



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

LA DESIGUALDAD SANITARIA EN COLOMBIA: La afectación de la desigualdad social en el estado de salud

Gabriel Andrés Plazas Guerrero

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Economía
Bogotá D.C., Colombia

2017

LA DESIGUALDAD SANITARIA EN COLOMBIA: La afectación de la desigualdad social en el estado de salud

Gabriel Andrés Plazas Guerrero

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al
título de:

Magister en Ciencias Económicas.

Director:

Ph.D. Cesar Augusto Giraldo Giraldo

Línea de Investigación:

Línea de Investigación en Economía y Gestión Pública

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Economía

Bogotá D.C., Colombia

2017

Resumen

En este trabajo se estudia la relación que existe entre las desigualdades sociales y las desigualdades sanitarias a partir de la Encuesta de Calidad de Vida 2015, del Departamento Nacional de Estadística – DANE, sobre el total de la población colombiana. En un primer lugar se realiza un repaso histórico sobre las diferentes definiciones sobre la salud, desde las primeras definiciones hasta la usada actualmente por la Organización Mundial de la Salud. El segundo paso es analizar los determinantes sociales de la salud, establecidos por la Organización Mundial de la Salud – OMS. Enfocándose principalmente en el modelo propuesto por Dahlgren y Whitehead sobre los factores determinantes de la salud.

Como tercer paso se analiza la desigualdad sanitaria, tomando como referencia el Modelo de determinantes sociales de las inequidades en Salud propuesto por la OMS. En la parte final se analizan estadísticamente los datos obtenidos de la Encuesta de Calidad de Vida. Se destaca en los resultados que cerca del 80% de la población colombiana pertenece a la clase baja; de igual manera se encuentra que aún existen alrededor de 2.200.000 de personas sin seguro de salud, donde la mitad de ellos no están afiliados por falta de recursos o por la cantidad de trámites para afiliarse, de igual manera la otra mitad no se encuentra afiliada debido a que no creen que es importante para ellos o sus familias contar con un seguro de salud.

Hay que subrayar que la mayoría de la población no asiste al médico porque no comprende la importancia de estas visitas para su salud, sobre todo en las clases sociales más bajas, adicional, se encuentra como motivos para no consultar, la falta de dinero, la cantidad de trámites y los tiempos de espera para acceder a una cita.

Palabras Clave: Desigualdad, Sanitaria, Social, Salud, Colombia

Abstract

In this paper we study the relationship between social inequalities and health inequalities, based on the National Life Quality's Survey 2015, from National Department of Statistics (DANE), on the total population of Colombia. In the first place, a historical review is made of the different definitions of health, from the first definitions to that currently used by the World Health Organization. The second step is to analyze the social determinants of health established by the World Health Organization (WHO). Focusing mainly on the model proposed by Dahlgren and Whitehead of the health's determinants.

As a third step, health inequality is analyzed, taking as reference the model of social determinants of health inequities proposed by the WHO. In the final part, the data obtained from the National Life Quality's Survey are statistically analyzed. It's important emphasize in the results, that about 80% of the Colombia's population belongs to the lower class; Similarly, there are still about 2,200,000 people without health insurance, where half of them are not affiliated due to lack of resources or the amount of paperwork to join it, in the same way the other half is not affiliated because they do not believe it is important for them or their families to have health insurance.

It should be stressed that the majority of the population doesn't go to the doctor because they don't understand the importance of go to the doctor for their health; especially in the lower social classes, additional, some of the reasons for not go to see the doctor are: lack of money, amount of paperwork and waiting times to access for an appointment.

Key Words: Inequality, Sanitation, Social, Health, Colombia.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	11
1.1 SALUD.....	11
1.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	15
1.3 DESIGUALDAD SANITARIA.....	20
CAPÍTULO 2: DISEÑO METODOLOGICO.....	29
CAPÍTULO 3: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-1: Modelo de Dahlgren y Whitehead sobre los factores determinantes de la salud.....	12
Figura 1-2: Modelo de los determinantes sociales de Salud.....	16
Figura 1-3: Factores Determinantes no Sanitarios de la Salud.....	17
Figura 1-4: Factores Determinantes Sanitarios de la Salud.....	18
Figura 1-5: Factores Determinantes Externos de la Salud.....	19
Figura 1-6: Interacciones de los principales determinantes de la salud y los senderos que resultan en inequidades.....	21
Figura 1-7: Modelo de determinantes sociales de las inequidades en Salud. – Organización Panamericana de la Salud.	22
Figura 1-8: Grafica comparativa de muertes de mujeres gestantes por cada 100.000 nacimientos en Estados Unidos Por Raza - Organización Panamericana de la Salud.	24
Figura 1-9: Grafica comparativa de muertes de mujeres gestantes por cada 100.000 nacimientos en las Américas por años de escolaridad – Corte 1990 y 2008- Organización Panamericana de la Salud.	25
Figura 1-10: Comparativa entre el estatus socioeconómico y el estado de salud en Canadá – Min. De Salud y Universidad de Antioquia.....	26
Figura 1-11: Relación entre esperanza de vida al nacer y los ingresos per cápita en las Américas – Cortes 1989, 1990, 2000 y 2008- Organización Panamericana de la Salud.....	26
Figura 1-12: Relación entre desigualdad en los ingresos y expectativa de vida al nacer en países ricos.	27
Figura 1-13: Relación entre desigualdad en los ingresos y mortalidad infantil por cada 1000 nacimientos en países ricos.	28
Figura 3-1: Distribución de la población colombiana por Sexo.....	31
Figura 3-2: Distribución de la población colombiana por último grado de escolaridad obtenida y estrato socioeconómico.	33
Figura 3-3: Distribución de la población pobre por regiones sobre el total de la población de la región.....	33
Figura 3-4: Distribución de la autopercepción de salud por estratos socioeconómicos	34
Figura 3-5: Variación en la distribución de la autopercepción de salud por estratos socioeconómicos entre pobres y no pobres.....	35
Figura 3-7: Distribución a la pregunta: ¿Sin estar enfermo consulta al menos una vez al año? Por Estrato.....	38
Figura 3-8: Razones para no ir al menos una vez al Medico y/o Odontólogo Por Estrato.....	38

LISTA DE TABLAS

Tabla 3-1: Distribución de la población Colombiana por Raza.....	31
Tabla 3-2: Distribución de la población Colombiana por Estrato Socioeconómico..	32
Tabla 3-3: Distribución de la población Colombiana por último grado de escolaridad conseguido	32
Tabla 3-4: Porcentaje de Afiliación al SGSSS por Estrato	36
Tabla 3-5: Porcentaje de Afiliación al SGSSS por Raza y Sexo.....	36
Tabla 3-6: Distribución del tipo de afiliación por Estrato.....	37
Tabla 3-7: Modelo de determinantes sociales de las inequidades en Salud. – Organización Panamericana de la Salud.....	37

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se pretende estudiar la relación que existe entre las desigualdades sociales con las desigualdades sanitarias, afectando la salud de las personas, son bien conocidas las consecuencias de la desigualdad en todos los aspectos de la vida humana, si se parte de la desigualdad en el ingreso, se nota como existen diferencias en la calidad de vida, entre las personas de mayor ingreso con las de menor ingreso, en la parte social, las desigualdades afectan el acceso a la educación, a los servicios públicos y a la salud, en este último punto es donde este trabajo se va a centrar.

Es increíble pensar que, gracias a las desigualdades sociales y sanitarias, presenten entre países y dentro de ellos, la esperanza de vida de una persona puede variar en más de 40 años dependiendo del sitio donde haya nacido y donde se haya desarrollado, por ejemplo, en la mayoría de países de la unión europea este indicador superar los 80 años, en contraste en los países de África subsahariana, esta cifra llega a escasos 55 años en promedio.

Viene a la mente que la salud es su definición debe y tiene que ser un derecho de la población, tal como lo establece los derechos universales del hombre y por lo tanto deben ser garantizados por el Estado Colombiano.

Por lo tanto, la salud se vuelve uno de los principales factores de desarrollo, el estado de salud en las personas, tiene consecuencias en todos los aspectos de la vida de las mismas, es un factor clave en el desarrollo de capacidades y de oportunidades de desarrollarse plenamente.

Es así como en la garantía e igualdad de oportunidades, se debe hablar de igual de derechos en la población para que esta, puede desarrollarse plenamente en el aspecto de salud, y que al garantizar esta igualdad las inequidades en salud desaparezcan y esta situación es la misma que plantea la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Como se verá más adelante la OMS define dos grandes grupos de determinantes: los no sanitarios y los sanitarios, en el segundo, uno de los factores que más pesa en el ámbito sanitarios es la equidad y eficiencia del sistema de salud, en este punto se centrara la atención en la equidad, que no es más que la igualdad de derechos para todas las personas, y dentro de este encontramos la accesibilidad a la salud como uno de los factores principales de equidad en salud.

Por lo tanto, lo que aquí se plantea hacer es, en una primera etapa, investigar cuales son los determinantes de la salud, que factores los influyen y cuales pueden evitarse, analizando los diferentes modelos planteados en los más recientes años.

En segunda instancia, se analizarán para el año 2015, los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE, para conocer cómo se encuentra la accesibilidad del sistema general de seguridad social en salud - SGSSS. Para en la etapa final del trabajo, analizar los datos obtenidos y establecer la situación actual del sistema.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

1.1 SALUD

En el Planteamiento de la desigualdad sanitaria, lo primero que se debe hacer, es entender el concepto de salud, este ha estado en constante evolución, sufriendo una fuerte transformación en su definición a lo largo de las últimas décadas. En un principio la salud se determinaba como la ausencia de enfermedades, posteriormente en la mitad del siglo XX y gracias a la creación de la Organización Mundial de Salud – OMS, este concepto evoluciona a un “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Palomino, Grande y Linares, 2014, p.73). Así a principios del siglo XXI la salud se analiza desde un enfoque multifactorial, la salud es una interrelación de cuatro grandes determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema de atención sanitario (Palomino et al., 2014).

Por lo anterior se debe analizar como primera medida el estado de salud de las personas, es por esto que el primer paso de este estudio será analizar los determinantes de la salud, como bien se demuestra en años recientes gracias al trabajo de numerosos autores y su recopilación por parte de la OMS, los determinantes de la salud están constituidos por diferentes elementos según Dahlgren y Whitehead (1993) en:

- Factores biológicos y genéticos
- Factores individuales y preferencias en estilos de vida
- Influencias Comunitarias y Soporte Social
- Acceso a servicios de atención de salud
- Condiciones de vida y de trabajo
- Condiciones generales socioeconómicas, culturas y ambientales

Estos 6 factores expuestos por Dahlgren y Whitehead (1993) se representan en la siguiente figura:

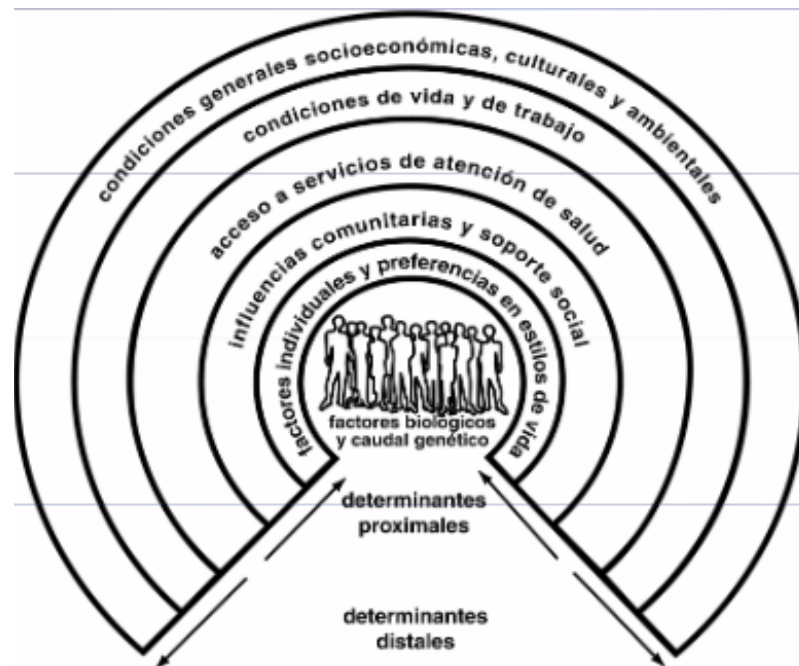


Figura 1-1: Modelo de Dahlgren y Whitehead sobre los factores determinantes de la salud.

