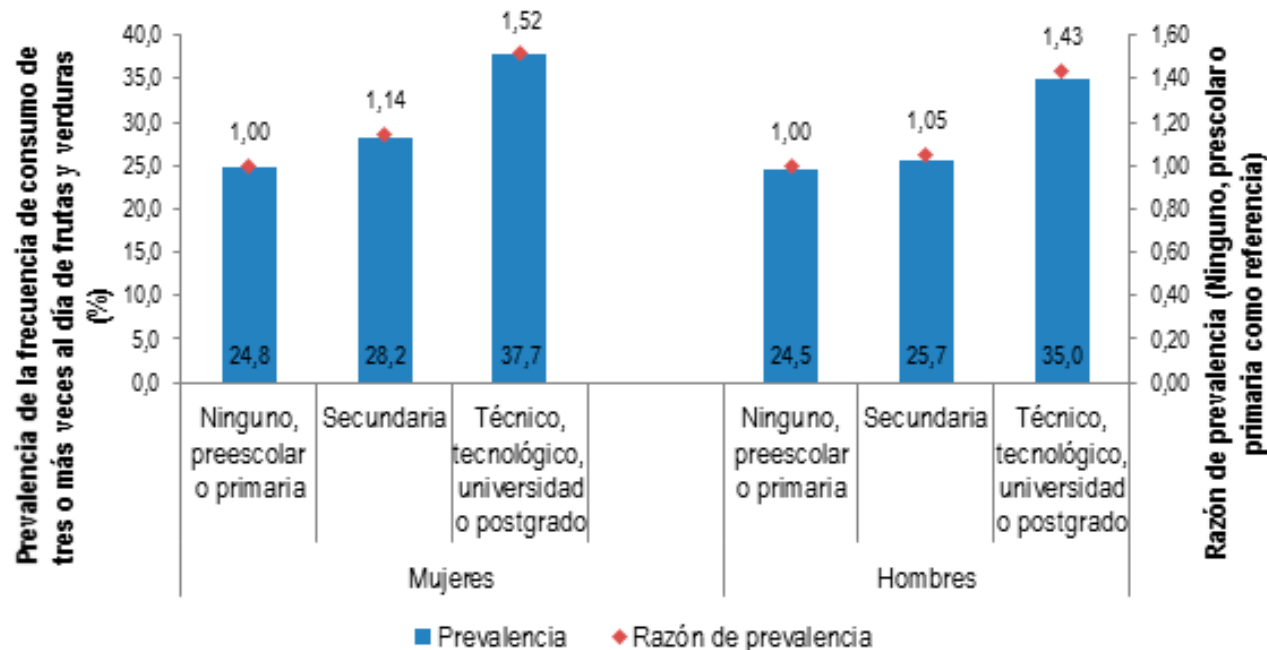


Figura 3.131. Prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según nivel educativo. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

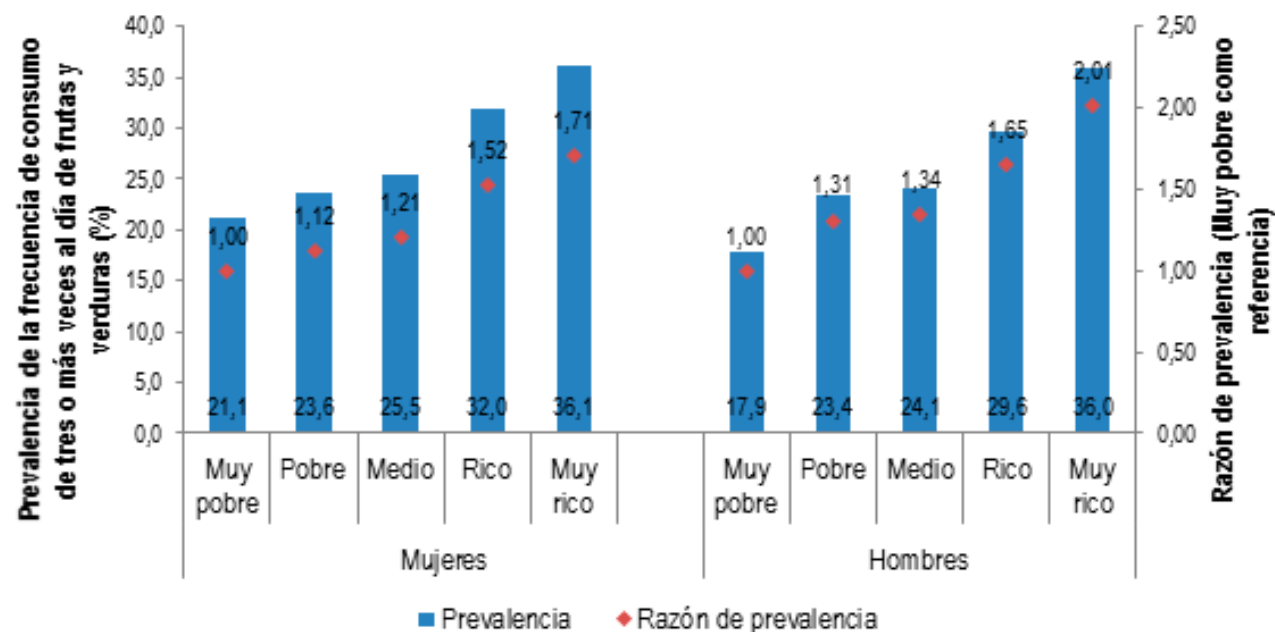


Figura 3.132. Prevalencia de consumo de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según índice de riqueza. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

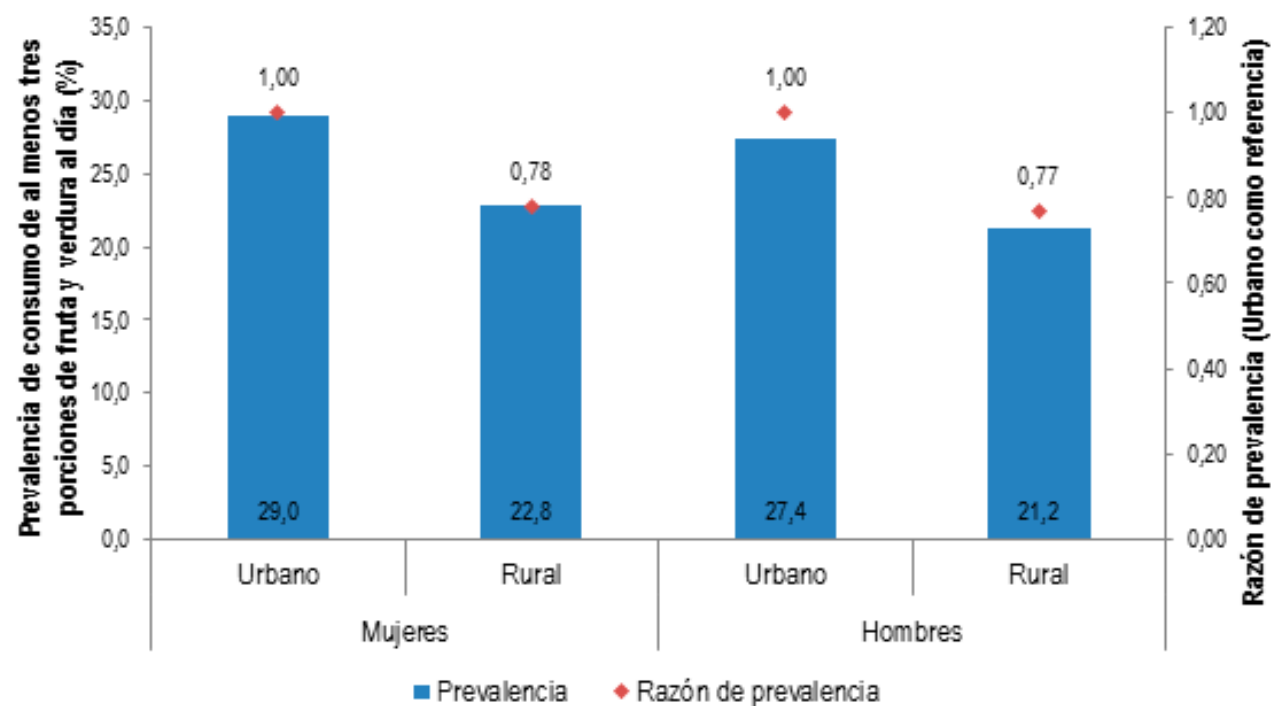


Figura 3.133. Prevalencia de consumo de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según zona de residencia. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

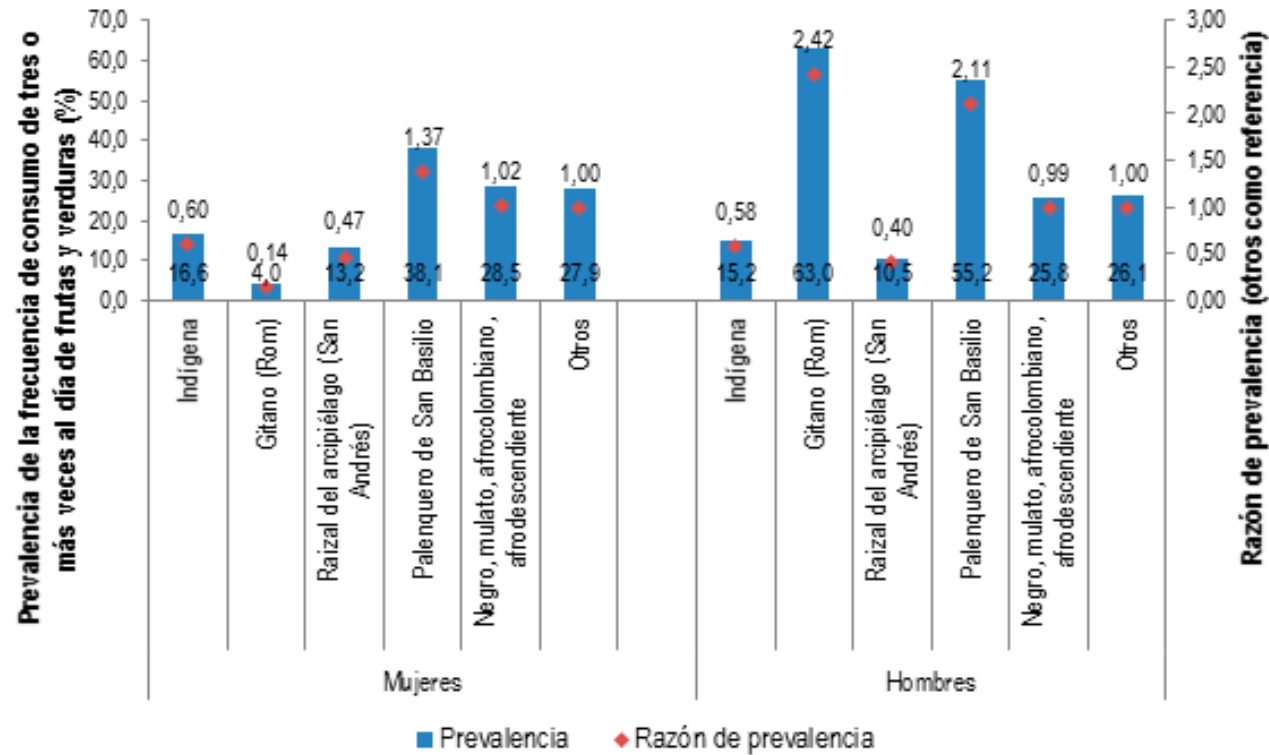


Figura 3.134. Prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, según pertenencia étnica. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

En Colombia, para el año 2010 el consumo de frutas y verduras con una frecuencia de tres o más veces al día, fue mayor en mujeres en comparación con los hombres, disminuyó a mayor edad y mostró un gradiente de desigualdad social según nivel educativo e índice de riqueza. La prevalencia de la frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras, fue menor en personas del área rural.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Fomento del consumo mundial de frutas y verduras [Internet]. World Health Organization; [cited 2015 Oct 29]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. World Health Organization; [cited 2015 Oct 29]. Available from: <http://www.who.int/publications/list/9241592222/es/>

3.6.2. Desigualdades en la práctica de actividad física

Luz Mery Cárdenas-Cárdenas
Karol Patricia Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela
Pablo Chaparro-Narváez

La práctica de actividad física en adultos mejora el perfil lipídico, disminuye el riesgo de enfermedad coronaria, enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes *mellitus*, previene la ganancia de peso y el cáncer de seno y de colon (1). No obstante, para alcanzar dichos beneficios en salud un adulto debería realizar al menos 150 minutos de actividad física a la semana (1), aspecto que se convierte en una tarea difícil especialmente para ciertos grupos sociales.

A continuación 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 hallazgos indicaron que en Colombia la prevalencia de la práctica de actividad física, tanto en los dominios tiempo libre y como medio de transporte es menor en las mujeres, desigualdad que se configuró como un patrón que se repitió a través de los años (Figura 3.135.).

A nivel nacional la prevalencia de la práctica de actividad física en tiempo libre disminuyó en el periodo 2005 y 2010, siendo esta reducción mayor en las mujeres en comparación con los hombres (4,4% vs 3,6%) lo que incrementó la brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia), en la práctica de actividad física en tiempo libre, según sexo durante el periodo de estudio tal como se presenta en la Figura 3.135. (2).

Con relación a caminar como medio de transporte, entre los años 2005 y 2010 hubo un aumento de la prevalencia en los dos sexos y una reducción de la brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia) hombres vs mujeres (Figura 3.135.) (2). 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 (Figura 3.135.) (2).

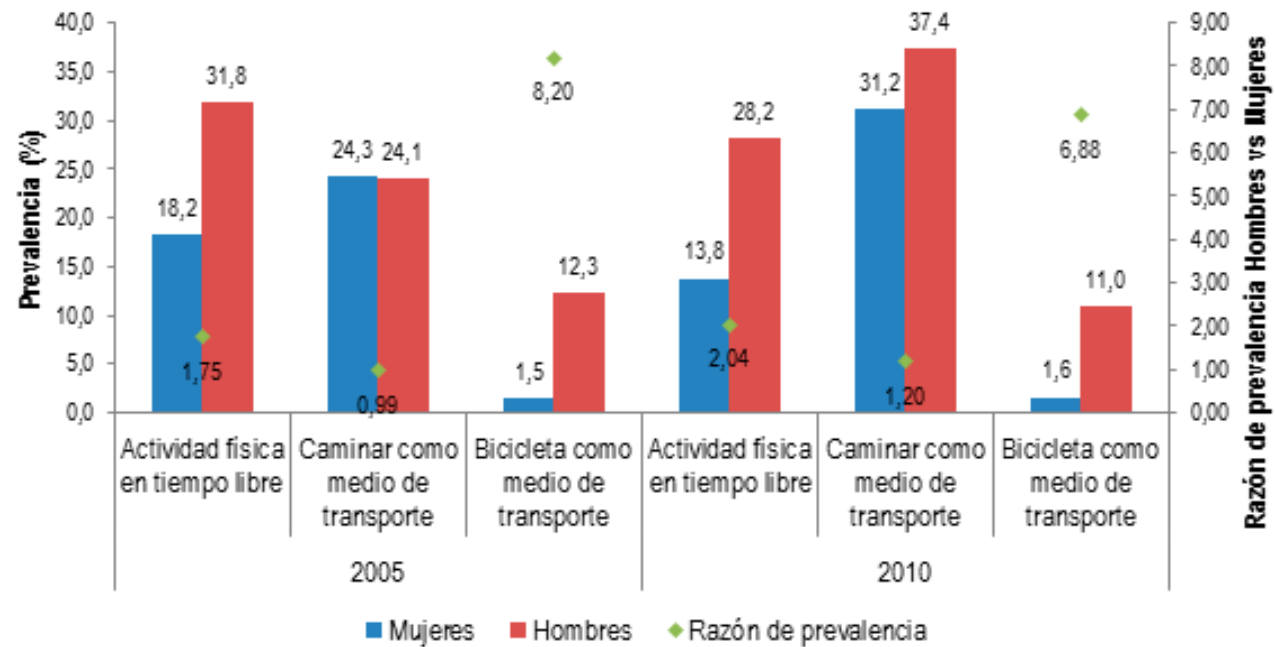


Figura 3.135. Prevalencia de actividad física en tiempo libre, caminar y montar en bicicleta como medio de transporte en adultos de 18 a 64 años, del área urbana. Colombia, 2005 y 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de los resultados del estudio de González O. y colaboradores (2)

Adicional a las desigualdades según sexo, en Colombia la práctica de actividad física es un comportamiento en salud con profundas desigualdades, según edad y posición socioeconómica (Figuras 3.136. a 3.138.). En las mujeres la prevalencia de uso de la bicicleta como medio de transporte se redujó a medida que se incrementó con la edad (Figura 3.136.), esta misma tendencia ocurrió en los hombres pero, para el dominio de la práctica de actividad física en tiempo libre (Figura 3.136.). Tanto en mujeres como en hombres, la prevalencia de caminar como medio de transporte fue más alta en los grupos de mayor edad (Figura 3.136.).

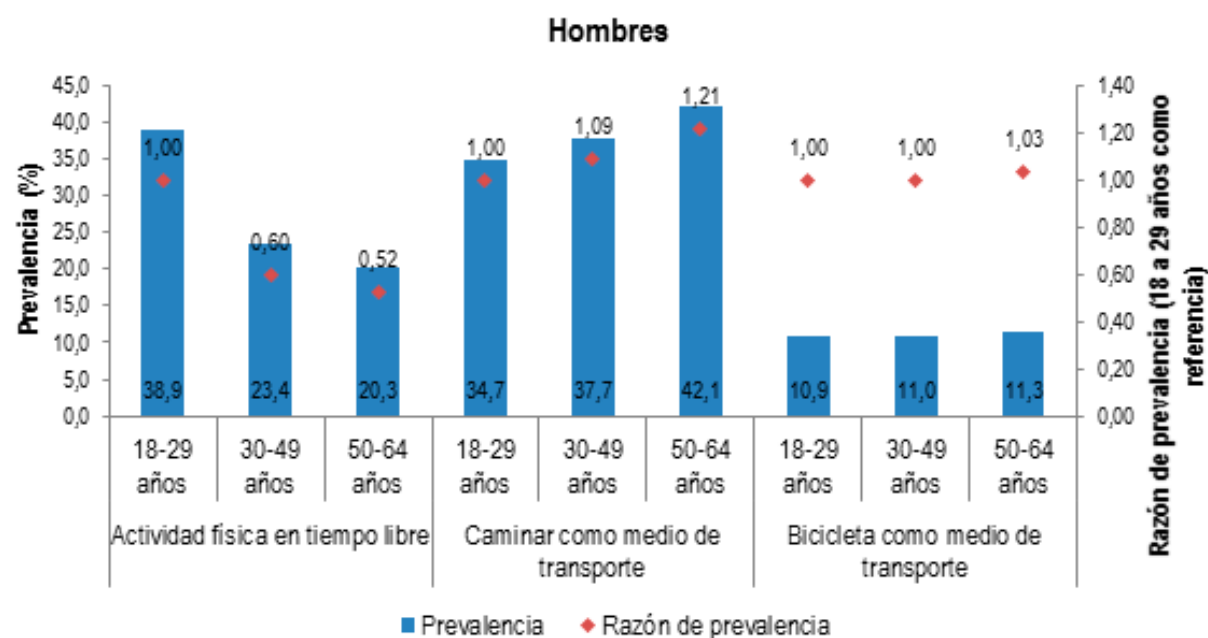
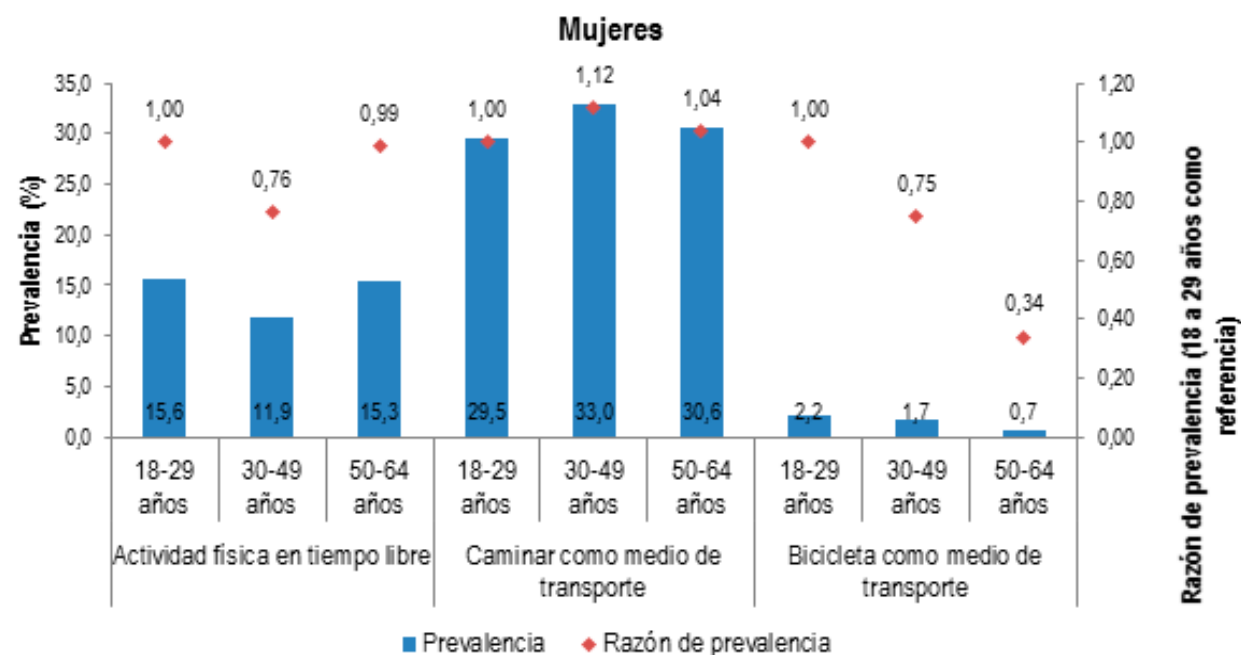
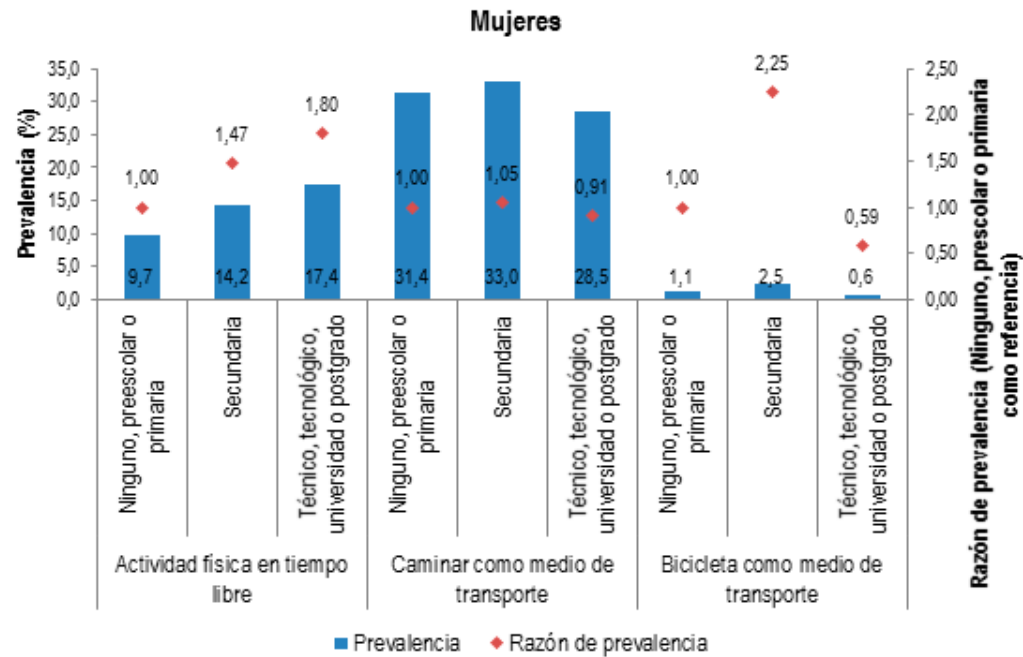


Figura 3.136. Prevalencia de actividad física en tiempo libre, caminar y montar en bicicleta como medio de transporte en adultos de 18 a 64 años del área urbana según, grupos de edad. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010



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 (Figuras 3.137. y 3.138.). 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 (Figuras 3.137. y 3.138.). Las prevalencias de los tres dominios de actividad física, para las categorías de nivel educativo e índice de riqueza, fueron menores en las mujeres en comparación con los hombres (Figuras 3.137 y 3.138.).

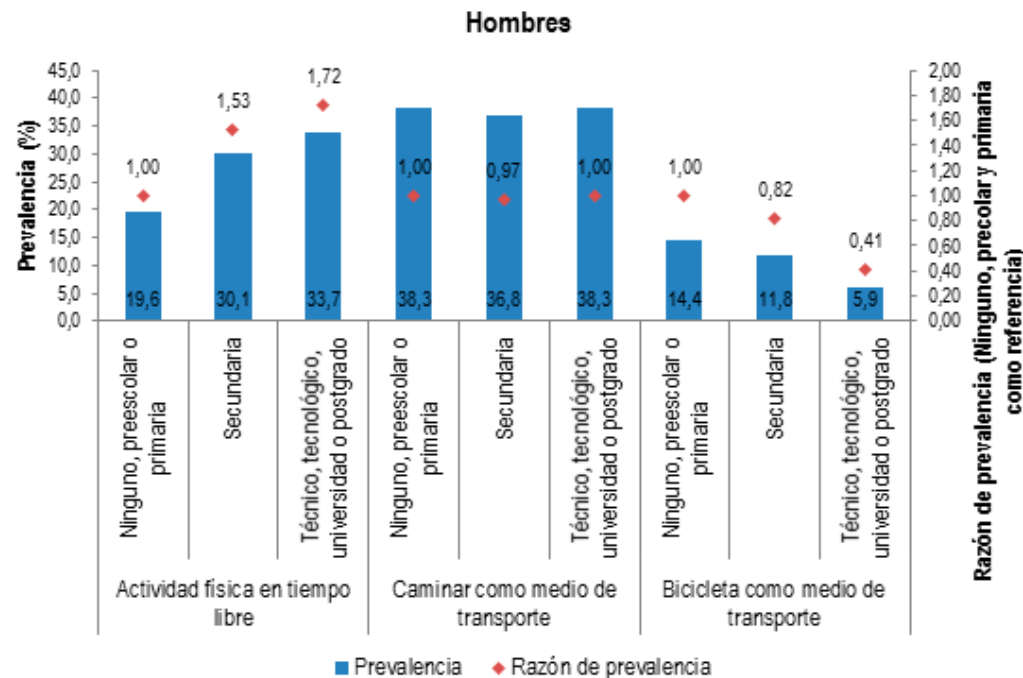


Figura 3.137. Prevalencia de actividad física en tiempo libre, caminar y montar en bicicleta como medio de transporte en adultos de 18 a 64 años del área urbana, según nivel educativo. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

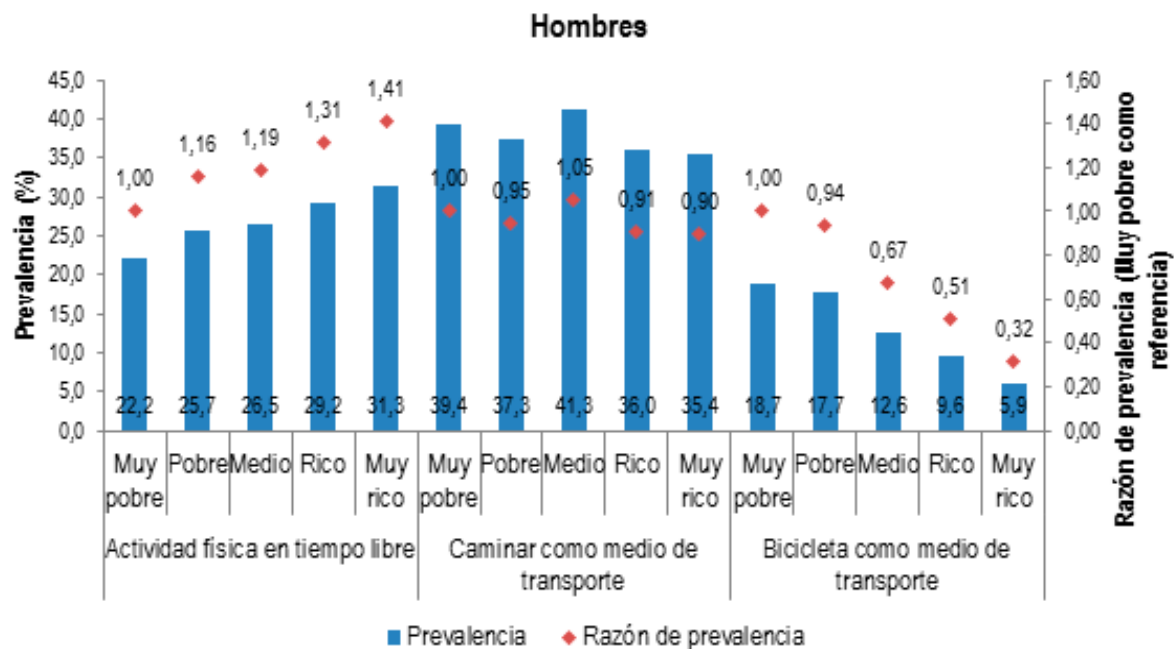
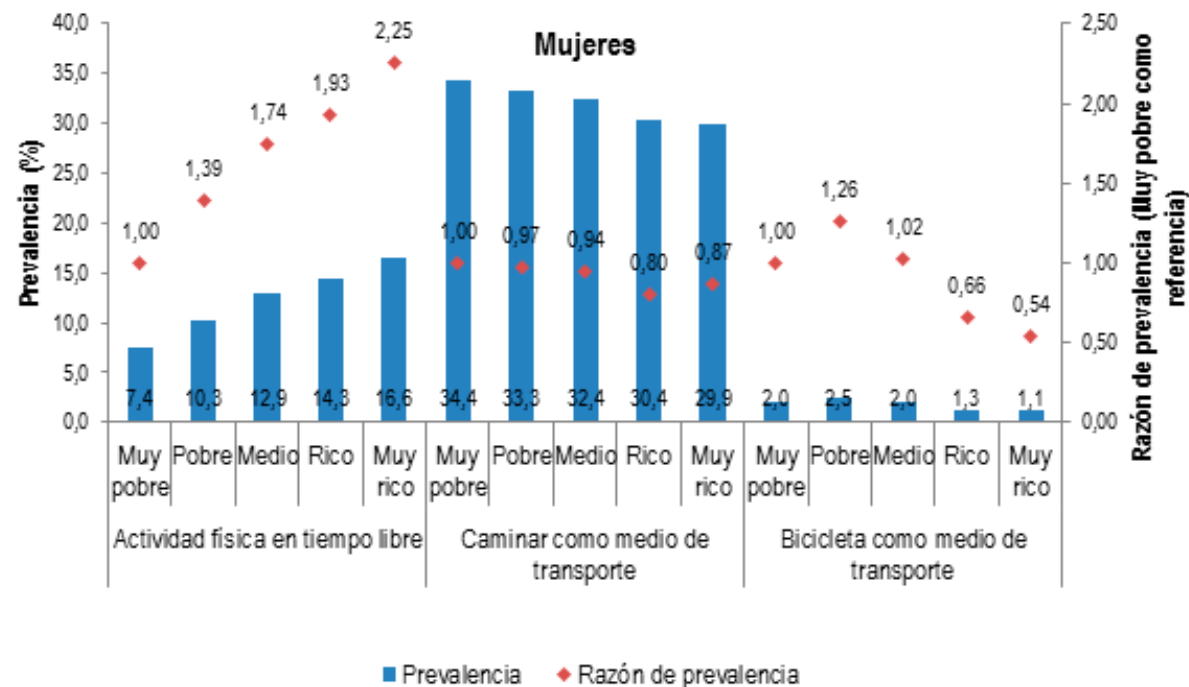


Figura 3.138. Prevalencia de actividad física en tiempo libre, caminar y montar en bicicleta como medio de transporte en adultos de 18 a 64 años del área urbana, según índice de riqueza. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENSIN 2010

En Colombia la prevalencia de la práctica de actividad física en tiempo libre disminuyó en el periodo 2005 y 2010 siendo esta reducción mayor en las mujeres, lo que incrementó la brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia), según sexo. Adicionalmente, la práctica de actividad física, especialmente en tiempo libre, fue un comportamiento en salud con profundas desigualdades, según edad y posición socioeconómica, expresada a partir del nivel educativo e índice de riqueza.

Referencias

1. Department of Health and Human Service. 2008 Physical activity guidelines for Americans [Internet]. [cited 2015 Dec 12]. Available from: <http://health.gov/paguide-lines/pdf/paguide.pdf>
2. González S, Lozano Ó, Ramírez A, Grijalba C. [Physical activity levels among Colombian adults: inequalities by gender and socioeconomic status]. Biomedica. 2014; 34(3):447–59.

Dimensión de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

3.6.3. Desigualdades en el uso de anticonceptivos en Colombia

Carlos Valencia-Hernández
Luz Mery Cárdenas-Cárdenas
Carlos Castañeda-Orjuela

El Principio de No Discriminación, inscrito en los derechos humanos, obligó a los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a garantizar el ejercicio de los mismos sin discriminación de ningún orden. Esto se conecta con el derecho a la salud, y la accesibilidad y calidad de los servicios. De ahí que los países deben garantizar el acceso a información acerca de los anticonceptivos, además de los servicios de anticoncepción (1). Hay un grupo de métodos anticonceptivos, incluyendo los de emergencia, que están incluidos en la lista de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de medicinas esenciales; esto quiere decir, que deben ser accesibles para aquellas personas que los requieran, tanto por costo, como por ubicación geográfica, entre otras características. Este apartado pretende revisar la evidencia disponible acerca del uso de anticonceptivos en el país y analizar sus desigualdades (2).

Se extrajeron datos provenientes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (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 *Gini* departamental, para los departamentos con información disponible. Finalmente, se realizó un modelo de regresión multivariada con el método *stepwise*, escogiéndose el modelo con la mejor bondad de ajuste.

Uso de anticonceptivos modernos alguna vez en la vida

De acuerdo a la ENDS 2010, se indagó por el uso de anticonceptivos a mujeres en edad fértil de todo el país, obteniéndose que el 83% de las mismas había tenido acceso al menos una vez a un método moderno de anticoncepción (Tabla 3.25) (3).

Tabla 3.25. Antecedente de uso de anticonceptivos según tipo, en todas las mujeres

USO DE ANTICONCEPTIVOS	
Uso alguna vez en la vida	%
Nunca	14,56
Sólo métodos folclóricos	0,13
Sólo metodos tradicionales	1,6
Métodos modernos	83,73
Total	100

Fuente: Tomado de la ENDS, 2010

Uso de anticonceptivos modernos por departamento

De acuerdo a los datos de la ENDS 2010, el departamento con el mayor uso en la actualidad de anticonceptivos en mujeres con unión marital es Quindío, con 81% de uso de algún anticonceptivo moderno. El departamento que registró el más bajo uso en el mismo tipo de población es Vaupés, con 47,3%. Los departamentos que se encontraron en el quintil más alto de uso actual de anticonceptivos son de la Región Andina, con los dos quintiles más altos. Los departamentos situados en la Región Oriental presentaron un uso intermedio, variando entre 69 y 74%, mientras que departamentos de la Orinoquía y Amazonia, más otros de la Región Pacífica como Chocó y de la Región Caribe como Magdalena y Sucre, presentaron los porcentajes de uso actual más bajos del país (Figura 1.139.) (3).

