

La equidad en salud en Colombia: un enfoque de determinantes sociales

Rosaura Arrieta Flórez*

Resumen

En este trabajo se examinan los resultados de salud en Colombia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y del enfoque de derechos, en zonas rurales y urbanas. Este ejercicio se realiza teniendo en cuenta los determinantes de acceso y uso de servicios de salud, y de estado de salud, medidos a través de la afiliación, el número de miembros de la familia hospitalizados en el último mes y la morbilidad en niños.

Con el fin de profundizar la explicación de estos resultados en salud se analizó el estado de algunos de sus determinantes estructurales, como son el acceso a agua potable, el material de pisos y paredes de la vivienda, la educación del jefe de hogar y la región de residencia; igualmente se exploraron las posibles causas de las inequidades observadas en el estado de salud y sus determinantes por

* Docente de cátedra de la Universidad de San Buenaventura en la Facultad de Ciencias Políticas y Jurídicas. Investigadora en temas de pobreza y movilidad social del programa de Economía Universidad Pontificia Bolivariana Montería. Estudiante de la Maestría en Política Social de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Actualmente es coinvestigadora en dos proyectos de investigación de la Pontificia Universidad Javeriana, "Formulación de la política pública de salud para la población en situación de desplazamiento en Bogotá", en convenio con la Secretaría Distrital de Salud y "Determinantes Sociales de la Desnutrición en Colombia" en convenio con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

medio de un modelo análisis probabilístico que permite establecer la contribución de cada uno de los determinantes en salud.

Se encontró que el acceso de las familias al sistema de atención en salud en las zonas urbanas (medido por afiliación) alcanza una cobertura superior en 13% a la de las zonas rurales. A pesar de esto, se observaron avances en cuanto a acceso y equidad en la atención, pues se ha aumentado la afiliación en las zonas urbanas y rurales en más del 50% entre los años 1995 y 2005.

Palabras clave

Morbilidad, determinantes sociales de la salud, equidad.

Summary

In this work the results of health in Colombia are examined from the perspective of the social determinants of the health and the approach of rights, in countryside and urban. This exercise is made having in account the determinants of access and use of services of health, and state of health, measured through the affiliation, the number of members of the family hospitalized in the last month and the morbidity in children.

With the purpose of deepening the explanation of these results in health the state of some of its structural determinants was analyzed, as they are the access to potable water, the material of floors and walls of the house, the education of the home head and the region of residence; also the possible causes of the inequities observed in the state of health and its determinants were explored, by means of a próbit model analysis that allows to establish the contribution of each one of the determinants in health.

One was that the access of the families to the system of attention in health in the urban zones (measured by affiliation) reaches a

cover superior in 13% to the one of the countryside. In spite of this, advances as far as access and fairness in the attention were observed, because the affiliation in the urban and rural zones in more has been increased of 50% between years 1995 and 2005.

Keywords

Morbidity, social determinants of health, equity.

Introducción

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en su artículo 12 define que “el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana”; este documento hace extensivo ese derecho a los factores determinantes básicos de la salud como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua potable y limpia, y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras, y un medio ambiente libre de contaminación. Lo anterior implica que el derecho a la salud supera el simple derecho a no padecer enfermedades y acceder al sistema de atención en salud, es decir, para garantizar este derecho los Estados tienen la obligación de ofrecer una variedad de servicios y bienes que garanticen el logro del “más alto nivel posible de salud”.

Teniendo en cuenta la mencionada perspectiva, este trabajo pretende, en primer lugar, analizar los resultados en salud de las zonas rurales y urbanas colombianas a partir de los determinantes de acceso y uso de servicios de salud, y de estado de salud, medidos a través de, I) la afiliación, II) el número de miembros de la familia hospitalizados en el último mes y III) la morbilidad en niños menores de cinco años.

Con el fin de profundizar en la explicación de estos resultados en salud se analizará el estado de algunos de sus determinantes estructurales como son el acceso a agua potable, el material de pisos y paredes de la vivienda, la educación del jefe de hogar y la región de residencia.

Por último, y para explicar las causas de las inequidades observadas en el estado de salud y sus determinantes, se realizó un análisis probabilístico que permite establecer la contribución de cada uno de los determinantes a la explicación de los resultados en salud.