Fuente: Gomes M., 2005

En ella se explica los diferentes factores que influyen en la salud de las personas y la importancia que tiene cada una para la salud, en un nivel más próximo e importante para el estado de salud se encuentra los factores biológicos y genéticos, los factores individuales y preferencias en estilos de vida y las influencias comunitarias y soporte social. En el siguiente nivel se encuentra el acceso a servicios de atención de salud, las condiciones de vida y trabajo y las condiciones generales socioeconómicas, culturas y ambientales. Estos se pueden distinguir entonces en dos niveles, un primer nivel interior y cercano al individuo y el segundo nivel más lejano más externo al individuo y cercano a la sociedad.

Dentro del primer nivel interior se encuentra estos factores:

Los factores biológicos y genéticos, se encuentra problemas y factores implícitos en las personas por sus condiciones genéticas y biológicas, se sabe que es inherente a estos, los inconvenientes de salud debido a problemas cardiovasculares, metabólicos, mentales, cognitivos, entre otros. Que dada una condición específica hacen más o menos propensas a algunas enfermedades a las personas.

Siguiendo con los factores individuales y estilos de vida, se evidencias factores propios de las personas, como factores determinantes de la salud, se encuentran entre estos: las conductas de las personas, creencias, valores, actitud frente al riesgo, manejo de estrés, adaptación y control a cambios en la vida, esto se entiende de mejor manera al analizar el efecto en la salud de factores como: el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, actividad física, conducta sexual, violencia, accidentes, entre otros.

Finalmente, entre los factores más cercanos a las personas se encuentran las influencias comunitarias y el soporte social, este factor se entiende como la parte cultural, la cohesión social, la integración social, que se entiende como la influencia social en las preferencias sobre el cuidado y la importancia de una buena salud.

En la parte externa de este modelo, se encuentra como primer factor el acceso a servicios de atención en salud, que no es otra cosa que la provisión de servicios de salud tales como prevención, tratamiento y vigilancia de enfermedades, además de la forma en que se encuentra organizado el sistema de salud donde se encuentra el individuo, facilitando el acceso económico, geográfico y cultural, incluyendo factores de calidad y oportunidad en los servicios de salud.

En el próximo nivel se encuentran las condiciones de vida y de trabajo, donde se evidencia que condiciones de vida como la composición y la dinámica familiar, el acceso a servicios públicos (saneamiento, gas, electricidad, etc.), a la educación o a un trabajo, posiciones sociales actuales y pasadas, condicionan de manera inmediata o a futuro el estado de salud de las personas.

Por último en este modelo, se mencionan las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales, donde se evidencia los factores más externos al individuo tales como: las estructuras sociales, económicas y ambientales de la sociedad donde vive la persona y de construcción social, se encuentran en este nivel aspectos como generación de empleo, seguridad social y es en este punto donde se evidencia más fácilmente las consecuencias de las desigualdades sociales en la salud.

El anterior modelo se ve fortalecido cuando se hace una revisión bibliográfica sobre los determinantes de la salud. Para el primer nivel de modelo se demuestra como los factores individuales influyen en la salud, dentro de los cuales se mencionan: la raza, edad, estado civil y sexo S. Kim, D. and Kawachi, I (2005). Así mismo en un estudio en Qatar se muestra como las creencias religiosas presentan una influencia en el estado de salud Abdel-Khalek, A. (2010).

Siguiendo en la línea individual, se evidencia como un menor estrés, una dieta sana, el ejercicio y las condiciones ambientales influyen fuertemente en la población coreana. Kye SuYeon (2014).

En otro estudio desarrollado en Inglaterra por Hinks, T. & Katsaros, A. (2010), se hace visible que las personas fumadoras presentan en promedio un peor estado de salud que aquellos que no consumen tabaco, además que se evidencia el primer inconveniente social: en las clases sociales más bajas hay mayor incidencia de tabaquismo que en las otras.

En la misma línea se encuentra el estudio de Garry, J. & Lohan, M. (2011) donde las personas relacionadas con tabaquismo, alcoholismo y bajo consumo de frutas y verduras demostraban una peor condición de salud que los demás.

Siguiendo con el análisis de este primer nivel, se tiene la certeza que las personas que desarrollan alguna actividad física regularmente presentan un mejor estado de salud que aquellas que no lo hacen. Rasciute, S. & Downward, M. (2010).

En cuanto a la parte de soporte social Fowler, J. and Christakis, N. (2009) provee una evidencia al demostrar que las personas que se encuentran rodeadas de personas felices y con un buen estado de salud, tienen más probabilidades de mejorar su estado de salud.

Todo lo anterior no hace más que ratificar la importancia de los tres primeros factores en las condiciones de salud de la población.

De igual manera se encuentran diversos estudios respaldando el siguiente nivel del modelo, donde de una primera manera según Subramanian, S. Kim, D. and Kawachi, I (2005), el estado de salud se encuentra fuertemente relacionado con la educación y el nivel de ingresos de las personas. Además, en el estudio desarrollado por Carrieri V. (2012) en Italia a los dos factores anteriores se adicionan la estructura familiar, el estado laboral el capital social y la cultura, como factores determinantes de la salud.

La siguiente pregunta que se hace es: ¿por qué es importante el estado de salud de la población? Y ¿por qué centrar la atención en este elemento?

Para la primera pregunta se encuentra mucha evidencia para responderla, se pueden resaltar los trabajos realizados por Gerstenblüth, Jewell y Rossi (2010) en Uruguay demuestran que se tiene una alta probabilidad de sentirse feliz cuando las personas se encuentran en un buen estado de salud, adicional a esto Perneger, T. Hudelson, P. & Bovier, P. (2004) demuestran en su estudio como un buen estado de salud se refleja en un buen estado de bienestar en la población joven. Por otro lado, los estudios de: Sabatini, F. (2011). En Italia, de Subramanian, S. Kim, D. and Kawachi, I (2005) en Estados Unidos y de Gerdtham, U. and M. Johannesson (2001). En Suecia, refuerza la importancia de una mejoría en el estado de salud de la población repercute directamente en su estado de Bienestar.

Para la segunda pregunta, es necesario adentrarse en la constitución de la OMS:

“El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación”.

Siguiendo con este pensamiento de la OMS, un mejor estado de salud es importante para la población ya que le permite gozar plenamente de sus derechos, además de poder utilizar todas sus capacidades para su propio bienestar.

Es así como siguiendo las ideas de la OMS y tomando el modelo desarrollado por Dahlgren y Whitehead, la OMS crea los Determinantes Sociales de la Salud.

1.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los Determinantes Sociales de la Salud, se crearon a partir de los conceptos descritos anteriormente y la propia OMS los define de la siguiente manera¹:

“Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”.

Desde esta nueva concepción, se determinan nuevos factores, reorganizando los descritos por Dahlgren y Whitehead y enfocándose en dos tipos de salud: Salud Física y Salud Mental. En consecuencia, la salud toma nuevos aspectos y factores sociales determinantes organizados de la siguiente forma:

Condiciones de vida y laborales:

- Alimentación
- Educación
- Entorno Laboral
- Desempleo
- Salubridad pública
- Servicios de asistencia sanitaria
- Vivienda

Conductas relaciones con la salud:

- Dieta
- Grado de actividad física
- Consumo de alcohol y tabaco

Factores psicosociales:

- Experiencias negativas de vida
- Sentimientos de exclusión y marginación
- Realización de un trabajo exigente por una poca remuneración
- Posiciones sociales anteriores

En esta misma línea conceptual de salud, expresa Caba citado en (Palomino et al., 2014 p. 74):

“No es lo opuesto a la enfermedad. El concepto de salud es inseparable de la paz y de la amenaza de guerra, de la eliminación de la pobreza y de la marginación, de la conservación del medio ambiente, de la reducción del desempleo. La salud y la enfermedad no deben concebirse como conceptos estrictamente biológicos e individuales y se deben formular como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas”

¹ Tomado de: Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/topics/social_determinants/es/>

En esta evolución de los determinantes de salud, se denota, como se pasa de una concepción de factores individuales y consecuencias personales a una idea de factores sociales y globales de toda una población, finalmente se puede entender los determinantes sociales como *“las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud”* Ministerio de Salud de Chile (2015)².

En este sentido la OMS, separa los factores determinantes de la salud en dos aspectos: Los Factores Determinantes No Sanitarios y Los Factores Determinantes Sanitarios y por lo tanto se crea un nuevo concepto del Estado de salud (CSDH, 2008):



Figura 1-2: Modelo de los determinantes sociales de Salud
Fuente: Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud – CSDH, 2008.
Construcción propia

Del nuevo modelo planteado por la OMS se interpreta aún, como se venía haciendo con los modelos anteriores, como los factores no sanitarios, es decir, factores biológicos, genéticos, económicos, culturales y comunitarios como la base del estado de salud de la población, pero así mismo los individuos deben acudir al sistema sanitario y es allí donde entran a influir aspectos como la accesibilidad, la efectividad o la capacidad del sistema en el estado de salud.

Si se plantea el siguiente ejemplo se comprenderá de una mejor manera, dada ciertas condiciones genéticas, culturales y de conductas individuales, un individuo está propenso a sufrir de diabetes, con el tiempo esta persona empieza a sentir los primeros síntomas y su salud se está viendo afectada por dicha enfermedad, es en ese momento que acude al sistema sanitario.

En esta etapa y dependiendo de la eficiencia y equidad del sistema, el individuo puede mejorar su estado de salud, disminuyendo las consecuencias de esta enfermedad, al

² Tomado de: MinSal Chile <<http://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>>

poder acceder al sistema, ser bien diagnosticado, coordinar diferentes aspectos (visitas regulares al médico y nutricionista, acceso a los medicamentos, cambios en sus condiciones individuales, etc.) y de ser informado de las consecuencias de su enfermedad, todo esto puede cambiar el panorama del individuo y mejorar su estado de bienestar, gracias al sistema sanitario.