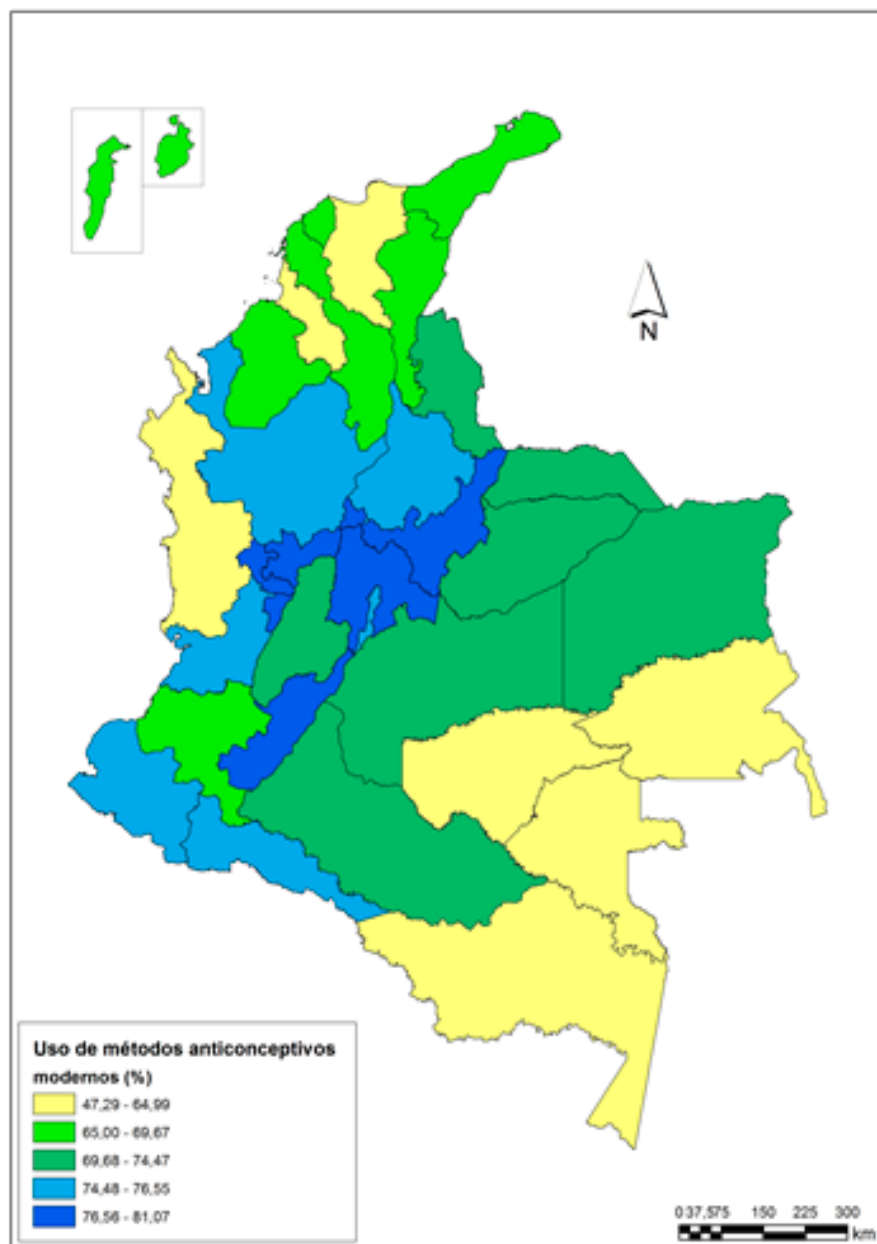


Figura 3.139. Uso de anticonceptivos modernos por departamento

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

Uso de anticonceptivos modernos por departamento de acuerdo a índice de desigualdad de Gini

Para los departamentos con información disponible, el índice de desigualdad varió entre 0,61 para el departamento de La Guajira y 0,45 en el departamento de Caquetá. La correlación entre el índice *Gini* y el uso de anticonceptivos modernos presentó magnitud negativa, siendo el coeficiente de correlación de *Pearson* de -0,4. La matriz de correlación puede verse en la Figura 3.140 (4).

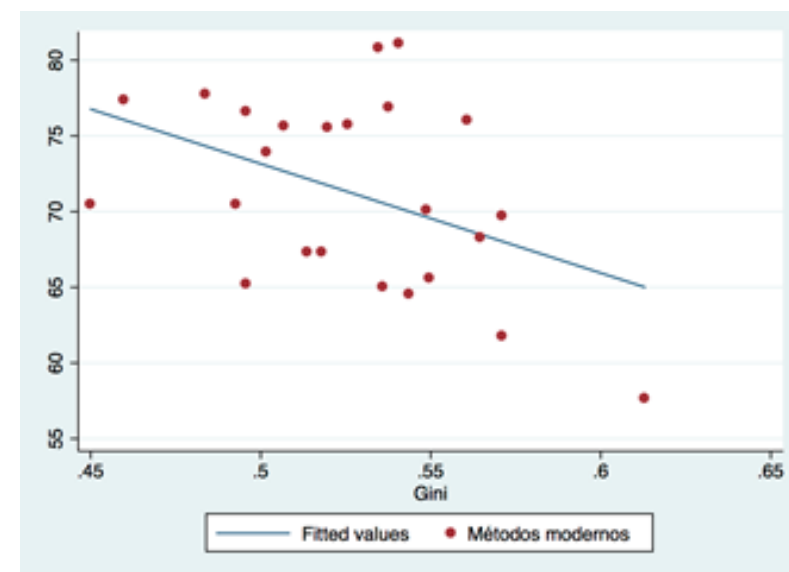


Figura 3.140. Correlación entre acceso a métodos modernos e índice de *Gini*

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Diferencias entre el tipo de vivienda urbana y rural para el acceso a métodos modernos de anticoncepción

En cuanto al antecedente de uso de anticonceptivos modernos, de acuerdo al tipo de vivienda de la mujer encuestada, el 84,5% de mujeres con residencia en la zona urbana presentó antecedentes de uso de anticonceptivos modernos, mientras que el porcentaje de uso entre las mujeres rurales fue del 80%. Información adicional sobre diferencias entre métodos tradicionales y folclóricos puede verse en la Tabla 3.26 (3).

Tabla 3.26. Antecedente de uso de anticonceptivos de acuerdo al tipo de ubicación en todas las mujeres

TIPO DE USO	URBANO	RURAL
Nunca usó	13,91	16,98
Sólo folclóricos	0,07	0,30
Sólo tradicionales	1,472	1,99
Modernos	84,54	80,71
	100	100

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

3.6.4.1.5. Antecedentes de uso y utilización actual en mujeres con unión marital

Respecto a los antecedentes de uso en mujeres con unión marital, el 96% de las mujeres que habitan en zona urbana, y el 93% de las que habitan en zona rural aseguraron haber usado un método moderno de anticoncepción alguna vez en la vida. Respecto a los antecedentes de no uso y de uso de métodos folclóricos, hay una mayor frecuencia en la zona rural (3). Con relación a los métodos usados actualmente, la diferencia de uso en métodos modernos entre las mujeres de la zona urbana y la zona rural, fue de 1%, con una frecuencia menor en el área rural. Los métodos tradicionales y el no uso, presentaron diferencias menores a 0,2% (Tabla 3.27.).

Tabla 3.27. Antecedentes y uso actual de anticonceptivos de acuerdo a la zona de vivienda

USO DE UN METODO ALGUNA VEZ EN LA VIDA	USO DE UN MÉTODO ACTUALMENTE			
	Tipo de plaza de residencia		Tipo de plaza de residencia	
Frecuencia	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Nunca	2,32	4,78	21,05	20,91
Sólo métodos folclóricos	0,09	0,39	0,27	0,45
Sólo métodos tradicionales	1,28	1,81	5,56	6,45
Uso métodos modernos	96,30	93,01	73,10	72,1
Total	100,00	100	100,00	100

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Tipo de método anticonceptivo moderno de acuerdo a zona de vivienda

El uso de ciertos métodos anticonceptivos modernos como la píldora y la inyección, fue más frecuente en el área rural, con diferencia de 3 y 2 puntos porcentuales, respectivamente. Por el contrario, métodos como el dispositivo intrauterino (DIU), los implantes subdérmicos, el condón o la esterilización masculina fueron más frecuentes en población urbana (Tabla 3.28.).

Tabla 3.28. Tipo de anticonceptivos usados de acuerdo a zona de vivienda

MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL	URBANA	RURAL
No usa	21,05	20,91
Píldora	6,75	10,11
DIU	7,58	7,1
Inyección	8,54	11,02
Condón	7,55	5,39
Esterilización femenina	34,88	34,74
Esterilización masculina	4,05	1,42
Abstinencia periódica	2,28	2,21
Retiro	3,27	4,24
Métodos folclóricos	0,27	0,45
Implantes	3,47	2,1
MELA	0,15	0,21
Espuma/Jalea	0,11	0,05
Total	100	100

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Uso de métodos de acuerdo al índice de riqueza

El porcentaje de no uso de algún método anticonceptivo fue mayor entre las mujeres del quintil más pobre (46%), que en las mujeres del quintil más rico (42%). Por otro lado, el uso de métodos modernos fue mayor entre las mujeres del quintil más alto de riqueza (54%), comparado con las del menos nivel de riqueza (49,21%) (Tabla 3.29).

Tabla 3.29. Tipo de métodos usados de acuerdo a índice de riqueza

Tipo de método	ÍNDICE DE RIQUEZA					Total
	Muy pobre	Pobre	Medio	Rico	Muy Rico	
No usa	45.99	42.26	41.74	42.53	42.63	42.91
Método folclórico	0.5235	0.1628	0.2267	0.0572	0.0792	0.1967
Método tradicional	4.268	3.803	4.165	3.557	3.297	3.801
Método moderno	49.21	53.77	53.87	53.85	54	53.1
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Tipo de anticonceptivo usado de acuerdo al índice de riqueza

Hay ciertos tipos de métodos anticonceptivos, tanto modernos como tradicionales, que se usan más frecuentemente según el nivel de ingreso. El no uso de algún método, la utilización de píldoras e inyecciones, se encuentran de forma más frecuente en la población más pobre. En cambio, métodos como el DIU, el preservativo y los implantes, se reportaron con mayor frecuencia en la población más rica. Cabe anotar que la mayor diferencia se encontró en la esterilización masculina, que se reportó en el 0,44% de los individuos pertenecientes al quintil más pobre y en 8% de aquellos en el quintil más rico (Tabla 3.30).

Tabla 3.30. Tipo de uso de método anticonceptivo según quintil de riqueza

Tipo de método	ÍNDICE DE RIQUEZA					Total
	Muy pobre	Pobre	Medio	Rico	Muy Rico	
No usa	24.73	20.77	20.16	19.45	19.97	21.01
Píldora	9.71	8.69	7.30	6.39	5.80	7.61
DIU	6.35	6.73	7.60	8.50	8.18	7.46
Inyección	11.28	9.52	10.18	8.00	6.63	9.17
Preservativo	4.79	6.45	8.026	7.45	8.33	7.00
Esterilización femenina	33.43	37.03	33.39	35.97	34.29	34.84
Esterilización masculina	0.44	1.64	2.72	4.50	8.09	3.38
Abstinencia periódica	1.87	2.05	2.35	2.07	3.06	2.26
Retiro	4.34	3.86	3.94	3.28	2.02	3.52
Folclórico	0.78	0.25	0.37	0.09	0.07	0.32
Implante	1.80	2.62	3.73	4.10	3.35	3.12
MELA	0.36	0.22	0.13	0.08	0.02	0.16
Espuma/jalea	0.07	0.14	0.07	0.06	0.13	0.10
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Análisis multivariado del uso de métodos anticonceptivos modernos

Después de añadir diferentes variables al modelo explicativo, aquel con mejor bondad de ajuste fue el que incluyó las variables explicativas de índice de riqueza, educación y número de hijos. El índice de riqueza, teniendo como categoría de referencia las mujeres del quintil más pobre, mostró una razón de *Odds* (**OR**) entre 1,2 y 1,5 para el uso de anticonceptivos modernos, es decir, estar en una categoría mayor de ingresos, aumentó la probabilidad de usar un método anticonceptivo moderno. En el mismo sentido, la edad al momento de la encuesta y tener un mayor número de hijos, aumentaron la probabilidad de encontrarse usando un anticonceptivo moderno (Tabla 3.31.).

Tabla 3.31. Modelo de regresión logística para uso de anticonceptivos modernos

USO DE ANTICONCEPTIVO MODERNO	ODDS RATIO	ERROR ESTÁNDAR	P>t
Índice de riqueza (Referencia: Muy pobre)			
Pobre	1,27	0,07	0,00
Medio	1,32	0,07	0,00
Rico	1,47	0,09	0,00
Muy rico	1,54	0,11	0,00
Educación (Referencia: Sin educación)			
Preescolar	0,12	0,12	0,03
Primaria	1,11	0,74	0,86
Secundaria	1,10	0,73	0,88
Técnica	0,94	0,63	0,93
Universitario	0,78	0,52	0,71
Postgrado	0,67	0,46	0,56
Edad actual	1,02	0,00	0,00
Número de hijos	1,33	0,03	0,00
_cons	0,77	0,52	0,70

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Si bien se presentó un aumento de la frecuencia de uso de anticonceptivos en Colombia, con una prevalencia nacional que indica buena cobertura, cuando se desagregaron los resultados por departamento, se evidenció que la frecuencia de uso es menor en ciertas zonas del país, específicamente en aquellos departamentos que tienen menores índices de desarrollo. La correlación moderada del uso de anticonceptivos con el coeficiente de *Gini*, podría sugerir que en ciertas áreas del país, especialmente aquellas con mayor desigualdad, el acceso de las personas más pobres a los métodos anticonceptivos modernos fue más limitado, que aquellas regiones donde hay menos desigualdad de ingreso, planteando una desigualdad social en el acceso al servicio en contra de los más vulnerables.

Las pocas diferencias en la prevalencia de uso de métodos modernos entre las zonas urbanas y las zonas rurales, podrían indicar avances en cuanto a la penetración de programas de anticoncepción en las zonas rurales. A pesar de los adelantos en cuanto a cobertura rural, el hecho de tener ciertos métodos predominantes de acuerdo al tipo de área, podría sugerir que la elección en muchos sitios, más que hacerse sobre los criterios de elegibilidad de la mujer, se hace teniendo en cuenta criterios de costos.

El hecho de que el uso de anticonceptivos modernos se asocie al índice de riqueza, como se evidenció en el modelo multinivel, planteó que una desigualdad social mediada por la capacidad de pago, puede estar presente en el país, y también se presenta en detrimento de los más vulnerables. Esto se ha reproducido en algunos estudios de uso de anticonceptivos alrededor del mundo, sugiriendo que a medida que los países en vías de desarrollo presentaron aumento en el crecimiento económico, la demanda de anticonceptivos, así como su precio, se afectan, tendiendo a largo plazo a afectar negativamente a los últimos quintiles del ingreso (5). Esto hace necesario seguir dirigiendo políticas de salud reproductiva a este segmento de la población.

Adicionalmente, estas diferencias pueden también estar mediadas por creencias culturales que suelen estar más arraigadas en poblaciones con menor estatus socioeconómico y menor nivel educativo. Un ejemplo de esto es la casi nula frecuencia de uso de esterilización masculina en los quintiles más bajos de ingreso.

Referencias

1. Creanga AA, Gillespie D, Karklins S, Tsui AO. Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue. *Bull World Health Organ [Internet]*. World Health Organization; [cited 2015 Dec 17];89(4):258–66. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862011000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. World Health Organization. *Gender Mainstreaming for Health Managers: a Practical Approach*. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 17]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44516/1/9789241501071_eng.pdf
3. ENDS, Profamilia, Sánchez LH. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Situación de los Niños y Niñas en Colombia. 2010. p. 3.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Índice Gini Departamentos Colombia [Internet]. 2011 [cited 2015 Dec 16]. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/cp_pobreza_departamentos_2011.pdf
5. Gakidou E, Vayena E. Use of modern contraception by the poor is falling behind. *PLoS Med [Internet]*. 2007 Feb [cited 2015 Dec 17];4(2):e31. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1796626&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

3.6.4. Desigualdades del embarazo y maternidad adolescente

*Gina Vargas-Sandoval
Karol Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela*

La proporción de adolescentes alguna vez embarazadas hace referencia a las adolescentes que ya son madres o que están actualmente embarazadas en una población (1). El análisis de los factores asociados al embarazo adolescente es relevante, toda vez que su intervención procura un desarrollo individual, una mejor calidad de vida y mejores índices de desarrollo (2, 3). En Colombia, la proporción de adolescentes madres o embarazadas entre 15 a 19 años para 2010 se ubicó en 19,5% (4, 5), siendo distinta la proporción en escenarios rurales (26,7%) y urbanos (17,3%) (4, 5).

Análisis previos asocian factores sociales con el embarazo adolescente tales como la edad, el estrato socioeconómico bajo, la convivencia con la pareja, los ingresos familiares bajos y la asistencia a educación pública (6-8). También ha sido asociada el área de residencia rural con el embarazo y maternidad adolescente (3,6). A pesar de que se considere el área de residencia una variable que se asocia con las condiciones del embarazo y maternidad adolescente, no hay un Informe previo que describa las condiciones sociales como ejes de desigualdad, discriminando el análisis según el área de residencia urbana o rural de las adolescentes en Colombia.

Por lo anterior, a partir de la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (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.

Se estimaron las tasas de fecundidad por departamentos para 2005 y 2010 con base en los tres años previos a la encuesta (5) 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 (PIBpc), Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), cobertura en educación básica y media e índice de *Gini*.

Prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas en Colombia, según zona de residencia y condiciones seleccionadas

La prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas se mantuvo mayor en el área rural (Figura 3.141.). Se observó una disminución para 2010 en comparación con 2005 tanto en la zona rural como urbana, que en términos relativos, fue menor en la zona rural (2%) con respecto a la urbana (7%). La razón de prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas entre zona de residencia se mantuvo en 1,5, durante los tres años observados, siendo mayor el riesgo en adolescentes que viven en zonas rurales.

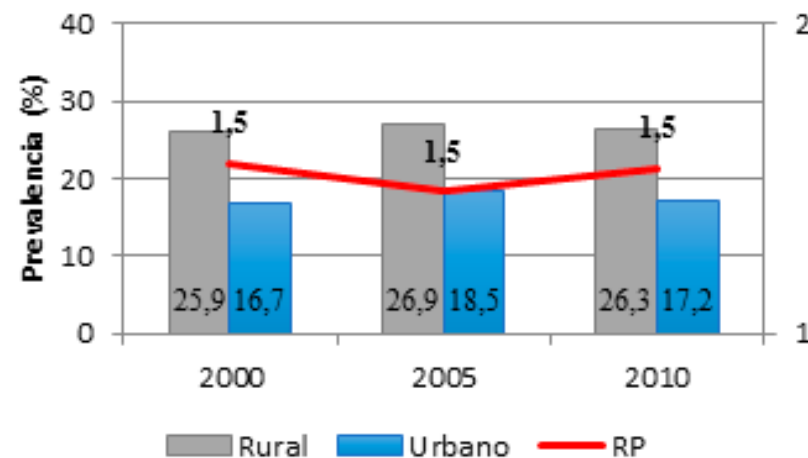


Figura 3.141. Prevalencia y razón de prevalencias de adolescentes alguna vez embarazadas, según zona de residencia. Colombia 2000, 2005 y 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de ENDS 2000, 2005 y 2010

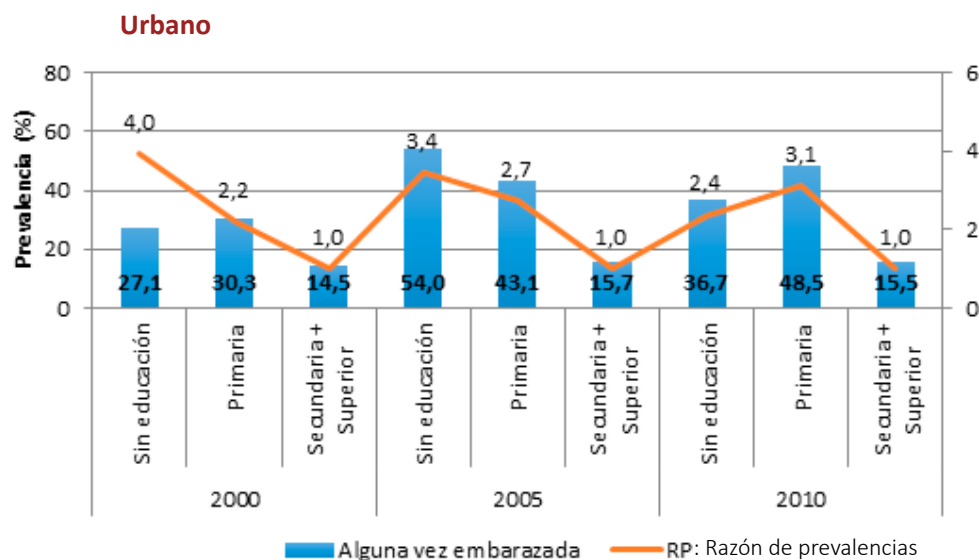
En cuanto a las diferencias entre la zona de residencia, según condiciones sociales seleccionadas, se observaron razones de prevalencia en contra de quienes residen en zonas rurales, para el nivel educativo, las regiones y entre grupos étnicos (Tabla 3.32). Fueron particularmente vulnerables al embarazo las adolescentes que viven en zona rural, sin educación y pertenecientes al grupo étnico ROM.

Tabla 3.32. Prevalencia y razones de prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas entre 15 a 19 años, según zona de residencia por condiciones seleccionadas. Colombia, 2000, 2005 y 2010

CONDICIÓN	URBANO			RURAL			TOTAL			RP U/R		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Prevalencia (%)	16,7	18,5	17,3	25,9	26,9	26,7	18,9	20,5	19,5	1,5	1,5	1,5
Nivel educativo												
Sin educación	27,1	54,0	36,7	65,1	51,3	74,3	45,5	52,4	55,0	2,4	1,0	2,0
Primaria	30,3	43,1	48,5	36,4	41,3	43,9	33,3	42,2	46,0	1,2	1,0	0,9
Secundaria	15,5	16,7	16,4	16,7	19,3	22,1	15,7	17,3	17,7	1,1	1,2	1,3
Superior	3,2	8,5	10,2	0,0	17,0	15,6	3,1	9,0	10,5	--	2,0	1,5
Riqueza												
Muy pobre	--	34,7	33,8	--	30,8	27,1	--	31,4	28,5	--	0,9	0,8
Pobre	--	27,4	28,7	--	21,7	25,2	--	25,6	27,4	--	0,8	0,9
Medio	--	22,1	18,8	--	20,5	15,6	--	22,0	18,8	--	0,9	0,8
Rico	--	14,6	13,4	--	10,8	0,0	--	14,5	13,3	--	0,7	--
Muy rico	--	10,6	7,4	--	14,7	0,0	--	10,7	7,4	--	1,4	--
Región												
Caribe	16,0	15,7	18,0	28,7	28,2	25,6	18,9	19,0	20,0	1,8	1,8	1,4
Oriental	15,7	15,8	15,5	19,1	24,8	26,5	16,8	18,8	18,9	1,2	1,6	1,7
Central	17,7	19,4	16,8	24,6	26,7	25,3	19,4	21,5	19,1	1,4	1,4	1,5
Pacífica	17,9	17,2	17,4	33,7	27,2	27,3	22,6	20,3	20,4	1,9	1,6	1,6
Bogotá	16,4	22,4	17,1	0,0	50,0	0,0	16,3	22,6	17,1	0,0	2,2	0,0
Orinoquia y Amazonia	0,0	23,5	25,3	0,0	0,0	33,4	18,9	23,5	27,9	--	--	1,3
Grupo étnico												
Indígenas	--	--	17,4	--	--	27,0	--	--	23,3	--	--	1,6
Gitanos	--	--	14,5	--	--	81,6	--	--	24,2	--	--	5,6
Raizales del archipiélago	--	--	5,9	--	--	21,1	--	--	10,1	--	--	3,6
Palenqueros de San Basilio	--	--	9,6	--	--	31,1	--	--	9,6	--	--	3,2
Negro, mulato, afrocolombiano,												
afrodescendiente	--	--	18,9	--	--	31,7	--	--	22,4	--	--	1,7
Otra	--	--	17,0	--	--	25,3	--	--	18,8	--	--	1,5

RP V/R: Razon de prevalencias Urbano/ Rural; Sin información

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de ENDS 2000, 2005 y 2010



Se observó un mayor riesgo de haber estado alguna vez embarazadas en adolescentes con condiciones sociales menos favorables. El nivel educativo se encontró asociado con maternidad o embarazo en adolescentes, en favor de quienes se encuentran en nivel secundario o superior. En la zona urbana, se evidenció que las diferencias en la prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas se acentuó en quienes tenían nivel educativo de primaria, entre 2000 y 2010. Para la zona rural, se observó con mayor claridad la diferencia gradual en la prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas según aumentó el nivel educativo (Figura 3.142.).

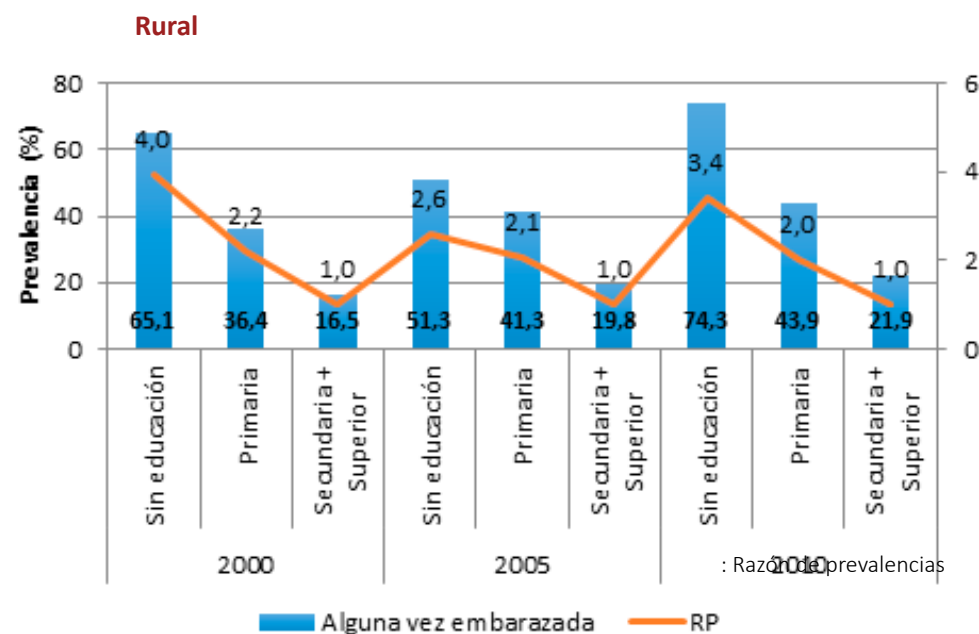
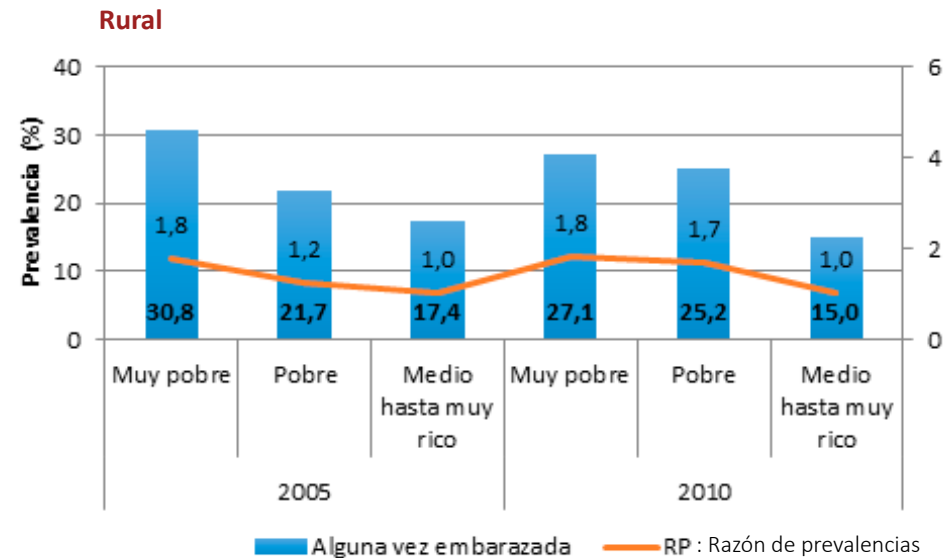
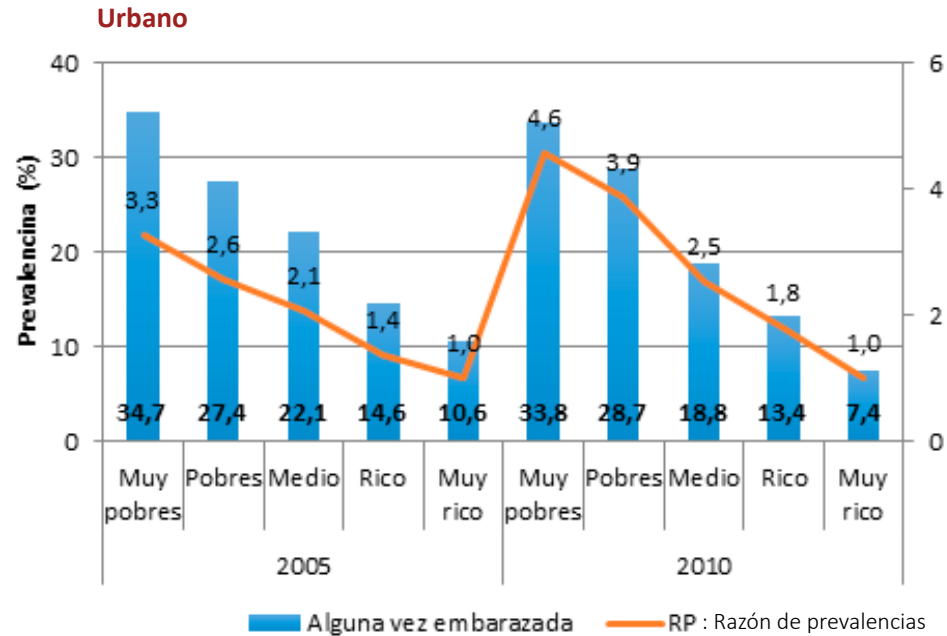


Figura 3.142. Prevalencia y razón de prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas entre 15 a 19 años según nivel educativo por zona de residencia. Colombia, 2000, 2005 y 2010

RP: Razón de prevalencias

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de ENDS 2000, 2005 y 2010



Menores niveles de riqueza se encontraron asociados con maternidad o embarazo en adolescentes, en comparación con los más ricos para el caso de la población urbana; o con el nivel de riqueza medio hasta más rico, en el caso de la población rural (Figura 3.143.). Para el caso de la zona urbana, las diferencias en la prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas se acentuó en 2010, comparado con 2005.

Figura 3.143. Prevalencia y razón de prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas entre 15 a 19 años, según nivel de riqueza, por zona de residencia. Colombia, 2000, 2005 y 2010

RP: Razón de prevalencias

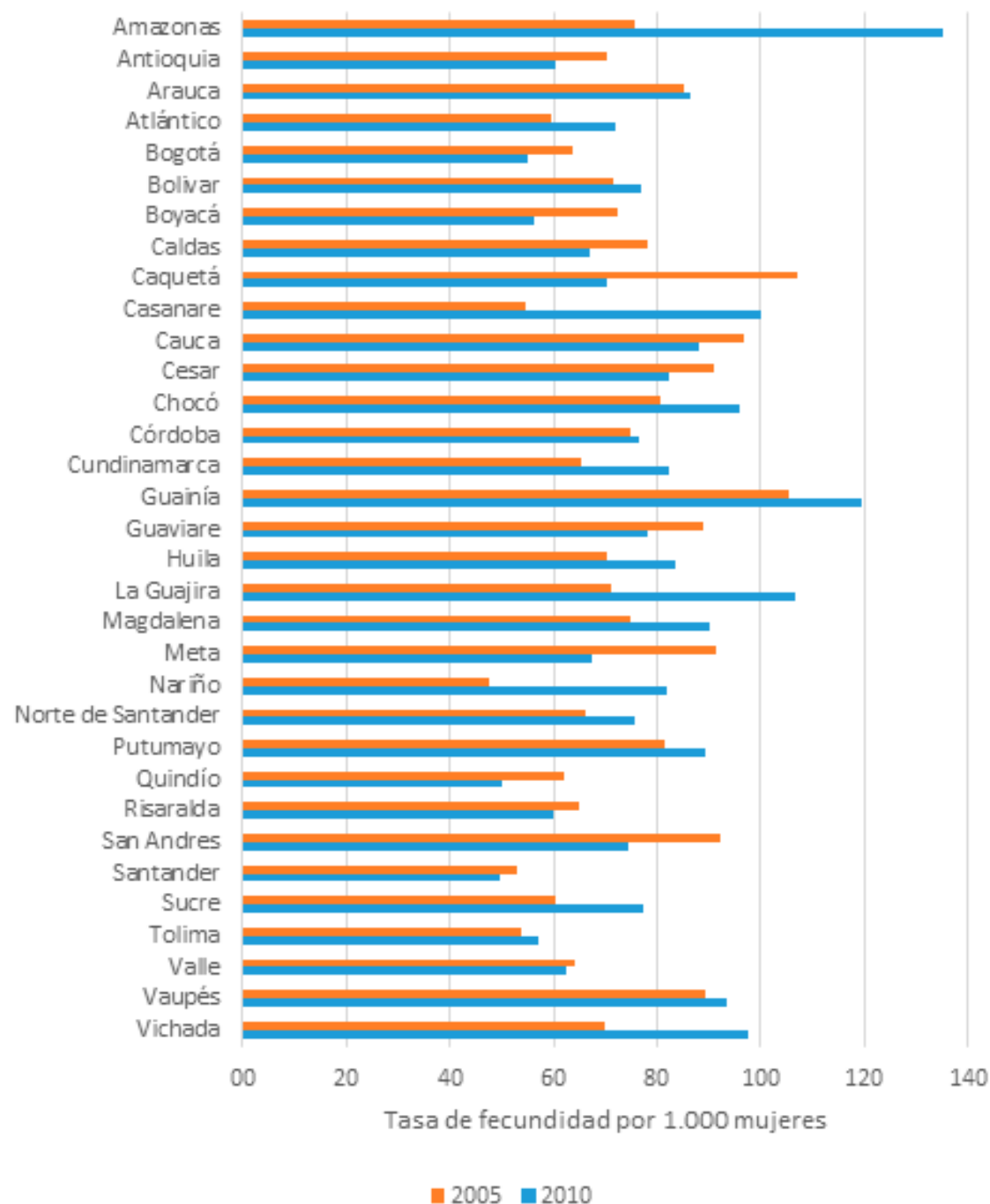
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de ENDS 2000, 2005 y 2010

Análisis por departamentos

Otro indicador utilizado para describir la situación del embarazo y maternidad adolescente es la tasa de fecundidad y se definió como el número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o período de referencia por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (9). Las ENDS 2005 y 2010 estimaron las tasas nacionales para el grupo de 15 a 19 años en 90 y 84 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva, respectivamente (5, 10). Con el propósito de evaluar la situación por departamentos, se estimaron las tasas para 2005 y 2010 y se evaluó el porcentaje de variación relativa (Figura 3.144.).

Figura 3.144. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, por departamentos. Colombia, 2005-2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de ENDS 2000, 2005 y 2010



Los tres departamentos con mayores reducciones proporcionales fueron: Caquetá (34%), Meta (26%) y Boyacá (26%). De manera contraria, los tres departamentos que más aumentaron su tasa de fecundidad en población adolescente entre 2005 y 2010 fueron: Casanare (83%), Amazonas (78%), Nariño (72%) y La Guajira (50%).

Al realizar un análisis de indicadores departamentales con la tasa de fecundidad, se observó que el PIB_{pc} y cobertura en educación básica presentaron una correlación negativa, mientras que el NBI e índice de *Gini* evidenciaron una correlación positiva, para todas con significancia estadística al 5% (Figura 1.145.). Para este análisis fueron eliminados los departamentos cuyos indicadores de condiciones sociales fueron valores extremos en su distribución. Por ejemplo para el caso del PIB_{pc}, fueron eliminados los departamentos de Meta, Casanare y Arauca. Para el caso de la cobertura de educación básica y media, fue eliminado el departamento del Vaupés.