II. Fuente de datos

El trabajo utiliza la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) del año 2005. La ENSIN tiene un tamaño muestral de 158.000 personas (unas 37.000 familias) y contiene información sobre condiciones de la vivienda (material de piso y paredes, características de los miembros del hogar), mujeres en edad reproductiva (fertilidad, nupcialidad, planificación familiar, salud materna), así como de sus hijos (mortalidad infantil, estado nutricional, entre otros). La encuesta utilizada para este trabajo no contiene información sobre ingresos –información sustancial para observar las inequidades por quintiles o deciles–; por tanto, para subsanar esta falencia se realizó el análisis con índice de riqueza, lo que permite aproximarse a la situación de ingresos de la familia. La variable utilizada para analizar los resultados en el estado de salud es la morbilidad infantil en niños menores de cinco años debido a la insuficiencia de información para analizar la desnutrición infantil¹.

1 Para calcular la desnutrición infantil es necesario conocer el patrón tipo establecido como población de referencia por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La proporción de niños que está por debajo de dos desviaciones estándar con respecto a esta población de referencia se utiliza como indicador del nivel de desnutrición en la población en estudio.

III. Resultados en salud

Analizando las desigualdades sociales en salud, Dahlgren y Whitehead (1991) afirman que éstas son el resultado de interacciones en distintos niveles de condiciones causales que van desde el mismo individuo hasta las comunidades y el nivel de las políticas sanitarias. En esta perspectiva, variables como la edad, el sexo y los factores genéticos influyen en primera instancia sobre el potencial último de salud de las personas.

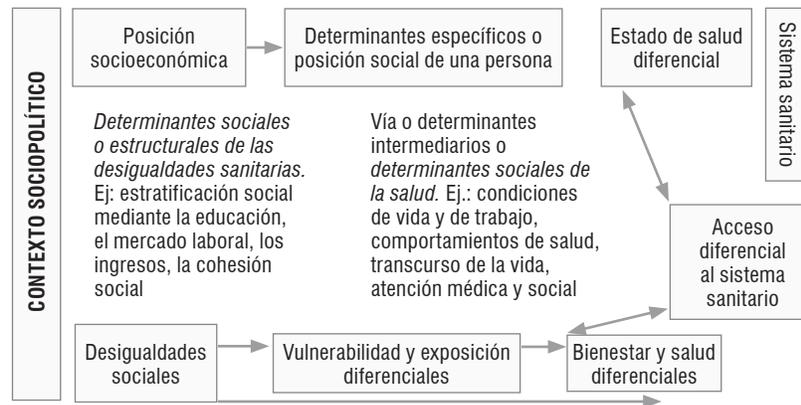
Estos mismos autores plantean que la alimentación y las barreras económicas se convierten en restricciones para alcanzar un modo de vida más sano; sin embargo, son los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, los suministros alimenticios y el acceso a establecimientos y servicios esenciales, los que condicionan el objetivo de alcanzar el potencial más alto de salud. En estas capas, las viviendas más deficientes, la exposición a condiciones de trabajo más estresantes o peligrosas y un acceso más limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para los que se encuentran en una situación socialmente desfavorecida.

Por su parte, Diderichsen, Evans y Whitehead (2001) basados en Diderichsen y Hallqvist (1998), subrayan que los contextos sociales crean una estratificación social y asignan a las personas distintas posiciones sociales, y éstos, sus oportunidades de salud. Mecanismos como el sistema educativo, las políticas laborales, las normas en torno al género y las instituciones políticas juegan entonces un papel preponderante en la estructura explicativa propuesta por estos autores.

La mencionada estratificación provoca la “exposición diferencial” a condiciones perjudiciales para la salud. Para efectos de este trabajo, los mecanismos de estratificación socioeconómica hacen que las personas se vean más expuestas y vulnerables ante factores que ponen en riesgo la salud. En últimas, la posición socioeconómica tiene influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos

o intermediarios, como son las condiciones materiales, la situación laboral y de la vivienda (ONU, 2005).

Figura 1.



Fuente: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

No sólo hay consideraciones de desigualdad y de condiciones materiales que justifiquen logros en salud en la sociedad. Las personas que padecen mala salud ascienden en la escala social con menor frecuencia y, en general, descienden en la escala social más que las personas sanas. Esto implica que el sistema sanitario puede considerarse como un factor social determinante de la salud en sí mismo, además de la función clave que tiene el sector de la salud de promover y coordinar la política de determinantes sociales de la salud.