Por otro lado, si este individuo no puede acceder al sistema sanitario, o este es ineficiente o carece de calidad, el estado de salud del paciente empeorará rápidamente, su bienestar se verá gravemente afectado y con el paso esta enfermedad lo llevará a la muerte.

Es así, como desde esta nueva concepción de salud, el sistema sanitario tiene un rol predominante en el estado de salud de la población, este funciona como un coeficiente positivo o negativo, dependiendo de la eficiencia y equidad del mismo.

Por lo tanto, dada esta nueva jerarquía, se debe desglosar cada uno de los determinantes para su mejor comprensión, en la primera etapa se desglosará los determinantes no sanitarios, los cuales forman la base del estado de salud:



Figura 1-3: Factores Determinantes no Sanitarios de la Salud
Fuente: Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud – CSDH, 2008.
Construcción propia

En este nivel base, se sigue con la línea que se viene manejando desde el modelo de Dahlgren y Whitehead, realizando pequeños cambios a nivel de agrupación.

Subiendo un piso en la pirámide del modelo de los determinantes sociales de la salud, se encuentran los determinantes sanitarios:



Figura 1-4: Factores Determinantes Sanitarios de la Salud
Fuente: Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud – CSDH, 2008.
Construcción propia

En este nivel y tomando como referencia el ejemplo planteado anteriormente, como los determinantes sanitarios están divididos en dos: los determinantes de equidad y los determinantes de eficiencia, cada uno con factores como accesibilidad y capacidad del sistema para el primero, y seguridad, coordinación o innovación para el segundo.

En esta transformación de los determinantes sociales de la salud, Según Gomes, (2005) se puede reagrupar los determinantes externos a la situación de salud de los individuos de la siguiente manera:

- Factores Sociales:
 - Índice de desarrollo Humano:
 - Acceso a servicios públicos (agua, electricidad, alcantarillado)
 - Acceso a la educación
 - Acceso al sistema sanitario
 - Discriminación
- Factores Económicos:
 - Factores Macroeconómicos:
 - Gasto público.
 - Gasto público social.
 - Gasto público social en salud.

- Niveles de pobreza:
 - Ingreso per Cápita.
 - Valor de la Canasta Familiar.
 - Pobreza extrema.
- Condiciones demográficas:
 - Condiciones Laborales.
 - Migración.
 - Distribución demográfica.
- Factores Políticos:
 - Lógicas de Mercado.
 - Globalización.
 - Derechos democráticos.
 - Corrupción.

Lo anterior se puede resumir tal como lo plantea Gomes, (2005) en:



Figura 1-5: Factores Determinantes Externos de la Salud

*Fuente: Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud – CSDH, 2008.
Construcción propia.*

En estos nuevos enfoques de salud, predomina por lo tanto el aspecto social y los diversos factores que la afectan, se deja de entender la salud de una manera individual y pasa a ser un aspecto social, el cual tiene varios aspectos influyentes, tales como el poder político, el poder económico y las decisiones del Estado, además se denota como las diferencias sociales se vuelven diferencias en el estado de salud. En consecuencia las desigualdades sociales, también se verán reflejadas en la salud de la población como desigualdades sanitarias.

1.3 DESIGUALDAD SANITARIA

Visto lo anterior, se evidencia la importancia que tiene para el estado de salud de la población, el sistema de atención sanitaria, que en sí mismo puede representar amplias diferencias en el estado de salud de individuos por características individuales similares, pero con acceso a diferentes sistemas sanitarios, gracias a las estadísticas sanitarias mundiales, publicadas con la Organización Mundial de la Salud, se comprende aún más la relevancia de los sistemas sanitarios, un buen estimador del estado de salud de una región, es considerada la esperanza de vida al nacer, es en este indicador que se ve las grandes consecuencias de la desigualdad sanitaria, por un lado si se tiene una persona nacida en el África Subsahariana, esta tiene una esperanza de vida en promedio de 45 años, en contraste una persona nacida en la Unión Europea puede vivir en promedio hasta los 80 años.

Siguiendo estas ideas la OMS (CSDH 2008), define la desigualdad en salud, como una amenaza a la justicia social *“La justicia social es una cuestión de vida o muerte, afecta el modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura”* a continuación establece como ya se ha visto en el presente documento, que el estado de la población no solo está determinado por las condiciones individuales, ni exclusivamente por la parte sanitaria, sino que, influyen además factores consideramos externos como las fuerzas políticas, sociales y económicas.

Con base en los anterior, la OMS desde la creación Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud - CSDH, tiene como objetivo que *“La mejora de la salud, y una distribución más justa de la salud deben constituir objetivos comunes a nivel mundial”*. En este mismo sentido, la CSDH (2008 p.3) subraya *“La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura”*.

Estas desigualdades son de vital importancia para toda la población, ya que esta los afecta en un menor o mayor grado dependiendo su situación socioeconómica, por ejemplo, considérese un país con una alta desigualdad sanitaria, donde las personas más pobres tienen un muy limitado acceso al sistema sanitario, las personas de clase media tienen acceso al sistema, pero el costo de acceder a este es muy alto y afecta sus ingresos disponibles para cubrir otros gasto como alimentación o educación, y por último las personas de clase alta, tienen acceso al sistema sanitario, pero solo en ciertas parte geográficas de su territorio, es allí donde se pone en evidencia que la desigualdad sanitaria afecta a toda la población, y que estas son injustas y evitables.

Tomando lo anterior, se denota el ingreso como un gran factor de preponderancia en la desigualdad, otorgando ventajas a quienes poseen un alto ingreso y castigando a quien no lo tienen. Es aquí donde el siguiente paso es analizar, la relación entre los ingresos y el estado de salud de las personas, se encuentra una larga evidencia sobre esta relación, se pueden citar diferentes estudios donde se evidencia la relación positiva de mejores ingresos con mejor estado de salud, Deaton, A. (2008). Rojas, M., y Elizondo-Lara, M. (2011) y en Gerdtham, U. and M. Johannesson (2001).

En esta corriente, se encuentra la Organización Panamericana de la Salud, en su estudio sobre la Salud en las Américas de 2012, destaca como las exclusiones sociales, la

discriminación y las desigualdades están presentes en la distribución de la riqueza y sobre todo en el acceso y utilización de los servicios sanitarios, a su vez que estos elementos afectan directamente la salud de la población.

La OPS (2012 p.14), destaca en su informe, como globalmente las personas con una peor condición de salud, son aquellas en una peor condición de pobreza, así mismo, determina como la estratificación social repercute en la desigualdad sanitaria por medio de factores diferenciales en afrontamiento del riesgo para la salud, vulnerabilidades y disposición de recursos y menciona las diferentes consecuencias de una mala la salud en las diferentes categorías sociales.

Igualmente, estable un cuadro de los determinantes socioeconómicos y políticos de la desigualdad, como se puede observar en la figura 6:

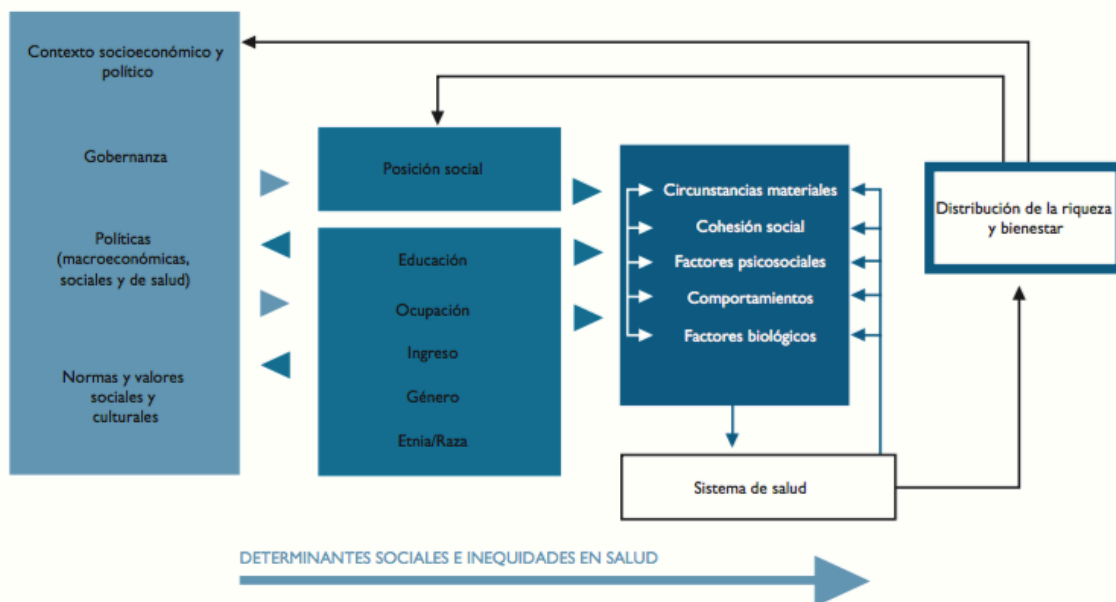


Figura 1-6: Interacciones de los principales determinantes de la salud y los senderos que resultan en inequidades

Fuente: Capítulo 2: OPS, Determinantes e Inequidades en salud, Salud en las Américas, Edición 2012 p.15

Dado este nuevo esquema, la OPS establece factores socioeconómicos (educación, ocupación, ingreso, raza, posición social, ...), factores políticos (Políticas Sociales, Gobernanza, ...) y factores individuales (Cohesión social, Comportamientos, Biológicos, ...) que articulándose entre ellos generan mecanismos sociales y políticos para mantener la estratificación social, y esta a su vez, afecta las desigualdades sociales y sanitarias.

Observando la anterior gráfica, es evidente como los tres factores (socioeconómicos, políticos e individuales) están correlacionados entre ellos, por dar un ejemplo, suponga que el Estado establece un recorte en las políticas sociales, en consecuencia, los fondos para la capacitación en nuevos empleos se ven reducidos drásticamente, lo que genera

una menor capacitación de las personas más pobres de este país, conllevando un desempleo o un deterioro de su empleo actual, lo que finalmente ocasiona en la persona un presión y un estrés por su nueva situación, afectando tanto su salud física como mental y como resultado de todo, en una pérdida de su bienestar.

En este punto la OPS, (2012) revela como la estratificación junto a los factores socioeconómicos y los factores políticos, repercuten en las desigualdades en el estado de salud y los llama los determinantes sociales de las inequidades en salud.