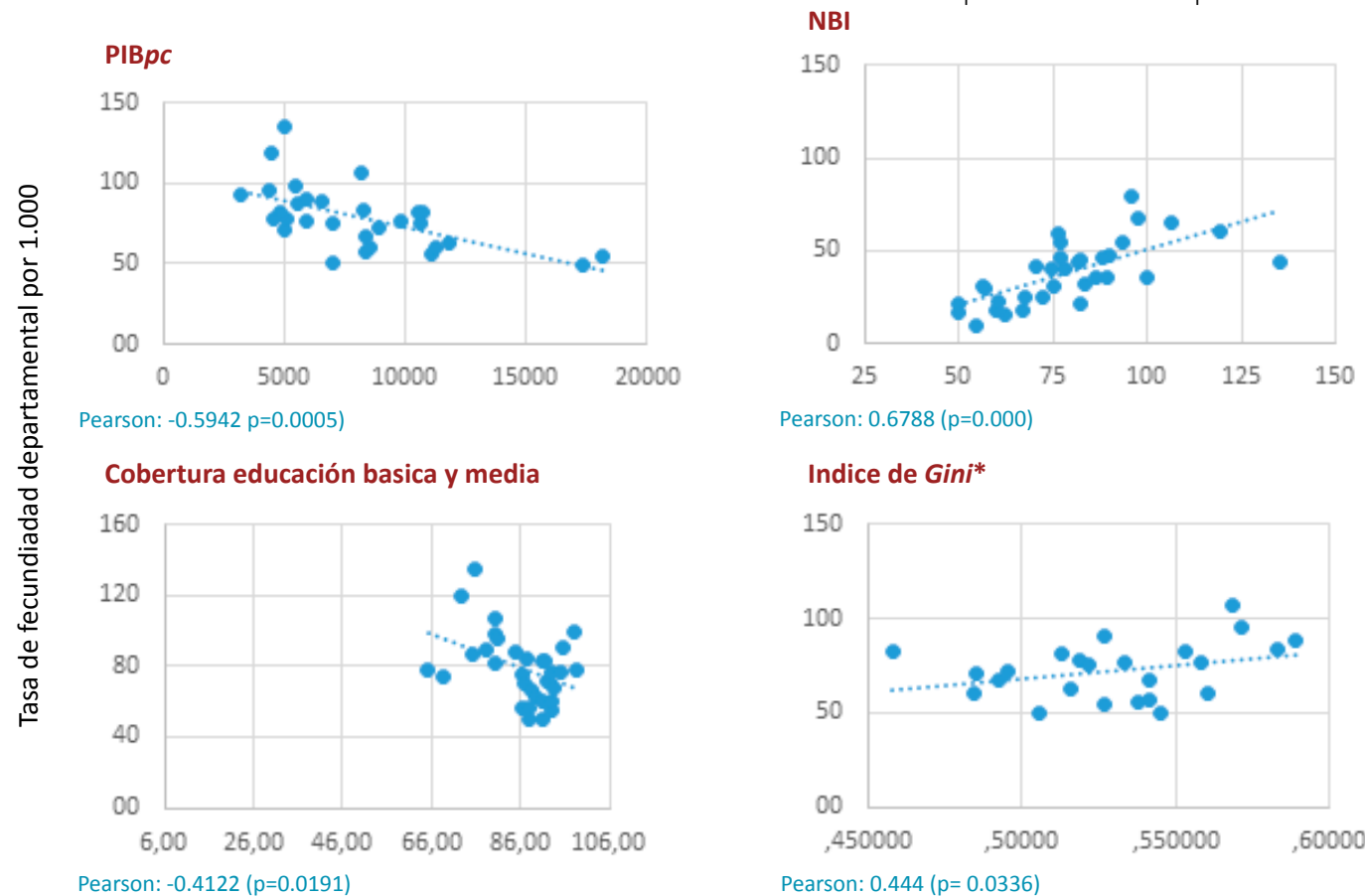


Figura 3.145. Tasa de fecundidad departamental en mujeres de 15 a 19 años e indicadores socioeconómicos de 2009. Colombia, 2010

* Solo en 24 departamentos con índice de Gini disponible

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de las ENDs 2005 y 2010

En suma, se encontró 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. Es importante destacar que dado que la ENDS tiene un diseño transversal, las medidas de asociación anotadas en el presente análisis no pueden interpretarse como causalidad. Son necesarios estudios de seguimiento que exploren dichas asociaciones como causales. En Colombia, un estudio de cohorte en adolescentes embarazadas encontró que las adolescentes embarazadas tiene 8 (ocho) veces mayor riesgo de deserción académica que las no embarazadas (11).

Adicionalmente, este análisis aportó la estimación tasas de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años por departamentos y su correlación con indicadores socioeconómicos departamentales. Este apartado no contempló los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud prevista para 2015, dado que a la fecha de su realización esta no había culminado. Adicionalmente, no incluyó población de 13 a 14 años, frente a la que previamente se había observado aumento de la prevalencia de embarazo (5, 10).

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas. 2013.
2. República de Colombia. Documento Conpes 147 Social. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. 2012.
3. Flórez CE, Soto VE. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe. United Nations Publications; 2006.
4. Flórez CE, Soto V. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. 2013.
5. Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa L. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2010. Informe. Profamilia, Bogotá. 2011.
6. Gómez-Mercado CA, Montoya-Vélez LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Rev salud pública. 2014;16(3):394-406.
7. Gaviria A. Decisiones: sexo y embarazo entre la jóvenes colombianas. 2000.
8. Morón-Duarte LS, Latorre C, Tovar JR. Risk factors for adolescent pregnancy in Bogotá, Colombia, 2010: a case-control study. Revista Panamericana de Salud Pública. 2014;36(3):179-84.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Tasa de Fecundidad. 2013.
10. Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa L. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2005. Informe. Profamilia, Bogotá. 2006.
11. Osorio I, Hernández M. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca, Colombia, 2006. 2011.

4

Políticas públicas para
reducir desigualdades
sociales en salud:
un balance
regional y local

Introducción

El papel de los Estados y los Gobiernos es fundamental tanto para el reconocimiento de las desigualdades sociales en salud como en la formulación y desarrollo de políticas dirigidas a reducirlas. Como se ha reconocido internacionalmente, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) recomendó a todos los países acciones para mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (1).

El propósito central de este capítulo es motivar una reflexión sobre las acciones que se están llevando a cabo en países del contexto de América Latina, incluido Colombia, que pueda contribuir a pensar o discutir alternativas para avanzar en la reducción de las desigualdades sociales en salud en el país. Para tal fin, el capítulo se organizó en tres secciones. En la *primera sección* se realizó una caracterización de las respuestas políticas del Estado Colombiano y de cinco países de la región (Argentina, México, Costa Rica, Chile y Brasil), a través de la definición de unas categorías que permitieron el ordenamiento de la información y su análisis.

En la *segunda sección* se presenta una descripción de políticas que está llevando a cabo el país que le apuntan a la reducción de desigualdades sociales. En la *tercera sección* se presentan las percepciones de representantes de algunas organizaciones sociales acerca de la respuesta política del Estado colombiano para enfrentar diferentes expresiones de la desigualdad social.

Para el desarrollo de la *primera sección* se seleccionaron cinco (5) países de América Latina y el Caribe (Brasil, México, Argentina, Chile, Costa Rica), por sus avances reconocidos en términos de políticas para el abordaje de determinantes sociales de la salud y de políticas para la reducción de desigualdades sociales en salud. Otro criterio de selección fue la información documental necesaria para la revisión, disponible de manera virtual.

Para esta caracterización se tomó como referente la propuesta de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2). Aunque el abordaje realizado por esa Comisión caracteriza las experiencias de algunos países europeos, se han adaptado algunos de sus planteamientos, aplicables a esta región del continente americano. Por tanto se consideraron aspectos como:

- Organización política general
- Principales actividades económicas
- Indicadores de desarrollo como la expectativa de vida, el coeficiente de *Gini*, el índice de Brecha de Género, de desarrollo humano y gasto en salud

En cuanto a las características de las políticas se han tomado en cuenta las siguientes dimensiones (2):

- *Definición del problema*: políticas universales, de reducción entre los menos y más favorecidos o selectivas y focalizadas
- *Metas evaluables* sobre las políticas implementadas
- *Acciones* en cuanto a cobertura y determinantes, intermedios o estructurales, a modificar
- *Ámbitos y grupos objetivo* como poblaciones desfavorecidas, trabajadores, grupos étnicos, entre otros
- *Agentes implicados* en la implementación de las políticas: instituciones responsables de aplicar las políticas
- *Monitoreo e investigación*: sistemas explícitos de seguimiento y también mecanismos de investigación sobre desigualdades sociales en salud

Con el objeto de realizar un balance basado en las percepciones de actores sociales sobre las expresiones de desigualdad en el país, se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas a representantes de organizaciones sociales.

La selección de las organizaciones se basó en las consideraciones teóricas relacionadas con los aspectos de posición social, que con base en el Modelo de la CDSS de la OMS, se consideraron como ejes fundamentales de desigualdad en el país, como el *género* y la *etnia* y la *ocupación*. De tal manera se entrevistó a un representante de una organización indígena, de una organización afro, de una organización de mujeres y de los trabajadores.

Se diseñó y aplicó un cuestionario que incorporó preguntas acerca de la noción, orígenes y formas de expresión de la desigualdad tal como es percibida por algunas organizaciones sociales. Además, se abordaron cuestiones sobre los impactos de estas desigualdades en la salud, los avances en cuanto a las políticas y respuestas por parte de estos grupos y desafíos. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas de acuerdo a estas categorías y el resultado del análisis se presenta en la *tercera sección* de este capítulo.

Fabio Escobar Díaz
Paula Castillo
Nohora Rodríguez
Elkin Vallejo
Karol Patricia Cotes

4.1. Políticas públicas para la reducción de las desigualdades en salud, en el contexto latinoamericano

4.1.1. Argentina

Aspectos generales

Argentina es una Nación ubicada en el sureste del continente americano. Posee un sistema político republicano, representativo y federal reconocido constitucionalmente hasta la actualidad (3). El Estado argentino está conformado por un Gobierno Federal, que sostiene la soberanía nacional y provee los gastos de la Nación, y 23 Gobiernos de Provincia (territorios autónomos que poseen su propia constitución e instituciones). El Gobierno Federal está integrado por los tres poderes: *legislativo*, *ejecutivo* y *judicial* (4). De acuerdo a la estimación para 2014, este país tenía 42,7 millones de habitantes (5). Para el mismo año, el país ocupó el puesto 74 en el Índice de Desigualdad de Género (IDG); además, obtuvo el puesto 49 en la Clasificación Mundial del Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2013 (6).

Sistema de salud

El sistema de salud argentino está configurado por tres subsistemas: *el público*, *la seguridad social* y *el privado*, que brindan atención a diferentes segmentos poblacionales (7). El primero de estos subsectores, el público, cubre a la población pobre, así como a la mayoría de trabajadores independientes. El subsector del *seguro social obligatorio* u Obras Sociales cubre a todos los trabajadores asalariados de diferentes ramas económicas y sus familiares dependientes (sindicatos, jubilados, empleados públicos, fuerzas armadas, poder legislativo y judicial, y universidades). El subsector *privado* incluye hospitales y profesionales independientes, empresas de medicina prepagada y cooperativas de profesionales (8).

Las desigualdades sociales en salud en las políticas públicas

En el año 2009 fue creada la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, perteneciente al Ministerio de Salud, desde una perspectiva intersectorial, y apuntaba a diferentes acciones como la alimentación saludable, la seguridad vial, la seguridad alimentaria, la promoción de la actividad física, entre otros. Por esta dependencia se han implementado iniciativas como el *Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables*, que pretende impulsar un abordaje integral de los determinantes de la salud (7). Este programa es fruto del interés por institucionalizar y ofrecer mayor sustentabilidad a las acciones estatales, toda vez que es la formalización de la estrategia de municipios y comunidades saludables como política de Estado y proviene de la propuesta impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde principios del milenio. Los objetivos del Programa son (9):

- a.** *Modificar* los factores que condicionan y determinan negativamente la situación actual de salud colectiva y desarrollar aquellos que inciden ella positivamente, para reducir las brechas existentes
- b.** *Promover y fortalecer* en los municipios el desarrollo de políticas de prevención y promoción que afronten de manera integral los determinantes y condicionantes de la salud
- c.** *Fortalecer* las capacidades institucionales de las provincias para gestionar políticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud de manera conjunta con los municipios

Desde el punto de vista étnico se ha destacado en Argentina el programa denominado *Salvaguarda Indígena*, considerado como una política pública intercultural para acercarse y actuar sobre las condiciones de salud de los pueblos indígenas desde la inclusión social y la equidad y viene funcionando desde 2007. Esta estrategia pretende lograr el fortalecimiento de la salud de estas comunidades a partir de la consideración de su propia cosmovisión sobre el proceso *salud-enfermedad-atención* y también de los demás determinantes culturales, económicos, sociales y ambientales que intervienen en la salud de las mismas (10).

El Ministerio de Salud argentino se encuentra vinculado a diferentes iniciativas intersectoriales como el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS); el Programa Interministerial de Salud Mental (junto con el Ministerio de Justicia); el Programa de Formación de Facilitadoras y Facilitadores en Salud Comunitaria (al lado del Ministerio de Desarrollo Social) y el Programa de Educación Sexual (articulado con el Ministerio de Educación) (7).

4.1.2. Brasil

Aspectos generales

Brasil es una República Federativa, organizada política y administrativamente a partir de la Unión, de 27 Territorios Federales o Estados, el Distrito Federal de Brasilia y 5570 municipios, que pueden agruparse en cuatro (4) grandes regiones: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur (11). Brasil es un Estado Democrático de Derecho, presidencialista, con tres divisiones del poder: *Ejecutivo, Legislativo y Judicial* (12). Para 2014, según el Banco Mundial (BM), la población brasileña era de 206.077.898 habitantes (13). Desde la década de los setenta el país ha vivido una disminución gradual de la fecundidad y para 2030 el grupo de personas de 60 años o más, superará la población de niños y adolescentes (14). Brasil es una de las economías más grandes de América Latina, caracterizada por el fortalecimiento de la industria y el mercado interno; así como con una importante política de tecnología y con la inversión en investigación y desarrollo más alta de la región, 1,21% del Producto Interno Bruto (PIB) durante el año 2011 (15). Sin embargo, tiene uno de los índices más altos de concentración de riqueza de Latinoamérica con un coeficiente de *Gini* para 2012 de 52,7, sólo superado por Colombia (*Gini* de 53,5) (16).

El 59% de la población pobre se concentra en la Región Nordeste. En Brasil uno de cada cuatro campesinos se encuentra en pobreza extrema, de los cuales el 48% no cuentan con suministro de agua potable y servicios de saneamiento. A su vez, las regiones Norte y Nordeste tienen la menor esperanza de vida del país, tasas más altas de mortalidad por lesiones de causa externa y mayores tasas de mortalidad infantil.

El 71% de la población en pobreza extrema es afrodescendiente; asimismo, para el período 2002-2010 el 65,8% de los homicidios ocurridos se presentaron en este grupo poblacional y más de la mitad de muertes maternas en 2008 se dieron en mujeres negras (14).

Sistema de salud

El Sistema Único de Salud de Brasil (*Sistema Único de Saúde*) (SUS) tiene su origen en la Constitución Política de 1988 y su creación está ligada a movimientos sociales cuya principal bandera de lucha era el reconocimiento de la salud como un derecho. El SUS es el resultado de un proyecto político y social que ha pretendido ser universal, único, integral y con participación social para permitir el acceso a toda la población a los servicios de salud (17). Las directrices del SUS son: descentralización de la gestión, atención integral y participación de la comunidad. Además, en 2006 se establecieron una serie de principios para su fortalecimiento como su regionalización, construyendo redes entre servicios de salud y la planeación de acciones basadas en las particularidades locales y regionales. Un ejemplo de esto son la implementación de programas como Equipos de Salud de Familias Ribereñas (*Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas*) y las Unidades Básicas de Salud Fluviales (*Unidades Básicas de Saúde Fluviais*) en comunidades a las que sólo es posible acceder por vía fluvial (7,12,18).

El SUS es financiado con recursos del presupuesto de seguridad social de los municipios, los Estados, el Distrito Federal y la unión (La Nación). También en el país existe una oferta de servicios privados a los que se accede a través del pago de seguros o de forma directa a los prestadores y que cubre cerca del 25% de la población (19). La atención básica es el primer nivel de atención del SUS y la principal puerta de entrada al sistema. Coordina la atención en salud y la conformación de redes de acuerdo a las condiciones sociales, epidemiológicas y territoriales de la población. La atención se proporciona en unidades básicas, centros de salud y unidades de familia, y es realizada en principio por los municipios, quienes en conjunto con los Estados, organizan la prestación de servicios a través de redes de salud (19,20).

Salud a la Familia (*Saúde da Família*) es la principal estrategia de la atención básica, de carácter familiar, comunitaria e intersectorial, con el fin de lograr la continuidad en el cuidado y la promoción de la salud de las personas. La estrategia es implementada por los equipos de salud familiar que tienen un acercamiento directo a las familias e interactúan con los puestos, centros de salud y hospitales encargados de suministrar la atención en niveles más altos de complejidad, estos últimos organizados en redes que buscan mejorar la oportunidad en la atención (20).

Desde 2003, se cuenta con la Política Nacional de Atención a Urgencias (Política Nacional de Atendimento às Urgências), que busca reducir las desigualdades en el acceso a la atención de la población. Hacen parte de esta política el área pre hospitalaria móvil que opera a través de Servicios de Atención Móvil de Urgencias (*Serviços de Atendimento Móvel de Urgência*) (SAMU) ubicados en todos los territorios del país; además de Unidades de Atención Inmediata (*Unidades de Pronto Atendimento*) y Redes Loco-regionales de Atención Integral de Urgencias (*Redes locais-regionais de atenção integral às urgências*), que facilitan la oportuna remisión de los pacientes a los servicios de salud, de acuerdo a los requerimientos de cada paciente (19).

Las desigualdades sociales en salud en las políticas públicas

En 1988 la Constitución Política brasileña enunció como objetivos fundamentales la reducción de desigualdades sociales y regionales y la construcción de una sociedad libre, justa y solidaria. Desde este referente se han conformado una serie de políticas orientadas a garantizar el ejercicio de los derechos de los ciudadanos, concibiendo también la salud como un derecho de todos y un deber del Estado a través de políticas sanitarias, sociales y económicas (12). En 1990 se reglamentó la organización y funcionamiento de los servicios del SUS, estableciendo que la salud es expresión del sistema económico y social del país e introdujo los conceptos de determinantes y condicionantes de la salud, incorporando acciones en salud que involucran diferentes sectores además de salud en la responsabilidad de enfrentar los mismos (21).

En 2006 se aprobó la Política de Promoción de la Salud (*Política Nacional de Promoção da Saúde*), que considera la promoción de la salud como estrategia fundamental para lograr la equidad, mejorar la calidad de vida y la salud de la población; asimismo, la intersectorialidad, como elemento crucial a la hora de lograr asociaciones para el avance integral de las acciones. Además, la política plantea dentro sus estrategias para abordar los determinantes y condicionantes de la salud, la inclusión de la noción de salud y sus determinantes en la formulación de políticas e instrumentos de planeación urbana y rural (22).

El Plan Nacional de Salud 2012-2015 (*Plano Nacional de Saúde 2012-2015*), reconoce también que las condiciones de salud de la población trascienden las acciones del sector y comprenden lo social, ambiental, económico y cultural. Este plan considera indispensable avanzar en la identificación de los determinantes y condicionantes de la salud que haga posible la formulación de políticas y programas enfocados a la promoción del bienestar de la población brasileña (14), y hace énfasis en la articulación del sector salud con otros sectores en la implementación de políticas y programas existentes y que se focalizan a poblaciones más vulnerables como el Plan Brasil sin Miseria (*Plano Brasil Sem Miséria*) y el Programa de Aceleración del Crecimiento (*Programa Aceleração do Crescimento*) (PAC), promoviendo la sinergia entre estrategias y evitando la duplicidad de acciones (14).

Además, se han realizado esfuerzos por continuar con las directrices propuestas en los Planes Nacionales de Salud para los períodos 2008- 2011 y 2012-2015 para fortalecer la Estrategia Salud a la Familia (*Estratégia Saúde da Família*) (ESF), la Política Nacional de Atención Básica (*Política Nacional de Atenção Básica*), la Red de Atención a Urgencias (*Rede de Atenção às Urgências*), la Asistencia Farmacéutica y la Atención a Grupos Vulnerables como la mujer, el adulto mayor, la infancia y los pueblos indígenas (14,23). La reducción de desigualdades relacionadas con la etnia o los territorios rurales también se han reconocido en algunas políticas como la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (*Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*) y la Política Nacional de Salud de Población del Campo (*Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*) (23).

El Plan Plurianual Más Brasil, Más desarrollo, Más igualdad, Más participación 2012-2015 (Plano Plurianual Mais Brasil, Mais Desenvolvimento, Mais Igualdade, Mais Participação 2012-2015), reflejó una planeación orientada a dar continuidad a las políticas y programas implementados en gobiernos anteriores y que abordan la reducción de desigualdades sociales y regionales, la erradicación de la pobreza extrema, el acceso a la educación, la salud, la asistencia social con equidad, el fortalecimiento de la ciudadanía y la promoción de la igualdad étnica, racial y de género. Los programas temáticos que conforman este Plan, en algunos casos, son adiciones, prolongación o complemento de los programas que se venían ejecutando como, por ejemplo, el programa *Bolsa de Família (Bolsa Família)* (24,25). Este Plan enunció como Brasil durante los últimos ocho años ha trabajado por un desarrollo económico incluyente con políticas públicas de transferencia de renta, ampliación de los programas sociales y fortalecimiento de las políticas de empleo. La incorporación de las desigualdades sociales en la agenda pública de Brasil trascendió su uso meramente discursivo, y se ha plasmado en políticas intersectoriales concretas sostenidas durante el tiempo, que no se afectan por los cambios de Gobierno y que cuentan con una importante inversión económica. Así, el Plan de Desarrollo 2012-2015 asignó el 57% de los recursos de los programas temáticos a programas del área social; seguido por programas de infraestructura (26%), de los cuáles la mayor proporción (32,6%) se destinó al programa “*Moradia Digna*”, que promueve la financiación de viviendas de interés social (24).

Si bien, las iniciativas del Gobierno brasileño han contribuido a la reducción de desigualdades sociales, a través de políticas orientadas a la población más pobre, el Plan de Desarrollo insta precisar aún más las acciones, teniendo en cuenta que dentro de la población en situación de pobreza extrema existen segmentos más vulnerables, de allí el que se plantee fortalecer programas como Mujeres Mil con acciones de formación profesional para mujeres en condición de vulnerabilidad; el Programa Temático Agricultura Familiar que busca ampliar la participación de las mujeres del área rural en políticas de crédito, asistencia técnica y comercialización de productos; o el Programa Temático Trabajo, empleo y renta que incluyó dentro de sus metas

brindar cursos de calificación profesional priorizando afrodescendientes, mujeres, población en condición de discapacidad y en situación de calle (24).

Es posible encontrar algunos planes y programas que incluyen dentro de sus metas la disminución de brechas entre grupos frente al acceso a ciertas oportunidades o beneficios. Por ejemplo, el *Plan Nacional de Educación 2011-2020 (Plano Nacional de Educação 2011-2020)*, que no solo reconoce las desigualdades por región y grupo poblacional sino que incluye dentro de sus metas aproximar el número promedio de años de escolaridad entre población afro y no afro, extender el número de becas a estudiantes de la red pública para acceder a la educación profesional y tecnológica y elevar el nivel de escolaridad de la población general (24).

El programa *Más Médicos (Mais Médicos)*, es una apuesta del Gobierno para enfrentar la baja proporción de médicos, especialmente en áreas que concentran la población más pobre, y vulnerable del país, como en las regiones Norte y Nordeste donde se cuentan con apenas un médico por cada mil habitantes (26). Se propone, mediante acciones estructurales, a corto, mediano y largo plazo afectar la falta de médicos en el país, mejorar la calidad de la educación médica y la infraestructura de las unidades de salud. Esta área de actuación está acompañada por estrategias que buscan un replanteamiento de la formación médica, a través de la generación de nuevas plazas y una educación conforme a las directrices del SUS (26).

El programa *Farmacia Popular de Brasil (Farmácia Popular do Brasil)*, busca ampliar el acceso a medicamentos entre los ciudadanos y la *Red Cigüeña (Rede Cegonha)*, establece acciones dirigidas al desarrollo de la primera infancia a través de la ampliación en las coberturas de atención en salud para el recién nacido y menores de dos años; se encuentran insertos estos programas en estrategias más amplias como el Plan Brasil sin Miseria, que integra acciones con otros ministerios como Trabajo y Empleo, Educación, Medio Ambiente, de las Ciudades, Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre (14).

Brasil ha desarrollado una serie de reformas en las políticas sociales y económicas, como el ajuste al salario mínimo, la asignación de renta y el fortalecimiento de la asistencia social, medidas que impactan determinantes estructurales y que han estado acompañadas de una prioridad creciente en el gasto público hacia programas sociales. La Política de *Valorização do Salário Mínimo* impulsada desde 2007, ha permitido mantener la capacidad adquisitiva de las familias con un reajuste anual de acuerdo a la variación del PIB y la inflación. En 2011 dando continuidad y reafirmando el compromiso del Gobierno con este tipo de iniciativas, la Política de Valorización del Salario Mínimo se convirtió en la Ley 12.382 (27).

El Plan *Brasil sin Miseria* fue creado en 2011 como una iniciativa intersectorial que articuló programas sociales en materia de salud, educación, saneamiento, asistencia social y servicios, con el propósito de promover la inclusión social y productiva de población en pobreza extrema. El Plan cuenta con tres áreas de actuación: *aumentar el ingreso familiar per cápita, ampliar el acceso a servicios públicos y mejorar el acceso a oportunidades de empleo con acciones específicas por área rural o urbana* (28). El *primero* de estos objetivos se materializó a través de estrategias como Bolsa de Familia, un programa de transferencia de renta dirigido a familias ubicadas en situación de extrema pobreza y, aunque es focalizado, permite el acceso a las personas sin importar la composición de sus familias, siempre que cumpla con una renta mensual inferior al límite propuesto (29).

El *segundo* objetivo se logra a través de programas como Brasil Alfabetizado, en educación; *Mi Casa, Mi vida (Minha Casa, Minha Vida) en vivienda; Cocinas Comunitarias (Cozinhas Comunitárias) y Banco de Alimentos; Habitación y Saneamiento (Habitação e Saneamento), Educación Infantil (Educação Infantil); y en salud las estrategias Salud a la Familia (Saúde da Família), Red Cigüeña (Rede Cegonha); Brasil Sonriente (Brasil Sorridente); Mira Brasil (Olhar Brasil)*, entre otras. *Brasil sin Miseria* incorporó en 2012 el Programa *Brasil Cariñoso (Brasil Carinhoso)* que beneficia a niños de cero a seis años a partir de acciones integrales en salud, educación y renta (28).

El *tercer* objetivo, la inclusión productiva en zonas rurales busca aumentar la productividad a través de asistencia técnica; ayuda financiera para la adquisición de insumos y equipamiento; apoyo para la comercialización de productos con compras institucionales e incentivos a la empresa privada para la compra; acuerdos entre el Estado, empresarios y trabajadores rurales para la formalización y cualificación del trabajo e incremento en la cobertura de los programas, *Agua para todos y Luz para todos*. Por su parte, en las zonas urbanas las acciones están orientadas a población entre los 18 y 65 años y se centran en cualificación profesional, intermediación laboral y apoyo al emprendimiento. (28).

Junto con *Bolsa de Familia*, otra de las políticas de asistencia social no contributiva es el denominado *Beneficio de Prestación Continua (Benefício de Prestação Continuada)* (BPC), dirigido a personas mayores de 65 años o en condición de discapacidad cuyos ingresos son iguales o inferiores a un cuarto de salario mínimo, pretende brindar protección social a personas en situación de vulnerabilidad que no tienen acceso a prestaciones contributivas o sus ingresos son insuficientes. Entre los sistemas contributivos se destacó la creación de un subsistema de aseguramiento rural de naturaleza semi-contributiva que benefició a trabajadores rurales que demostraron haber trabajado por lo menos 30 años, sin importar el tipo de vinculación laboral y la contribución previa al sistema (29).

Teniendo en cuenta otras dimensiones, además de la renta, que pueden generar desigualdades, entre ellas, la etnia o el género, Brasil ha venido avanzando desde la formulación de la *Ley de Igualdad Racial en 2010 (Ley de Igualdade Racial)*, en el desarrollo de acciones afirmativas que buscan garantizar a la población afrobrasileña la igualdad de oportunidades y enfrentar las desigualdades raciales históricamente presentes en el país, entre ellas la *Ley de Cuotas*, aprobada en 2012, que garantizó un 50% de plazas en los procesos de selección a personas afrodescendientes, en las universidades e institutos de educación superior (30). Por su parte, el Plan Plurianual 2012-2015, además de incorporar en su dimensión táctica la Política Nacional de Lucha contra la Violencia sobre las Mujeres, incluyó dentro

de sus objetivos la promoción de la autonomía económica de las mujeres en las zonas urbana y rural, con énfasis en políticas de erradicación de la pobreza y fomento de la participación de las mujeres en el desarrollo del país (24).

Logros y retos en la reducción de desigualdades sociales en salud

El SUS aún enfrenta algunos desafíos en aspectos como el fortalecimiento de la Política Nacional para la Atención de Urgencia y en la oferta de personal médico especializado y la atención de mayor complejidad principalmente en las regiones Norte y Nordeste del país (14). A su vez, el gasto en salud en Brasil, si bien aumentó progresivamente en la última década, ubicándose como el segundo más alto en América Latina y el Caribe con 9,67% del PIB, se considera que debe aumentar si se quiere ampliar la cobertura de atención en salud en los diferentes niveles de complejidad (31).

El impacto de los programas sociales introducidos en Brasil durante los últimos años, ha sido objeto de algunos estudios que resaltaron los avances alcanzados en materia de salud. En una evaluación del Plan *Brasil sin Miseria* durante los años 2011 a 2014, se señaló cómo para este período la construcción de 690 unidades básicas de atención, beneficiaron a 4,8 millones de personas que habitan en áreas de mayor vulnerabilidad social. Mientras el Programa *Más Médicos* desde su creación incorporó 18.240 médicos, en 4.058 municipios, facilitando la atención de 63 millones de brasileños que antes no contaban con atención médica (32).

Otro estudio realizado encontró una disminución del 19% en la mortalidad infantil en los municipios con cobertura del programa *Bolsa de Familia*, y una importante reducción más notoria cuando las causas fueron desnutrición (65%) o diarrea (53%) (33). Un informe publicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 2013, examinó el impacto de los programas de protección social en la reducción de desigualdades y la pobreza extrema en Brasil.

En éste se calculó que *Bolsa de Familia*, entre 1999 y 2009, aportó a la disminución de desigualdades en un 13% y para el último año y contribuyó a la reducción de la pobreza extrema en un 32%. De igual manera, para el período 2004–2009, programas como *Hambre Cero (Fome Zero)*, participaron en el descenso de la proporción de personas que vivía en situación de inseguridad alimentaria aguda, pasando del 8,2% al 5,8% de la población (29).

De acuerdo a la evaluación del programa Brasil sin Miseria realizada en 2015, de los 36 millones de personas en situación de extrema pobreza identificados en 2011, 14 millones abandonaron esta condición gracias a esta iniciativa. Actualmente, este programa avanza en la ampliación de las coberturas del programa *Bolsa de Familia*, superando las metas establecidas con la inclusión de 1,3 millones de familias a 2014 (32). El efecto de los programas sociales también redundó en la reducción de la pobreza en zonas y poblaciones específicas como la mayor de 65 años que vive en zonas rurales del país y que para el año 2009 se benefició de una pensión, en una proporción cercana al 90%. Asimismo, el porcentaje de población mayor de 65 años con inseguridad alimentaria en Brasil se redujo en 2009 a 3,6% (29).

El acceso a servicios, otro de los puntos contemplados en el plan *Brasil sin Miseria*, mediante el programa *Agua para Todos*, logró a 2014 la entrega de sistemas de abastecimiento de agua a 781 familias que vivían en regiones semiáridas, superando la meta establecida, que se buscaba beneficiar a 750 mil familias, dicha medida buscó garantizar la provisión de agua mitigando los efectos de la sequía prolongada y sus impactos sobre la salud de la población (32). El Estado brasileño reportó durante el período 2001 a 2008 un aumento del PIB *per cápita* en todas las regiones, con crecimientos más altos en las regiones Norte (128,7%), y Nordeste (121,5%), que se caracterizan por ser las más pobres del país (14). Asimismo, un informe publicado por la CEPAL en 2014 al comparar el PIB *per cápita* entre la región más pobre y más rica al interior de siete países de América Latina, entre ellos Brasil, encontró que el país reportó las brechas más amplias para los años 1990 y 2006; no así, se observó que al cabo de este mismo período dicha brecha se redujo en un 22%, siendo el país con la mayor disminución (34).

Si bien las políticas y programas de asistencia social han tenido un impacto favorable en la reducción de la pobreza extrema, las desigualdades regionales y la inseguridad alimentaria, Brasil enfrenta el desafío de continuar fortaleciendo las políticas de salud, educación y empleo que promuevan el acceso de toda la población a servicios de calidad en estas áreas y en condiciones de igualdad, independiente del sexo o la etnia a la que se pertenezca. Ejemplo de ello, son las políticas que buscan una disminución de las brechas salariales entre hombres y mujeres, población afrodescendiente y blanca; o las disparidades en el acceso a educación entre estos mismos grupos poblacionales.

4.1.3. Chile

Aspectos generales

La República de Chile es un país ubicado en el sureste del continente americano y comprende un área de 748.800 km cuadrados. Esta Nación tiene 17 millones de habitantes de acuerdo a las estimaciones para el año 2014, su capital y la ciudad más grande es Santiago. La Nación chilena tiene un sistema político republicano, democrático y representativo con un Gobierno presidencialista. El Estado se encuentra dividido en tres poderes independientes: *Ejecutivo, Legislativo y Judicial* (35). Con respecto a su organización territorial, el país se encuentra dividido en 15 regiones, 50 provincias y 341 municipios; solo los alcaldes y concejales municipales son elegidos popularmente mientras que los intendentes y gobernadores, quienes encabezan las regiones y las provincias son designados por el Presidente de la República (35).

Sus habitantes tienen en la actualidad una expectativa de vida de 80 años. Su IDH es de 0,822 y se ubica en el puesto 41 a nivel mundial. El gasto en salud (%PIB 2013), fue 7,7%, mientras que el gasto en salud *per cápita* en el mismo año fue de 1204 dólares. El índice de *Gini* para el año 2011 es de 50,8. El sistema político es presidencialista y republicano (5)(6).

Sistema de salud

El sistema de salud chileno es mixto donde hay un componente público, uno de seguridad social y otro privado. La cobertura en el sector público se hace a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que afilia a las personas con ingresos bajos o sin ellos, los pensionados, personas con problemas mentales, desempleados. Desde este sector, además, se construyen las políticas y los lineamientos que orientan las acciones en salud en este país. En el sector privado, figuran las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), donde la cobertura se dirige a aquellos con ingresos medios o altos a través de cotizaciones y copagos (8).

Las desigualdades sociales en salud en las políticas públicas

La reducción de las inequidades en salud ya había sido incluida en los objetivos sanitarios de 2000–2010. Además, la evaluación realizada a estos objetivos mostró que al finalizar el periodo no hubo la disminución esperada de las brechas entre los grupos poblacionales, a pesar de lograr una mejora de las condiciones de salud a nivel nacional, de acuerdo a los indicadores mortalidad infantil, esperanza de vida y años de vida potencialmente perdidos (AVPP) (36).

Actualmente, el país cuenta con los objetivos en salud para la década 2011-2020 y está desarrollando la Estrategia Nacional de Salud para su cumplimiento. Los determinantes sociales se configuran como uno de esos objetivos nacionales, descrito de la siguiente manera: *“Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud”*. Dentro de este objetivo se han incorporado dos propósitos más específicos que son: **a.** Disminuir el gradiente de inequidad en salud relacionada con la posición social y **b.** Reducir la brecha de inequidad en salud relacionada con la ubicación geográfica (37).

Chile adoptó desde hace menos de una década una aproximación intersectorial en sus políticas de salud basada en las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (38). Uno de sus resultados fue la creación de la Secretaría

Técnica de Determinantes Sociales de la Salud, adscrita al Ministerio de Salud y que funcionó entre 2008 y 2010. Gracias a esta Secretaría, se promovieron algunas iniciativas muy importantes como, el programa 13 pasos hacia la equidad en Chile, estrategia que funcionó durante dos años y que contribuyó a la generación de otras acciones de intervención en grupos poblacionales específicos (39).