Estos determinantes sociales de las inequidades en salud, se entienden como los elementos sociales inherentes a la población que, junto a las políticas públicas, la tradición cultural y los valores de la sociedad, tienen un impacto en el estado de salud de las personas, en el siguiente esquema se puede comprender estos diferentes determinantes:

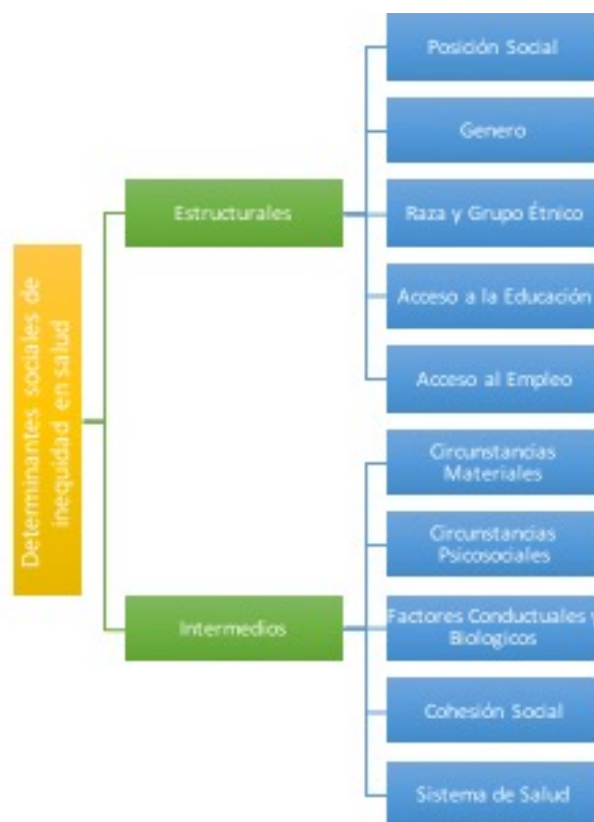


Figura 1-7: Modelo de determinantes sociales de las inequidades en Salud. – Organización Panamericana de la Salud.

Fuente: Capítulo 2: OPS, Determinantes e Inequidades en salud, Salud en las Américas, Edición 2012. Construcción propia.

En este modelo se hace una agrupación de los determinantes sociales de la inequidad en salud, por un lado, se tiene aquellos determinantes que dividen socialmente la población en clases y que generan la estratificación social, en este primer grupo llamado determinantes estructurales, se hace una jerarquización de las personas, en donde comparten un nivel de influencia en los poderes económicos, políticos y de acceso a los recursos en un menor o mayor grado dependiendo de la posición social del grupo.

Por otro lado, en el segundo grupo de determinantes, se encuentran los determinantes intermedios, que se relacionan más con el primer modelo visto de salud de Dahlgren y Whitehead (1993), son aquellos determinantes propios de cada grupo social asociados a la afectación directa de su salud como: Calidad de ropa, factores de estrés, alcoholismo o acceso a los servicios sanitarios, entre otros.

Al hacerse evidente que existen las desigualdades sociales, el siguiente paso es preguntarse qué tanto afectan estas desigualdades la salud, tal como es citada la CEPAL, en el documento del Ministerio de Salud de Colombia y Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia (ASIS), (2010): *“las desigualdades sociales producen una gran parte de las pérdidas de salud en la población sobre todo en los países con grandes inequidades en la distribución de los ingresos”*.

En este sentido la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud – CSDH, en la introducción a su informe final de 2008, y citado por (ASIS, 2010 p. 45-46), se expresa de la siguiente manera:

“Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Semejantes diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países.

Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas...

...Tradicionalmente, la sociedad ha esperado del sector sanitario que se ocupe de las cuestiones que afectan a la salud y de las enfermedades. Indiscutiblemente, la mala distribución de la atención de salud –el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan– es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la elevada carga de morbilidad causante de índices de mortalidad prematura terriblemente elevados se debe en gran parte a las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. A su vez, la de ciencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política”

Este tema, no es nuevo en la actualidad, de hecho, se tiene evidencia de un primer informe conocido como: *The Black Report* sobre las desigualdades sanitarias en Inglaterra que demostró, un mayor riesgo de morir antes de los 65 años en las poblaciones más pobres, en comparación a las otras clases sociales (Segura del Pozo, J. 2013 p.99), además que en el transcurso de los años han salido estudios reformando aún más estas ideas, donde se encuentra por ejemplo: estudios sobre el impacto de las desigualdades en el bienestar, calidad de vida y salud en Europa (Zagorski, K. Evans, M. D. R. Kelley, J. Piotrowska, K., 2014), de como las personas en Japón, que viven en mayor situación de desigualdad, se sienten menos saludables, que aquellos que no viven en desigualdad Oshio, T. & Kobayashi, M. (2010).

En el estudio de Borghesi, S., & Vercelli, A. (2012), en el cual se analiza la repercusión de los determinantes sociales en el estado de salud, se evidencia como el ingreso absoluto, el ingreso relativo (disminuye la exclusión que pueden sufrir los ingresos relativamente bajos a mejores sistemas de salud), los bienes relacionales, las relaciones afectivas, la educación y los avances médicos (tecnología) tienen una relación positiva con el estado de salud de las personas, así como el desempleo, las privaciones y el medio ambiente tienen una relación negativa con la salud.

Finalmente, la OMS en su informe de: *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, demuestra con evidencias las consecuencias de la desigualdad social en la salud y pone en la agenda internacional esta preocupación.

Al mostrarle al mundo, la problemática de la desigualdad social en la situación de salud, se comenzó a trabajar en este tema y a proveer estadísticas que refuerzan aún más esta correlación entre la desigualdad social y la desigualdad sanitaria.

En una primera medida se observa en un estudio realizado por la OPS, con estadísticas del Centro Nacional de Salud de Estados Unidos, como existe una gran brecha entre las razas en materia de salud, se tienen el número de muertes de mujeres gestantes por cada cien mil nacidos vivos OPS, (2012):

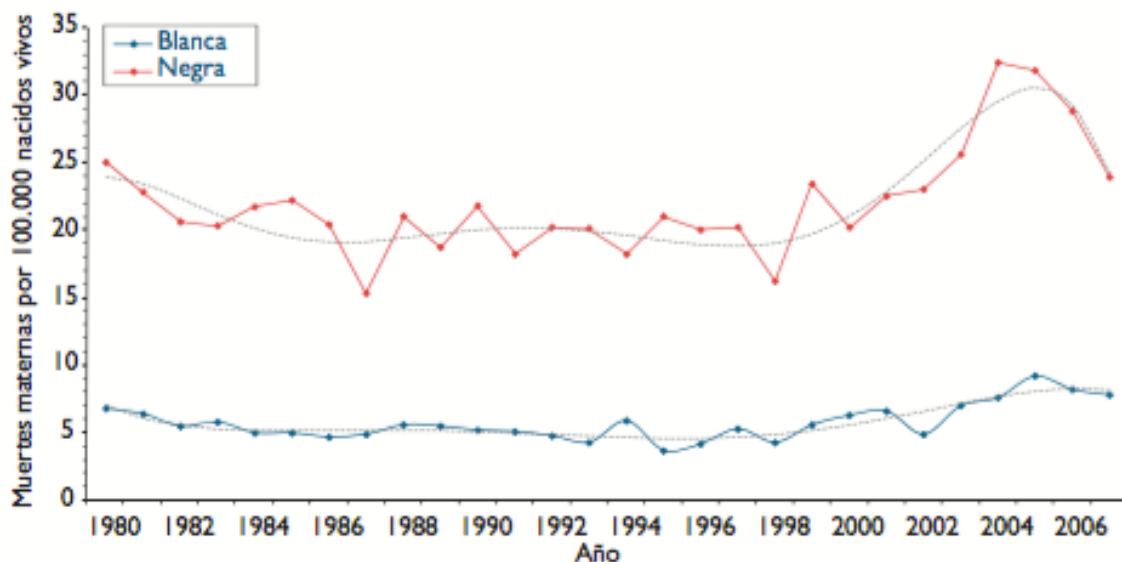


Figura 1-8: Gráfica comparativa de muertes de mujeres gestantes por cada 100.000 nacimientos en Estados Unidos Por Raza - Organización Panamericana de la Salud.
Fuente: Capítulo 2: OPS, *Determinantes e Inequidades en salud, Salud en las Américas, Edición 2012. P.18.*

En la anterior figura se demuestra que las mujeres de raza negra presentan casi cuatro veces más probabilidades de morir dando a luz a sus hijos que las mujeres de raza blanca.

En esta misma línea, la OPS también realizó este mismo estudio de mortalidad de mujeres en gestación, al momento de dar a luz con respecto a los años de escolaridad de la madre, en el Continente Americano, OPS (2012, p. 35):

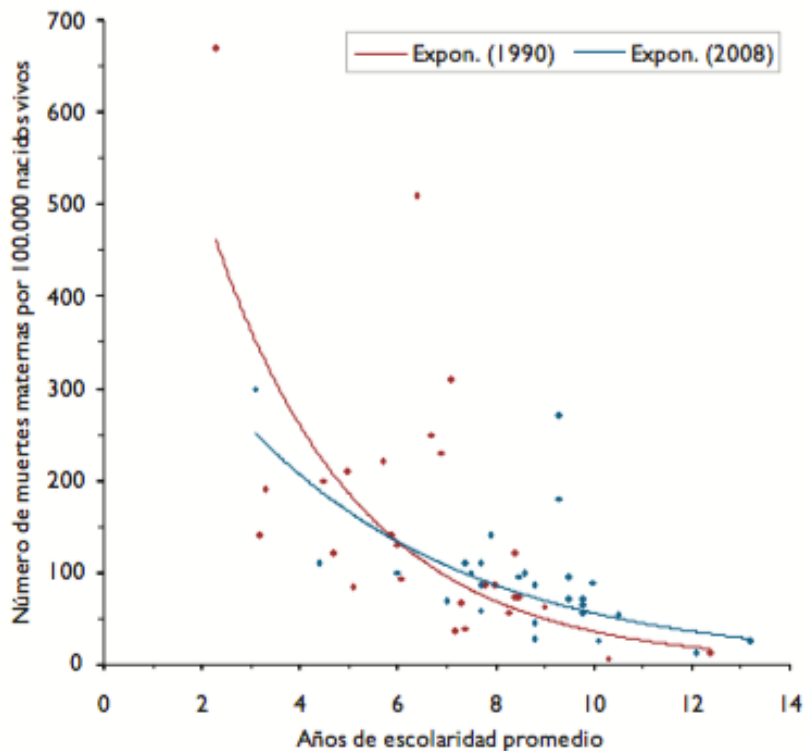


Figura 1-9: Gráfica comparativa de muertes de mujeres gestantes por cada 100.000 nacimientos en las Américas por años de escolaridad – Corte 1990 y 2008- Organización Panamericana de la Salud.

Fuente: Capítulo 2: OPS, Determinantes e Inequidades en salud, Salud en las Américas, Edición 2012. P.35.

Se demuestra, como la probabilidad de muerte en el embarazo de las mujeres, es inversamente proporcional a los años de escolaridad de las mujeres.

Por otro lado, son numerosos estudios y estadísticas que demuestran la relación entre la posición social, los ingresos o la desigualdad con el estado de salud y/o el bienestar de la población.

El primero que se debe citar es el estudio realizado por Canadá, donde se demuestra que un mayor nivel socioeconómico, representa un mejor estado de salud (ASIS, 2010 p. 47):

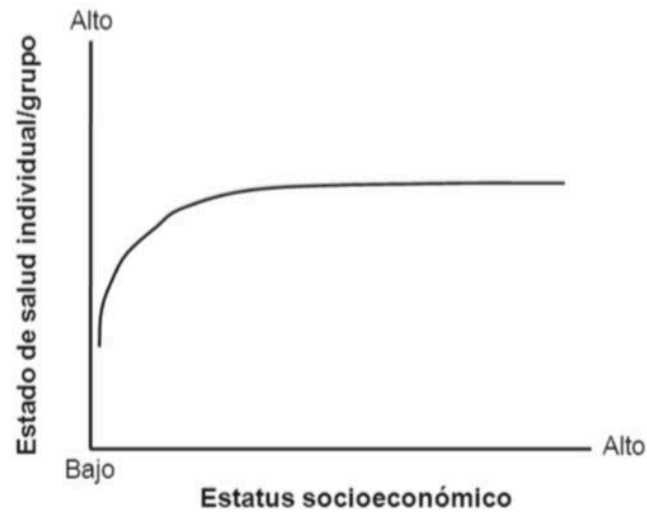


Figura 1-10: Comparativa entre el estatus socioeconómico y el estado de salud en Canadá – Min. De Salud y Universidad de Antioquia.

Fuente: ASIS - Análisis de la Situación de Salud en Colombia 2002-2007, Tomo VI: Análisis de desigualdades e inequidades de salud en Colombia, 2010. P.47.

En igual sentido se expresa la OPS, al analizar la esperanza de vida según el nivel de ingresos per cápita en general para el continente americano, con cuatro cortes (1980, 1990, 2000 y 2008):

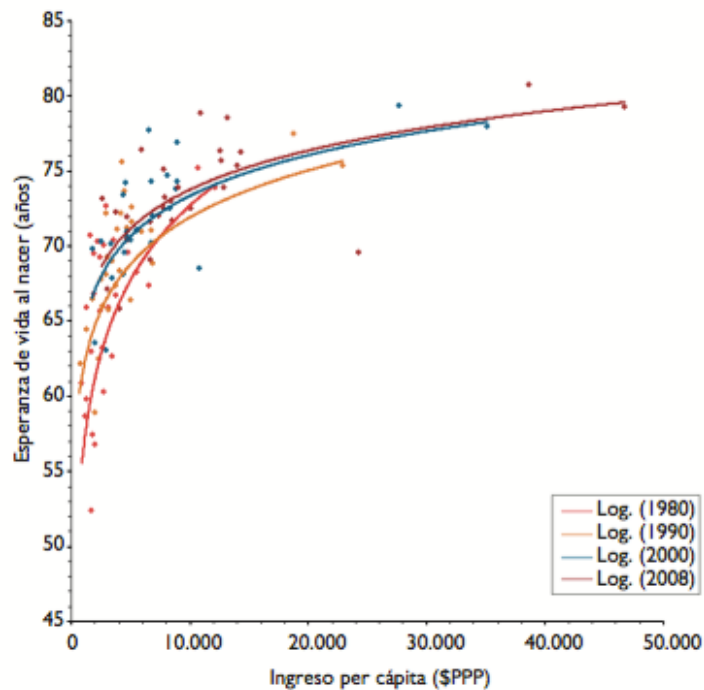


Figura 1-11: Relación entre esperanza de vida al nacer y los ingresos per cápita en las Américas – Cortes 1989, 1990, 2000 y 2008- Organización Panamericana de la Salud.

Fuente: Capítulo 2: OPS, Determinantes e Inequidades en salud, Salud en las Américas, Edición 2012. P.28.

Es interesante pensar que no solo se debe tener en cuenta los ingresos per Cápita, sino también la distribución de estos, y justamente es lo que desarrolla Wilkinson R. & Pickett K., (2009) en el capítulo 6 del libro *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger* donde obtienen los siguientes gráficos interesantes sobre el estado de bienestar y salud de las personas en relación con la desigualdad del ingreso:

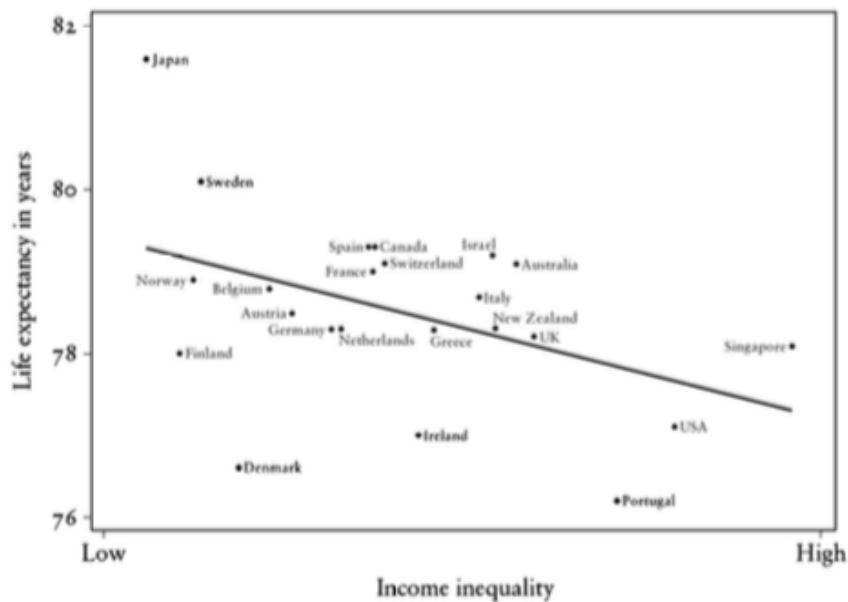


Figura 1-12: Relación entre desigualdad en los ingresos y expectativa de vida al nacer en países ricos.

Fuente: Wilkinson R., Pickett K., (2009), *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger* p.82

En la gráfica anterior, se destaca que no solamente el nivel de ingresos de un país define la esperanza de vida de su población, sino que la desigualdad la define de una manera más notoria, por ejemplo, países con PIB per cápita parecidos como lo son Suiza y Estados Unidos³, pero con una gran diferencia en cuanto a desigualdad en los ingresos⁴ (medido por Gini) donde Suiza posee un Gini de 0,28 y Estados Unidos un Gini de 0,45 se ve reflejada esta diferencia en la esperanza de vida al nacer, al igual que en las mortalidad infantil:

³ A 2015, Suiza tiene 58.600 USD y Estados Unidos 56.100 USD de PIB Per Cápita (PPA) Según datos del World FactBook

<<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2004rank.html>>

⁴ Datos obtenidos del World FactBook

<<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2172rank.html>>

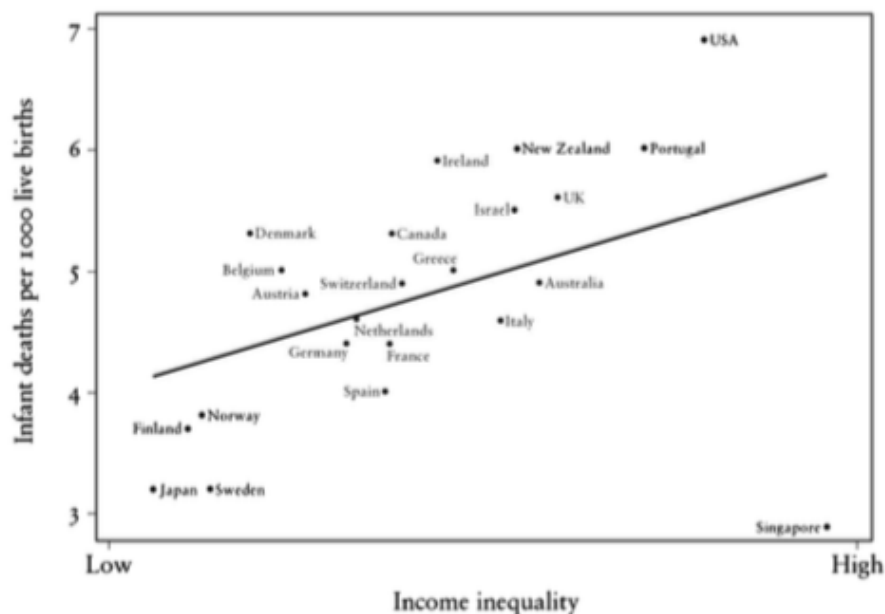


Figura 1-13: Relación entre desigualdad en los ingresos y mortalidad infantil por cada 1000 nacimientos en países ricos.

Fuente: Wilkinson R., Pickett K., (2009), *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger* p.82

Dada la literatura anterior y reforzando con las gráficas descritas previamente, es posible afirmar y validar el planteamiento inicial, donde se deduce que las desigualdades presentes en las sociedades, también se ven reflejadas en las desigualdades en el estado de salud de los habitantes, donde al existir una gran desigualdad social, este hecho repercute directamente en el estado de salud de las personas, lo que a su vez le genera desventajas sociales con los demás habitantes, ocasionando a su vez una mayor desigualdad entre los grupos sociales.

CAPÍTULO 2: DISEÑO METODOLOGICO

En primera instancia, este estudio pretende ser empírico-analítico, gracias a la experiencia y los conocimientos desarrollados en el transcurso de la maestría se pretenderá hacer un análisis de la situación de desigualdad sanitaria durante el último año en Colombia.

Partiendo del análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ENCV del DANE, del año 2015, en primer lugar, se va a caracterizar los habitantes por características individuales tales como:

- Sexo
- Raza
- Estrato socioeconómico
- Grado de escolaridad
- Autopercepción de Salud
- Tipo de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS

En este punto se aceptará como un buen estimador de la estratificación social, el estrato socioeconómico del hogar.

En segunda instancia se caracterizará la percepción en Salud junto con variables de accesibilidad al Sistema de Salud como:

- Asistencia al médico o al odontólogo.
- Cobertura del SGSSS
- Calidad del Servicio de Salud
- Inconformidades con el Sistema de Salud
- Tipo de Régimen al que pertenece

Para luego, como etapa final, poder establecer relaciones entre las características individuales y las variables de salud previamente descritas, articulando esto con el tema principal de este trabajo, la desigualdad sanitaria como reflejo de la desigualdad social.

En este punto es importante resaltar que al usar la ENCV, se asegura la representatividad de toda la población colombiana⁵, gracias a los métodos de muestreo estipulados por el DANE.

La obtención de los datos se realizó desde la página web del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, en el Archivo Nacional de Datos, en la sección de microdatos con identificación: DANE-DIMPE-ECV-2015.

⁵ Para conocer en detalle esta afirmación, se puede consultar el método de muestreo utilizado por en DANE en: <http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/419#page=sampling&tab=study-desc>

Para el tratamiento y procesamiento de los datos se usó el Software Microsoft Office Excel 2010, junto con E-Views 9,5, presentando los resultados en su mayoría a través de gráficas y cuadros.

CAPÍTULO 3: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

En una primera instancia, se tomará como base para el estudio de esta investigación, los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida – ENCV del 2015, realizada por el DANE y publicada en agosto de 2016, para esta encuesta se entrevistaron 74.731 personas, distribuidas en 22.524 Hogares, lo que arroja una composición media de 3,3 personas por hogar en el país. En esta primera instancia se presentarán estadísticas de distribución de la población colombiana.

En esta primera etapa se verá como se distribuye demográficamente la población Colombiana.