Esta iniciativa buscaba mejorar el estado y la distribución de la salud en la población chilena. Para esto, se requerían de acciones relacionadas con la formulación de políticas, planificación de programas y medidas específicas orientadas a: **1.** disminuir desigualdades sociales que generen inequidades en salud, **2.** Reducir inequidades sociales que restringen o limiten el acceso a la salud y servicios de salud, **3.** Implementar acciones de *“inclusión social”* para grupos y territorios excluidos, **4.** Desarrollar competencias en los funcionarios del Ministerio de Salud relacionadas con la equidad y los determinantes sociales de la salud, **5.** Generar herramientas para planificar, monitorear y evaluar estos determinantes y la equidad en el sector y, **6.** Establecer mecanismos de coordinación e integración intersectorial para aplicar acciones que conduzcan a reducir inequidades en salud (40).

Otro programa que ha sido destacado a nivel nacional e internacional es el *Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo* encaminado a proveer servicios a los niños y niñas desde la gestación y hasta los 4 años por medio de una red de prestaciones en salud pública como las visitas domiciliarias, formación en habilidades maternas y desarrollo infantil, atención en salud y consejerías (38). El programa nació en 2007 y es considerada como una política comprehensiva e intersectorial reconocida por la UNESCO debido a su carácter innovador y sus exitosos resultados. Ofrece intervenciones en las áreas de salud, educación preescolar, subsidios y protección social (41). Este programa se apoya en un modelo de gestión que integra toda la oferta pública en los niveles territoriales, comunal, regional y nacional, asignando responsabilidades y tareas desde una perspectiva intersectorial donde participan como mínimo los actores del sector salud, educación y del municipio en todas estas acciones (41).

4.1.4. Colombia

Aspectos generales

Colombia es una Nación ubicada al Norte del subcontinente, América del Sur. Está definida como un Estado Social de Derecho que se organiza por medio de una República unitaria, democrática, participativa, pluralista y descentralizada, cuyas entidades territoriales poseen autonomía. De acuerdo a la Constitución Política de 1991 el Estado colombiano está conformado por el poder *Legislativo, el Ejecutivo y el Judicial*. Al primero de estos pertenece el Congreso de la República, integrado por la Cámara de Representantes y el Senado, que es responsable de la reforma a la Constitución, la aprobación de leyes y el ejercicio del control político sobre el Gobierno y la Administración Pública. La rama ejecutiva es liderada por el Presidente de la República como Jefe de Estado y de Gobierno, el Vicepresidente, los Ministros, los Departamentos Administrativos, Superintendencias, Empresas Industriales y Comerciales del Estado, y las Gobernaciones y Alcaldías. En cuanto al poder judicial, este se encuentra integrado por la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo Superior de la Judicatura, la Fiscalía General de la Nación y demás entidades que administran justicia en el país (42).

El país tenía una población estimada para 2014 de 47,7 millones de habitantes (5). De acuerdo al Informe de la Naciones Unidas sobre el Índice de Desarrollo Humano en el mundo, Colombia ocupó el puesto 98 con 0,711 en el año 2013, manteniendo la misma posición con respecto a 2012. Con respecto a la desigualdad por ingresos, para el periodo 2002–2013 tiene un coeficiente de *Gini* de 55,9. Frente al género, para datos de 2013 Colombia ocupa el puesto 92 con un Índice de Desigualdad de Género de 0,46 (6).

Sistema de salud

Colombia, siguiendo las recomendaciones de los organismos multilaterales, reformó el sistema de salud en el año 1993 con la intención de lograr la cobertura universal en la prestación de

los servicios de salud y estimular la competencia entre aseguradores y prestadores dentro de un sistema solidario y descentralizado que ofrece desde entonces un paquete de beneficios denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), que era diferencial de acuerdo al régimen, contributivo o subsidiado, en relación con la capacidad de pago de las personas (43). El sistema de salud colombiano se financia con las cotizaciones de los trabajadores y empleadores y con recursos fiscales que se obtienen por los impuestos. Institucionalmente, se crearon las Empresas Promotoras de Salud (EPS), entidades públicas o privadas que funcionan como aseguradoras y administradores. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), también públicas y privadas, proveen los servicios de atención a los afiliados de acuerdo al POS (44).

Las desigualdades sociales en salud en las políticas públicas

La reforma estructural del sistema de salud colombiano en 1993 modificó sustancialmente el modelo de aseguramiento y de prestación de servicios individuales de salud. No hubo cambios en las acciones de salud pública, cuya responsabilidad seguirían estando a cargo del Estado y de las entidades territoriales, por medio del Plan de Atención Básica. Años después, con la reforma al actual sistema mediante la Ley 1122 de 2007, por primera vez se definieron tanto el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) para el país como los planes territoriales de salud y de intervención colectiva, estos últimos a cargo de los departamentos y municipios, donde se establecieron metas y prioridades para el sector salud en coherencia con el PNSP (45).

Uno de los fundamentos del actual sistema de salud considerado desde la Ley 100 de 1993 es la equidad, entendida allí como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes sin importar su capacidad de pago (46). Posteriormente, el PNSP 2007-2010 incorporó como uno de sus propósitos la disminución de las inequidades en salud de la población colombiana. Además, consideró el enfoque de determinantes definido como el “conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones”.

Este Plan postuló cuatro tipos de factores que son: *ambientales, comportamentales, herencia y los servicios de salud* (47). En el año 2011, el sistema de salud fue objeto de una nueva reforma que se aprobó mediante la Ley número 1438. Aquí se definió el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), que sustituiría al PNSP, desde ahora como un plan a 10 años (2012-2021). Dentro de su marco conceptual se adoptó el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud como uno de sus enfoques principales, y especialmente considera la propuesta de la OMS; así, el PDSP se ha orientado hacia (48):

- La afectación positiva de los determinantes sociales de la salud
- Sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud
- Mejorar las condiciones de vida y salud (determinantes intermedios de la salud)

Además, uno de los avances para lograr afectar estos determinantes, ha sido la Comisión Intersectorial en Salud Pública, formalizada mediante el Decreto 859 de 2014 y del que se espera contribuya efectivamente hacia el logro del objetivo, gracias a la vinculación de diferentes ministerios y entidades del Estado que pertenecen a otros sectores pero que tienen una importante responsabilidad en la disminución de las desigualdades sociales en salud (49). En la siguiente sección se describirá de forma más detallada el enfoque conceptual y las principales políticas públicas que apuntan a la reducción de desigualdades sociales en salud durante los últimos años y, adicionalmente, se plantean algunos desafíos hacia el futuro.

4.1.5. Costa Rica

Aspectos generales

Costa Rica cuenta, según su Constitución Política de 1949, con un régimen político de corte presidencialista, que está enmarcado en la división de poderes: *Ejecutivo, Legislativo y Judicial*, donde el Presidente, (Jefe de Estado), también se encuentra referenciado como otro de los poderes estatales (50).

Esta Nación tiene un sistema de Gobierno Democrático y Republicano. El Presidente y dos Vicepresidentes son electos por medio de voto universal secreto, por un periodo de 4 años. Pueden ser reelegidos sólo por un período más. El Poder Legislativo lo ejerce el Congreso de la República de carácter unicameral (50).

Sistema de salud

Dentro del desarrollo histórico del sistema de salud en el país se reconocen algunos hitos que han marcado su desarrollo, como la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en 1949, la universalización del seguro a la población en 1961, el traspaso de los hospitales de la Junta de Salud a la CCSS y la Ley General de Salud en el año 1973, la introducción de la Medicina Empresa y la Medicina Mixta en 1984, el Régimen de Asegurados por Cuenta del Estado, para la cobertura de la población en condición de pobreza (1974-1989) y el inicio de la reforma del sector salud que transformó al Ministerio de Salud en rector del sistema de salud y el establecimiento de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (1992-1993). En 1993, como en los demás países de la región, esta reforma obedeció a las políticas económicas y políticas internacionales bajo el Consenso de Washington, que pretendía mejores resultados en salud a partir de criterios de equidad, eficacia y eficiencia de los sistemas de salud (51). Sin embargo, cada país interpretó y aplicó de manera diferente estas reformas de acuerdo a los valores dominantes de la sociedad en que se desarrollaron (52).

Costa Rica tiene un sistema de salud mixto (53), donde confluyen el sector público y el sector privado; este sistema de salud presta servicios de agua, saneamiento y salud. El sector público se erige como el principal prestador de servicios personales y colectivos; el Ministerio de Salud es el ente rector de todo el sistema y a este se encuentran adscritas diferentes instituciones de orden nacional que realizan actividades dirigidas a diferentes grupos poblacionales. Por su parte el sector privado maneja los servicios médicos privados y cuenta con compañías de aseguramiento, cooperativas, empresas de autogestión y las clínicas y hospitales (53).

La Ley General de Salud, posicionó la salud como un bien de interés público, donde el Estado debe garantizar la prestación de los servicios de salud a todos los habitantes del país a través de la ampliación y universalización de la cobertura de salud. Para conseguir este propósito, conformaron una categorización de los beneficiarios basada en los aportes o no de los mismos al sistema según capacidad de pago, identificando los asegurados directos, indirectos y no asegurados (53). Sin embargo, aún existen grupos poblacionales que se encuentran por fuera de estas categorías y no son atendidos por el sistema de salud como: *los refugiados, los trabajadores informales, los agrícolas sin cobertura en salud o pensiones, los migrantes indocumentados, los indígenas con acceso geográfico muy limitado a los servicios, y las poblaciones en condiciones de pobreza quienes no han sido informados de sus derechos* (53).

La CCSS administra el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (SIVM) y el régimen no contributivo; los servicios que se prestan desde la CCSS se distribuyen en tres niveles de atención según la capacidad resolutoria de los mismos. En el *primer nivel* se ubica uno de los programas bandera del sistema de salud costarricense como la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), luego los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que se complementan con clínicas periféricas y clínicas de atención descentralizada ambulatoria; el *segundo nivel* cuenta con mayor complejidad en su red de atención, incluyendo clínicas de orden regional que brindan servicios de urgencias, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos e internamientos cortos; finalmente el *tercer nivel* de atención brinda servicios médicos de alta complejidad que se ofrecen en hospitales nacionales de concentración y especializados. Todo lo anterior es propiedad y administración directa del Estado, pero la CCSS hace contrataciones de proveedores del sector privado con el fin de brindar servicios adicionales o aumentar la cobertura (53,54).

El sistema se financia a través de tres fuentes: **contribuciones de los afiliados, contribuciones patronales y contribuciones del Estado**; por su parte el sector privado se financia de los pa-

gos directos de sus afiliados y de primas otorgadas por el Instituto Nacional de Seguros y aseguradores privados. La dirección de todo el sistema de salud costarricense está en manos del Ministerio de Salud, que con la Reforma de 1993 adquirió de manera mucho más clara la figura rectora en el sector mediante funciones específicas: **1.** Dirección y conducción, **2.** Regulación del desarrollo de la salud, **3.** Vigilancia de la salud y **4.** Investigación y desarrollo tecnológico.

Las desigualdades sociales de la salud en las políticas públicas

La Reforma a la salud costarricense de 1993, abrió la posibilidad de contar con un sistema de salud igualitario y equitativo donde *“todos los costarricenses, por el hecho de serlo, tienen acceso a las mismas prestaciones de servicios de salud por parte de la CCSS”* (54). Partiendo del evento de que esta reforma tenía entre sus principios la equidad, se inició un acercamiento al abordaje de las desigualdades sociales en salud y sus determinantes sin hacer mención explícita a este enfoque. Algunos autores han identificado los esfuerzos realizados por Costa Rica en la búsqueda de la equidad en cuanto al acceso a los servicios de salud (53,54), sin embargo, se ha identificado que existen desigualdades enmarcadas en diferencias geográficas, como se evidencia en ciertas zonas, denominadas *“cantones”*, que presentan mayores índices de desigualdades en salud y a su vez concentran poblaciones identificadas como vulnerables.

La disminución de brechas entre las zonas urbanas y rurales se erigió como línea nodal de las políticas públicas jerarquizadas desde los planes de desarrollo, hasta las políticas sectoriales y los planes y programas que las operativizan. Dentro del Informe sobre desigualdades de salud en Costa Rica, realizado en el 2004 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se mostraron indicadores poblacionales y geográficos donde se vislumbran diferencias sustanciales en mortalidad infantil según los distintos cantones; igualmente hay desigualdades identificadas respecto a la tasa de incidencia de tuberculosis y coberturas de vacunación (56).

En este contexto, Costa Rica se propuso atacar de manera directa los “*bolsones de pobreza*”, ya que desde el ejercicio de diagnóstico de desigualdades, la pobreza aparece como el común denominador.

Se planteó, como un requerimiento para alcanzar los ODM, reconocer los macro determinantes de la salud aunado a la identificación de brechas de desigualdad focalización de acciones y grupos. Estos requerimientos estaban atravesados por la lucha contra la pobreza y la necesidad de identificar nuevos enfoques que permitieran al país alcanzar a disminuir las desigualdades y la brecha social. En este marco de acción fue donde se instaló, de manera mucho más explícita, el abordaje desde los *determinantes sociales de la salud* como enfoque teórico-metodológico adecuado para afrontar las *desigualdades sociales en salud*.

Desde la política nacional de salud instaurada en el año 2003, se vislumbraron directrices enfocadas a la superación de brechas y la disminución de inequidades mediante acciones focalizadas en grupos vulnerables: “*El país y el Gobierno están decididos a cerrar las brechas indeseables entre pobres y ricos, entre los medios urbano y rural, entre los grupos minoritarios y los de las mayorías, entre géneros, entre regiones, entre los que gozan del bienestar y los que están excluidos, en suma, estamos decididos a construir una sociedad con mayor equidad, solidaridad y justicia social*” (57).

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 tenía entre sus metas la reducción de la pobreza y la desigualdad con énfasis en los grupos y también señaló la necesidad de fortalecerla y expandir la clase media (58). Desde el sector salud la apuesta estaba enmarcada en un sector macro que se denomina política social donde, a través de diversas estrategias, se buscó la superación y disminución de la pobreza; de la misma forma la brecha social fue blanco de las políticas sectoriales y desde el sector salud se buscó “*fortalecer la salud de las personas, con énfasis en los menores de 18 años y en los grupos vulnerables y en riesgo social, mediante el mejoramiento e incremento en la cobertura de los programas de vacunación, atención integral en salud, nutrición y desarrollo infantil*” (58).

El periodo presidencial comprendido entre 2011 y 2014 continuó teniendo como eje central la lucha contra la pobreza y la desigualdad, pero con un direccionamiento evidente hacia la disminución de la pobreza extrema. Durante este periodo se observó un cambio en el enfoque, pues la disminución de la brecha no se tomó como algo central, las políticas decantaron hacia la focalización y en algunos casos la cobertura universal. Para este periodo, los determinantes sociales fueron el enfoque escogido para luchar contra la desigualdad; pero se hizo un énfasis en la mejora de los estilos de vida desde el eje de acción de bienestar social y familiar (59,60).

El periodo presidencial (2014-2018) está caracterizado por un abierto y directo enfoque de los determinantes sociales de la salud, principalmente aquellos que según el modelo de la OMS se catalogan como estructurales; adicional a esto se mantiene el trabajo sobre los estilos de vida: “*Uno de los avances más importantes que se ha dado es que el sector se haya conformado integrando los tres componentes que determinan una buena salud de la población, como lo son: salud, nutrición y deporte, fortaleciendo con ellos la búsqueda de estilos de vida saludable*” (61). Se aprecia de manera explícita que la superación o disminución de brechas es necesaria para disminuir inequidades desde el enfoque de determinantes sociales de la salud, reconociendo que “*el reto de cerrar las brechas en salud entre pobres y ricos, entre los grupos minoritarios y los de las mayorías, entre el sector rural y urbano, entre géneros, entre regiones, entre los que gozan del bienestar y los que están excluidos, estamos decididos a construir una sociedad donde se respeten los derechos humanos, la diversidad, la igualdad y equidad de género, y donde el principio de cohesión social pueda trascender a una visión de personas como sujeto de derechos*” (61).

Áreas privilegiadas por las políticas

Como se mencionó, Costa Rica ha reconocido que en el país existen desigualdades asociadas a espacios geográficos, es decir que hay zonas del país que condensan mayores índices de pobreza y en las que situaciones como la tasa de mortalidad infantil es más alta con relación a otras zonas geográficas; de la misma

forma en acciones como la vacunación se evidencian diferencias marcadas en las coberturas entre los cantones catalogados como pobres y vulnerables y los que tienen mejores condiciones económicas y sociales (56). Para aportar a la disminución de estas diferencias, expresadas en brechas sociales regionales y de ingreso, de género, etnia, discapacidad y pobreza extrema (62), se han implementado políticas públicas enmarcadas en la disminución de brechas, focalizadas hacia grupos vulnerables.

Dentro de las estrategias resultantes de las políticas públicas dirigidas a la disminución de brechas, el fortalecimiento de la APS y la creación de los EBAIS fueron centrales, pues éstas buscaban la equidad dirigida a abrir la posibilidad a las personas ubicadas en zonas rurales dispersas, con difícil acceso a los servicios de salud integrales: *“La unidad representativa del primer nivel de atención son los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). Estos constituyen, con una presencia en prácticamente todo el territorio nacional, la base del sistema nacional de salud mediante su ubicación en las 103 áreas de salud divididas sectorialmente con base al número de población. En las áreas de salud se ofertan servicios de 5 programas de atención integral dirigidos a niños/as, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores”* (63).

El IMAS centra su radio de acción en el programa de bienestar y promoción; este programa está estructurado en cuatro áreas: bienestar familiar, desarrollo socioeducativo, desarrollo socio-productivo y comunal, administración de acción social y administración de instituciones de bienestar social; cada uno de estos programas está constituido por un objetivo general, objetivos específicos, estrategias y perfil de familias beneficiarias (64). Dentro de los programas que dirige el IMAS hay diversidad de políticas institucionales dirigidas a abordar aspectos de vida de las personas, como educación, vivienda, emprendimiento y productividad, desde una perspectiva de focalización geográfica y demográfica con énfasis en personas y comunidades más pobres y vulnerables (64). Dentro de la especificidad, es conveniente mencionar el Programa Avancemos, que consiste en una transferencia monetaria condicionada para apoyo a la educación a familias en pobreza. El objetivo del programa es disminuir

la deserción de los niños y jóvenes de la educación, buscando de esta manera disminuir la transmisión intergeneracional de la pobreza (65). Este programa está compuesto por tres tipos de ayudas: *una transferencia monetaria, un incentivo para el ahorro y el apoyo a la oferta educativa*. El programa se ha centrado en zonas geográficas con mayores niveles de pobreza que se catalogan como zonas de frontera, rurales y periféricas.

Balance de las acciones políticas y alcance de las mismas

Para el inicio del Siglo XXI, Costa Rica, según documentos oficiales, denotaba avances importantes en coberturas de salud y gastos dirigidos al sector salud: *“en el año 2001 el gasto nacional en salud representó un 7,4% del PIB, con un 5,9% de crecimiento anual promedio”* (57). Así mismo se presentó un aumento de los establecimientos en el primer nivel de atención lo que sugiere una mayor cobertura de la población con atención Integral en salud (57).

En términos generales, el Gobierno de Costa Rica, así como organismos internacionales, reconocen que si bien hubo avances en relación con la disminución de la brecha entre grupos, demostrando un estado gradual de igualdad en condiciones de vida y acceso a servicios de salud, queda aún la situación problemática de las diferencias entre *cantones*, lo que abrió un derrotero para continuar con el trabajo focalizado en grupos vulnerables para disminuir brechas (62, 66, 67).

Esta situación continuó siendo el centro de las políticas para el periodo presidencial subsiguiente (2006-2010) razón por la que el Gobierno Nacional se planteó como objetivo reducir en un 4% las familias en situación de pobreza según la medición realizada por línea de pobreza. Para este periodo, uno de los puntos que generó un cambio en el abordaje, fue que como estrategia se buscó la expansión de la clase media, lo que evidenció que hubo un tipo de combinación de enfoques entre brechas, focalización y gradiente social (2).

En el 2010 se realizó un Informe que evaluó el alcance de las metas del Plan Nacional de Desarrollo. Este Informe evidenció que la reducción de la pobreza no alcanzó los porcentajes estimados dando como resultado, contrariamente, un incremento del 1,1% a nivel nacional persistía, de la misma diferencias entre regiones y cantones, aunque se presentaron avances en términos de mejora en las viviendas y fortalecimiento del sector productivo. Respecto al sector salud, se identificaron algunos avances en términos de cobertura de vacunación, mayor cobertura de atención a población adolescente y aumento del número de EBAIS, adicionalmente se reportó disminución en las tasas de mortalidad materna y la mortalidad infantil (58). Para el periodo comprendido entre 2010 y 2014 se optó por la creación del eje de bienestar social, dirigido a centrar las políticas sociales en los sectores más vulnerables, pues se identificó que la pobreza se había estancado y era necesario cambiar esta situación, buscando un país mucho más equitativo y solidario (59).

Durante este periodo las políticas sociales tuvieron dos direccionamientos: por un lado algunas se dirigían a grupos vulnerables y por otro, existían políticas de carácter universal. Así, se realizó una evaluación en el 2014 de las metas e indicadores del Plan Nacional de Desarrollo, evidenciando en primera instancia que la meta nacional general de atención a 20.000 familias en condición de pobreza extrema se obtuvo, al menos en términos cuantitativos y de eficiencia. En términos generales se puede hablar de un cumplimiento importante del sector salud ya que *“realizó acciones hacia un modelo más integral de salud que incluye no solamente el tema de atención de la población sino también, la promoción de estilos de vida saludable, el mejoramiento del ambiente humano, la dotación de infraestructura, equipos y recursos humano para mejorar el acceso y calidad a los servicios de salud”* (67). Aunque el Plan Nacional de Desarrollo 2015–2018 reconoce los destacados logros en indicadores de salud, también plantea el desafío de abordar las desigualdades regionales, acogiendo nuevamente el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Costa Rica se ha enfrentado, a la superación de la pobreza, siendo esta lucha su guía a través de los años, relacionando esta situación con las desigualdades, principalmente a nivel territorial, actualmente se han incluido desigualdades asociadas a brechas en términos de género, etnia, cantones, diferencias en el ingreso, etapas del ciclo vital, entre otras. Este país representa avances importantes cuando se observa el contexto regional, pues ha logrado, en términos generales, coberturas universales en el acceso en salud y una relativa igualdad respecto al acceso a los servicios, con un fortalecimiento importante y constante de los primeros niveles de atención en salud a través de la APS y las EBAIS.

4.1.6. México

Aspectos generales

México es una República Democrática Federal, compuesta por Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior pero unido en una federación establecida según los principios de Ley fundamental como Estados Unidos Mexicanos (68). Cuenta para su ejercicio político con tres poderes cuyo actuar se realiza tanto a nivel central como al interior de cada Estado, así: *Legislativo* (Congreso de la Unión y Congreso de los estados), *Ejecutivo* (presidente de los Estados Unidos Mexicanos y Gobernador del Estado) y *Judicial* (Suprema Corte de Justicia de la Nación y supremo tribunal de justicia). El poder Ejecutivo Federal cuenta con la colaboración de 14 Secretarías entre las que se encuentra salud, que son las encargadas de definir los programas generales que apoyan el cumplimiento del plan nacional de desarrollo (69).

La forma de Gobierno mexicano atraviesa una transición democrática dada por la reforma política, que incluye mecanismos para transformar un régimen autoritario en una gobernabilidad democrática como Nación incluyente, que utilice mecanismos para construcción de alianzas entre poderes federales, el ejecutivo y el legislativo (70).

México se constituye en la segunda economía más grande de Latinoamérica (71), basada en el mercado libre, mayoritario desde y hacia Estados Unidos de Norteamérica (EEUU); esta actividad se complementa con la agricultura y la explotación de petróleo que representan ingresos y empleos (72). La economía mexicana continúa expandiéndose a una tasa anual de crecimiento de 2,4%, debido a que la recuperación económica perdió fuerza durante la primera mitad de 2015. El crecimiento moderado durante el primer semestre de 2015 en México se atribuyó a la debilidad de la producción industrial en Estados Unidos, a una caída adicional del volumen de la producción petrolera que reduce el crecimiento del PIB anual aproximadamente en 0,4 puntos porcentuales, y a la volatilidad del mercado financiero. La expansión de la actividad económica se basará en el crecimiento del consumo privado y la inversión, con un aumento en las exportaciones de manufacturas tras un ajuste al tipo de cambio y un crecimiento robusto en los EEUU (71).

Fenómenos como la desigualdad del ingreso e inequidad en el sistema tributario, la violación de los derechos humanos, la discriminación, el limitado acceso a servicios de salud y a una vivienda digna, representan barreras importantes para la productividad y el crecimiento económico del país. Los altos índices de trabajo informal son una característica incorporada de la sociedad mexicana; la productividad promedio en el sector informal es 45% menor que la productividad en el sector formal. Aunque el trabajo informal ha disminuido lentamente desde el segundo semestre de 2012, el sector informal representó casi el 58% del empleo total. La falta de protecciones legales de trabajo y la cobertura del seguro social puede generar un círculo vicioso, lo que dificulta tanto la salud como el bienestar de la población mexicana (73).

El índice de *Gini* para el 2012 en México fue de 48,1 (16), presentando una reducción al mismo nivel de Brasil y Chile, aunque se mantuvo elevado después de las reformas de impuestos y transferencias (74). Con sus 119,7 millones de habitantes a mediados del 2014 (5), México contó con un bono demográfico como oportunidad única para el desarrollo del país, dado por una población joven que tenía edad de trabajar durante los próximos 20 años (75) y tiene una esperanza de vida de 76,8 años (76).

El 46,2% de la población vive en condiciones de pobreza y el 10,4% en condiciones de extrema pobreza (75,77). Las familias que viven en condiciones de pobreza, han tenido una capacidad limitada para asegurarse contra circunstancias económicas adversas. En consecuencia, sus patrones de ingreso y consumo se ubican en los niveles más bajos de la distribución del ingreso y son muy volátiles (74). México se encuentra entre los seis (6) países que presentan mayor reducción en la pobreza multidimensional y cuenta con un índice de desarrollo humano alto que, para el 2013 era de 0,756, clasificándose en el puesto 70 a nivel mundial, con un promedio de crecimiento anual de 0,60% entre el 2000 y el 2013 (6).

Sistema de salud

En 1984, México decretó la Ley General de Salud y desde entonces se han realizado 93 reformas. La Ley fue definida como parte de las acciones realizadas para dar cumplimiento al Derecho a la Protección de la Salud de la Población, acorde con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El Sistema Nacional de Salud, se estructuró por dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, así como los prestadores del servicio de salud coordinados por la Secretaría de Salud y Asistencia. La Secretaría de Salubridad define y verifica el cumplimiento de normas técnicas de prestación de servicios para la atención médica, salud pública y asistencia social en todo el territorio nacional. Se establecieron criterios orientadores de distribución de universos de usuarios, regionalización y escalonamiento de servicios que forman parte de las características de universalización de cobertura, con priorización de grupos vulnerables. Se precisaron programas de atención materno-infantil, planificación familiar, salud mental, promoción de la salud, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y accidentes. Así mismo, se creó la *acción popular* como mecanismo para que la población denuncie situaciones que representen riesgo o provoquen daño a la salud (78).

La prestación de servicios básicos y especializados es realizada por entidades públicas para la población en general, derechohabientes para el sector público y servicios sociales y privados. En lo público rigen criterios de universalidad y gratuidad fundada en condiciones socio económicas de los usuarios. El sistema promueve participación de la comunidad para acciones de promoción y mejoramiento de la salud, problemas ambientales relacionados con salud, voluntariado y acciones de vigilancia comunitaria, prevención de enfermedades y accidentes, prevención de invalidez o rehabilitación (78).

El sistema de salud mexicano se caracteriza por estar fragmentado en múltiples subsistemas donde diversos grupos de población cuentan con derechos distintos. En 2012, aproximadamente uno de cada cuatro (4) mexicanos no contaba con acceso a algún esquema de salud. A pesar de contar con una amplia red de atención médica y que el Seguro Popular inició protección a la población no afiliada con paquetes de servicios limitados, en comparación con los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado, la población ha buscado atención en el ámbito privado, la asistencia social e incluso la automedicación, por lo que se requieren estrategias interinstitucionales y de administración de riesgos para fortalecer la solidaridad, el compromiso y la corresponsabilidad de los actores del sistema (75).

Hay grandes desigualdades regionales en la situación de salud en México. Los municipios más desfavorecidos presentan peores resultados de salud que el promedio nacional (79). Las regiones más ricas del país reportan un mejor estado de salud y el perfil de los resultados de salud más cercano a los promedios de la OCDE; mientras que las regiones más pobres ubicadas en la parte Sur del país tienen las tasas más altas de prevalencia de la enfermedad y de mortalidad por causas prevenibles (73).

Inclusión de las desigualdades sociales en salud en las políticas nacionales

Como resultado de los indicadores poblacionales y socioeconómicos del país, así como de la consulta ciudadana para la definición del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se concluyó que existen altos niveles de exclusión, privación de derechos sociales y desigualdad entre personas y regiones del país, por lo que se definieron metas para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos más allá del asistencialismo, que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía, para la disminución de brechas de desigualdad que promueva la participación social en política pública, y asegurar el acceso a los servicios de salud, así como ampliar el acceso a la seguridad social, para evitar que movimientos de la economía interrumpan historias de desarrollo personal y por último, proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna (80).

Este plan gubernamental promueve el crecimiento sostenido de la productividad y generación de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, para evitar que las diferencias de género sean causa de desigualdad, exclusión o discriminación con pleno respeto y garantía por los derechos humanos para todos los mexicanos, con acceso al financiamiento, dignificación del empleo, crecimiento y desarrollo económico (eliminar trabas que limitan el potencial productivo del país), mejora en el acceso a las tecnologías y comunicaciones, utilización de fuentes renovables de energía y creación de una cultura de consumo responsable, para incentivar la competencia y fortalecer la equidad respecto a las relaciones entre los consumidores, (México próspero).

Como apoyo a la consecución de estas y otras metas nacionales que se incluyeron en el plan nacional de desarrollo del país, se definieron estrategias transversales referidas a democratizar la productividad, un Gobierno cercano y moderno, y con perspectiva de género, siendo este último incorporado por primera vez como principio esencial en un plan de desarrollo mexicano (75).

Como resultado del ejercicio anterior, el Programa Sectorial de Salud 2013–2018 establece los objetivos, estrategias y líneas de acción, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud, las cuales están alineadas a las metas nacionales (Tabla 4.1.), se incluyeron gestiones para disminución de brechas y atención a población vulnerable que además de las acciones de salud y de la asistencia social, requieren de la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de Gobierno para lograr incidir en los determinantes sociales para reducir las inequidades en salud a través de políticas intersectoriales, como la Cruzada Nacional Contra el Hambre y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (75).

Tabla 4.1. Alineación de los objetivos del programa de salud al Plan Nacional de Desarrollo. México, 2013-2018

META NACIONAL	OBJETIVO DE LA META NACIONAL	ESTRATEGIA(S) DEL OBJETIVO DE LA META NACIONAL	OBJETIVO DEL PROGRAMA
México Incluyente	Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población	Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva	Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
		Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
		Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad	
		Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
	Asegurar el acceso a los servicios de salud	Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad	
		Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud	Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
		Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad	
		Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal	Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud
		Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad	
		Promover la cooperación internacional en salud	
México Próspero	Mantener la estabilidad macroeconómica del país	Promover un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles, que permita generar ahorros para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades.	Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud a partir de plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018

Áreas privilegiadas por las políticas de desigualdades sociales en salud

México ha puesto en marcha importantes iniciativas para combatir la pobreza. El programa *Progres*a (iniciado en 1997) y el programa *Oportunidades* (iniciado en 2002) son dos de las iniciativas más innovadoras y exitosas para reducir la pobreza extrema. Hasta 2011, su cobertura se extendía a más de 5,8 millones de familias mexicanas. *Oportunidades* no sólo ha contribuido a mitigar la pobreza, sino también aumentar la asistencia escolar, combatir la desnutrición y ampliar la cobertura de los servicios de salud entre las familias pobres. Otra iniciativa es el *Seguro Popular*, que se introdujo en 2004, con el objetivo de prestar atención médica, servicios preventivos y protección financiera a las personas que carecen de cobertura de salud. A finales de 2011, ofrecía servicios de salud gratuitos a más de 50 millones de personas, en su mayoría pertenecientes a los dos deciles inferiores de ingresos de la población. Este seguro, además, está contribuyendo a reducir gradualmente las grandes disparidades regionales en el acceso a los servicios de salud (79,82).

*Progres*a y *Oportunidades* fueron creados con el objeto de proporcionar apoyo y formar capital humano para contribuir a romper los círculos intergeneracionales de pobreza extrema asociados a los altos niveles de fertilidad, desnutrición y mortalidad infantil y a la deserción escolar de las comunidades; favorecen el desarrollo de las capacidades de educación, salud y nutrición a través de la entrega de becas en educación básica a niños y jóvenes en edad escolar, con prioridad para niñas (arraigo cultura de igualdad niños y niñas), servicios de salud para toda la familia, complementos de nutrición para los niños y niñas de hasta dos años y para sus madres. Además, cada una de esas familias recibe una ayuda económica que es entregada a las madres. Esta es una política social que pretende eliminar las condiciones que limitan el acceso de los hogares e individuos a las oportunidades de vida equitativas (82).

En la administración presidencial de Enrique Peña Nieto se creó el *Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las mujeres*, a través del Instituto Nacional de las Mujeres que orienta, diseña, monitorea y evalúa la política de igualdad nacional y su concreción en programas sectoriales referidos a: **1.** Alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres y propiciar un cambio cultural respetuoso de los derechos de las mujeres, **2.** Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y las niñas y garantizar su acceso a la justicia, **3.** Promover el acceso y la igualdad de las mujeres al trabajo remunerado, el trabajo decente y los recursos productivos, **4.** Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar, **5.** Generar entornos de convivencia y corresponsabilidad familiar-social, actividades de tiempo libre y movilidad segura para las mujeres y niñas y **6.** Incorporar y fortalecer la institucionalización de la igualdad de género en los poderes del Unión y niveles de Gobierno (75,83).

Actualmente México cuenta con 18 proyectos vigentes financiados por el BM, como alivio a la crisis económica, de los que ocho (8) han sido aprobados entre enero de 2013 y octubre de 2015 y están orientados a apoyar las políticas para desarrollo rural sostenible, reducción de desigualdad en educación, sistema de protección social, gestión de escuelas, mitigación del cambio climático, tecnologías energéticas de desarrollo para el cambio climático y modernización del sector de saneamiento y abastecimiento de agua. Se tienen proyectos de años anteriores que apuntan al fortalecimiento de la educación secundaria superior, conservación del medio ambiente y políticas de desarrollo del riesgo fiscal entre otros (13).

Avances y retos en la reducción de desigualdades sociales en salud

La afiliación al Seguro Popular (SP), ha crecido de 5,3 millones de personas para 2004, en aproximadamente 57,3 millones en 2014, según datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). El aumento significativo de la afiliación al

SP también representa un aumento importante de la cobertura total de la población, y un paso importante hacia la cobertura universal de salud (73). El acceso al sistema de seguridad social es desigual, la calidad es incierta y la sostenibilidad financiera está amenazada. Un indicador clave de esta debilidad es que la población continúa pagando de su bolsillo la atención médica, lo que representa un problema significativo de acceso a los servicios de salud, situación que se ve reflejada especialmente en los grupos socioeconómicos y regiones más desfavorecidos, por lo que se necesitarían reformas integrales al sistema de salud para hacer frente a la situación de salud relacionada con la situación demográfica y el estilo de vida de la población de una manera eficaz, justa y sostenible (73).

Sin embargo, en general la salud de la población mexicana ha mejorado en los últimos años, aunque el progreso no ha sido tan rápido como se esperaba. La esperanza de vida aumentó en un año entre 2000 y 2013, de manera que la brecha de longevidad entre México y otros países de la OCDE, es ahora mayor de lo que era hace una década. Salud y prosperidad continúan siendo desiguales para los Estados del Sur, las mujeres, los niños y los grupos indígenas sufren de los resultados notablemente más significativos (73).