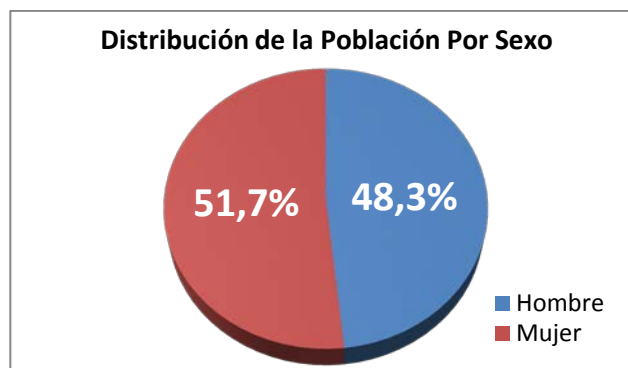


Figura 3-1: Distribución de la población colombiana por Sexo
Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

Afrodescendiente	14,96%
Gitano	0,02%
Indígena	4,81%
Ninguno	79,48%
Palenquero	0,08%
Raizal	0,66%

Tabla 3-1: Distribución de la población Colombiana por Raza
Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

En esta distribución demográfica, se nota como en el país existan más mujeres que hombres con una diferencia de 3,4%, así mismo, la mayoría de la población no se identifica con una raza en especial (entiéndase que se identifican, como blancos o mestizos), siendo los Afrodescendientes con casi un 15% la segunda raza con mayor población, seguidos por los Indígenas, entre los tres primeros suman un total de 99,24% de la población colombiana, dejando las otras razas en valores mínimos.

Como primer elemento del análisis central, se debe analizar la distribución de la población por la estratificación socioeconómica utilizada en el país:

Estrato	Porcentaje
---------	------------

1	41,28%
2	38,80%
3	15,54%
4	2,98%
5	1,01%
6	0,40%

Tabla 3-2: Distribución de la población Colombiana por Estrato Socioeconómico

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

Se destaca que la mayoría (80,08%) de la población colombiana, se encuentra en los dos primeros estratos de la estratificación social del país, representando que al menos un 41,28% de la población Colombiana se encuentra en una situación de pobreza, lo anterior se refuerza con la pregunta que se les hizo: ¿Se considera usted pobre? Donde un 41,75% de los hogares respondieron afirmativamente esta pregunta.

Por otro lado, se evaluará la distribución de la población por el último grado de Escolaridad conseguido:

Grado de Escolaridad	Porcentaje
Pre-Escolar	0,15%
Tecnológica	1,84%
Posgrado	2,10%
Técnica	4,69%
Universitario	5,56%
Ninguno	8,21%
Secundaria	13,97%
Media	21,38%
Primaria	42,10%

Tabla 3-3: Distribución de la población Colombiana por ultimo grado de escolaridad conseguido

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

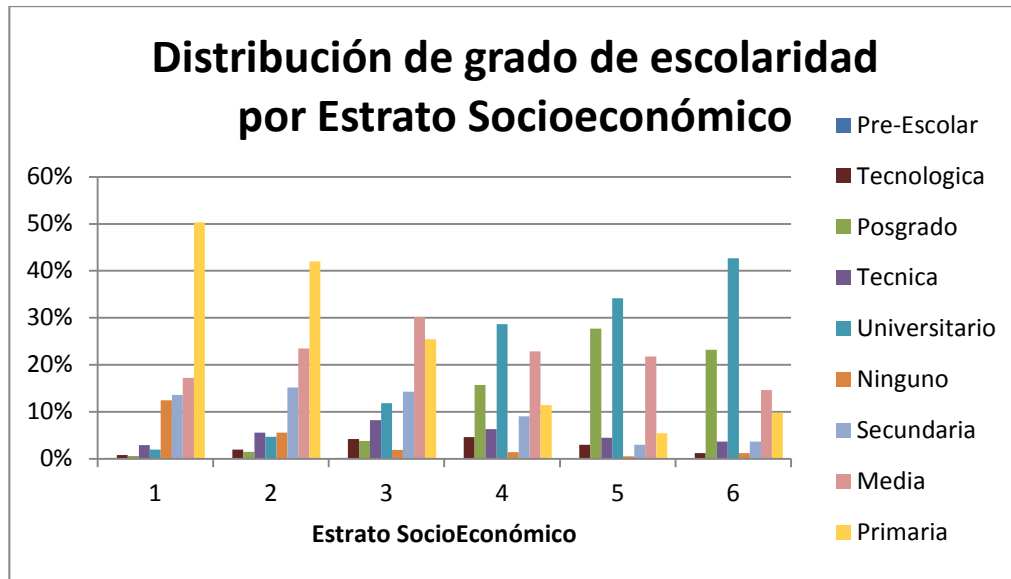


Figura 3-2: Distribución de la población colombiana por último grado de escolaridad obtenida y estrato socioeconómico.
Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

En este punto se destaca, como más de la mitad de la población (50,46%) se encuentra entre ningún grado de escolaridad y la primaria, destacando que solo un 14,2% de las personas en el país obtienen algún título en el nivel de educación superior, en igual sentido se nota como en los estratos más bajos predomina la primaria como último grado de escolaridad obtenido, mientras en el otro extremo los estratos 5 y 6, muestran como una gran mayoría de sus integrantes obtuvieron un grado de escolaridad universitaria o de posgrado. En este punto se puede empezar a evidenciar los primeros síntomas de desigualdad.

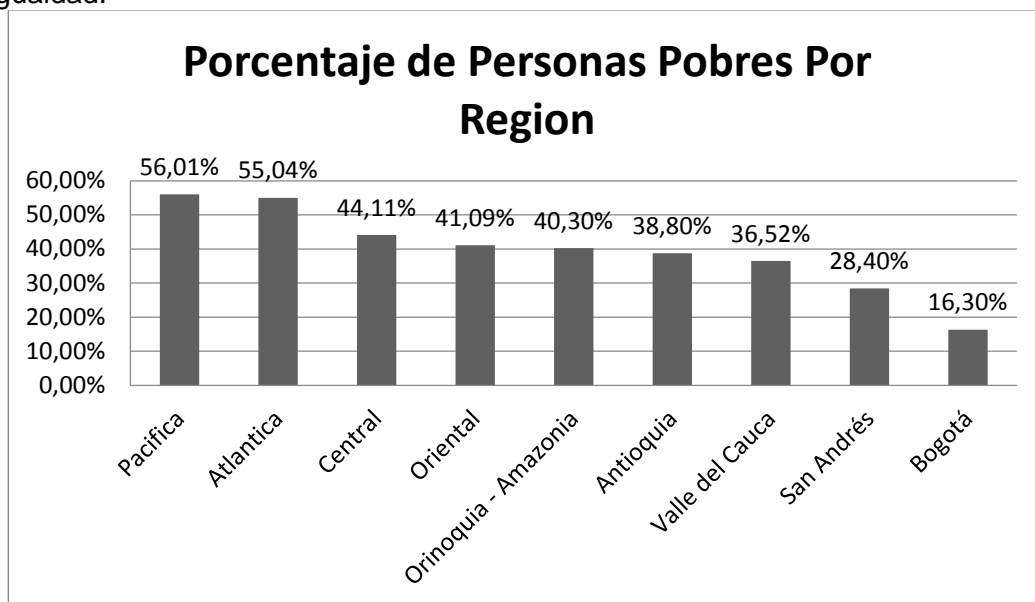


Figura 3-3: Distribución de la población pobre por regiones sobre el total de la

población de la región.

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

Reforzando las primeras ideas sobre desigualdad, se puede observar en la figura 3-6 como en unas regiones del país, existe una mayor incidencia de la pobreza (Región Pacífica y Atlántica) donde en ellas, la mayoría de las personas son pobres, contrastando por ejemplo con Bogotá, donde solo un 16,3% son pobres.

Con lo anterior se evidencia, como existen marcadas desigualdades entre estratos socioeconómicos y entre regiones.

El siguiente paso, es evaluar el estado de salud de la población, por medio de su autopercepción de salud,

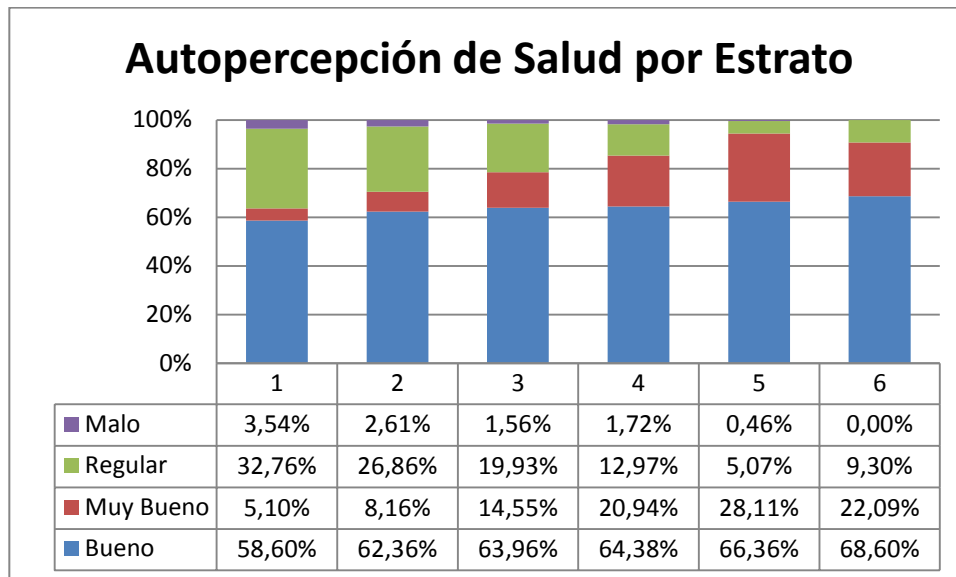


Figura 3-4: Distribución de la autopercepción de salud por estratos socioeconómicos

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

En la autopercepción se resalta como a medida que incrementa el estrato socioeconómico de los hogares, su autopercepción de salud también mejora y aumenta de un 5,1% a 22,1% la percepción de tener una salud muy buena entre el estrato 1 y el estrato 6, adicional que se reduce la percepción de un estado regular de salud del 32,8% a 5,1% desplazándose del estrato 1 al estrato 5.

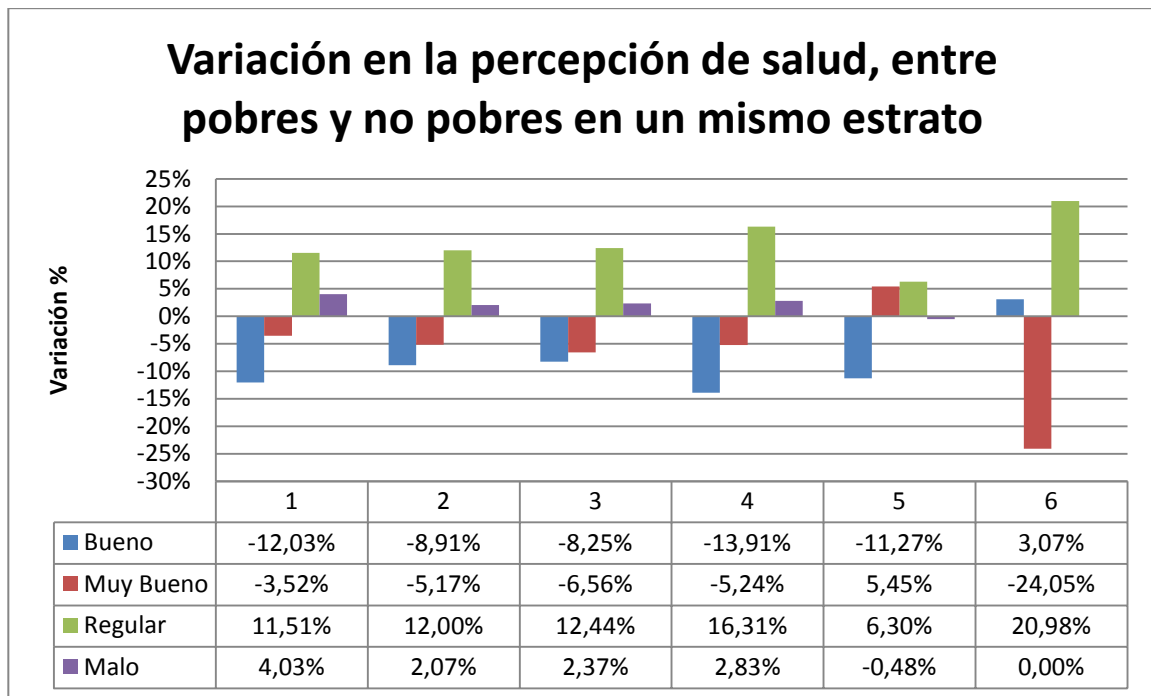


Figura 3-5: Variación en la distribución de la autopercepción de salud por estratos socioeconómicos entre pobres y no pobres
 Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

En contraste, al separar dentro de la misma estratificación social, los pobres de los no pobres, se nota en general para todos los estratos como disminuye la percepción de tener una buena salud y aumenta la percepción de una mala salud si se comparan las percepciones de las personas pobres con los no pobres.