Con respecto al objetivo del Plan Nacional de Desarrollo dirigido a cerrar brechas en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, y a pesar de persistir desigualdades e inequidades, en población indígena, mujeres, niños, adultos mayores, personas con discapacidad y migrantes, se han planteado siete estrategias para brindar atención a grupos que viven en condiciones de vulnerabilidad: **1.** Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas, **2.** Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas, **3.** Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad, **4.** Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género, **5.** Impulsar la

atención integral en salud para las personas con discapacidad, **6.** Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante, **7.** Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas (84).

Como resultado de las acciones y partiendo de los indicadores definidos para la disminución de la mortalidad infantil y materna, se resaltó el aumento del número de mujeres embarazadas al SP, lo que garantiza acceso inmediato a los servicios de salud (84). Así mismo, para el disfrute de servicios de salud con calidad se tiene el Acuerdo General de Colaboración (AGC), como lineamiento para celebración de convenios con proveedores de servicios de salud como mecanismo para uso eficiente de los recursos existentes en la materia y disminución de las brechas con homologación de capacidades, procesos y recursos (80).

Con respecto a los servicios de salud, se impulsaron acciones hacia una sociedad equitativa, entre las que se destacó la inclusión de criterios de interculturalidad, entre otras, en las unidades médicas del *Programa de Caravanas de Salud*, hospitales comunitarios o equivalentes, hospitales materno infantiles, hospitales pediátricos y establecimientos de primer y segundo nivel de atención que incluyó sensibilización intercultural del personal, promoción de los programas de salud en lengua nativa y la presencia de intérprete o traductor en caso necesario, que permite disminución de barreras de acceso y una mejor interacción entre los servicios de salud y los usuarios (80).

Para promover el desarrollo comunitario, se generaron esquemas con procesos de participación social y capacitación que fortalecieron la cohesión y el capital social para la autogestión de proyectos que mitiguen entre otros, los problemas de pobreza, sirvan de detonante para el desarrollo regional e impulsen el crecimiento económico para atraer inversiones productivas y generación de empleo en beneficio de Estados con alto grado de marginación (80). Asimismo, para disminuir brechas y fomentar el desarrollo personal y profesional de los jóvenes del país se definieron espacios de capacitación y comunicación, a nivel local y nacional, para formar redes de acciones e intercambio que per-

mitan la reflexión y la organización en favor de las comunidades e incentivar su creatividad y participación como respuesta a las inquietudes y necesidades de la juventud mexicana (80,84).

Para proteger los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena se cuenta con el Programa Nacional de Trabajo y Empleo para Personas con Discapacidad 2014-2018, cuyo objetivo es la difusión y promoción de los derechos laborales de las personas con discapacidad con pleno respeto a su dignidad, con igualdad y no discriminación. El *Programa Sectorial de Salud* (PROSESA) 2013-2018, propone 16 indicadores de resultado, con línea de base 2013 y meta a 2018, que van a permitir medir la evolución de las acciones del Sistema Nacional de Salud, los objetivos propuestos para el período y consolidar la rectoría de la Secretaría de Salud. Contempla además diversas acciones para ajustar los modelos de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como iniciativas para facilitar la atención a grupos prioritarios (80).

4.1.7. Balance comparativo entre los casos latinoamericanos

La Tabla 4.2. muestra, desde un punto de vista comparativo, las diferentes dimensiones que caracterizan el contexto político, económico, de salud y de políticas públicas para la reducción de desigualdades sociales en salud en los países seleccionados para el análisis, tomando como referencia los aportes que se han desarrollado internacionalmente y en especial la propuesta de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de España, quienes realizaron el ejercicio analítico para algunas naciones europeas (2).

Los países analizados poseen algunas características similares en cuanto a sus aspectos políticos y económicos generales. Por ejemplo, algunos de estos basan su economía en la agricultura o en la extracción de recursos naturales, mientras que en otros predominan la industria o el sector terciario. 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 la organización y funcionamiento del sistema de salud, se encuentran países con sistemas segmentados donde operan el sector público, el de la seguridad social y el privado. Tales son los casos de México y Costa Rica. Hay otros donde el sistema es público casi en su totalidad como es el caso brasileño. Por último, países como Colombia y Chile han implementado modelos de aseguramiento en sus respectivos sistemas aunque con algunas diferencias entre ellos.

Con respecto a las políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades sociales, la mayoría de ellas han optado por definir este problema a través de la focalización y de la reducción de brechas, aunque predominó generalmente uno sobre el otro. Se reconoce que debido a la formulación de diferentes planes y programas, se cuenta con metas evaluables y que se orientan a la definición del problema. La cobertura de las políticas, es coherente y selectiva, y en algunos casos, universal. Los ámbitos de acción se orientan de forma frecuente a los grupos poblacionales específicos y desfavorecidos aunque se destacan algunos programas que se orientan a ubicaciones geográficas. En cuanto a los determinantes, parece haber un dominio de acciones en favor de la modificación de los intermedios aunque hay también algunas políticas que apuntan a las condiciones estructurales de las desigualdades sociales de la salud.

En todos los países, el Ministerio de Salud ocupa un papel preponderante en la formulación e implementación de las políticas públicas. Sin embargo, se encuentran matices en la interacción entre el sector salud con otros sectores, en el proceso de desarrollo de las decisiones gubernamentales para enfrentar las desigualdades. Brasil, cuenta con una de las experiencias más destacadas en la articulación de las políticas con otros sectores. Naciones como Costa Rica, Brasil, Argentina y Colombia cuentan con esquemas explícitos de seguimiento y de investigación alrededor de las desigualdades sociales en salud lo que contribuye a la evaluación de los resultados de las acciones por parte de los gobiernos.

Tabla 4.2. Matriz comparativa de países latinoamericanos con políticas para reducción de desigualdades sociales en salud

VARIABLE	ARGENTINA	BRASIL	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA	MEXICO
POBLACIÓN (Millones - 2014)	42,7	206,1	17,7	47,7	5	119,7
SISTEMA POLÍTICO	"Republicano Federal Representativo Presidencialista "	"Republicano Federativo Presidencialista"	"Republicano Democrático Participativo Presidencialista"	"Republicano Democrático Participativo Presidencialista"	"Presidencialista Republicano Democrático Unicameral"	"Presidencialista Republicano Democrático Federal "
SISTEMA ECONOMICO	Economía agroexportadora, productor de petróleo y gas	Economía basada en la industria y el mercado interno.	Explotación de recursos naturales como el cobre. Predominio de la industria y servicios como motores económicos	Economía basada en la producción de bienes primarios para exportación y de bienes de consumo para el mercado interno	Economía dirigida al sector terciario; estímulos a la industria y las PYME	Economía de mercado exportador e importador mayoritario desde y hacia Estados Unidos. Esta actividad se complementa con la agricultura y la explotación de petróleo
SISTEMA DE SALUD	Segmentado	Público	Aseguramiento	Aseguramiento	Segmentado	Segmentando
INDICE DE GINI (2013)	42,3	52,9	50,5	53,5	49, 2	48,1 (2012)
EXPECTATIVA DE VIDA (2013)-AÑOS	76	74	80	74	80	76.8 (2014)
INDICE DE DESARROLLO HUMANO (2014)	0,84	0,75	0,83	0,71	0,76	0,756
POSICIÓN IDH-2014	40	75	41	98	69	74 (2014)
GASTO EN SALUD (%PIB)-2013	7,3	9,67% del PIB	7,7	6,8	9,9% (2013)	6,2 (2013)
GASTO EN SALUD PER CAPITA (US\$ 2013)	1074	1.085	1204	533	1005 (2013)	664
INDICE GLOBAL BRECHA DE GENERO 2014	0,7317	0.6941	0,6975	0,7122	0,7165 (2014)	0,699 (2015)
RANKING INDICE GLOBAL BRECHA GENERO 2014	31	71	66	53	48 (2014)	1,3% (2015)
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	"Focalización Reducción de brechas"	"Reducción de brechas Focalización"	"Focalización Reducción de brechas"	Focalización	"Reducción de brechas Focalización "	"Focalización Reducción de brechas"
METAS	"Orientación: brechas en salud y focalización Evaluables: sin información"	"Orientación: brecha en salud Evaluables: si"	"Orientación: brecha social y focalización Evaluables: si"	"Orientación: focalización Evaluables: si"	"Orientación: brecha en salud Evaluables: si"	"Orientación: más desfavorecidos Evaluables: si"
ACCIONES	"Cobertura: universal y selectiva	"Cobertura: universal y selectiva.	"Cobertura: selectiva	"Cobertura: selectiva	"Cobertura: selectiva	"Cobertura: universal y selectiva
	Ámbitos: etnia y Territorio	Ámbitos: instituciones, escuela, familia, grupos poblacionales vulnerables.	Ámbitos: posición socioeconómica, ubicación geográfica etnia, trabajo y empleo población inmigrante, carcelaria, de la calle	Ámbitos: grupos desfavorecidos	Ámbitos: geográfico y familiar; grupos desfavorecidos : pobreza y pobreza extrema, Infancia, género y etnias	Ámbitos: grupos Vulnerables, ciclo de vida, género y escolar
	Determinantes: estructurales e intermedios "	Determinantes: estructurales e intermedios "	Determinantes: estructurales e Intermedios"	Determinantes: intermedios"	Determinantes: determinantes estructurales e intermedios y estilos de vida"	Determinantes: estructurales e intermedios"
AGENTES IMPLICADOS E IMPLEMENTACIÓN	"Ministerio de Salud-Dirección Nacional de Determinantes de la Salud Programa SUMAR (Plan Nacer) Programa Médicos Comunitarios Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables Salvaguarda indígena"	"Ministerio de salud Consejo Nacional de Salud Ministerios varios Entidades de salud regionales y locales Plan Brasil Sin Miseria y Bolsa Familia, Mas Médicos, Farmacia Popular de Brasil, Rede Cegonha	"Ministerio de Salud Secretarías regionales ministeriales Direcciones de servicios de salud Programa Chile Solidario Acción Intersectorial en Salud (AIS) Comités Vida Chile Programa Chile Crece Contigo Sistema Elige Vivir Sano"	"Ministerio de Salud Estrategia Cero a Siempre Comisión intersectorial en Salud Pública PDSP Comisiones intersectoriales en: Primera Infancia, Seguridad Alimentaria, Superación Pobreza Extrema, entre otros"	"Ministerio de salud Caja Costarricense de Seguro Social Instituto Mixto para la Ayuda Social Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica Administraciones locales Tejiendo desarrollo (intersctoriaidad intragubernamental) Consejo Ministerial Ampliado EBAIS Equipos básicos de atención	"Secretaría de Salud y demás órganos federales del sistema Nacional de Salud Secretaría de educación pública Secretaria de desarrollo social Secretaría de trabajo y previsión social Secretaría de desarrollo Agrario, territorial y urbano México Incluyente México próspero IMSS-Oportunidades sustenta un Modelo de Atención Integral a la Salud
MONITOREO E INVESTIGACIÓN	Sin información	"Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud Monitoreo y Seguimiento en Indicadores del Plan de Salud y Programas Asociados."	Sin información	Sistema de Monitoreo y Evaluación Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	"Sistema Nacional de Planificación y Monitoreo Hay apoyos a la investigación e innovación en salud "	"Monitoreo y Seguimiento Indicadores Metas Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y programas asociados"

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de la GEIH 2008 y 2014

Referencias

1. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
2. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. {...} Sanid y Política Social. 2010;(Mayo):1–72.
3. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Constitución de la Nación Argentina: publicación del Bicentenario. Buenos Aires: Corte Suprema de Justicia, Biblioteca del Congreso de la Nación, Biblioteca Nacional; 2010.
4. Congreso de la Nación Argentina. Organización del Estado y de la Administración Pública Nacional. Buenos Aires: Círculo de Legisladores, Asociación Argentina de Administrativa Pública; 2014.
5. Population Reference Bureau. Cuadro de datos de la población mundial 2014.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el Progreso Humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. Nueva York: PNUD; 2014.
7. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Atención Primaria de Salud en Suramérica. Río de Janeiro: ISAGS: UNASUR; 2015.
8. Lagos C. La Reforma de Salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2005.
9. Ministerio de Salud de Argentina. Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables: lineamientos estratégicos para la gestión 2012/2016. 2015.
10. Ministerio de Salud de Argentina. Guía de procedimientos para la implementación de las ASP- FESP2.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mapas político administrativos- regionais. 2015.
12. Civil Casa. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília Presidência da República. 1988;
13. Banco Mundial. Población total, indicadores Banco Mundial. 2015.
14. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2015. Brasília D.F: Governo Federal; 2011.
15. Banco Mundial. Gasto en investigación y desarrollo (% del PIB). 2015.
16. Banco Mundial. Índice de Gini. 2015.
17. Abrantes Pêgo R, Almeida C. Theory and practice in health systems reform in Brazil and Mexico. Cad Saude Publica. 2002;18(4):971–89.
18. Schneider A, Miranda AM, Kujawa H, Andrade J, Both V, Brutscher V. Pacto pela Saúde. 2007;
19. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. ISAGS; 2012.
20. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Ministério da Saúde; 2006.
21. Brasil Governo Federal. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção E Recuper Da Saúde, a Organ EO Funcionamento Dos Serviços Corresp E Dá Outras Provid Brasília-DF, Bras. 1990;
22. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. MS; 2006.
23. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2008-2011. Brasília D.F: Governo Federal; 2009.
24. Ministério do Planejamento O e G. Plano Mais Brasil, Mais Desenvolvimento, Mais Igualdade, Mais Participação, Plano Plurianual 2012-2015. Brasília D.F.; 2011.
25. Ministério do Planejamento O e G. Desenvolvimento com incluso social e educação de qualidade, Plano Plurianual 2008-2011. Brasília D.F.; 2007.
26. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos—Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília D.F.; 2015.
27. Instituto Lula. Salario minimo. Brasil; 2015.
28. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Plano Brasil sem Miséria. Brasília: Governo Federal; 2011.
29. Robles C, Mirosevic V. Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Brasil. 2013;
30. Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Ações Afirmativas. 2015.

31. Banco Mundial. Gasto en salud, total (% del PIB). 2015.
32. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Plano Brasil sem Miséria Caderno de Resultados 2011-2014. Brasília: Governo Federal; 2015.
33. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013;382(9886):57–64.
34. Bárcena A, Prado A, Hopenhayn M, America UNEC for L. La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. Cepal Santiago; 2010.
35. Gobierno de Chile. Ministerio de Relaciones Exteriores. Chile en el exterior.
36. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Los objetivos sanitarios de la década 2000- 2010. Evaluación final del período. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2010.
37. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2011.
38. Helmke I. A decade towards better health in Chile. *Bull World Heal Organ*. 2011;(89):710–1.
39. García-Ramírez J, Vélez-Alvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista Salud pública*. 2013;15(5):731–42.
40. Organización Panamericana de la Salud. Documento de orientación regional sobre los Determinantes Sociales de la Salud en la región de las Américas. Washington, D.C.: OPS, OMS; 2012.
41. Bedregal P. Chile Crece Contigo: el desafío de crear políticas públicas intersectoriales. *Inst Políticas Públicas udp*. 2013;(19):1–8.
42. Misión Permanente de Colombia ante las Naciones Unidas. Sistema Político Colombiano.
43. Sojo A. Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista la CEPAL*. 2001;(74):139–57.
44. Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciencia y Saúde Colect*. 2011;16(6):2817–28.
45. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.” Colombia: Diario Oficial No 46506 (Enero 9 de 2007); 2007.
46. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.” Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial No 41148 (Diciembre 23 de 1993); 1993.
47. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007 “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.” Colombia: Diario Oficial No 46716 (Agosto 10 de 2007); 2007.
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012.
49. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto número 859 de 2014 por la cual se reglamenta el parágrafo 1 del Artículo 7 de la Ley 1438 de 2011. (6 de mayo de 2014); 2014.
50. Asamblea Legislativa de Costa Rica. Constitución Política de la República de Costa Rica. San José: Asamblea Legislativa, Centro para la Democracia; 1996.
51. Thompson C. Health sector reform in developing countries: Making health development sustainable. Berman P, editor. Boston: Harvard University Press; 1995. 414 p.
52. Vargas A. Notas sobre el estado y las políticas públicas. Bogotá, Colombia: Almudena; 1999.
53. Sáenz MDR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL. Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Publica Mex*. 2011;53(Suppl 2):s156–67.
54. Vargas I, Vázquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad Saude Publica*. 2002;18(4):927–37.
55. República de Costa Rica. Ministerio de Salud. Modelo estratégico de la rectoría de la producción social de la salud. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud; 2006.
56. Ministerio de salud de Costa Rica M. Las desigualdades de salud en Costa Rica : una aproximación geográfico- poblacional. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud; 2003. 37 p.
57. Ministerio de salud de Costa Rica M. Política Nacional de Salud 2002-2006. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud; 2003. 108 p.

58. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 Jorge Manuel Dengo Obregón. Infome evaluación anual. San José, Costa Rica: Ministerio de planificación nacional y política económica; 2007. 135 p.
59. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. MIDEPLAN. Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 “María Teresa Obregón Zamora.” San José, Costa Rica: MIDEPLAN; 2014. 256 p.
60. Salud M de. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021. Política Nac Segur Aliment y Nutr 2011-2021. 2011;78.
61. Ministerio de Salud. Política naccional de salud “Dr Juan Guillermo Ortiz Guier.” San José, Costa Rica: Ministerio de Salud; 2015. 153 p.
62. Ministerio de salud de Costa Rica M. Gobierno de Costa Rica Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante.” San José, Costa Rica: MIDEPLAN; 2014. 566 p.
63. Ministerio de salud de Costa Rica M. Memoria institucional 2009. San José, Costa Rica; 2009.
64. Instituto Mixto de Ayuda Social I. Plan Operativo Institucional 2015. San José, Costa Rica: IMAS; 2014. 280 p.
65. Román I. Sustentabilidad de los programas de transferencias condicionadas: la experiencia del Instituto Mixto de Ayuda Social y “Avancemos” en Costa Rica. Santiago de Chile: CEPAL; 2010. 75 p.
66. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la. Costa Rica. Salud en las Américas Volúmen Países. 2012;222–36.
67. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. MIDEPLAN. informe Anual 2014 y final de cumplimiento. San José, Costa Rica; 2011.
68. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
69. Luis R. Estructura Administrativa del Estado Mexicano.
70. Perea FJB. El régimen de gobierno mexicano. Su evolución, situación actual y prospectiva. Quid Iuris. 2012;(18):81–98.
71. The World Bank. México. 2015.
72. Central Intelligence Agency. The World Factbook.
73. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Mexico health system review. Estudios económicos de la OCDE México: visión general. 2015.
74. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios económicos. Estudios económicos de la OCDE México: visión general. 2015.
75. Federal PE. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México Secretaria de Gobierno. 2013;
76. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Panorama General. Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2015.
77. Méndez JL. Los grandes problemas de México. XII Políticas Públicas. 2010;13.
78. Secretaria de salubridad y asistencia S. Diario oficial. Ley General De Salud. Ciudad de México; 1984. p. 57.
79. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2012.
80. Presidencia de los Estados Unidos Mexicanos E. México incluyente. Segundo informe de gobierno 2013-2014. Ciudad de México; 2014AD. p. 74.
81. Gobierno de la República, Programa Sectorial de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018.
82. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. México, Mejores políticas para un desarrollo incluyente. 2012.
83. Estados Unidos Mexicanos. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013- 2018. Diario Oficial de la Federación. 2013.
84. Secretaría de Salud de México. Segundo informe de Gobierno.
85. United Nations Development Program. Table 1: Human Development Index and its components. 2015.

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

Introducción

Juan Carlos Rivillas García¹
Fabían Darío Colonia García²

1. Coordinador Observatorios Nacionales, Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía. Ministerio de Salud y Protección de Colombia, Bogotá

2. Asesor Transectorial/Secretario Técnico Comisión Intersectorial de Salud Pública, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Bogotá.

Este apartado describe de manera general como Colombia, puede comenzar a tomar acción para reducir las inequidades en salud sin requerir necesariamente de una agenda separada del sector salud, pero sí de la acción conjunta de varios sectores del Gobierno Nacional. Tomamos como ejemplo de siete políticas centradas en cinco determinantes sociales de salud mediante las cuales Colombia espera reducir las desigualdades en salud (desarrollo de la infancia, oportunidades para la educación y el primer empleo, condiciones de la vivienda y protección social para la familia y el adulto mayor vulnerable); y que atraviesan periodos críticos y sensibles durante todo el curso de vida: desde el embarazo y el nacimiento, el desarrollo de la primera infancia, el ingreso a la educación superior, la búsqueda del primer empleo, la formación de la familia y la vejez vulnerable. También, destacamos como el país ha comenzado a reconocer que las inequidades son injustas y evitables, y por tanto hay que continuar dirigiendo esfuerzos para reducirlas y prevenirlas, de lo contrario implicaría un alto costo económico por el hecho de no actuar o en otras palabras, simplemente no hacer nada. Esperamos que ésta evidencia tenga el potencial para continuar cambiando radicalmente la manera en cómo se piensa acerca de la salud, sus determinantes, las desigualdades a lo largo de la vida y la importancia de la intersectorialidad.

Contexto

En la lucha contra las desigualdades Michael Marmot es claro: grandes impactos requieren de grandes esfuerzos y voluntad política. Desde 2012, el Gobierno de Colombia ha desempeñado un papel fundamental en el fomento de un mayor entendimiento de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), definiendo un marco común para el análisis de equidad, apoyando la medición de desigualdades y más recientemente, promoviendo la integración del enfoque de la Salud en Todas las Políticas (SeTP), tal y como insta Marmot a todos los países, como Director de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

De ésta forma, el país ha comenzado a marcar un hito en su historia reciente: comenzar a materializar las recomendaciones del llamado a la acción de *“Closing the Gap in a Generation”* publicado en 2008 y *“Fair Society, Healthy lives”* publicado en 2010; y reforzado en su más reciente publicación en 2015 *“The Health Gap: The Challenges of an Unequal World”*. Las tres publicaciones, describen como reducir y evitar a todo costo las desigualdades en salud durante el curso de vida, e insisten en la importancia de entregar el mejor comienzo posible a la infancia, y habilitar a todos los niños y niñas, jóvenes y adultos para maximizar sus capacidades y que logren tener un mayor control sobre sus vidas para reducir las desigualdades. A partir del fortalecimiento de la gobernanza en el tema de los DSS, Colombia ha enfatizado en algunas de estas prioridades y áreas de acción, simultáneamente fomenta la participación multisectorial. Los avances incluyen desde la formulación y puesta en marcha del

Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021) con enfoque de DSS (1), la implementación del Observatorio Nacional de Salud (ONS) y del Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud (ODES Colombia) (2); la creación de una Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) (3), hasta el diseño de herramientas para lograr materializar éstas políticas del nivel nacional en el nivel local, como la Estrategia de PASE a la Equidad en Salud.

Colombia tiene una población particularmente joven. En el año 2014, el 12% de la población era mayor de 65 años y más, mientras en el año 2015 alrededor de 21.500.426 millones de colombianos son menores de 25 años de edad (4). Sin embargo, según el ONS (5), durante el periodo 1998-2011 se reportaron en Colombia un total de 2'677.170 muertes, de las cuales 1'427.535 (53%) correspondieron a causas clasificadas como evitables y prematuras; es decir las mayores contribuciones en la mortalidad estuvieron a cargo de los grupos de edad más jóvenes (menores de 30 años de edad). De ésta forma, son evidentes las desigualdades en la mortalidad evitable en el país, pero al ir más allá, es decir si se estratifican éstos datos de mortalidad por dimensiones de desigualdad (sexo, área de residencia, nivel de ingresos, nivel de educación, etc.), es posible conocer como entre los grupos más vulnerables (niños y niñas, los adolescentes y jóvenes, las víctimas del conflicto armado, los grupos étnicos, la población privada de la libertad y en condición de discapacidad, los habitantes de calle y la población adulta mayor) persisten con mayor fuerza amplias injusticias sociales, reflejo inequívoco de la calidad de vida, así como del acceso y calidad de los servicios de salud, la discriminación y exclusión social, la falta de oportunidades y la distribución desigual de los bienes y nivel de ingresos.

4.2.1. Causas de las inequidades

Según la OMS (6), el lugar donde se vive, el estado del medio ambiente inmediato, la genética, los ingresos del hogar y el nivel de educación que se tenga, los estilos de vida que se adopten, el acceso y uso a los servicios, y las relaciones con los amigos, la familia y el trabajo, influyen y modifican en diferentes medidas el

estado de salud de las personas, pero todos en su conjunto son considerados determinantes. Por ejemplo, un hombre pobre de Glasgow (Escocia, Reino Unido) es rico en comparación con el promedio de hombres pobres de la India, pero la esperanza de vida del hombre de Glasgow es de 8 años menos. El indio se está muriendo de enfermedades infecciosas vinculadas a su pobreza; el de Glasgow por muertes violentas como las agresiones, el suicidio y las enfermedades cardiovasculares ligadas al contexto de la desventaja social o injusticia social de un país rico como el Reino Unido (7), de algún modo lo anterior sucede en Colombia.

Las desigualdades en salud son el resultado de inequidades socioeconómicas que generan éstos determinantes, y por tanto para reducir las desigualdades en salud se requiere la acción sobre todos los determinantes de la salud: *esas condiciones en las cuales las personas nacen, crecen viven, trabajan y envejecen*. Es decir, es esencial que todos los sectores de Gobierno e instancias públicas participen y actúen de forma concertada en todos los niveles (8); y para ello, existen acciones que pueden ayudar a lograrlo. Una de ellas, es la adopción de un marco para el análisis de equidad en salud y el abordaje de los DSS. Por tanto para este análisis adoptamos el propuesto por el ODES Colombia, que se basa en la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, que también fue adaptado en el PDSP 2012-2021, y retoma el concepto de equidad universalmente usado y vigente hasta ahora, y que fuera preparado por Margaret Whitehead hace más de dos décadas (9): *“las inequidades en salud son esas injustas diferencias en salud entre personas y grupos sociales diferentes y pueden asociarse con formas de desventaja como la pobreza, la discriminación y la falta de acceso a servicios y bienes”*.

En resumen, estos marcos tienen el propósito de orientar a los países frente al concepto de inequidad en salud que han elegido, al tiempo que enfatizan en la necesidad de lograr un mayor entendimiento frente a que la razón más poderosa, y que justifica la necesidad de medir desigualdades, es que no hay otra forma de actuar sobre los DSS, que luchar contra esas diferencias injustas y evitables y para hacerlo, es necesario identificarlas, conocerlas y explicarlas a través de un marco común para el mo-

nitoreo de la equidad en salud. Así, mientras que la inequidad en salud es un concepto normativo y por tanto, no puede ser medido ni monitoreado con precisión, la desigualdad en salud –aquellas diferencias observables entre subgrupos poblacionales– sí pueden ser medidas y monitoreadas, y sirven como un medio indirecto de evaluar la existencia de inequidades en salud entre dos o más grupos sociales.

A continuación se discuten cinco determinantes sociales de la salud: desarrollo de la infancia, oportunidades para la educación y el primer empleo, condiciones de la vivienda y protección social para la familia y el adulto mayor vulnerable. Posteriormente, se describe como Colombia espera lograr acción sobre éstos determinantes para reducir las desigualdades en salud durante todo el curso de vida con el abordaje propuesto.

No invertir en la primera infancia genera desigualdades para el resto de la vida

El desarrollo de la primera infancia, en particular el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo, determina de forma decisiva las oportunidades en la vida de una persona y la posibilidad de gozar de buena salud durante el resto de la vida, pues afecta la adquisición de competencias, la educación y las oportunidades cuando el niño o niña llega a cada etapa o transición. A través de esos mecanismos y de forma directa, la primera infancia influye en el riesgo posterior de obesidad, malnutrición, problemas de salud mental, enfermedades cardíacas y violencia (10), e incluso en dificultades en la búsqueda del primer empleo (8). Es deber de los Estados entregar el mejor comienzo posible a los niños y niñas con el fin de maximizar sus capacidades, y lograr que tengan un mayor control sobre sus vidas para reducir las desigualdades durante sus posteriores etapas del curso de vida.

En 2009, la CDSS en su reporte “*Subsanar las desigualdades en una generación*”, a partir de fundamentos científicos en intervenciones en décadas, evidenció que invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las desigualdades en salud en el lapso de una

generación. Las experiencias vividas en la primera infancia (definida como el desarrollo del feto hasta los ocho años de edad), y durante el período de educación básica primaria y posterior, sientan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital. Estudios científicos sobre la primera infancia revelan que el desarrollo cerebral es muy sensible a las influencias externas de los primeros años de vida y que sus efectos son permanentes. Una buena alimentación es fundamental y empieza en el útero materno, lo que exige que la madre se alimente correctamente. La madre y el niño necesitan atención ininterrumpida antes y durante el embarazo, en el parto y en los primeros días y años de vida. Los niños necesitan vivir en un entorno seguro, salubre, protector, acogedor, receptivo, que favorezca su desarrollo.

Por tal razón, ahora es más fácil entender en parte cómo los países escandinavos (Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia) reportan entre las esperanzas de vida más altas del mundo. Una mujer embarazada en alguno de éstos países, reciben el mejor cuidado posible, además de amplias licencias de maternidad y una cobertura universal en salud. Así, la esperanza de vida entre países difiere enormemente en función de donde se haya nacido. Existen países que invierten más que otros en éste tema. Un niño que nazca en Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años. En Colombia, un niño y una niña que nazca en estos momentos tiene la posibilidad de vivir 70 o 77 años, respectivamente.

El desempleo es malo para la salud

La evidencia disponible (8,11,12) demuestra como el desempleo durante la juventud, tiene un impacto negativo sobre la salud que se explica en la forma cómo puede afectar las oportunidades posteriores de empleo en la vida. Evidencia adicional sugieren también que las personas jóvenes y los adultos mayores pueden ser los más afectados cuando incrementa el desempleo: *los jóvenes experimentan mayores dificultades incursionando en el mercado laboral, mientras los adultos mayores son animados a tomar un retiro o pensionarse más temprano* (8,13).

El primer caso puede ser más factible en Colombia. De igual forma, investigaciones han mostrado como estar desempleado hace más probable que se sufra de algunas enfermedades en el largo plazo, asociadas con la mala salud mental (depresión, estrés y ansiedad) y enfermedades cardiovasculares en general (8,14,15). Existen también asociación documentada de cómo estar desempleado aumenta el consumo de alcohol y tabaco y disminuye la práctica de ejercicio físico (8,14,15). Las familias y comunidades también pueden experimentar mala salud como resultado de problemas económicos y estresores causados por el desempleo individual (8,14,15).

La pobreza y exclusión social deteriora la salud de las familias

La pobreza es sin duda uno de los mayores determinantes de mala salud. Al menos la evidencia sobre éste determinante es contundente demostrando como los niños y niñas que nacen en familias pobres tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud física, mental y de problemas sociales durante el curso de su vida (8,14,16). Mientras que las familias que viven en condiciones de mayor desventaja social, es decir sin una vivienda y un alojamiento de calidad, sin agua potable y servicios de saneamiento, acceso a electricidad, con insuficiente nivel de ingresos y viviendo en zonas de exclusión social, tienen mayor riesgo de favorecer las enfermedades transmisibles, sufrir de traumatismos por accidente de transporte y morir por causas violentas, así como de experimentar los efectos derivados de las catástrofes ecológicas (deslizamientos, inundaciones). Las condiciones de pobreza en que vive una familia inciden de forma importante en la equidad en salud de una población (10).

Viviendas en condiciones pobres y deficientes son malas para la salud

De manera similar, la evidencia es amplia documentando la forma como condiciones y características de las viviendas tienen un alto riesgo de determinar la salud física y mental de los miembros de las familias (8,18,22). Una vivienda en condiciones no adecuadas incrementa el riesgo que las familias desarrollen

algunas conductas de riesgo para la salud, tales como consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, así como intento de suicidio (21,22); y de aumentar las tasas de enfermedades respiratorias, tuberculosis, meningitis y enfermedades del estómago cuando son viviendas sobreocupadas (8,19,20,22). Para Greddes y sus colegas (21) también estos efectos negativos e impactos indirectos de condiciones no adecuadas de la vivienda pueden influenciar por ejemplo, en el desarrollo y logro educativo de los niños y niñas.

No tener oportunidades de educación es malo para la salud

Un bajo logro escolar está asociado con mala salud, estrés y una baja autoestima (6). El nivel educativo es cada vez más reconocido como un importante determinante social de la salud. Mientras más alto el nivel de educación logre una persona, no sólo puede desempeñar un papel importante en la conformación de las oportunidades de empleo, sino que también puede aumentar la capacidad para la mejor toma de decisiones respecto a su propia salud (23). Un individuo que logra un nivel educativo adecuado, entrega mayor importancia al autocuidado y a los estilos de vida saludable. Entonces, puede preocuparse por ejemplo, en prevenir conductas de riesgo para la salud evitando fumar, consumir sustancias psicoactivas y practicar una sexualidad insegura, y entregar mayor importancia a una buena alimentación, el deporte, así como asistir a chequeos médicos y controles de detección temprana al menos una vez por año.

También, la evidencia en su gran mayoría demuestra como un grupo social puede ser aún más marginado, mientras más individuos reporten baja o ninguna educación. Igualmente, se ha sugerido que éstas desigualdades en el acceso y la calidad en los servicios de salud pueden explicarse, en alguna medida, simplemente porque las personas no saben leer y escribir conocen menos sus derechos, sus necesidades y están menos informados comparados con aquellas personas que saben leer y escribir, o que en el mejor de los casos han alcanzado logros educativos altos como llegar a la universidad

4.2.2. Cómo aborda Colombia éstas inequidades bajo un enfoque de curso de vida?

Algo importante sobre el enfoque de curso de vida

Las desventajas comienzan antes del nacimiento y pueden acumularse durante toda la vida. Por tanto, la acción para reducir las desigualdades en salud debe comenzar justo antes del nacimiento y continuar durante la vida del niño o niña. Sólo entonces, los estrechos vínculos entre las desventajas tempranas y los malos resultados de salud durante toda la vida pueden romperse o al menos influenciarse (14). En 2010 en Inglaterra, el Informe “*Fair Society, Healthy lives*” (14) recomendó 6 objetivos de política alineados con la CDSS de la OMS, que incluyeron estrategias e intervenciones para abordar los determinantes de las inequidades en salud a lo largo de vida en ese país:

i) Dar a cada niño el mejor comienzo posible en la vida, ii) asegurar que todos los niños, jóvenes y adultos maximicen sus capacidades y tengan control de sus vidas, iii) crear empleo justo y trabajo para todos, iv) asegurar niveles de salud para la vida de todos, v) crear y desarrollar lugares y comunidades saludables y sostenibles, y vi) fortalecer el rol e impacto de la prevención de la enfermedad.

Así, en Inglaterra una recomendación de política prioritaria a partir de 2010, fue darle a cada niño y niña el mejor comienzo posible. Mientras tanto, hay mucho que puede hacerse para mejorar la vida y la salud de los jóvenes y adolescentes que ya han llegado a la escuela, y aquellos que alcanzan la edad de trabajo y más allá, aquellos que llegan a la adultez y forman una familia. De igual forma, recomienda que los servicios que promueven la salud, el bienestar y la independencia de las personas mayores, pueden contribuir a prevenir o retrasar la necesidad de un uso intensivo de servicios de salud o atención institucional, es decir los llamados pacientes poli-consultivos, logrando atenuar las desigualdades en salud durante éste ciclo del curso de vida.

Desarrollo de un plan decenal de salud y una comisión de determinantes para el país

En 2013 el Gobierno de Colombia lanzó el PDSP 2012-2021 como una apuesta política para reducir las inequidades en salud a través de tres recomendaciones de política: *i) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; ii) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; y iii) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.* Para lograr, tales recomendaciones, en 2014 el país reglamentó la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP), con el propósito no solo de asegurar la efectividad del PDSP 2012-2021, sino también de apoyar y monitorear las acciones sobre los DSS a cargo de cada sector del Gobierno y que influyen la salud de los colombianos; tales como mejorar las políticas del primer empleo, asegurar mejores mecanismos de protección social, entregar viviendas en condiciones adecuadas y promover políticas de educación desde la infancia, especialmente entre los grupos más vulnerables con el propósito de subirlos a estándares de vida aceptables.

La CISP entra en funcionamiento entonces sobre la evidencia de qué puede hacerse para promover mayor equidad en salud, y avanzar en un movimiento nacional que considera y valora las interacciones humanas, sociales, biológicas entre los diferentes sectores en el abordaje de los DSS, al tiempo que involucra todos los niveles de Gobierno y promueve la colaboración de investigadores, la academia y la sociedad para lograrlo. La CISP se posiciona entonces como la primera instancia de carácter vinculante en el país para la gestión de los DSS, y que de alguna forma, cumple con las recomendaciones para llevar a cabo la acción intersectorial que han inspirado el marco sugerido por la Organización Panamericana de la Salud OPS/PAHO: *voluntad política, necesidades y prioridades, marco planificado, estructuras, evaluación y participación, seguimiento y fortalecimiento de la capacidad.* Este escenario constituye como mencionamos

anteriormente- un hito en un país latinoamericano, que no sólo reconoce que las interacciones entre salud, bienestar, equidad y desarrollo económico deben ser tenidas en cuenta dentro de las agendas políticas de todos los países, sino que también cumple con los últimos compromisos globales en el tema, como los contenidos en la *Declaración de Adelaida* sobre promover la inclusión de la SeTP (24).

La SeTP es un enfoque impulsado por Finlandia desde 2006 durante la presidencia de éste país en la Unión Europea (UE), con el fin de orientar a los países sobre cómo lograr acciones intersectoriales que influyan positivamente en la equidad en salud de su población. Así, Finlandia impulsó el concepto de SeTP (25,27) definido como la aproximación de políticas públicas en todos los sectores que tiene en cuenta, de forma sistemática, las repercusiones de las decisiones en la salud, busca sinergias y evita impactos perjudiciales con el fin de mejorar la salud y la equidad en salud de la población. En otras palabras, destaca como las causas de una mala salud y bajos niveles de bienestar están fuera de la intervención del sector salud, debido que al menos el 80% de los problemas de salud tienen sus causas en una génesis económica y social, y por tanto, esto requiere una forma de gobernanza en la que exista un liderazgo conjunto entre todos los sectores y niveles de Gobierno. En ese orden, Colombia a través de su PDSP 2012-2021 definió como cerca del 55% de las metas concertadas para lograr equidad y mejor salud en el país, son de naturaleza intersectorial, es decir involucran educación, trabajo, agricultura, planeación, economía, asistencia social, medio ambiente, vivienda, cultura, entre otros sectores. La Figura 4.1. ilustra la CISP y las 118 metas intersectoriales en el marco del PDSP 2012-2012 en Colombia.

Siete Políticas que actúan sobre los determinantes sociales de la salud a lo largo de la vida en Colombia

Tomando como base lo anterior, es evidente los avances de Colombia en la adopción de un enfoque de DSS (1) y esfuerzos intersectoriales (3) para lograr para reducir las inequidades en el marco de un plan decenal.

La Figura 4.2. muestra como a través de siete políticas se espera actuar sobre cinco determinantes sociales de las desigualdades en salud a lo largo de la vida (desarrollo de la infancia, empleo, ingresos de los hogares, vivienda y educación), y especialmente durante transiciones generacionales, es decir desde el embarazo y la primera infancia, durante la adolescencia y la juventud con la búsqueda del primer empleo, durante la adultez con la formación de la familia, y la vejez, especialmente entre grupos sociales con mayores desventajas.

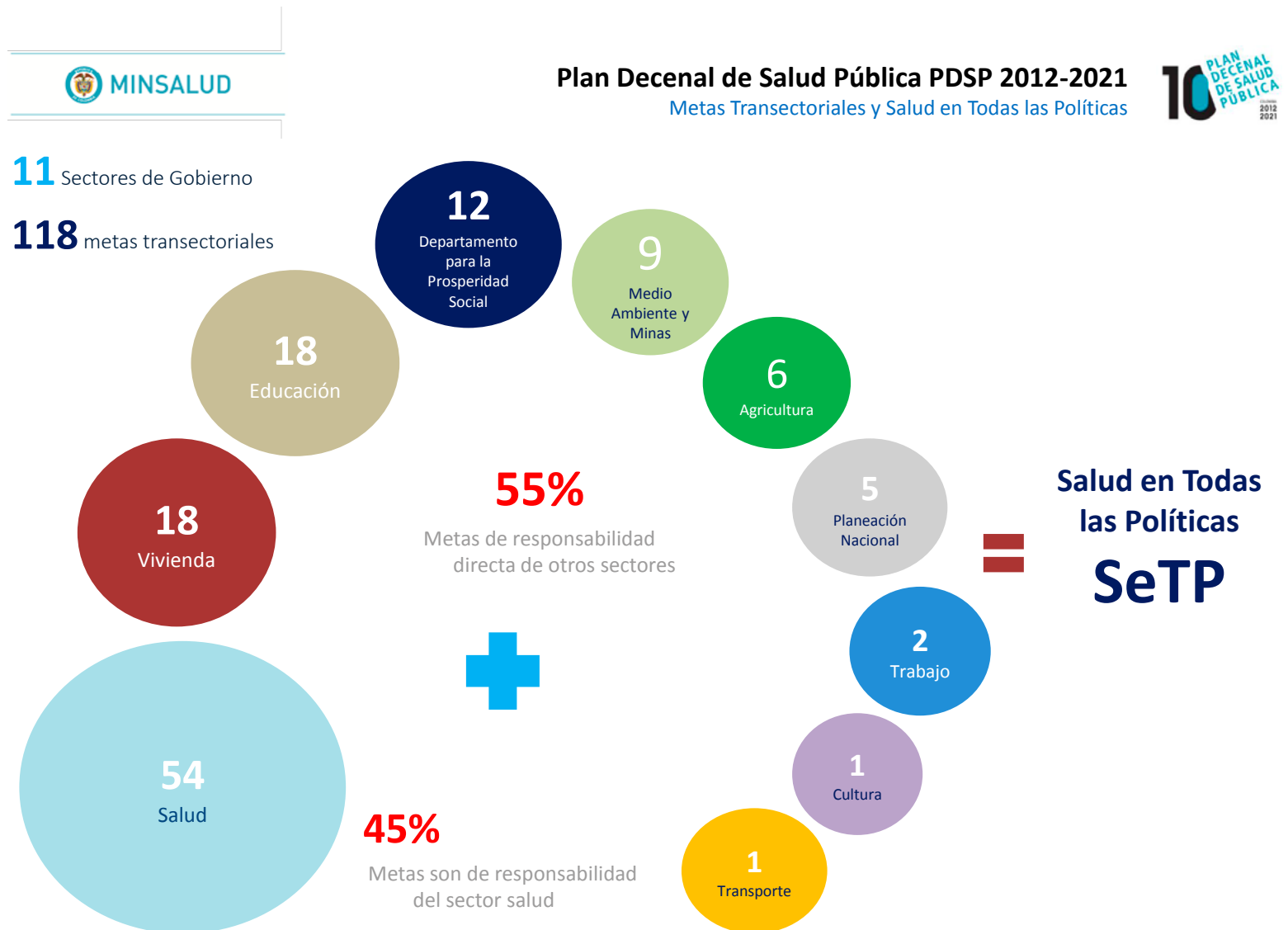


Figura 4.1. Comisión Intersectorial de Salud Pública 2012- 2021

Fuente: Adaptación propia a partir de Comisión Intersectorial de Salud Pública CISP, Ministerio de Salud y Protección Social MSPS Colombia, 2015.

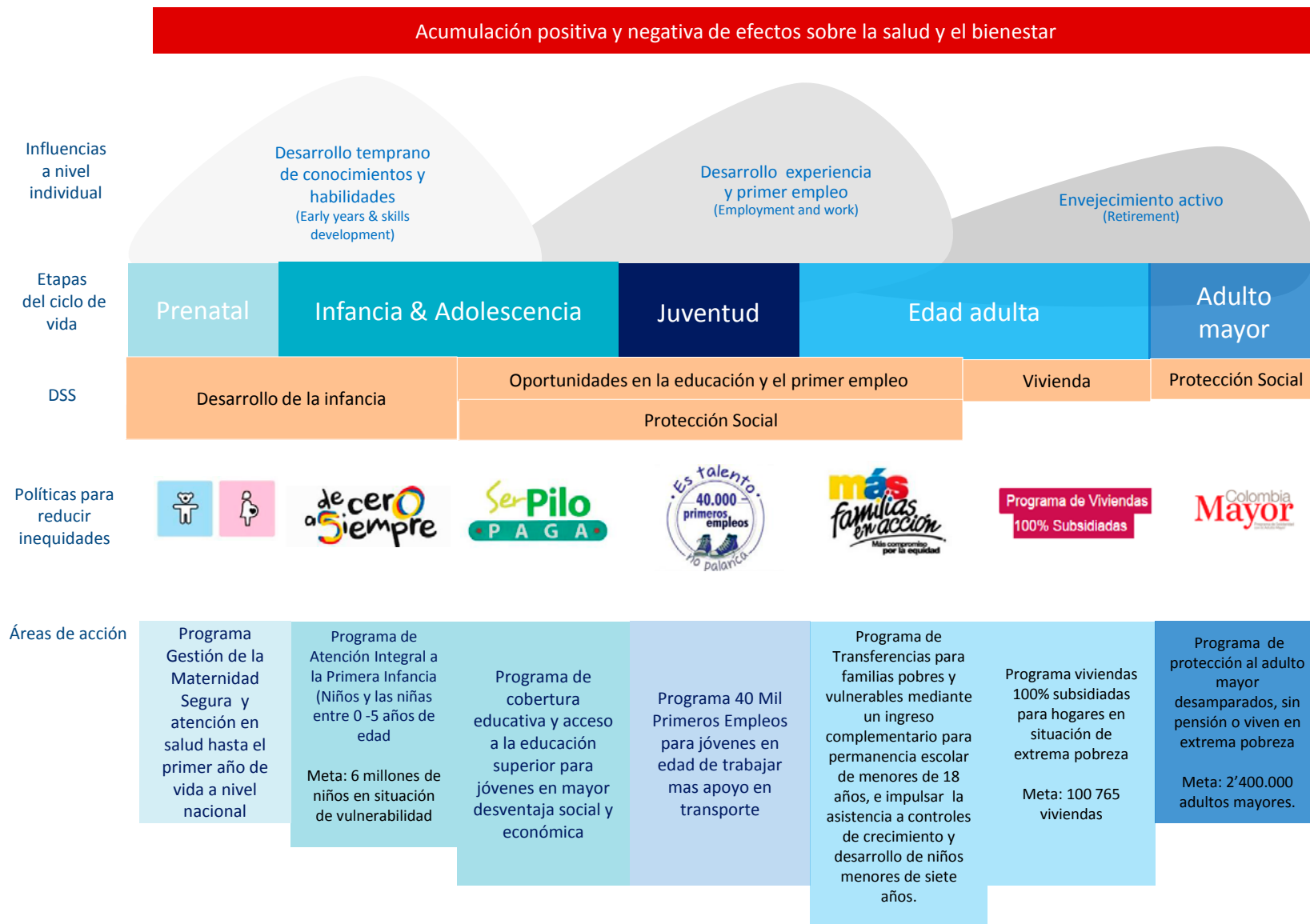


Figura 4.2. Siete Políticas que actúan sobre los determinantes sociales de la salud a lo largo de la vida en Colombia

Fuente: Adaptación propia para Colombia a partir de "Action across the life course" y "Influences and actions along the life course" en Fair Society, Healthy Lives, 2010.

Desarrollo de la infancia

En primer lugar, el Programa de Gestión de la Maternidad Segura a nivel nacional, hizo posible que gracias a una acción intersectorial entre actores del sector salud y entes de vigilancia y control en el país (Procuraduría General de la Nación y la Superintendencia Nacional de Salud), se garantizará un mejor comienzo a los niños y niñas, incluso antes de nacer, estableciendo el derecho a la atención en salud durante el embarazo, controles prenatales, parto y primer año de vida (28). En el año 2010, Colombia reportaba coberturas del número de mujeres con cuatro o más controles prenatales, la atención institucional del parto y el número de partos atendidos por personal calificado entre diferentes quintiles de ingreso de la población, e incluso a nivel rural superiores al 85%. Es decir, coberturas altas e inequidades más pequeñas en comparación de otros países de la Región.

En segundo lugar, la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia de Cero a Siempre (29), está dirigida a niñas y niños desde su gestación hasta los seis años de edad, y constituye un conjunto de acciones planificadas, de carácter nacional y territorial, mediante el desarrollo de un trabajo unificado e intersectorial que espera influir el desarrollo temprano, de conocimiento y habilidades de los niños y niñas desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial.

Oportunidades para la educación y el primer empleo

En tercer lugar, el país ha establecido como meta ser el país más educado de América Latina para el año 2025. Esta gran meta obliga la implementación de una serie de estrategias que permitan subsanar las brechas a nivel educacional, tales como la ampliación de cupos en colegios y la cobertura educativa con calidad, además de mejorar la pertinencia de los programas educativos. De igual forma, el Gobierno colombiano es consciente de que uno de los determinantes en el largo plazo para lograr el desarrollo de una sociedad, constituye la inversión en formación de capital humano, en consecuencia recientemente se dirigen mayores esfuerzos para fomentar la educación superior con

calidad, equidad y eficiencia, a la vez que aumenta las oportunidades a los jóvenes de grupos sociales vulnerables. Según el análisis de los resultados de las pruebas SABER 11 del año 2012, 17 mil de los 27 mil mejores puntajes reportados, fueron registrados estudiantes de estratos 1, 2 y 3 (es decir las poblaciones en mayor desventaja socio-económica). Por tanto, la respuesta política es la puesta en marcha del programa “*Ser Pilo Paga*” (30), apoyados por el ICETEX y Colombia Aprende, con el propósito de fomentar la excelencia y calidad de la educación superior entre estudiantes con menor nivel de ingresos en sus hogares, y que se destacan por su excelencia académica en las pruebas del Estado. El beneficio otorga créditos condonables que solo se podrán solicitar para programas de educación superior en universidades de alta calidad del país.

En cuarto lugar, asegurando el acceso de los jóvenes para ingresar al mercado laboral, el Gobierno puso en marcha el programa de 40 mil Primeros Empleos (31), como una estrategia para superar las dificultades a la que se ven expuestos los jóvenes al no poseer experiencia y no poder acceder a la oferta laboral. Para ello, el Gobierno destinó 300 mil millones de pesos para que las empresas aliadas contraten a estos jóvenes los primeros seis meses. Al final del proceso, las empresas se comprometen a contratar al menos el 60% de los jóvenes que acceden al programa, mientras la población de jóvenes no contratados, pueden adquirir al menos su experiencia laboral para acreditarla en otras oportunidades de trabajo.

Vivienda

En quinto lugar, el Programa de Viviendas 100% Subsidiadas (32) nace como respuesta a la realidad de miles de hogares que viven en situación de extrema pobreza y, por lo tanto, no logran acceder a un crédito para obtener su vivienda por los mecanismos tradicionales que ofrece el mercado. Este programa pretende entregar 100.765 viviendas y tiene como objetivo avanzar en el cumplimiento de la meta de reducir la pobreza en Colombia. Así, el programa da prioridad a las familias en situación de desplazamiento a causa del conflicto armado, a las familias focalizadas para el programa “*Mas Familias en Acción*” y a familias de otros

grupos socialmente más vulnerables. También, un porcentaje de viviendas en cada proyecto es destinado a los hogares afectados por los desastres naturales, que habiten en zonas de alto riesgo no mitigable o aquellos con madres cabeza de hogar en áreas rurales.

Protección social para la familia y adulto mayor vulnerable

A lo largo de la vida, los individuos comienzan a formar sus familias. Por tanto, también se han puesto en marcha una serie de políticas de gran envergadura para actuar positivamente sobre los DSS en esta etapa de la vida. En sexto lugar, *“Más Familias en Acción”* (33) es un programa de transferencias monetarias condicionadas que busca contribuir a la reducción de la pobreza y la desigualdad de ingresos, a la formación de capital humano y a la mejora de las condiciones de vida de las familias pobres y vulnerables mediante un complemento al ingreso de los hogares. De esta forma, espera incentivarse la educación de los menores de 18 años de edad, así como la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años de edad. Actualmente el Programa asiste a 2.6 millones de familias en Colombia.

En último lugar, el Programa Colombia Mayor (34) busca proteger a las personas de la tercera edad que se encuentran desamparadas, no cuentan con una pensión o viven en la indigencia y/o en extrema pobreza. Este programa tiene una cobertura de más de 1'258.000 adultos mayores beneficiados de todo el país y cada dos meses entrega un subsidio para financiar sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida. La meta del Programa es llegar a la cobertura universal de los adultos vulnerables durante los próximos cinco años.

En resumen, Colombia está tratando de intervenir sobre transiciones críticas y sensibles entre grupos vulnerables. El acompañamiento desde el embarazo y el nacimiento, la entrada al sistema escolar, el acceso a la Educación Superior y la oportunidad del primer empleo, pueden mitigar los efectos y adversidades

acumuladas y presentes durante el curso de la vida de las personas, y que se manifiestan de forma más amplia durante la edad adulta con el desarrollo profesional y la búsqueda del balance trabajo-familia, hasta finalmente alcanzar la vejez. Como puede notarse el educativo y el laboral, son sectores que conectan varias fases del curso de vida, por tal razón, muchos expertos coinciden como las intervenciones políticas en estos dos determinantes pueden prevenir, mitigar y reparar daños en salud de una forma dramática en todo el curso de vida.

4.2.3. Conclusiones y desafíos

Entre los retos que Colombia ha decidido afrontar, se encuentra la propuesta adelantar respuestas intersectoriales, usando como herramientas comunes las políticas que actúen sobre los Determinantes Sociales de la Salud y que atraviesen periodos críticos y sensibles, como los anteriormente descritos. Por tanto, es clara la vinculación de una ruta intersectorial con políticas de trabajo-familia: protección social a mujeres cabeza de familia, oportunidades para jóvenes de educación superior e inserción laboral durante su primer empleo, viviendas con condiciones adecuadas para un hogar y protección social de familias y población adulta mayor vulnerable.

Sin embargo, aun destacando los avances en un país de ingreso medio como Colombia, algunos autores (25,35,36) coinciden en que las experiencias intersectoriales en la lucha contra las desigualdades durante el curso de vida pueden tener sus limitaciones, y puede deberse especialmente a que las experiencias intersectoriales son muy sensibles al contexto, y no son fácilmente transferibles. Por tal razón, el país aún requiere que las decisiones de la Comisión Intersectorial de Salud Pública CISP deban tomarse teniendo presente el contexto de una ciudad, territorio o región al interior del mismo país, en las cuales se espera tomar acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud, ya que siempre pueden variar.

Es importante destacar como el país ha comenzado a reconocer que la mayor parte de las inequidades son injustas y evitables, y por tanto hay que luchar para reducirlas y prevenirlas para las próximas generaciones, de lo contrario no sólo se extenderían o ampliarían, sino que implicarían altos costos económicos por el hecho de no intervenirlas o en otras palabras, simplemente no hacer nada.

Para lograr atribuir científicamente efectos de éstas políticas a la reducción de desigualdades son necesarios amplios períodos de tiempo, en 2022, el país debe evaluar impactos de estas políticas para actuar sobre los determinantes de las desigualdades sociales en salud, específicamente a través de la identificación de los cambios obtenidos por éstas siete intervenciones y seguramente muchas más. Y finalmente, y como recientemente mencionara Peter Goldblatt en uno de sus discursos durante el encuentro Health Equity Assessment Toolkit HEAT de la OMS/OPS en Chile: *“Allí donde existen políticas, al menos puede hacerse algo y pueden ser mejoradas para hacer frente a las grandes y persistentes desigualdades en salud”*.

Agradecimientos

A Sir Michael Marmot por animar la escritura de éste artículo durante su visita al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en febrero de 2015. Rita Ferrelli del Programa EUROsociAL y Karol Cotes del Observatorio Nacional de Salud ONS del Instituto Nacional de Salud INS por su valioso tiempo y comentarios en un primer borrador de éste trabajo. A Chile, México, Perú y Uruguay países que nos permitieron conocer sus necesidades, intereses y avances en sus políticas para actuar sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública Colombia PDSP 2012–2021 [Internet]. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud ODES Colombia [Internet]. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Available from: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ODES_001_Gu%C3%ADa_ODES_07112013.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto número 859 de 2014 por la cual se reglamenta el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 [Internet]. (6 de mayo de 2014); 2014. Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2014/Documents/MAYO/06/DECRETO>
4. Rivillas, J.C.; et.al. (2014). Desafíos del envejecimiento poblacional para el Sistema de Salud Colombiano. Necesidad de disponer de datos económicos y aumentar la investigación del adulto mayor. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Poster-Desafios-envejecimiento-pob-Cali-2015.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Tercer informe ONS: mortalidad evitable en Colombia para 1998–2011 [Internet]. Bogotá D.C: Imprenta Nacional de Colombia; 2014. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>
6. World Health Organization. Health Impact Assessment (HIA). The Determinants of Health. [Internet]. 2013. Available from: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
7. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. Lancet. 2015; 386(10011):2442–4.
8. UCL Institute of Health Equity. The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London. London: Department of Epidemiology & Public Health; 2012.
9. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. int J Heal Serv. 1992; 22(3):429–45.
10. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. 246 p. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf\npapers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409>

11. Benach J, Muntaner C, Santana V. Employment conditions and health inequalities: final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health of the Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET) [Internet]. 2007. Available from: http://cdrwww.who.int/entity/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf
12. Crawford C, Duckworth K, Vignoles A, Wyness G. Young people's education and labour market choices aged 16/17 to 18/19. London: Department of Education; 2011.
13. Hogarth T, Owen D, Gambin L, Hasluck C, Lyonette C, Casey B. The equality impacts of the current recession. Research report 47 [Internet]. Manchester; 2009. Available from: http://www.equalityhumanrights.com/uploaded_files/research/47_the_equality_impacts_of_the_current_recession.pdf
14. Marmot Review Team. Fair Society, Healthy Lives: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Marmot Review Team; 2010.
15. Bartley M, Sacker A, Clarke P. Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991–2001. *J Epidemiol Community Heal*. 2004; 58(6):501–6.
16. Bambra C. Yesterday once more? Unemployment and health in the 21st century. *J Epidemiol Community Heal*. 2010;(64):213–5.
17. Solantaus T, Leinonen J, Punamaki RL. Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev Psychol*. 2004; 40(3):412–29.
18. Morrison D. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a perspective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2009; 38(3):877–83.
19. London Health Observatory. Housing and health inequalities [Internet]. 2012. Available from: http://www.lho.org.uk/LHO_Topics/National_Lead_Areas/HealthInequalitiesOverview.aspx
20. Jones A. Black and minority ethnic communities experience of overcrowding. London: Race Equality Foundation; 2010.
21. Marmot Review Team. The health impacts of cold homes and fuel poverty [Internet]. London: Friends of the earth & the Marmot Review Team; 2011. Available from: http://www.foe.co.uk/sites/default/files/downloads/cold_homes_health.pdf
22. Burki T. Tackling tuberculosis in London's homeless population. *Lancet*. 2010; 376(9758):2055–6.
23. Shankar J, Ip E, Khalema E, Couture J, Tan S, Zulla R, et al. Education as a Social Determinant of Health: Issues Facing Indigenous and Visible Minority Students in Postsecondary Education in Western Canada. *Int J Env Res Public Heal*. 2013; 10(9):3908–29.
24. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar [Internet]. Adelaida; 2010. Available from: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
25. Díez E, Camprubí L, Ferrelí R. Recomendaciones con los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública en Colombia. Bogotá D.C: Eurosocias, Agencia de Salud Pública de Barcelona, Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
26. Puska P. Health in all policies—from what to how. *Eur J Public Health*. 2014; 24(1):1.
27. World Health Organization. Health in All Policies: Framework for Country Action. Geneva: WHO; 2015.
28. Procuraduría General de La Nación, Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. Circular conjunta externa número 005 “Intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional” [Internet]. Colombia; 2012. Available from: [http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/CircularConjunta_005_SeguridadMaterna\(1\).pdf](http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/CircularConjunta_005_SeguridadMaterna(1).pdf)
29. Consejería Presidencial para la Primera Infancia. De cero a siempre [Internet]. 2015. Available from: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Paginas/deCeroaSiempre.aspx>
30. Ministerio de Educación Nacional. Programa Ser Pilo [Internet]. 2015. Available from: <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/w3-article-348446.html>
31. Ministerio de Trabajo. Programa de 40 mil Primeros Empleos. 2015. [Internet]. 2015. Available from: <http://www.mintrabajo.gov.co/febrero-2014/4226.html>
32. Ministerio de Vivienda. Programa de Viviendas 100% Subsidiadas [Internet]. 2012. Available from: <http://www.minvivienda.gov.co/viviendas-100-por-ciento-subsidiadas/abc>
33. Departamento para la Prosperidad Social. Programa Más Familias en Acción [Internet]. 2011. Available from: <http://www.dps.gov.co/Paginas/Más-Familias-en-Acción.aspx>
34. Ministerio de Trabajo. Programa Colombia Mayor [Internet]. 2013. Available from: https://colombiamayor.co/quienes_somos.html
35. Van der Broucke S. Implementing Health in All Policies Post Helsinki. *Health Promot Int*. 2013; 28(3):281–4.
36. Kickbush I. Health in All Policies. *BMJ*. 2013;(347):f4283.

4.3. Percepciones de actores sociales frente a las respuestas políticas, para reducir las desigualdades sociales en salud

Paula Castillo-Santana
Nohora Rodríguez-Salazar
Andrea García-Salazar
Elkin Vallejo
Fabio Escobar-Díaz
Karol Cotes-Cantillo

Como se mencionó en la introducción del capítulo los resultados que se presentan en este apartado, son el producto del análisis de entrevistas semi-estructuradas realizadas a representantes de cinco organizaciones sociales a saber: Organización Nacional Indígena (ONIC); Organización SISMA Mujer; Conferencia Nacional de Organizaciones Afrocolombianas (CNOA); Central de Unitaria de Trabajadores (CUT) y Observatorio de Discriminación Racial (ODR). En general las manifestaciones de los participantes, sintetizadas en las categorías que se presentan a continuación, están muy relacionadas con su experiencia de participación en las organizaciones que representan, así como su historia y experiencia de vida.

Se establecieron cinco (5) temas centrales como producto del análisis de las entrevistas: **1. nociones de desigualdad; 2. orígenes de la desigualdad; 3. expresiones de la desigualdad; 4. impactos de la desigualdad en salud y desafíos de las políticas del país en la reducción de las desigualdades sociales.** Los temas se presentan con el propósito de alimentar la discusión de tal manera que permitió derivar líneas de acción hacia el futuro. En términos generales todos los participantes reconocieron la existencia de desigualdades sociales profundas en el país, que en opinión de los mismos, no son producto de un orden natural, sino de la estructura social que las determina, como se explicara a continuación. No obstante, es necesario mencionar que las opiniones de los participantes tienen estrecha relación con su vinculación a la organización o grupo étnico al que pertenecen.

4.3.1. Noción de desigualdad

La desigualdad es un concepto multidimensional que se entiende como las diferencias entre grupos en cuanto a oportunidades, acceso a servicios, goce efectivo de derechos, en razón de su género, etnia, identidad cultural o posición socioeconómica.

En general, los participantes asociaron la noción de desigualdad con diferencias entre grupos. Estas diferencias, estarían dadas en razón de la posición o clase social, asociada con la estratificación socioeconómica y de manera transversal con la etnia y además perpetuadas e incluso impulsadas por el Estado:

“Colombia donde unos son de unos estratos, son de mayor estrato, menos estrato, inclusive el estrato cero (0) que son los indígenas, ahí no más vemos la connotación que es social en ese sentido el Estado Colombiano muestra a partir de ahí, muestra que hay una desigualdad social”
(Rosendo Ahue-ONIC)

La estratificación se relacionó con la noción de desigualdad, pues se considera que los estratos son representaciones de diferencias económicas que denotan como para las personas o grupos ubicados en estratos más altos, las oportunidades son mejores que para las ubicadas en estratos inferiores.

Adicional a lo relacionado con las diferencias sobre estrato o la posición socioeconómica, la noción de desigualdad también se asoció con una cuestión territorial, en la visión que se presenta se habla de *“dos Colombias”*, una la que se *erige en las capitales, en las cabeceras urbanas, en las que las personas que las habitan pueden tener más oportunidades*; y otra estaría en lo que algunos autores han reconocido como la *Colombia rural, la Colombia de la frontera, de la selva, donde viven y sobreviven los “otros”* (1). Al decir de uno de los participantes:

“Concepto particular que hoy definiendo, es que hay 2 Colombias, una Colombia en la que viven en la capital, en la capital de los departamentos, sí, y hay otra Colombia que es la que vivimos nosotros en área rural”
(Rosendo Ahue-ONIC, 2015)

Por otro lado la noción de desigualdad también se asoció con el NO reconocimiento de las diferencias dadas por aspectos relacionados con la etnia, que incluye además de lo cultural, aspectos de tipo biológico. Dicho desconocimiento perpetúa y profundiza las desigualdades:

“Ejemplo nada más Universidades en el Caribe cómo en la Universidad en Bahamas han descubierto o han identificado que la población afrodescendiente es mucho más propensa a enfermedades como la diabetes o enfermedades relacionadas con hipertensión, etc., eso qué implica, que la política pública en salud tiene que tener un enfoque diferencial para la población afrocolombiana sobre esa base, sí eso es un asunto científicamente aprobado pues debería por ejemplo pensarse en que entonces desde el punto de vista de la prevención porque por ejemplo ubicar zonas donde este la gente tal de este grupo poblacional y decirle oiga al parecer abrió una predisposición biológica”
(Sara Ferrer-ODR)

Si bien la declaración anterior se centró en cuestiones de tipo biológico, el llamado que se hace está relacionado con la necesidad de partir del reconocimiento de las particularidades de las poblaciones, con el fin de diseñar, formular e implementar políticas públicas que realmente respondan a los contextos y condiciones de las poblaciones diferenciales, que no sólo remiten a lo biológico, sino también a lo cultural y lo social, como elementos centrales de las construcciones históricas de las poblaciones (2); así la necesidad de entender que la desigualdad se cimienta en la NO comprensión de las particularidades de los grupos o poblaciones y son, las que terminan afectando de manera diferencial la cotidianidad de los grupos. La desigualdad también se entendió como una consecuencia de las políticas estatales o de Gobierno que favorecen a grupos minoritarios en perjuicio de las mayorías. Los grupos favorecidos estarían en una situación de ventaja en términos de poder dada su posición social y un régimen político particular que favorece el establecimiento de jerarquías de beneficiarios. Al respecto expresa un participante:

“La desigualdad social que tiene Colombia es responsabilidad del Estado y puntualmente un conjunto de escenarios que ponen limitaciones en acceso a bienes y servicios, la desigualdad social es el resultado de la imposibilidad de acceso a bienes y servicios que son originados a las políticas públicas, entonces las políticas públicas que tienen la tendencia de favorecer a una minoría poblacional en Colombia, son políticas públicas que tienen la tendencia de limitar una mayoría poblacional que acceda a ese derecho, entonces en Colombia por lo menos a veces se pone sobre la mesa el derecho que tiene un sector empresarial para tener la favorabilidad por parte del Estado vs el derecho que tiene la mayoría poblacional para acceder a derechos, entonces ese conjunto de discusiones es la trama estructural en la que se ha puesto las desigualdades sociales”
(Ariel Palacios-CNOA)

Discriminación

Frente a la noción de desigualdad el concepto de discriminación entra a jugar un papel importante, pues según los entrevistados, *la discriminación fundamenta gran parte de las expresiones de desigualdad*. Esta discriminación se enmarca dentro de procesos históricos de construcción del otro o los otros (4) dotados de características despreciables (3) y que por tanto deben ser homogenizados, en un intento civilizador proveniente de las mayorías que hacen ver a la diferencia y a la alteridad, como algo indeseable:

“La televisión colombiana no genera posibilidades de unidad, genera posibilidades de segregación, hoy tenemos una población colombiana que discrimina al desplazado, tenemos una televisión que discrimina a la mujer fea por tener otros rasgos fenotípicos, que discrimina a la mujer gordita, que discrimina al gay, que discrimina al anciano, que discrimina al negro, que discrimina al indígena, entonces siempre la televisión colombiana está poniendo en pirámide a la sociedad colombiana y está diciéndole usted es diferente, usted no se puede unir, además de ser diferentes ustedes son diferentes miren que ustedes, mire que usted es mejor que el de allá, pero además diciéndole hable cáscara de ese que está allá, riase de él, es que es chistoso por lo que vemos en sábados felices que es el programa que une a las familias colombianas por ejemplo para mirar un ejemplo, el programa que une familias es el que más la desune, más la destruye, entonces la familia se sienta a ver y todo ese contenido al menos los niños que son una esponjita lo van absorbiendo y después de convierte en un segregador, es decir es multiplicador del programa, del valor que promueve del programa, segregación a todo nivel, de clase, de género, de etnia racial, de todo tipo, de gusto, entonces es una televisión que no une al país, entonces nosotros estamos viendo esto con mucha delicadeza porque sí es de gran impacto para la gente no afrodescendiente es de mucho más impacto para la gente afrodescendiente, porque la gente afrodescendiente es la que la atención la pone en el último lugar de esa pirámide, sí, le dice usted es incapaz, usted es feo, además usted habla medio raro, cierto”
(Ariel Palacios-CNOA)

La discriminación se presenta como base de la desigualdad, pero al mismo tiempo posee un nivel concreto que viven y sufren las personas en su cotidianidad y que devela cómo las ideas coloniales frente a las poblaciones diferentes, especialmente a lo cultural o étnicamente divergente, están aún vigentes e invaden las formas de relacionarse de las personas en la sociedad; ejemplos de esto se dan desde ideas racistas y segregacionistas, que perpetúan las desigualdades basadas en conceptos tan irracionales como el de la raza (4,5):

“Cosas tan sencillas como ir caminando en lugares y encontrarse letreros que digan no arriendo a negros por ejemplo, o simplemente ya como el análisis más grueso de situaciones cotidianas como los diferentes casos en los cuales la policía ha abusado o digamos perfilado de manera puntal a la gente afrocolombiana por cuestiones relacionadas por su fenotipo o por su identidad cultural...”
(Sara Ferrer- ODR)

La discriminación no sólo se vive en lo cotidiano, según los participantes del estudio, existe también una discriminación clara frente a las poblaciones desde la misma determinación y definición de las políticas públicas, incluso la asignación de recursos se ve atravesada por procesos de discriminación que, se puede catalogar como discriminación estructural, lo que sin duda afecta a las poblaciones diferenciales, como es el caso de los grupos étnicos y mujeres:

“Ese gran problema social de discriminación y violencias con las mujeres, hay un problema de base que es ese y a partir de ese problema de base se estructura todo un estado, entonces por ejemplo que no funcionen las medidas del sector salud de la 1257 no tiene que ver solo con negligencia en las entidades...el sistema no está diseñado para atender las cosas generales que digamos están bajo un modelo de atención prioritaria de las cosas masculinas”
(Linda Cabrera- SISMA)

Desde los discursos de algunos participantes se evidenció como un evento discriminante relacionado con la pertenencia étnica, está vinculado al desconocimiento de los saberes, tradiciones y de las cosmovisiones y cosmogonías (6) de estos pueblos que se concretan en la forma de vida de estas comunidades:

“Bueno entonces ahí se va colocando siempre ese tema de que hay una desigualdad, de que a usted no te reconozco porque tu sabiduría no está reconocida por el lado de nosotros, porque usted para mí no es importante, entonces es un tema de desigualdad”
(Rosendo Ahue-ONIC)

La discriminación como un todo afecta a diversos grupos diferenciales, como son las etnias y las mujeres, pero estas afectaciones se dan de maneras diferentes y por tanto, se hace necesario plantear escenarios de construcción de políticas públicas que partan de la identificación y reconocimiento de esta discriminación, que tiene un nivel estructural, con el fin de realmente incidir en la disminución de desigualdades.