Con respecto a las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, un 95,4% del total de encuestados manifiesta estar afiliados al SGSSS, bien como Contribuyente, Beneficiario o Subsidiado,

Estrato	Si	No
1	94,80%	5,20%
2	95,49%	4,51%
3	96,26%	3,74%
4	95,62%	4,38%
5	99,54%	0,46%
6	100,00%	0,00%
Total	95,39%	4,61%

Tabla 3-4: Porcentaje de Afiliación al SGSSS por Estrato

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

Raza / Sexo	Si	No
Afrodescendiente	92,80%	7,20%
Hombre	91,47%	8,53%
Mujer	94,58%	5,42%
Indígena	95,28%	4,72%
Hombre	94,76%	5,24%
Mujer	96,66%	3,34%
Ninguno	95,48%	4,52%
Hombre	94,83%	5,17%
Mujer	96,70%	3,30%

Tabla 3-5: Porcentaje de Afiliación al SGSSS por Raza y Sexo

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

Al analizar las Tabla 3-4 y 3-5, es posible remarcar, que a medida que se sube en la estratificación social, se incrementa la afiliación al SGSSS, llegando a 100% para el estrato 6, adicional se puede observar que entre las 3 principales razas del país no hay una existe una diferencia en cuanto a porcentaje de cobertura, pero si existe una brecha entre hombres y mujeres, siendo en general mayor el porcentaje de afiliación al SGSSS de mujeres que en hombres. Adicional y cumpliendo el principio de universalidad del sistema de salud, es notable como entre las personas no pobres y las pobres existe una variación de solamente el 0,98% en la cobertura del SGSSS.

Entre ese 4,61% de la población que aún no se encuentra afiliada al SGSSS, se tienen las siguientes razones para no hacerlo:

Muchos Trámites	Falta de Dinero	No le Interesa	No Sabe que Debe Afiliarse	No hay una Entidad Cercana
29,74%	22,12%	39,22%	5,20%	3,72%

Donde por cuenta de la falta de dinero y la cantidad de trámites para afiliarse un 51,86% de estas personas no se han afiliado aun al SGSSS.

Estrato	Subsidiado	Contributivo	Especial
1	75,02%	23,20%	1,78%
2	47,94%	47,55%	4,51%
3	21,83%	71,63%	6,54%
4	8,02%	87,07%	4,91%

5	2,33%	93,02%	4,65%
6	2,33%	97,67%	0,00%
Total	53,08%	43,21%	3,70%

Tabla 3-6: Distribución del tipo de afiliación por Estrato.

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

A partir de la discriminación por tipo de afiliación, destaca como el régimen subsidiado cumple su función, ya que en su mayoría las personas con un nivel socioeconómico mas bajo has podido afiliarse al sistema por medio de este régimen, llegando a ser el 75% del tipo de vinculación al SGSSS en la población más pobre.

Tipo de Régimen	Mala	Buena	Muy Buena	Muy Mala
Subsidiado	18,6%	73,2%	5,2%	3,0%
Contributivo	22,9%	65,9%	6,5%	4,7%
Especial	25,7%	62,5%	8,2%	3,7%
Total	20,7%	69,7%	5,8%	3,7%

Tabla 3-7: Calidad del Servicio por tipo de Régimen de afiliación al SGSSS.

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

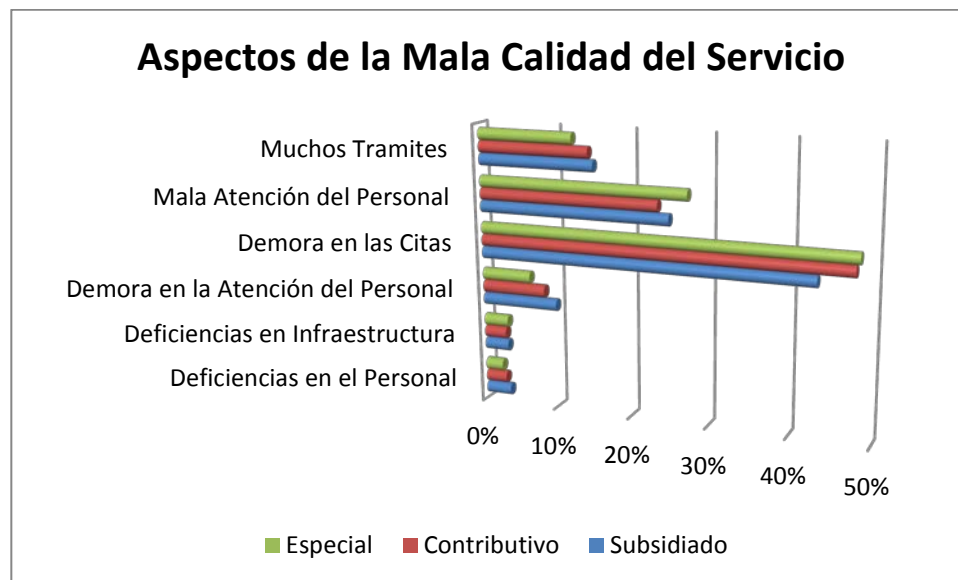


Figura 3-6: Aspectos que afectan la calidad del servicio de Salud discriminada por Régimen de Afiliación

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

En cuanto a la calidad del sistema, más del 75% de los afiliados encuentran como bueno o muy bueno el Sistema de Salud, destacándose el régimen subsidiado donde el 78,4% de sus afiliados están conformes con el servicio.

Entre aquellos que no están conformes, los factores que, en su mayoría inciden en la calidad del servicio son: la cantidad de trámites, la mala atención del personal médico y sobre todo con casi el 50%, la demora en las asignaciones de las citas en el sistema.

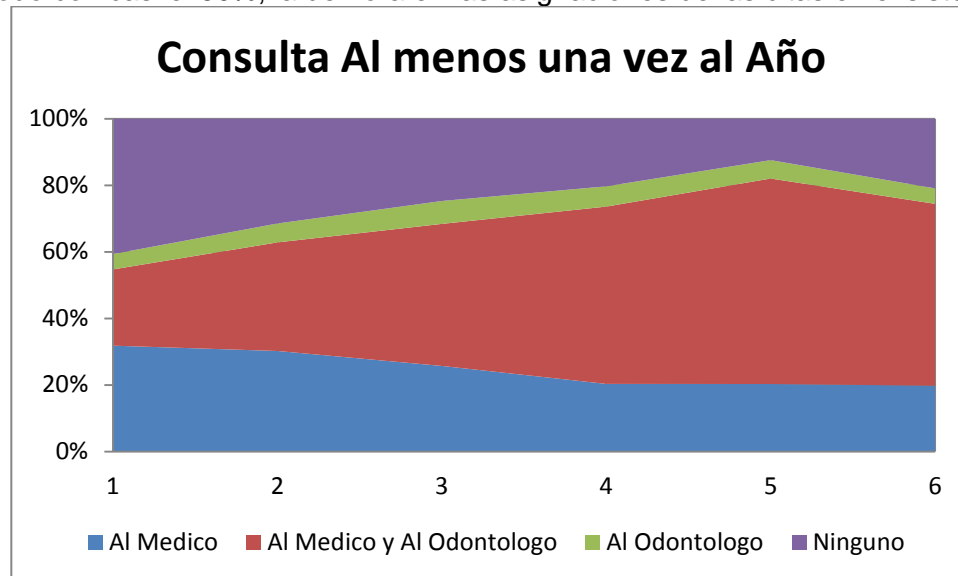


Figura 3-6: Distribución a la pregunta: ¿Sin estar enfermo consulta al menos una vez al año? Por Estrato

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

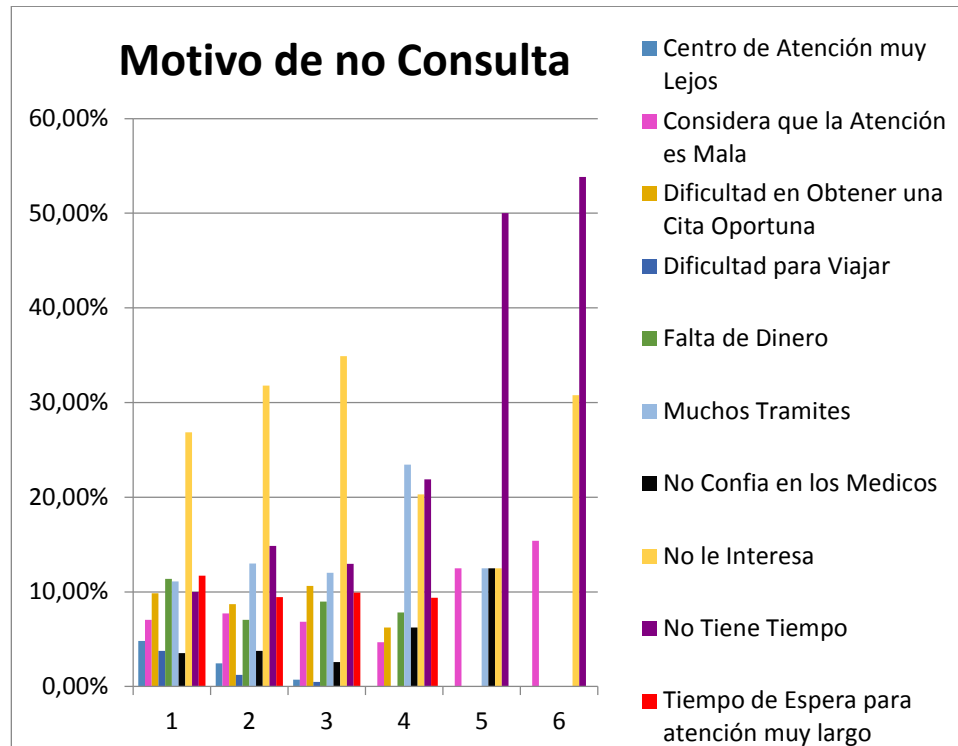


Figura 3-7: Razones para no ir al menos una vez al Médico y/o Odontólogo Por Estrato

Fuente: ENCV 2015 – DANE, Construcción Propia

Para las figuras 20 y 21, se hace evidente como en los estratos más bajos de la población, existe un menor hábito de ir a controles con el médico y/o odontólogo, comparado con los estratos altos (5 y 6). En las estadísticas en la figura 21, excluyendo la razón de no consultar al médico porque considera que tiene buena salud, se encuentra en los estratos bajos, como principales motivos para no ir al médico:

- No le Interesa
- Falta de dinero
- Muchos tramites
- Tiempos de Espera

En cuanto a la clase media (estrato 3 y 4):

- Muchos Tramites
- No le interesa
- No tiene tiempo
- Tiempos de Espera

Para los estratos más altos, se tiene como principales motivos de no consulta:

- No le Interesa
- No tiene tiempo
- Considera que la atención es mala.