Acceso al goce efectivo de derechos

Los participantes relacionaron el concepto de igualdad con el goce efectivo de derechos. En este sentido, los derechos y la posibilidad de ejercer los mismos se configuraron como intrínsecos a la noción de desigualdad, pues es a través de identificar la posibilidad o imposibilidad de acceder a un ejercicio libre y oportuno de los derechos que las desigualdades se concretan y además, no todos los grupos o sectores tienen las mismas oportunidades de acceder al goce efectivo de derechos:

“En el Estado encontramos que una desigualdad se presenta cuando hay una disparidad en las posibilidades de acceso o goce y disfrute efectivo de derechos por parte de un grupo poblacional frente a otro por razones que no se justifican constitucionalmente o que generalmente no están fundadas en hechos históricos o criterios sospechosos de diferenciación, entonces digamos que siempre queremos ir al concepto de igualdad o desigualdad ...el Artículo 13 de

la constitución y que te dice que todos somos formalmente iguales, pero que materialmente hay gente que por condiciones como te digo históricas o culturales arraigadas se encontraron situaciones de mayor vulnerabilidad frente a otros grupos poblacionales, y esas vulnerabilidades se proyectan necesariamente en sus posibilidades de acceso goce y disfrute de nuestros derechos”
(Sara Ferrer-ODR)

Si bien desde la Constitución Política de Colombia de 1991 se considera que todos los colombianos somos iguales, esto no se percibe así por parte de los entrevistados ya que es recurrente la aseveración que pone en tela de juicio esa igualdad, lo que se expresa desde la imposibilidad de acceder a los derechos, aun cuando estos están garantizados por diversas normativas, tanto a nivel nacional como internacional:

“Ese escenario de discriminaciones estructurales tan...por la discriminación institucional, que es que el Estado no garantiza derechos de participación y mucho menos ha manifestado interés por garantizar derechos fundamentales a la consulta previa que tiene la comunidad afrodescendiente, en ese sentido el Estado Colombiano parece ser enemigo del derecho de la comunidad afrodescendiente, es decir no se le plantea la necesidad de que consulte su plan de desarrollo para oponernos al desarrollo de Colombia”
(Ariel Palacios-CNOA)

Esta desigualdad al momento de ejercer los derechos se ve desde la construcción misma de las políticas públicas, planes y programas que, generalmente se construyen sin la participación de las poblaciones, o al menos ese es el sentir de las comunidades, lo que de entrada pone en tela de juicio la apropiación de estas políticas y su influencia real en la solución de la situación socialmente problemática (7).

Surge en este escenario la pregunta *¿Por qué si existe normatividad amplia en favor de la garantía en el goce efectivo de derechos de la población, se siguen presentando dificultades para este goce efectivo?* se vislumbran algunas explicaciones pro-

puestas desde los discursos de los participantes. Por un lado, se plantea que hay un desconocimiento de esta normatividad tanto de los funcionarios del Estado, como de la población en general, lo que lleva a una tautología donde no hay conocimiento para aplicar y tampoco para exigir; de igual manera se plantea que el devenir histórico de ciertas poblaciones de Colombia, hace que se mantengan estructuras de desconocimiento y segregación que imposibilitan la aplicabilidad de la legislación en favor de los derechos:

“Hemos planteado que en Colombia gran parte de la solución a los problemas es darle cumplimiento a los derechos que ya están planteados que no necesitamos inventarnos más propuestas ni más derechos, que ya están ahí, y gran parte de la civilidad nuestra se viene haciendo sobre esos derechos”
(Ariel Palacios-CNOA 2015)

“Mire no hay país que tenga más leyes en derechos laborales en Colombia, Colombia usted se va al código y todo lo tiene cubierto, por eso dice que no acogido no ha reglamentado los convenios internacionales de la... de la salud y la seguridad social, pero para que todo esto se cumpla es lo que no tenemos o sea no tenemos antes de control, no tenemos quién no diga aquí al patrón eso tiene que cumplirlo”
(María González-CUT. 2015)

Llamó la atención una mención que realizó la lideresa de la organización de mujeres sobre que simplemente la imposibilidad de la aplicación, se debe a que son normas para “mujeres”, lo que devela la perpetuación de procesos de discriminación, asociados a la diferencia subalterna frente a hegemonías minoritarias:

“Yo creo que en parte es la ineficiencia general del Estado, porque sí digamos, porque generalmente tenemos un Estado deficiente. En general para todos los problemas sociales que tenemos, pero también creo que tiene que ver mucho con que son normas para mujeres, hay una resis-

cia socio cultural a cumplir una norma de mujeres. Cuando nosotras les decimos a las autoridades es que la Ley 1257 es una Ley para mujeres, porque el objeto de la ley dice clarito en el artículo primero: esto es una Ley para mujeres, nos reviran y “¿cómo así? Esto es una Ley que tiene que ser pa’ todo el mundo” ¿sí? Ahí hay una tara muy clara de frente al de prejuicio del tema de mujeres”
(Linda Cabrera-SISMA)

Las desigualdades en Colombia existen y son percibidas desde distintos grupos y sectores que padecen sus consecuencias, de ahí que sea imperativo partir de una perspectiva desde la base social o *bottom-up* (8), a la hora de pensar políticas públicas que apunten a la disminución de desigualdades, ya que de esta forma se podrá lograr un acercamiento mucho más preciso a las realidades cotidianas de las poblaciones, desde sus posiciones particulares y sus vivencias cotidianas.

4.3.2. Orígenes de las desigualdades

La desigualdad en el país tiene su origen en la estructura social, que incluye aspectos de orden político, económico y cultural; no es un fenómeno natural, ni de responsabilidad individual.

Los participantes asociaron el origen de la desigualdad en el país con esta estructura, dada por el modelo de desarrollo económico, así como por procesos históricos en la construcción de la Nación, que han profundizado las diferencias en términos de bienestar y calidad de vida de la población del país. En esta construcción de Nación se percibe un intento de homogenización que ha desconocido y desvalorizado las diferencias culturales. En este sentido, se mantiene la estrategia excluyente, en donde, por citar un ejemplo, los planes de salud y de desarrollo agrícola de las comunidades campesinas e indígenas, no son incluidos en el proyecto nacional:

“Entonces queremos hacer nuestras cosas para que eso pues también sea público, sea visible... y podamos coordinar eso en salud occidental con la propia de nosotros los

pueblos indígenas, entonces ahí muchas veces se desconoce eso porque hay miedo de que se pueda [pagar] pues unas actividades concretas para la práctica de esa medicina ancestral de ese pueblo indígena”

(Rosendo Ahue—ONIC)

Con el establecimiento de un sistema particular de Estado-Nación (10) en el país, y la adopción de un sistema político particular, la Constitución Política de 1991 modela un sistema de deberes y derechos para los colombianos. En este marco normativo, la Constitución en su Artículo 13º proclama 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 por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”* (10). Dicho principio constitucional requiere que el sistema socio político y cultural respalde la inclusión de todos los colombianos promoviendo *“las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados”* (10), esta estrategia de acción debe ser regulada de manera cohesionada por la política, de manera tal que el sistema desarrolle dichos principios de igualdad, justicia e inclusión.

En relación con la estructura social y aspectos culturales como origen de las desigualdades, los participantes destacaron el nivel educativo como base para la perpetuación de las desigualdades:

“La pobreza es porque a veces la familia no tiene cómo acceder sus hijos, a una educación, a una educación superior, ni siquiera acceso a Leticia por ejemplo a la capital del Amazonas para que al menos reciba en un colegio para prepararse para el futuro, porque la gente muchas veces se queda ahí y no sale porque no hay la condición”

(Rosendo Ahue – ONIC)

La Violencia crea desigualdades, en términos no únicamente de acciones violentas y aisladas sino la Violencia como parte de un esquema estructural que la permite, la perpetua y convierte a ciertos grupos en individuos más vulnerables a ese contexto violento (11). En relación con este aspecto el ODR señaló:

“Que hay factores que hacen que la población afrocolombiana se vea afectada de manera mucho más grave porque hay cosas estructurales que hacen que el conflicto sea más...se recrudezca en esta zona, cosas tan sencillas como la falta de carreteras, falta de vías, o sea si tú estás, si vives en un coso comunitario o vives en una zona rural y no hay vías es mucho más fácil para los actores armados, la presencia institucional en muchas de estas zonas es justamente tan débil”

(Sara Ferrer—ODR)

En las prácticas discriminatorias que el mismo sistema socio cultural permite, se tienen las prácticas habituales de discriminación hacia las mujeres, dichas prácticas nacen de una mirada masculina, paternalista, y machista:

“Este modelo pensado para las mujeres no cabe en el sistema. Porque el sistema no está diseñado para atender las necesidades de las mujeres”

(Linda Cabrera-SISMA Mujer)

El contexto actual se alimenta de un sistema construido a partir la representación masculina, generando esquemas de discriminación en el acceso, y una creciente desigualdad en la oferta, atención y estrategia de acción, asociada a la salud de las mujeres que requiere de una mirada particular.

Este *“estado de cosas”* se instituye en unas formas particulares o habituales de construir la realidad, o de la perspectiva misma de lo que acontece, la cual se alimenta de doctrinas del pensamiento asociadas a la religión, la política, la economía. De esta manera, el ámbito familiar y educativo es el primer lugar para el fomento y creación de esas representaciones de la desigualdad, bajo el orden de los procesos históricos y generacionales que se replican:

“Que esa mujer esta producto de una cadena de discriminaciones, que seguramente ha visto en su familia como tratos semejantes y que ha naturalizado como lo ha

hecho la sociedad las violencias, y que llega a un escenario digamos semejante, con la carga histórica que implica esa discriminación”
(Linda Cabrera- SISMA Mujer)

Aparecen los ciclos de discriminación, sobre los que actúan esos discursos, así se traslapan las desigualdades por género, raza, posición socioeconómica y etnia, entre otros. La discriminación no se da solo en un nivel, sino que se puede presentar en múltiples niveles y por múltiples causas que referencian o dan como consecuencia final una desigualdad sistemática:

“Particularmente a la comunidad afrodescendiente ese escenario le afecta, porque históricamente la comunidad afro-descendiente viene sufriendo un desconocimiento por parte del Estado [este devenir] histórico ha tenido ciclos muy fuertes de tratos desiguales en la construcción misma de la nación colombiana, lo que conocemos como la época de la esclavitud que fue muy profunda para la comunidad afrodescendiente sigue afectando en el trazado histórico la línea histórica en la que se construye una nación, la discusión nacional sigue teniendo mucho más peso para la población afrodescendiente, es decir que el escenario es mucho más desgarrador y mucho más profundo en las afectaciones por la discusión de límites de acceso a los servicios, si el límite de acceso a servicios”
(Sara Ferrer- ODR)

El origen de las desigualdades se asoció también con la disposición geográfica o ubicación territorial alusiva a las dificultades de acceso a ciertas zonas del país, donde no llegan adecuadamente las instituciones educativas, de salud, el agua, porque no hay transporte, ni vías apropiadas para la comunicación con estas áreas:

“Sí, nosotros estamos muy afectados al tema de desigualdad aún más cuando los pueblos indígenas simplemente se ve que la mayor población está concentrada en los territorios mucho más alejados a las carreteras municipales, a las ciudades capitales del país o capitales de los departamentos. En área rural pues se ve que hay colonos con pocos recursos, con dificultades así como los hay en esa Colombia que vivimos en las ciudades donde también tenemos mucho más acceso al tema de los servicios públicos, el tema de educación, de salud, tema de transporte, vías carretables, el tema de aguas potables, el tema de educación superior”
(Rosendo Ahue- ONIC)

Las desigualdades relacionadas con el acceso a diferentes servicios y bienes, tienen una relación directa con la perspectiva de acción de las instituciones, y ésta a su vez es direccionada o accionada por los funcionarios que tienen relación directa con las personas. De manera tal que si en el discurso de la institución o del funcionario se presenta una suerte de discriminación, da lugar a un origen de las desigualdades, al no reconocer los derechos de acceso y permitir que ciertas personas ingresen de alguna manera al sistema de reconocimiento de derechos. Se crea entonces, una suerte de jerarquización de la importancia de los individuos, y se responde a los requerimientos de las situaciones individuales por medio de esa lectura jerárquica, generando desigualdades:

“Creo que tiene que ver mucho con que son normas para mujeres, hay una resistencia socio cultural a cumplir una norma de mujeres. Cuando nosotras les decimos a las autoridades es que la Ley 1257 es una ley para mujeres, porque el objeto de la ley dice clarito en el artículo primero: esto es una ley para mujeres, nos reviran y “¿cómo así? Esto es una ley que tiene que ser pa’ todo el mundo” ¿sí? Ahí hay una tara muy clara de frente al de prejuicio del tema de mujeres”
(Linda Cabrera- SISMA Mujer)

“No somos iguales o sea por el contexto para el gobierno nunca seremos iguales todos porque los estratos nos dan claridad de que unos tenemos mucho más oportunidades o tenemos muy seguramente mejor calidad de vida, y otros somos mucho más abandonados o somos mucho más vulnerables de nuestros derechos”

(Rosendo Ahue- ONIC)

Por ese mismo camino se jerarquizan las violencias, y de la misma manera la respuesta institucional, al pasar por el filtro de la lectura del funcionario, no permite una atención integral y adecuada, en esos términos:

“El Gobierno colombiano tiene un problema profundo de discriminación institucional; discriminación racial institucional que incide mucho en la discriminación estructural colombiana, la discriminación estructural corresponde en Colombia a un tema que no lo hemos hecho que no lo hemos constatado nosotros, lo ha constatado Naciones Unidas”

(Sara Ferrer- ODR)

Parte de la exclusión que se genera a ciertos sujetos obedece a un panorama nacional, o al reflejo de un sistema que al intentar integrar heterogeneidades, elimina las diferencias aunque sea al nivel discursivo, es el caso de la integración cultural:

“Al parecer que eso es un obstáculo para aquellos que piensan un desarrollo de otra manera, no un desarrollo como los pensamos los campesinos, los afros, los palenqueros, los pueblos indígenas en Colombia”

(Rosendo Ahue- ONIC)

Como pudo observarse, para los participantes los orígenes de la desigualdad en el país, se encuentran estrechamente relacionados con aspectos estructurales que abarcan ámbitos económicos, políticos y culturales, más que con elementos de orden natural o biológico. Adicionalmente, se atribuyó una responsabilidad central al papel que juega el Estado en la producción, mantenimiento y profundización de las desigualdades.

4.3.3. Formas de expresión de la desigualdad

Las desigualdades sociales se manifiestan en distintos ámbitos: salud, educación, ingresos, trabajo, espacios privados, entre otros, donde el territorio juega un papel fundamental.

En general, desde la perspectiva de las organizaciones sociales entrevistadas la desigualdad se expresa a partir de dinámicas y relaciones sociales en las que grupos o segmentos de la población diferenciados en razón de su género, etnia o posición socioeconómica acceden a bienes, servicios y oportunidades, que los ubican en una posición de privilegio sobre grupos o sectores inmersos en situaciones de desventaja. Las desigualdades se expresan entonces en diferentes ámbitos: *el ingreso, la educación, el empleo, la salud, la vivienda, el territorio, la participación y el goce de derechos*. Las desigualdades se manifiestan de manera multidimensional, por lo que una desventaja vincula o determina otra; así por ejemplo, la pobreza se asocia con dificultades de acceso a educación, principalmente en niveles superiores, y esta última con mejores oportunidades laborales y movilidad social. Al decir de los participantes:

“... la movilidad social se da con ocasión de haber tenido bienes y servicios, poder salir yo de la pobreza, es decir, si yo no tengo educación universitaria no puedo salir de la pobreza, pero para tener educación universitaria yo debo tener buena salud, buena alimentación, nutrición cierto... vivienda y eso no lo hay en su mayor parte en buenas condiciones digamos, a buen estándar para las familias del pacífico, por eso el estudio dice se tienen que ir del Pacífico”

(Ariel Palacios- CNOA).

Las desigualdades no sólo se encarnan en las historias de individuos y grupos particulares, sino que también se revelan en ciertos territorios; esto se advirtió en los discursos de los participantes cuando narraban la existencia de desigualdades entre zonas del país, que han logrado avances en lo económico, lo social y la infraestructura, frente a aquellos que históricamente se han caracterizado por un retraso socioeconómico persistente.

te y una ausencia de institucionalidad. En estos territorios que concentran mayores desventajas, confluyen diversas problemáticas, que a su vez, agudizan las desigualdades ya existentes y configuran otras expresiones de las mismas, tal es el caso del conflicto armado y los consecuentes de los fenómenos de desplazamiento forzado y confinamiento, que generan, entre otras, diferencias comparativas en el acceso a tierras, alimentos para la poblaciones que los habitan:

“No solamente está el desplazamiento forzado sino el confinamiento y es otra cosa que es problemática desde el punto de vista de la salud, que el hecho de que la gente se haya visto como obligada a resistir en su territorio pero que no puedan ejercer prácticas de cultivo, agropecuarias como antes, han aumentado mucho los índices de desnutrición, la gente se queja muy... acá yo acabo de volver de los Montes de María la gente se queja mucho o denuncia muy frecuentemente que ya no pueden asegurar las 3 comidas diarias, que no comen como comían antes, que antes comían orgánicos si se quiere, o sea que ellos mismos cultivaban y que ya pues les toca... las señoras... o sea literalmente yo no sabía que era una menudencia, porque por supuesto tú en tu tierra pues cultivan gallinas no sé qué, llegaron los actores armados resultaron llevándose las reses, los bueyes, bueno, entonces la gente ya no pudo seguir cultivando porque les tocó comenzar a dar vueltas en el territorio”

(Sara Ferrer- ODR).

El territorio como espacio de conflicto, de intereses enfrentados sobre el uso y aprovechamiento de la tierra, es también un escenario en el que la exclusión de ciertos grupos cobra diferentes matices. Mientras se mantienen los opuestos en los que unos pocos concentran la mayor parte de la tierra y muchos otros no ostentan la titularidad de las tierras o han sido despojados de las mismas, las dinámicas de producción además de acentuar estos contrastes, se expresan mediante otros opuestos, aquellos que se benefician de las ganancias propias de las actividades que se despliegan en los territorios contra aquellos que además, de no recibir ganancias son receptores de los daños o perjuicios causa-

dos por las actividades productivas desarrolladas, de modo particular, los participantes hicieron mención a la actividad minera que tiene lugar en zonas y poblaciones que históricamente han vivido en condiciones de desventaja:

“...o por el aspecto de una política nacional que concentra las externalidades del territorio de mayoría afrodescendiente y las ganancias la concentra en territorios de mayoría blanca, y ni siquiera voy a decir blanco mestiza, blanca, sí? y es el enfoque de la minería, la minería pone los costos en la comunidad afrodescendiente y pone las ganancias en el sector empresarial colombiano, ni siquiera en la sociedad colombiana en su conjunto, sino en el sector empresarial, pero la responsabilidad es del Estado frente a esa fórmula, frente a esa ecuación de cómo afecto territorialidad afrodescendiente, cómo destruyo, cómo contamina, cómo a pesar de ese abandono histórico, de ese desconocimiento, de ese maltrato, de ese descarte de esos derechos que tiene esa población en general, a más de que yo la desconozco históricamente voy a su territorio y se la destruyo, lo poco que tienen para subsistir”

(Ariel Palacios- CNOA).

En el área urbana el panorama de desequilibrios en el acceso a bienes y servicios esenciales, se descubre a partir de una fragmentación del territorio, que distribuye a poblaciones o grupos que, desde la mirada de los participantes, han sido históricamente excluidos en razón a condiciones económicas, por su pertenencia étnico-racial, o por procesos de migración forzada, en zonas periféricas que se caracterizan por la pobreza, la inseguridad, la falta de acueducto, alcantarillado e infraestructura en general. Realidades como el desplazamiento forzado en algunos casos, catalizan nuevas situaciones de desventaja que se suman a las ya presentes en las trayectorias vitales de ciertas personas o grupos, que a este respecto se ven abocados a vivir en las ciudades en espacios segregados:

“En Cartagena por ejemplo de donde yo soy oriunda la gente afrocolombiana se encuentra ubicada en los barrios mucho más peligrosos, más pobres, donde no hay alcantarillado, no hay escuelas, no hay pavimentación en mucha zona, yo hice por ejemplo servicio social en un barrio de los más pobres de Cartagena por supuesto donde la mayoría de la gente era negra, y la cantidad de agua residuales que había, los niveles de pediculosis, los niños con piojos, caminado descalzos, no, yo llegaba literalmente enferma todos los días a mi casa después del servicio social, y coinciden con los lugares donde están mayoritariamente ubicadas las poblaciones afro”

(Sara Ferrer- ODR).

“Nada más intuitivamente uno aquí en Bogotá ve mucha gente negra actualmente, si uno va a Altos de Cazucá, yo por ejemplo después de que mataron a varios jóvenes afrocolombianos hice la visita, y además están en las peores zonas, si uno va a Altos de Cazucá justo está la gente afro donde se acaba el pavimento, y en condiciones de hacinamiento, familias que están en casas casi improvisadas, hay 6 personas con niños recién nacidos, sí”

(Sara Ferrer- ODR).

“Los niños, para mí los niños por ejemplo para acceder por ejemplo a un buen parque, acceder a una buena recreación, una de las cosas por ejemplo es que los mismos centros recreativos que puede haber en el Norte no hay en el Sur, porque entonces los niños para poder llegar a un centro recreativo al Norte tiene que empezar por tener el tiempo de desplazarse, que no es lo mismo uno viviendo en el Sur para desplazarse al Norte, muchas veces son 1 hora, 2 horas para uno desplazarse, y también los recursos y las barreras que le colocan para poder acceder a esos centros recreativos”

(María Doris Gonzáles- CUT).

La desigualdad social, de acuerdo a los participantes, es un fenómeno multidimensional. En este sentido sus expresiones comprenden diversos y complejos procesos que se expresan en diferente grado.

Por ejemplo, no es lo mismo habitar en un territorio de alta pobreza, siendo negro o mestizo; como tampoco es lo mismo ser víctima de violencia, si se es hombre o mujer, adulto o niño; lo que devela la multiplicidad de factores que convergen y las dimensiones en las que se manifiestan las desigualdades sociales:

“El programa de Naciones Unidas determinó que la pobreza en el Chocó por ejemplo particularmente, en materia medida por NBI ascendía al 72,9% y que en Bogotá ascendía al 9% en materia de NBI, quiere decir que la pobreza en el Chocó está asociada a un escenario no solamente territorial sino demográfico poblacional, es decir demografía poblacional, es decir que el color de la piel de la gente tiene mucho que ver con el fenómeno, por qué?, porque la misma tendencia encontró en las zonas de Nariño donde hay mayoría afrodescendiente, la misma tendencia encontró en Bolívar donde hay mayoría afrodescendiente cierto? [...] es decir el PNUD Programas de Naciones Unidas para el Desarrollo constató que eso era una realidad en Colombia a nivel micro territorial y a nivel macro y que la tendencia y la similaridad en los resultados a nivel nacional tenía una coincidencia con el fenotipo de población y las características culturales y territoriales, entonces a ese escenario se le llama discriminación estructural, cierto?”

(Ariel Palacios-CNOA)

En esta misma línea, los participantes indicaron que las desigualdades presentes de manera estructural en ciertos territorios, de la mano con condiciones particulares de los grupos e individuos (género, etnia o grado de riqueza) influyen en su movilidad social. Las posibilidades más bajas de acceder a mayores niveles educativos y mejores posiciones ocupacionales de los afrodescendientes y las mujeres se reflejaron en la identificación de estos grupos en posiciones jerárquicas bajas y oficios u ocupaciones que requieren menores niveles de formación. A lo anterior se añade, la existencia de territorios en el país que por sus condiciones no ofrecen suficientes oportunidades educativas o laborales, al punto de considerar que migrar es la única forma de ascender socialmente, esto pese a las desventajas y

nuevas formas de exclusión que las zonas de destino plantean a estos grupos:

“Entonces lo que se esperaría es que el porcentaje población afrocolombiana en espacios de tal representatividad como el empleo público o cargos importantes en el empleo privado se notara, pero la gente afrocolombiana se encuentra más generalmente ubicada en trabajos de servicio básico, es más frecuente encontrar gente afrocolombiana trabajando en servicios públicos, domésticos, bueno sí como qué servicios básicos como obreros, cosas por el estilo”
(Sara Ferrer-ODR).

“Pero por ejemplo el último informe que sacó el Banco de la República sobre movilidad social devela que hay una correspondencia menor o más cercana entre padre y madre de población en el Pacífico que de población de gente en otras partes del país, entonces por ejemplo en el 68% de las ocasiones padre, madre e hijo han alcanzado más o menos el mismo nivel de preparación académica o de formación académica, muy poca gente llega al nivel de décimo y once por ejemplo en el colegio y eso es algo que pasa, que uno constata la padre y madre que constata a los hijos, ya. En otros lugares del país uno se encuentra y en el informe señalan Bogotá como uno de los referentes que los niveles de movilidad son mucho mayores y que hay cerca de un 20% de correlación entre la situación de formación académica de padre y madre y la de los hijos, quiere decir que padre y madre e hijos sí alcanzan a diferenciarse, digamos padre y madre alcanzaron quizá a lograr el colegio y los hijos alcanzan a lograr al menos especialización.... es que la gente en el Pacífico para poder tener movilidad social tiene que salir del Pacífico,”
(Sara Ferrer-ODR).

“Entonces si usted le dice a la gente tiene que irse del Pacífico donde tiene su casa la mayoría de la gente de madera, no tiene saneamiento básico y además de eso no tiene acceso efectivo a salud, le dice váyanse a Bogotá, váyanse

a Cali o a Medellín para tener movilidad social ¿en cuánto tiempo creen ustedes que van a tener movilidad social en medio de esa desventaja en la que vienen, entonces tienen que venir acá a ver como hacen para vincularse al régimen de salud, a ver cómo hacen para tener vivienda y a otros temas cierto... de estabilidad para tener acceso a educación que es el plus de la movilidad social”
(Ariel Palacios–CNOA).

Las desigualdades se manifiestan en el acceso al trabajo, los desequilibrios presentes durante la relación laboral en la que se impone las formas de precarización laboral caracterizadas por la inestabilidad, sin vacaciones remuneradas ni afiliación a la seguridad social y mucho menos con posibilidades de participación sindical. Además, de acuerdo a los participantes, las brechas salariales existentes entre diferentes sectores y poblaciones, como mujeres y hombres, trabajadores del sector público y privado o las existentes entre trabajadores de las zonas urbanas y rurales, ponen en evidencia las disparidades existentes en el campo laboral:

“Y va abriendo cada día más la brecha de esas desigualdades que hay entre el trabajador de carrera, en este caso yo soy de carrera a mí me avalúan y tengo mi estabilidad relativa, el trabajador provisional que son muy poquitos los que queda ya que son los que están en un cargo de carrera pero que nos son trabajadores de carrera sino son provisionales, el cual nosotros siempre le hemos dicho al gobierno ese trabajador es de carrera por qué está haciendo un cargo de carrera, y el hecho de que el trabajador no esté inscrito en carrera no es culpa del trabajador, es culpa de la misma politiquería y del Estado, y está ahorita el de OPS “
(María Doris Gonzáles–CUT).

“Claro que existen desigualdades, en este momento nosotros yo hablo en el sector salud, nosotros los trabajadores del sector salud en este momento el 80% o sea por cada 10 trabajadores que hay 8 son de contrato por OPS, esos

compañeros llevan ya 10, 20 años, 15 años trabajando en esas instituciones sin unas vacaciones, sin unas prestaciones, no les favorece absolutamente nada, entonces eso es una desigualdad”
(María Doris Gonzáles – CUT).

“Pero el que decide eso es Hacienda en el caso de Estatales, en el caso de salario mínimo de privados son los empresarios, la ANDI ellos son los que definen, ellos en este momento están diciendo que el incremento salarial para ellos debe ser del 5.5 de ahí no más, entonces esas son desigualdades porque están proponiendo salario mínimos diferentes, las desigualdades por ejemplo de los campesinos en salarios hace los que trabajamos en las capitales, y los campesinos no tienen salud, los campesinos no tienen educación, que está el proyecto de que va hacer pero vamos a ver si llega”
(María Doris Gonzáles – CUT).

“Pues existe una desigualdad social con el tema de mujer, por ejemplo, el tema de género, por ejemplo que el trabajo nosotros como mujeres debíamos de ganar igual que los hombres en los mismos cargos igual y se observa hay investigaciones en que las mujeres así tengan el mismo cargo ganan menos que los hombres, eso para mí es una desigualdad”
(María Doris Gonzáles – CUT).

Desde los discursos de los participantes la marginación de la que son objeto algunos segmentos de la población, tiene raíz en la negación de su diversidad y particularidad, su color de piel, su cultura o su género pueden comportarse como rasgos a partir de los que se ejerce un desconocimiento de sus derechos y aún más de aquellos que les son propios, como el caso de los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Esta ausencia de reconocimiento parece expresarse en el diseño de servicios en función de ciertos parámetros dominantes, tal es el caso de los servicios de salud pensados más desde una perspectiva de los hombres o de la población mestiza; escasas oportunidades de participación en la toma de decisiones así como dificultades que se evidencian en la aplicación de la normatividad existente en estos grupos:

“Porque el sistema no está diseñado para atender las necesidades de las mujeres, del más del 50% de la población, el sistema no está diseñado para atender las cosas generales que digamos están bajo un modelo de atención prioritaria de las cosas masculinas”
(Linda Cabrera –SISMA Mujer).

“Y aún más para los pueblos indígenas cuando los pueblos indígenas venimos reclamando nuestros derechos fundamentales, derechos colectivos, del tema de territorio, el tema de salud, educación, y lo demás, entonces nosotros sentimos desde el movimiento indígena como dirigentes qué realmente el Estado como que deja a un lado esas reclamaciones, esas [deficiencias] a nuestros derechos a que tenemos derechos a través de la misma constitución, pues ahí los vemos que esa desigualdad aquí aplica en la sociedad colombiana y aplica a en [1seg] indígena”
(Rosendo Ahue- ONIC).

“Mire hemos constatado que hay un problema social a la raza, que los Estados, no solamente en Colombia, los deja a un lado siempre, como también deja al conjunto de otras poblaciones de lado en la política y los margina de ciertas políticas relevantes de los Estados, y eso los está afectando históricamente y su atraso en comparación con el promedio de las poblaciones es mucho más desigual”
(Ariel Palacios- CNOA)

“A pesar de que está prohibido, porque las normas de las mujeres son las únicas en las que uno ve que los funcionario públicos las incumplen porque son normas de mujeres, yo estoy convencidísima de eso, en pocos temas uno que una norma explícita que “no se debe hacer algo”, y lo hacen, es recurrente. En los casos de asesinato de mujeres, en feminicidio, son los únicos casos en los que ves que investigan a la muerta, los únicos casos en los que se investiga a la muerta, porque no quien sabe en qué andaba, tenía un amante, qué fue lo que hizo, es el único tipo de casos en que investigan a la muerta”
(Linda Cabrera –SISMA Mujer).

“En fin, el nivel de la consulta previa... no todo el mundo ha podido participar, entonces eso, y el Plan Pacífico si definitivamente son muy pocas las personas que saben de eso, de hecho nosotros vamos a enviar unos derechos de petición para que nos informen sobre el contenido del mismo porque no tenemos idea”
(Sara Ferrer- ODR).

En términos de las relaciones que se enuncian en una ámbito más cotidiano, fueron expresados por los participantes otro tipo de dinámicas que ponen en desventaja a personas o grupos en razón a ser considerados no gratos, o percibirse en una condición de sumisión, situaciones que por demás podrían denotar un ejercicio de poder que busca perpetuar las desigualdades en ámbitos no solo públicos, sino también privados. Muestra de ello son las prácticas tildadas por los participantes como *“discriminación racial”*, ejercidas sobre la población afrodescendiente; así como la violencia ejercida sobre las mujeres, ésta última que aparece en los discursos de ciertas personas, como un hecho que se naturaliza y que deja de lado el reconocimiento de la autonomía y los derechos de los que gozan las mismas:

“Y una población que está formada en la naturalización de las violencias en que hoy en día si dan una noticia de que se asesinaron a una mujer, es un crimen pasional, es un evento que pasa como normal, pero si es de un asesinato de un político, es grave, que maten a una mujer pues no”
(Linda Cabrera–SISMA).

“Pero se percibe desde diferentes formas, porque aquí en Bogotá la población afrocolombiana tendrá mayores niveles de movilidad, pero seguro si sale a la calle el día de mañana muy probablemente a una discoteca no lo dejan entrar, encontramos uno de los estudios que hace el observatorio hace como 3 años fue de altos índices de negación en lugares públicos como discotecas, etc., para la entrada de la gente negra, y no tiene eso que ver con un asunto de

clase, tiene que ver con el fenotipo, entonces son diferentes variables las que uno puede considerar de acuerdo con la zona pero de todos modos arrojan resultados similares que es qué la discriminación racial y el racismo en efecto afectan muchísimo los derechos de la población negra”
(Sara Ferrer- ODR).

De este modo, desde la mirada de las organizaciones civiles las formas a partir de las que se expresan las desigualdades sociales son múltiples, están dadas en diferentes escenarios (el económico, el laboral, el territorial, el relacional, el participativo), se relativizan de acuerdo al contexto, a las historias de personas, grupos y territorios, pueden manifestarse en diversos grados y aparecer conexas generando exclusión y segregación no sólo en una dimensión, sino formando cadenas que actúan como barreras para la real participación en igualdad de condiciones, de toda la población en la vida social, económica y política.

4.3.4. Impacto de las desigualdades en salud

Las desigualdades sociales se relacionan con las desigualdades en salud, en la medida en que la posición social determina a su vez el acceso a servicios de salud de calidad. La organización de los servicios en el territorio y el reconocimiento de las especificidades culturales por parte de los mismos, actúan como mediadores de resultados diferenciales en salud para determinados grupos.

Dado el interés central en el tema de las desigualdades sociales en salud, se indagó por la relación de éstas y sus impactos. De tal manera, los participantes vincularon el impacto de las desigualdades sociales a los aspectos relacionados principalmente con la prestación de los servicios de salud. En este contexto temas como el de la accesibilidad y calidad diferencial en razón de condición económica, fueron centrales para los participantes. De igual manera la estructura misma del sistema de salud, se asoció con la generación, mantenimiento y profundización de las desigualdades en salud. Como se mencionó la capacidad económica se vinculó con la generación de desigualdades en términos de las posibilidades de acceso a los servicios de salud:

“La atención en salud está condicionada a las posibilidades económicas de la población teniendo en cuenta que independientemente del tipo de afiliación al sistema, el plan obligatorio de salud tiene un cubrimiento específico, a partir de lo cual el Estado debería asumir los costos para que el afiliado tenga acceso realmente gratuito para su atención en salud”
(Rosendo Ahue- ONIC).

“Lo otro que tiene que ver con el acceso pues está determinado por las posibilidades económicas porque por supuesto nosotros sabemos aquí muy a pesar que existen... pues hay una parte del sistema de salud que está subsidiada y muchas prestaciones están o por fuera del POS”
(Sara Ferrer- ODR)

Aunado a la posibilidad de acceso determinada por la capacidad económica, se encontró también el territorio. Las condiciones físicas de este, sumadas a la precaria infraestructura de los servicios de salud, se convierten en una barrera importante para acceder a los mismos. Esta situación implicó un elemento más de precariedad para grupos poblacionales como los afros o los indígenas. En este sentido expresó uno de los participantes:

“El acceso desde el punto de vista físico...gente que dice yo vivía en zona rural X y la ambulancia pues no puede llegar a tal parte porque es una zona rural en donde se llega por río, y las posibilidades de pagar un bote que salga a una hora determinada si yo estoy enferma, pues son prácticamente nulas, entonces eso por supuesto genera una imposibilidad en el acceso, ni siquiera una dificultad, claro, en la zona rural. En la zonas urbanas del Pacífico son muy pocos los hospitales de tercer nivel, por ejemplo, hace tres años, la abuela de una compañera murió en Quibdó porque no alcanzaron a llevarla a Medellín, así de sencillo.”
(Sara Ferrer-ODR).

En coherencia con lo que se había mencionado, el no reconocimiento de la identidad cultural y de prácticas y formas propias de relación de determinados grupos, puede limitar el resultado de intervenciones y contribuir al mantenimiento de las desigualdades:

“La medicina ancestral no tiene reconocimiento occidental, hay un gran desconocimiento porque hace ver que esto no sirve, que no está dentro del sistema”
(Rosendo Ahue-ONIC)

“En contexto del conflicto, es muy loable la atención psicológica exclusivamente, pero como son grupos étnicos con una identidad particular, muchas veces quienes han sido víctimas de diferentes formas de violencia, sienten que les queda faltando la elaboración del duelo más cercano, acorde con sus costumbres culturales, por eso ellas se reúnen solas y cantan, hacen décimas, tocan instrumentos musicales y bailan porque son formas de elaboración de duelo más cercanas. El Distrito les ha permitido espacios para que realicen sus prácticas culturales”
(Sara Ferrer-ODR)

En un sentido similar, en cuanto al no reconocimiento de especificidades y necesidades particulares, en razón de elementos y de aspectos relacionados con la estratificación social como el género, cruzado con la etnia, se mencionó:

“No se ha logrado impactar ese modelo institucional, en la forma como se atienden a las mujeres por lo cual el sistema tiene que readecuarse para atender a más del 50% de la población, se requiere de un modelo de acompañamiento conjunto, de atención psicológica y de atención en salud física, para ver qué le pasó a las mujeres agredidas”.
(Linda Cabrera-SISMA Mujer)

“Se debe realizar una atención especializada a las mujeres víctimas de abuso sexual y de conflicto armado porque el Estado debe reconocer la afectación de la salud sexual y reproductiva como consecuencia de la violencia sexual. No

hay atención especializada para víctimas de violencia sexual en escenarios de conflicto armado, hay un protocolo de atención, la resolución 459, que no se cumple porque nadie la conoce, entonces una víctima de violencia sexual, tiene que ir a la EPS a que la atiendan normal, o sea, pedir una cita como cualquier otro ciudadano, sin cuidado, sin una atención especializada que amerita que, el médico, que la médica estén informados previamente de qué paso, para que no esté preguntado para que no esté re victimizando para que tenga los cuidados, todo lo que debe hacer parte de esa atención especializada"
(Linda Cabrera- SISMA Mujer).

En este mismo sentido, la atención a población especial como los desplazados se percibió como limitada y por ende esto contribuye al mantenimiento de las desigualdades y empeoramiento de las condiciones de vida de estos grupos:

"La mayoría de gente víctima del desplazamiento forzado afrocolombiano con la que he hablado, me dicen que los atienden rápidamente por urgencias, pero que para otro tipo de contingencia pues hay muchos problemas cuando presentan los carnet de desplazados o el SISBEN"
(Sara Ferrer- ODR)

La forma en que se organizan y segmentan los servicios de salud en un territorio y que está relacionada con la estructura del modelo de salud, se consideró en sí mismo desigual y además generador de desigualdades en términos de posibilidad de acceso a buenos servicios. En este sentido se expresaron en relación con la distribución de instituciones de salud en Bogotá, D.C.:

"Está demostrado que en el sur está participando casi un 80% de la red pública y usted va a ver las clínicas privadas y los buenos servicios están todos hacia el norte o sea que está demarcado totalmente que la gente del sur no tiene los mismos servicios que tiene la gente del norte, a pesar que en el norte también hay pobreza"

(María Doris Gonzales—CUT).

En este mismo sentido, la división en regímenes de afiliación que plantea el modelo de salud, se entendió como reflejo mismo de la división en estratos de la sociedad y por ende de mantenimiento de las desigualdades:

"Cae en los estratos vuelve y va a los estratos como está dividida la sociedad colombiana, entonces por eso hay un régimen subsidiado y hay un régimen contributivo sí, y hay un régimen por ejemplo para la fuerza pública que tiene un sistema de salud especial"
(Rosendo Ahue ONIC).

Así mismo, se consideró que:

"Mientras la mortalidad de niños de 0 a 5 años en territorios como el Chocó está en un 30%, para el caso de Bogotá está en un 10%, es decir siempre tenemos triplicada"
(Ariel Palacios-CENOA)

Los participantes relacionaron las desigualdades sociales, la estratificación y las particularidades del territorio y las actividades con la posibilidad de resultados diferenciales en salud:

"La comunidad afrodescendiente está fuertemente relegada en el escenario, está relegada en términos de los distintos niveles y aspectos que cubre el campo de la salud en materia de natalidad de la población, en materia nutricional de la población, en materia de bienes y servicios para atención de emergencia, cierto, pero además en materia de prevención"
(Ariel Palacios-CNOA)

"Es el tema que está teniendo mayor agudización, mayor gravedad, mayor acierto en su profundidad... a unas dimensiones incalculables e indeterminadas... porque se ha profundizado en los últimos 8 años, 10 años, dado por la explotación minera"
(Ariel Palacios-CNOA).

“El consumo de pescado en zonas del Pacífico no representa salud para la población afrocolombiana teniendo en cuenta que la gente consume bocachico del río donde se extrae oro, se está tragando el mercurio, ¿que más pueden hacer?, les toca comer.

(Sara Ferrer-ODR)

Es importante mencionar que existe una preocupación en relación con la infraestructura precaria de servicios de salud en algunos territorios y lo que implica la culminación de los acuerdos de paz:

“Nos preguntamos cómo va a haber paz en estos pueblos y en estos corregimientos si ya se han cerrado hospitales, donde no existe la salud, ¿cómo va a haber paz en un Estado cuando lleguen todos esos insurgentes a pedir una salud?”

En general, los servicios de salud se entienden como determinante fundamental de las desigualdades en dos sentidos; por un lado en la manera en que la estructura misma del sistema de salud y la orientación de prestación de servicios, generan desigualdades y por otro lado, por la posibilidad que tienen para atenuar o disminuir las desigualdades sociales, a través de un enfoque que reconozca las diferencias y particularidades de las poblaciones, así como la situación de desventaja.

4.3.5. Desafíos y retos

Las diferentes organizaciones que representan sectores y grupos de interés de la sociedad civil colombiana, han destacado algunos importantes avances principalmente desde el punto de vista normativo, pero también han expresado algunos desafíos hacia el futuro, para el abordaje de los determinantes sociales de las desigualdades. Algunas de estas organizaciones plantean las dificultades en la implementación de muchas medidas de políticas pública, que ya han tomado las autoridades gubernamentales y que permitirían enfrentar las desigualdades sociales en salud.

La Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), la más importante que representa los intereses de las comunidades indígenas en Colombia, destaca la Ley 691 de 2001, que estipuló los mecanismos de participación de este grupo étnico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estos grupos han solicitado desde entonces que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas reciban del Sistema una Unidad de Pago por Capitación (UPC) diferencial y lo han logrado al menos parcialmente toda vez que este valor ha estado por debajo de lo que han exigido de acuerdo, a sus propias necesidades en salud como grupo étnico:

“A través de la Ley 691 [de 2001] se trató de que las IPS indígenas se le aplicara una UPC diferencial, digamos cuántos años, digamos 14 años logrando que se implementara la Ley 691 a través de un articulado que tiene que ver con el tema”

(Rosendo Ahue-ONIC)

Mediante la Resolución 5925 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social fijó el valor de la UPC del Plan Obligatorio de Salud tanto para los regímenes contributivo y subsidiado como para las comunidades indígenas y población carcelaria. De esta forma, a la Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena (UPCDI) se le reconoció un incremento de 3,04% para el año 2015 (12). La ONIC, no obstante, ha resaltado que las EPS indígenas están corriendo con el grave riesgo de ser cerradas debido a sus precarias condiciones financieras:

“Si hasta diciembre no mejoran las condiciones financieras de nuestras IPS serán liquidadas”

(Rosendo Ahue-ONIC)

Para estas comunidades, por otro lado, es indispensable que se aumente el valor de la UPC debido a que ellas incorporan otras actividades que no vienen incluidas ni reconocidas en la UPC que paga el sistema a las EPS no indígenas:

“Estamos intentando que nos dieran al menos el 4, el 5, el 6 [por ciento] para poder decir que la implementación de la salud propia que se mejore y que sea mucho más reconocido, que haya muchas más actividades, mucho más prácticas en nuestros indígenas, en nuestras IPS indígenas, IPS de otra región”

(Rosendo Ahue-ONIC)

Uno de los grandes retos que plantean los indígenas es la implementación del Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural (SISPI), que aún no se ha hecho realidad debido a la falta de reglamentación:

“Vemos de que la dinámica del Ministerio de Salud caso puntual para este tema del SISPI, es muy lento, entonces tenemos una gran preocupación no sé hasta cuándo, vamos a decir tenemos aquí un modelo de salud que pueda aplicar el sistema de salud indígena propio”

(Rosendo Ahue-ONIC)

Con relación a las comunidades afrocolombianas, desde 2002 se han aprobado tres documentos de política aprobados por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), 3169 de 2002 (Política para la población afrocolombiana), 3310 de 2004 (Política de acción afirmativa para la población negra o afrocolombiana) y 3660 de 2010 (Política para promover la igualdad de oportunidades para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal), que podrían convertirse en un importante logro de no ser por la falta de recursos y de interés político para materializar las propuestas contenidas en aquellos. Los entrevistados señalaron que existe un serio problema de articulación entre las diferentes instituciones del Estado y recursos económicos insuficientes:

“El CONPES más radical sobre población afrodescendiente es un CONPES exclusivamente de sobre poblacional [3660 de 2010] y el problema es que ha sido muy difícil tratar de articularlo con el funcionamiento de las diferentes entidades del Estado”

(Sara Ferrer-ODR)

“Nos dimos cuenta posteriormente que así hubiera logrado 9 billones de pesos para la política afro en medio de un presupuesto de más de 500 billones de pesos, que era algo mínimo, algo irrisorio dentro del presupuesto nacional para garantizar derechos reales de comunidad afrodescendiente”

(Ariel Palacios-CNOA)

Para el sector de la salud, resaltaron la necesidad de instituciones hospitalarias, en poblaciones con presencia mayoritaria afro porque no existen en la mayoría de ellos. Además, se requieren de acceso a alcantarillado y agua potable en estos territorios, lo que contribuiría a óptimas condiciones de higiene para los habitantes:

“Que haya por ejemplo lo que les digo hospitales de nivel alto en las ciudades donde hay más población negra, lo que tiene que ver con el acueducto es vital eso, el acceso de agua”

(Sara Ferrer-ODR)

Por otro lado, las comunidades afrodescendientes han padecido de forma fuerte los impactos de la guerra, plantean que aunque el Programa de Atención Psicosocial y en Salud a Víctimas de la Violencia (PAPSIVI), es un buen avance, hace falta que se ajuste a la visión y práctica propia de estas comunidades porque ellos no lo sienten así:

“Sería muy, muy importante si por ejemplo de la atención en salud pues desde lo que es la atención en salud se pudiera concebir una forma de hacer una atención psicosocial que también concibiera la forma propia”

(Sara Ferrer-ODR)

En cuanto al género, la organización SISMA Mujer destaca que la Ley 1257 de 2008, es un importantísimo avance en materia de política pública para enfrentar la diferentes formas de violencia y discriminación contra las mujeres; su contenido aborda estos fenómenos desde un enfoque integral, no solo de salud, que compromete a diferentes instituciones del Estado:

“El tema de la Ley 1257 [de 2008], es uno de los temas que te propongo, nosotras hemos participado desde la formulación de la Ley, desde la formulación del modelo, las organizaciones de mujeres pensando en esta integralidad en la intervención que te decía desde el comienzo, que la violencia debe ser intervenida de los componentes de salud, justicia, trabajo”
(Linda Cabrera-SISMA Mujer)

Desde el punto de vista territorial, esta organización destacó los importantes logros del Distrito Capital en la implementación de esta normatividad, en contraste con la mayoría de ciudades del país, donde muy pocos avances realmente se han visto hasta la actualidad. Para esta organización, es un desafío la reglamentación de la Ley 1257 de 2008, para que se materialicen muchas de sus medidas. Para esto, se encuentran realizando un trabajo fuerte de incidencia política con instituciones como el Ministerio de Salud, con el fin de sacar adelante una resolución que permita avanzar en el desarrollo de la norma:

“Hemos venido insistiendo en la reglamentación de estas normas, que el gobierno nos dijo en algún momento ‘no puedo aplicar’ que nos faltaba reglamentar, entonces nos dimos a la tarea de hacer incidencia para reglamentar”
(Linda Cabrera-SISMA Mujer)

Advertieron que se debe superar el enfoque aun policivo y punitivo, que tiene la Ley y abarcar aspectos educativos y preventivos, que también son considerados pero que aún no se ven aplicados por parte de las instituciones responsables:

“Lo que pensamos en la Ley es que tenemos que hacer una intervención más amplia de la problemática a ver si logramos superar, y acompañado con eso medidas de sensibilización, de formación, de difusión de las formas de violencia”
(Linda Cabrera-SISMA Mujer)

Consideraron también la necesidad de que en Colombia sea creado un Ministerio de la Mujer, entidad que tendría un alcance mucho mayor que la actual Consejería para la Equidad de la Mujer:

“Hemos dicho debería crearse el Ministerio de la Mujer porque como te digo ahorita las únicas que se ocupan del tema son la Consejería y hace poco le bajaron el estatus, antes era Alta Consejería y ahora es consejería”
(Linda Cabrera-SISMA Mujer)

De acuerdo con los representantes entrevistados de las diferentes organizaciones, uno de los elementos más importantes para el análisis de estas políticas, es la falta de una implementación integral, completa y efectiva de las mismas. El país ha avanzado efectivamente en la formulación y aprobación de normas, como leyes, decretos y resoluciones, y documentos CONPES, que reconocen las problemáticas sociales, económicas y políticas de los diferentes grupos sociales en términos de género y etnia, pero la materialización real de sus contenidos aún están en desarrollo y con muchas dificultades tanto institucionales, como económicas para mostrar importantes resultados.

4.4. Conclusiones

Este capítulo pretendió establecer un acercamiento a las políticas públicas que buscan enfrentar el problema de las desigualdades sociales en salud que afectan a Colombia. Se describieron algunas experiencias internacionales con el fin de compararlas con el caso colombiano, teniendo como base sus contextos económicos, políticos y sociales particulares; se evidenció que pese a las particularidades de cada país existen coincidencias, que han ido permeando el escenario de las políticas públicas, desde el abordaje de los determinantes, que van más allá de los aspectos biológicos y del sistema de salud e influyen de forma contundente, en las condiciones de salud de las personas, lo anterior se evidenció en el diseño e implementación de diferentes estrategias, tanto sectoriales como intersectoriales, que apuntan a reducir las brechas de desigualdad que afectan a las comunidades y grupos sociales.

Colombia no ha estado ajena a estos procesos de política, donde tan solo desde hace pocos años ingreso el discurso de los determinantes sociales de la salud, en la agenda política del Gobierno, materializándose a través de su incorporación en los planes de salud pública; un creciente desarrollo institucional y normativo como son la Comisión Intersectorial en Salud Pública y el PDSP 2012-2021, que reconocen la importancia de consolidar el trabajo y la acción intersectorial como base para enfrentar las diferentes desigualdades en salud, cuyas causas se encuentran en su mayoría, por fuera del sector y comprometen otros sectores del Estado y de la sociedad.

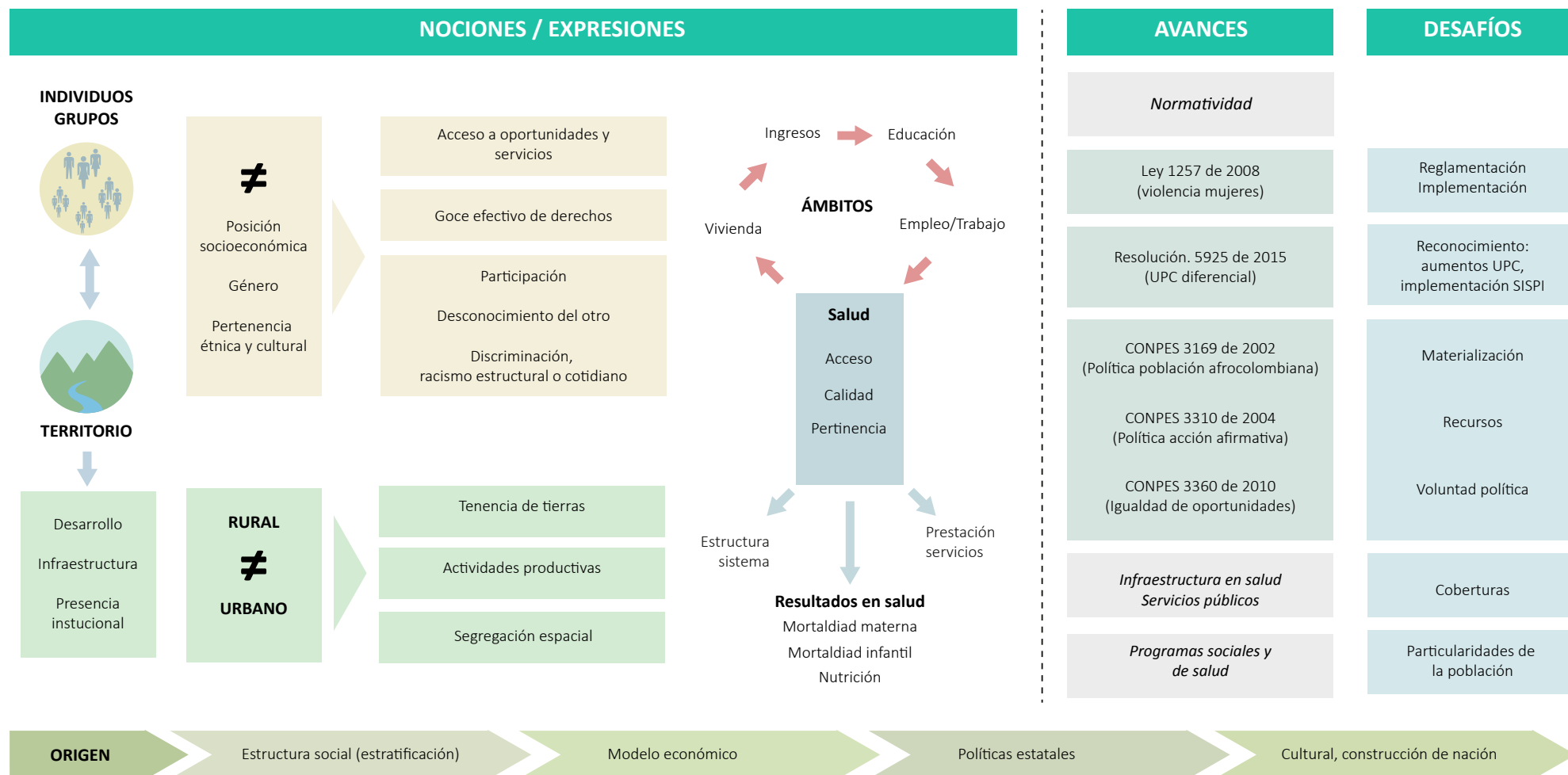
Los representantes reconocen las diferentes formas de desigualdad que afectan a las comunidades y grupos que representan, desde el punto de vista étnico, de género o laboral, manifestando también que las políticas públicas deben ser efectivas para superar las condiciones de pobreza, y discriminación de las que aún son objeto a pesar de los avances desde el punto de vista constitucional y el desarrollo normativo de los últimos años. Estas organizaciones reclaman acciones contundentes en la implementación y seguimiento de estas medidas, a continuación Figura 4.3.

Es indispensable continuar avanzando en la comprensión de las diferentes decisiones de las autoridades públicas en materia de reducción de las desigualdades sociales, examinando el papel de los diferentes sectores, la agenda política alrededor de los determinantes sociales de la salud y haciendo seguimientos permanentes a su proceso de implementación, desde un enfoque intersectorial que permita avanzar en la consolidación de resultados positivos para la sociedad colombiana.

Referencias

1. Serje M. El revés de la nación. Territorios salvajes, fronteras y tierras de nadie. Bogotá: Universidad de los Andes, CESO; 2005.
2. Clifford G. La interpretación de las culturas. Primera ed. Barcelona: Gedisa; 1996. 127 p.
3. Amodio E. Formas de la alteridad: construcción y difusión de la imagen del indio americano en Europa durante el primer siglo de la conquista de América. Primera ed. Quito, Ecuador: Abya yala; 1993.
4. Torres-Parodi C, Bolis M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Rev Panamericana Salud Pública*. 2007;22(6):405–16.
5. Vanegas L J, Villalón C M, Valenzuela Y C. Consideraciones acerca del uso de la variable etnia/raza en investigación epidemiológica para la Salud Pública: A propósito de investigaciones en inequidades. *Revista Medica de Chile*. 2008;136:637–44.
6. Cardona Arias JA, Rivera Palomino Y. Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foraneas en indígenas Embera Chamí de Colombia. *Revista Cubana Salud Publica*. 2012;38(3):471–83.
7. Vargas A. Notas sobre el estado y las políticas públicas. Bogotá, Colombia: Almudena; 1999.
8. Elmore R. *Organization models of social program implemtation*. In: Hill M, editor. *The policy process*. Second edi. New York: Routledge; 1997. p. 185–228.
9. Anderson B. Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión de los nacionalismos, México DFD. Fondo de cultura Económica (FCE), 1a edición en español; 1993.
10. De Colombia CP. Constitución política de Colombia. Bogotá, Colomb Leyer. 1991;
11. Gustavo D. Exclusión, insurrección y crimen.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 5925 de 2014 Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2015, se establecen primas adicionales diferenciales y se dictan otras Resolución 5925 de 2014 Colombia: (23 de diciembre de 2014); 2014.

Figura 4.3. Resumen Percepciones de actores sociales frente a las respuestas políticas, para reducir las desigualdades sociales en salud



A large, stylized number '5' is formed by several overlapping diagonal stripes in various shades of green and teal. The stripes have a slight 3D effect with shadows.

5

Recomendaciones

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.

Si bien se trata de unas líneas generales de acción, es necesario avanzar en una discusión más amplia que parta de un análisis más profundo sobre los avances, algunos esbozados en este Informe, las dificultades y los desafíos, de tal manera que dicho proceso de discusión y reflexión permita elaborar unas recomendaciones más específicas, que incluyan el establecimiento claro de compromisos de diversos actores.

Se esboza en primera medida una síntesis de las recomendaciones planteadas por la CDSS. Posteriormente se presentan las recomendaciones generales en el marco de las tres líneas de acción que propuso la CDSS de la Organización Mundial de la Salud (OMS): **1.** Mejorar las condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital, **2.** Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y **3.** Medir y entender el problema y evaluar la repercusión de las medidas.

En esta medida algunas de las recomendaciones son las planteadas por la CDSS que resultaron concordantes con los hallazgos acá presentados y otras más específicas que surgieron de los documentos consultados para este Informe y de discusiones y propuestas propias del equipo de trabajo. Por último se presentan unas líneas de acción que se pueden considerar transversales a las otras líneas propuestas. Algunas de las medidas recomendadas por la CDSS, coherentes con los hallazgos de este Informe, no se expusieron considerando que en alguna medida han sido ya adoptadas por el país.

5.1. Líneas de acción propuestas por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾

Mejorar las condiciones de vida

Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas; mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos deben contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

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

Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que contener las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.

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

Reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacional e internacional, que permitan hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria. Crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria; invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud. También es necesario dar mayor cabida a los determinantes sociales de la salud, en la investigación en materia de salud pública.

5.2. Recomendaciones

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

En relación con la infancia:

- Continuar fortaleciendo las políticas de desarrollo de primera infancia y evaluar sus impactos en términos de reducción de desigualdades sociales y su impacto específico en la reducción de desigualdades en salud.
- Robustecer la Comisión Intersectorial de Primera Infancia con el fin de garantizar la coherencia de las políticas para el desarrollo de la primera infancia, a fin de que el conjunto de las instituciones apliquen un enfoque integral (1).
- 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 (1).

- Ofrecer condiciones de empleo (estabilidad, salarios) que permitan reducir las dificultades económicas en los hogares, y condiciones de trabajo (organización, horarios, licencias), adecuadas para que madres y padres tengan tiempo para el cuidado de hijos e hijas (2).
- Promover políticas de conciliación para las madres y padres ocupados, estableciendo el derecho de acceder a horarios más flexibles, jornadas laborales reducidas y licencias parentales sin penalización salarial (2).
- 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 (6) meses de vida, con particular énfasis en las mujeres en situación más vulnerable (1). Promover políticas de inserción para las madres que han perdido o abandonado su actividad laboral (2).

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 (1, 3).
- Equiparar la inversión en infraestructura para zonas marginadas con inversión social en programas de apropiación de los espacios y mejorar de las condiciones sociales que permitan la sostenibilidad de las instalaciones físicas (3).
- 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 (1). 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 (3).

En relación con la educación

- Fortalecer la cobertura y calidad de la educación pública en todos los niveles.
- Disminuir la segregación educativa para aumentar la cohesión social a través de mejorar la oferta de la educación pública.
- Destinar mayores recursos para áreas más marginadas, mejorando las oportunidades de acceso a la educación (4).
- Desarrollar jardines infantiles, guarderías y establecimientos de educación preescolar públicos de alta calidad para población vulnerable (4).
- Mejorar la nutrición en establecimientos educativos públicos (4).

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.
- Convertir la generación de empleo saludable y justo y la mejora en la organización y las condiciones de trabajo en un objetivo central de las políticas de Gobierno, sin que queden subordinadas a las políticas económicas (2).
- Impulsar el trabajo decente y digno, promover y asegurar la garantía de los derechos laborales, en especial los derechos fundamentales en el trabajo: la libertad sindical y la negociación colectiva, la eliminación de todas las formas de discriminación (5).
- 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 (5).
- Propender por formas de contratación que generen estabilidad y eviten las desigualdades en el tipo de contrato y retribuciones y aseguren la inclusión en el Régimen de Seguridad Social.

- Fomentar estrategias para la protección de derechos laborales en sectores con alta proporción de trabajo informal.
- Impulsar la formación de la población desempleada, principalmente de aquellas personas con más dificultades de acceso al empleo como son las menos cualificadas, las mujeres, las personas mayores, las que tienen alguna discapacidad o las personas con periodos de desempleo de larga duración (2).
- 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.
- Aplicar políticas de protección social universal de amplio alcance, o mejorar las existentes, para que toda la población disfrute de un nivel de ingresos suficiente y pueda tener una vida sana (1).
- Identificar e intervenir las consecuencias en salud del desempleo (4).

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

- Responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria, y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin de forma coherente (5).
- 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 regio-

nal, 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).
- Institucionalizar la toma en consideración de las consecuencias para la salud y la equidad sanitaria de las políticas y los acuerdos económicos nacionales en el momento de su elaboración (1).
- Reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como el agua y el saneamiento) y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias importantes para la salud (como el tabaco, el alcohol y los alimentos) (1).
- Propender por un sistema justo de tributación para financiar el sistema de salud (3).
- 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.
- Fortalecer el capital social a nivel local a través del empoderamiento de las autoridades locales y comunales quienes son veedoras del estado de salud de la comunidad y deben alertar sobre situaciones no comunes en salud pública.
- 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).
- Reforzar y fortalecer el personal sanitario, y desarrollar su capacidad para actuar sobre los DSS.

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 (1).
- Implementar la normatividad desarrollada en el país en relación con la equidad de género que incluya el establecimiento de un diseño institucional coherente con la misma.
- 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.
- Identificar estrategias comunitarias desde enfoques psicológicos, sociales y antropológicos, de manera que se dé inicio o continuidad a procesos de sanación integral, desde su reconocimiento para permitir un acercamiento de las medicinas tradicionales, que deberán estar alineadas con las políticas en salud tendientes a la disminución de brechas.

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

- Concentrar esfuerzos en generar investigación en desigualdades, en su medición así como la comprensión de los mecanismos por los que las desigualdades se producen y se perpetúan. Para tal fin es valiosa la investigación transdisciplinaria que permita proponer análisis críticos y amplios de los objetivos y resultados de las investigaciones.

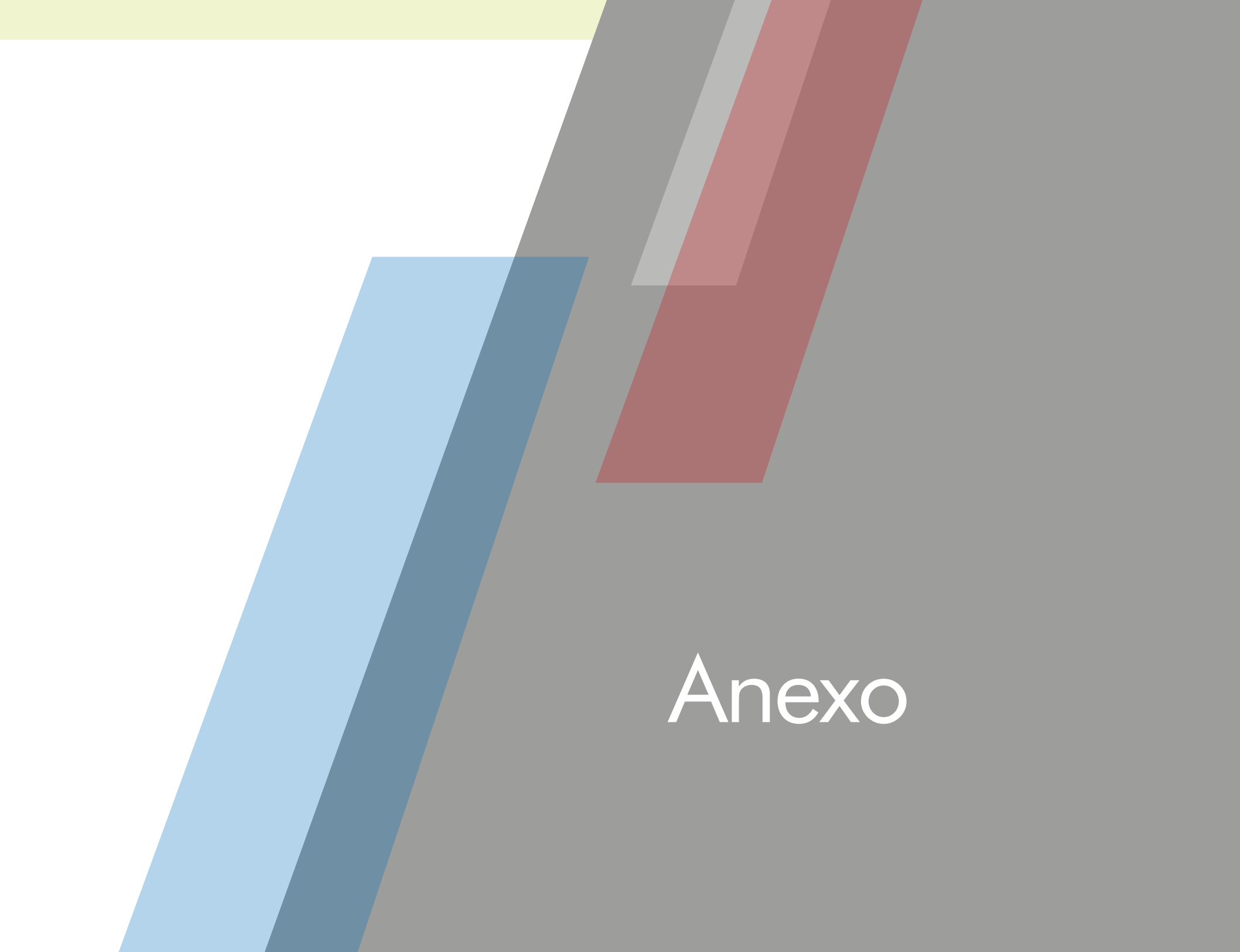
- Justificar la elección de los métodos para medir desigualdades, valorar de manera crítica los resultados haciendo uso de medidas tanto relativas como absolutas y discutir las debilidades de la metodología y alcances de los resultados. Todo con el fin de aumentar el conocimiento en las desigualdades sociales en salud promoviendo la transparencia
- 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 (2).
- 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 (2).
- Consolidar estrategias de análisis sobre la formulación e implementación de diferentes políticas públicas que se encaminen a la reducción de estas desigualdades sociales.
- Fortalecer los procesos de evaluación de las políticas públicas dirigidas a disminuir las desigualdades, avanzando de las evaluaciones de resultados a evaluaciones de impacto y evaluaciones mixtas participativas, con el fin de identificar la influencia o no de las políticas públicas en las disminuciones o aumentos de las desigualdades.

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 sectores.
- Fortalecer los mecanismos de participación social que permitan impulsar en la agenda pública, el abordaje de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.

Referencias

1. Tabacinic KR, World Health O, Comisión sobre Determinantes Sociales de la S. Subsanan las desigualdades en una generación alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud; 2009. Available from: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=579108>.
2. España CpRIDSeSe. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gaceta Sanitaria. 2012;26(2):182-9.
3. Urrea F. Dinámica socio demográfica, mercado laboral y pobreza urbana en Cali durante las décadas de los años 80 y 90. 1997.
4. MARMOT M. Tackling health inequalities 10 years on. A review of developments in tackling health inequalities in England over the last 10 years. 2009.
5. CEPAL N. Desarrollo social inclusivo: una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe. 2015.



Anexo

Anexo 1. Operacionalización del consumo de frutas y verduras

El consumo de alimentos en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2010 se indagó a partir de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, que contempló para frutas y verduras ocho preguntas relacionadas con el consumo mensual y la frecuencia de consumo de verduras cocidas, verduras crudas, frutas en jugo y frutas enteras. Para cada uno de estos alimentos el cuestionario utilizó dos tipos de preguntas; la primera de tipo dicotómico y que indagó por la frecuencia habitual durante un mes y la segunda de tipo politómico que hizo referencia al número de veces en que se consumía el alimento durante un día, una semana o un mes.

La Tabla 1 presenta la operacionalización de la variable consumo de frutas y verduras. La frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras se calculó a partir de la suma de la frecuencia de consumo diario –suma de la columna D de la Tabla 1-, tal como fue realizado en un estudio similar (1). De este modo, la variable de frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras se operacionalizó como una variable dicotómica donde 0 (cero) correspondió a las personas que reportaron una frecuencia diaria de consumo de frutas y verduras menor a tres veces al día y 1 (uno) a las personas que reportaron una frecuencia diaria de consumo de frutas y verduras correspondiente a tres o más veces al día.

Tabla 1. Operacionalización de la variable consumo de frutas y verduras

COLUMNA A Tipo de alimento	COLUMNA B Pregunta en el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos de la ENSIN	COLUMNA C Operacionalización en el cuestionario ENSIN	COLUMNA D Operacionalización de la frecuencia de consumo diaria
Verduras cocidas	¿Usualmente en un mes consume verduras cocidas?	1= SI	
		2= No	0
	¿Con que frecuencia consume verduras cocidas?	1= Menos de una vez al mes	0
		2= Una vez al mes	0
		3= Dos a tres veces al mes	0
		4= Una vez a la semana	0
		5= Dos veces a la semana	0
		6= Tres a cuatro veces a la semana	0
		7= Entre cinco y seis veces a la semana	0
		8= Una vez al día	1
		9= Dos veces al día	2
Verduras crudas	¿Usualmente en un mes consume verduras crudas?	1= SI	
		2= No	0
	¿Con que frecuencia consume verduras crudas?	1= Menos de una vez al mes	0
		2= Una vez al mes	0
		3= Dos a tres veces al mes	0
		4= Una vez a la semana	0
		5= Dos veces a la semana	0
		6= Tres a cuatro veces a la semana	0
		7= Entre cinco y seis veces a la semana	0
		8= Una vez al día	1
		9= Dos veces al día	2
Frutas en jugo	¿Usualmente en un mes consume frutas en jugo?	1= Si	
		2= No	0
	¿Con que frecuencia consume verduras cocidas?	1= Menos de una vez al mes	0
		2= Una vez al mes	0
		3= Dos a tres veces al mes	0
		4= Una vez a la semana	0
		5= Dos veces a la semana	0
		6= Tres a cuatro veces a la semana	0
		7= Entre cinco y seis veces a la semana	0
		8= Una vez al día	1
		9= Dos veces al día	2
Frutas enteras	Usualmente en un mes consume frutas enteras?	1= SI	
		2= No	0
	¿Con que frecuencia consume frutas enteras?	1= Menos de una vez al mes	0
		2= Una vez al mes	0
		3= Dos a tres veces al mes	0
		4= Una vez a la semana	0
		5= Dos veces a la semana	0
		6= Tres a cuatro veces a la semana	0
		7= Entre cinco y seis veces a la semana	0
		8= Una vez al día	1
		9= Dos veces al día	2
		10= Tres o más veces al día	3

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, apartir de ENSIN 2010

Referencias

1. Viebig RF, Pastor-Valero M, Scazufca M, Menezes PR. Fruit and vegetable intake among low income elderly in the city of São Paulo, Southeastern Brazil. Rev Saude Publica. 2009; 43(5):806–13.