Analizando los motivos para no consultar al médico o al odontólogo, se tiene en común para todos los estratos que no les interesa ir o que no tienen tiempo para ir, se debe resaltar como para las clases más pobres, un motivo de no ir al médico es el costo que tiene la consulta, además para los estratos bajos y medios, es un obstáculo los trámites que deben cumplir para asistir a una consulta.

CONCLUSIONES

En el presente documento se hizo una breve reseña de los determinantes de la salud, destacando como elementos esenciales los determinantes sociales de la salud, que se entiende por ellos, como los determinantes externos al individuo, pero que también afectan su estado de salud y bienestar, es así como se evidencio que el contexto social donde crece y se desarrolla el individuo es muy importante para su desarrollo.

En este contexto social, se debe tener presente un factor de distribución tanto de poderes, como de accesos y oportunidades, en donde las desigualdades sociales juegan un papel muy importante y pueden afectar en gran medida la vida de los seres humanos.

Por esta razón se evidencia alrededor del mundo como las desigualdades sociales, afecta en la misma proporción la salud y bienestar de la población.

Para este trabajo se evidencia de igual manera las consecuencias de las diferencias sociales en el estado de salud de la población, por una parte, casi el 80% de la población colombiana, pertenece a la clase baja, donde se presentan las mayores limitaciones al desarrollo de sus capacidades y donde están más expuestos a los diferentes riesgos y aun peor a las trampas de pobreza existentes en el país.

En esta situación es el gobierno que debe garantizar la igualdad entre toda su población, para así brindarle la población menos favorecida una equidad y unas oportunidades de mejor su situación socioeconómica y por ende su bienestar, en el caso de la Salud, el Estado debe garantizar los principios de equidad y eficiencia en el sistema sanitario colombiano.

Al analizar los primeros datos obtenidos de cobertura, se hace evidente la mejora en cuanto a número de afiliados, llegando actualmente hasta un nivel del 95,4% de la población, pero no se debe olvidar que aun faltarían más de 2.200.000 de personas por afiliar al sistema y es en esta estadística donde se encuentra la primera diferencia, entre el estrato socioeconómico más bajo y el más alto, aun se tiene una diferencia de cobertura del 6,2% y sabiendo que la mayoría de la población colombiana se encuentra en este grupo, son muchos los esfuerzo que debe hacer el gobierno para brindarles acceso al SGSSS y eliminando la brecha existente entre los estratos 5 y 6 en tema de cobertura con el resto de la población.

Se debe resaltar en este punto que aproximadamente 1.100.000 personas que no se encuentran aún afiliadas al SGSSS, no lo están por falta de dinero o por la cantidad de trámites que deben cumplir para vincularse al sistema, el otro 1.100.000, simplemente no lo están por falta de educación por parte del gobierno, al mostrarles la necesidad y conveniencia de ingresar al sistema de salud colombiano.

Por otro lado, cabe destacar el rol que está tomando el régimen subsidiado, en la universalización del acceso al sistema sanitario, se nota como este régimen cumple su función social, al ser predominante en la afiliación al sistema de las personas con renos

recursos, llegando a que 3 de cada 4 personas afiliadas al sistema del estrato 1, están afiliadas por medio del régimen subsidiado.

En cuanto a la eficiencia del sistema, existe aún una brecha por mejorar, es particular como de los tres regímenes existentes en el país, el contributivo es el que tiene una peor calificación en el indicador de calidad, con un casi 30% de sus afiliados considera que es mala la atención prestada, esto puede explicarse por la priorización de las lógicas de mercado y las ganancias de las entidades prestadoras de salud por encima del bienestar de sus afiliados.

El último aspecto a considerar en este estudio es la baja asistencia a citas de prevención y control en salud, ya que alrededor de solo el 50% de la población visita al médico y al odontólogo al menos una vez por año, lo que repercute en una deficiente educación sanitaria a la vez, que no permite la temprana detección de posibles enfermedades, aumentando en consecuencia la tasa de mortalidad en el país.

Hay que subrayar que la mayoría de la población no asiste al médico porque no comprende la importancia de estas visitas para su salud, sobre todo en las clases sociales más bajas, adicional, se encuentra como motivos para no consultar, la falta de dinero, la cantidad de trámites y los tiempos de espera para acceder a una cita.

En resumen, a pesar de todo lo dicho, el país va por buen camino, los indicadores de equidad cada día van mejorando, no siendo igual los de eficiencia, pero con la nueva propuesta de la ley estatutaria de salud (Ley 1751 de 2015), se espera que vuelva a ser una prioridad el bienestar y la salud de las personas, por encima de la visión mercantil en la cual había caído el sistema de salud colombiano en los últimos años.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdel-Khalek, A. (2010) Quality of life, subjective well-being, and religiosity in Muslim college students. *Quality of Life Research*, 19(8).
- Borghesi, S., & Vercelli, A. (2012). Happiness and Health: Two Paradoxes. *Journal of Economics Surveys*, 26(2), 203-233
- Carrieri, Vincenzo. (2012) . Social Comparison and Subjective Well-Being: Does the Health of Others Matter?. *Bulletin of Economics Research*, 64(1), 31-55.
- CEPAL (2009). *Panorama Social de América Latina 2008*, Santiago de Chile, Chile, p.75-81.
- Corredor Consuelo, *El Problema de la Pobreza: Una reflexión conceptual*. En: *Pobreza y Desigualdad*, CINEP y Universidad Nacional de Colombia, 1999
- CSDH (2008). *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.
- Deaton, A. (2008). Income, Health, and Well-Being around the World: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspectives*, 22(2): 53-72.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health & Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Fowler, J. and Christakis, N. (2009) Dynamic Spread of Happiness in a Large Social Network: Longitudinal Analysis of the Framingham Heart Study Social Network. *British Medical Journal*, Vol 338, No. 7685 (Jan, 2010), pp. 23-27
- Fresneda Oscar, (2010), *Inequidades en Salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá*, Capítulo 5 libro: *Inequidad Social en Salud: El Caso de Bogotá*, Editor: Darío Restrepo, Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Salud – Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Bogotá D.C., Colombia.
- Garry, J. & Lohan, M. (2011). "*Mispredicting Happiness Across the Adult Lifespan: Implications for the Risky Health Behaviour of Young People*," *Journal of Happiness Studies*, Springer, vol. 12(1), pages 41-49, March 2011
- Gerdtham, U. and M. Johannesson (2001). "The relationship between happiness, health, and socio-economic factors: results based on Swedish microdata", *The Journal of Socio-Economics*, Vol. 30
- Gerstenblüth, Mariana; Jewell, Todd & Rossi, Máximo (2010), *Documento de trabajo: Salud y felicidad en Uruguay*, Departamento de Economía, Universidad de la Republica, Montevideo Uruguay.

- Gomes María Angélica (2005), Panel 1: Contexto del Sistema de Salud, Presentación: Determinantes de la Salud, Taller de Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio de los Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud, San Juan, Puerto Rico, agosto 2005.
<<http://www1.paho.org/hq/documents/events/puertorico05/8-magomez-determsalud-pur05.pdf?ua=1>>
- González Jorge I., Alfredo Sarmiento, Carlos Eduardo Alonso, Roberto Carlos Angulo, Francisco Alejandro Espinosa (2005), Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud, Revista Gerencia y Políticas de Salud, Universidad Javeriana, diciembre 2005
- Hinks, T. and Katsaros, A. (2010). "Smoking Behaviour and Life Satisfaction: Evidence from the UK Smoking Ban," Working Papers 1019, Department of Accounting, Economics and Finance, Bristol Business School, University of the West of England, Bristol
- Kye SuYeon; Park KeeHo, (2014), Health-related determinants of happiness in Korean adults. *International Journal of Public Health*; 2014. 59(5):731-738. 40 ref.
- Ministerio de Salud de Colombia y Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia (ASIS), (2010) Análisis de la Situación de Salud en Colombia 2002-2007, Tomo VI: Análisis de desigualdades e inequidades de salud en Colombia, Bogotá D.C., Colombia.
Cita Corta: ASIS (2010)
- Miquelon, P., & Vallerand, R. J. (2008). Goal Motives, Well-Being, and Physical Health: An Integrative Model. *Canadian Psychology*, 49(3), 241-249.
- Organización Mundial de la Salud, 2014, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, Ginebra Suiza.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la salud. (2007). 140.a Sesión del Comité Ejecutivo. Plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Washington: OMS/OPS.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS (2012), Capítulo 2: Determinantes e Inequidades en salud, Salud en las Américas, Edición 2012: Volumen regional, Washington D.C., Estados Unidos de América.
- Oshio, T. & Kobayashi, M. (2010) "Income inequality, perceived happiness, and self-rated health: Evidence from nationwide surveys in Japan," *Social Science & Medicine*, 70(9), pp.1358-1366.
- Palomino Pedro, Grande María, Linares Manuel (2014). LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI, revista internacional de sociología, Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre, Vol. 72, extra 1, 71-91, junio 2014

- Perneger, T. Hudelson, P. Bovier, P. (2004). *Health and happiness in young Swiss adults*. Quality of life Research. Pp. 171-178
- Rasciute, S. & and Downward, P.I M. (2010), Health or Happiness? What is the Impact of Physical Activity on the Individual? *Kyklos*, Vol. 63, Issue 2, pp. 256-270, Mayo 2010.
- Rojas, M., & Elizondo-Lara, M. (2011). La evaluación de enfermedades: Un enfoque de bienestar subjetivo. *El Trimestre Económico*, 78(3), 527-545.
- Sabatini, F. (2011). *The relationship between happiness and health: evidence from Italy*. Munich Personal RePEc Archive.
- Segura del Pozo, Javier, (2013), *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)* Universidad Nacional de Colombia, Doctorado en Salud Pública, Bogotá D.C. Colombia.
- Subramanian, S. Kim, D. and Kawachi, I (2005) Covariation in the Socioeconomic Determinants of Self Rated Health and Happiness: A Multivariate Multilevel Analysis of Individuals and Communities in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol 59, No. 8 (Aug., 2005), pp. 664-669
- Wilkinson Richard, Pickett Kate, (2009), *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger*, Bloomsbury Publishing, 2009, New York, Estados Unidos de America.
- Zagorski, K. Evans, M. D. R. Kelley, J. Piotrowska, K. (2014) Does national income inequality affect individuals' quality of life in Europe? *Inequality, happiness, finances, and health. Social Indicators Research*; 117(3):1089-1110.