Partiendo de este marco conceptual y de las posibilidades que ofrece la ENSIN, este trabajo tomará como variable generadora de estratificación social el nivel educativo del jefe de hogar, y como variables generadoras de exposición diferencial el acceso a saneamiento básico y las condiciones de la vivienda (pisos y paredes), definiendo ambas características por su ubicación geográfica. Por último, se utilizará como variables para analizar los resultados en salud, el acceso por capacidad de uso, por necesidad de uso y la morbilidad infantil en niños de 0 a 5 años debido a su condición de vulnerabilidad.

En la Tabla 1 se resume el acceso por capacidad de uso en las zonas urbanas y rurales colombianas, teniendo en cuenta la afiliación al Sistema de Seguridad Social. En primera instancia, en las zonas urbanas el acceso de las familias a este sistema alcanza una cobertura cercana al 70%, del cual más de la mitad –el 41%– pertenece al régimen contributivo.

En las zonas rurales la afiliación es del 57%; de esta población el 41% accede a la atención en salud a través del régimen subsidiado. Estos resultados se ajustan a lo hallado por autores como Flórez (2000; p. 29), quienes muestran un aumento de la afiliación tanto en las zonas urbanas como rurales², y la reducción de los diferenciales urbano-rurales. En este último caso, la brecha de afiliación a favor de las zonas urbanas, que en 1995 era 4.5 veces la rural, se reduce a 1.2 veces en 2005.

Tabla 1. Miembros del hogar protegidos por el Sistema de Seguridad Social

	Urbano		Rural		Población Dispersa		Total
	Total	%	Total	%	Total	%	
ISS	7.747	89,5	556	6,4	353	4,1	8.656
EPS	34.527	91,3	2.242	5,9	1.068	2,8	37.837
ARS	33.567	63,1	8.868	16,7	10.754	20,2	53.189
Agencias públicas	394	46,7	191	22,6	259	30,7	844
Ejército/Policia	2.214	93,5	118	5,0	36	1,5	2.368
Ecopetrol	108	95,6	3	2,7	2	1,8	113
Sistema educativo	2.015	85,2	266	11,2	84	3,6	2.365
Foncolpuertos	72	82,8	8	9,2	7	8,0	87
No es miembro	33.674	66,1	9.154	18,0	8.121	15,9	50.949

Fuente: Cálculo del autor con base en ENSIN-2005.

2 La afiliación en las zonas urbanas pasa del 38.8 en 1995 a 70% en el 2005, mientras en las zonas rurales pasa de 8.6 en 1995 a 57% en el 2005.

Sin embargo, la información analizada no permite observar más allá de la situación de pobreza y desempleo de las zonas rurales, pero sí se relaciona con otros resultados en salud por necesidad de uso; por ejemplo, se observa que en las zonas rurales sólo en el 14% de las familias ningún miembro se ha enfermado el último mes, resultado muy bajo frente a las zonas urbanas donde esta proporción es del 72%. Peor aún, las inequidades se presentan dentro de la misma zona urbana de tal forma que la probabilidad de que una persona que pertenece al quintil 1 de la población por índice de riqueza³ se enferme en el último mes es 1.57 veces mayor que las que pertenecen al quintil 5. Lo anterior refleja más claramente que la afiliación no es suficiente para alcanzar, como lo proclama las Naciones Unidas, el nivel más alto de salud posible.

En la Tabla 2 se amplía este análisis por regiones. Los resultados comprueban que en aquellos lugares donde la oferta de bienes y servicios –como acueductos, alcantarillados, instituciones educativas, personal médico, entre otros– es amplia, el número de personas enfermas por hogar es mucho menor; este es el caso de Bogotá, donde en promedio el 5.8% de los hogares ha tenido entre 1 y 3 personas enfermas el último mes, cifra que es cinco veces mayor en la región Caribe colombiana.

3 En el enfoque utilizado, el nivel socio-económico se define en términos de activos o riqueza en los hogares encuestados, en vez de ingresos o consumo. En la ENDS del año 2005 se recolectó información detallada sobre características de la vivienda y sobre la disponibilidad de ciertos bienes de consumo duradero que se relacionan directamente con el nivel socio-económico. A cada hogar se le asigna un valor que es generado mediante la metodología de análisis de componentes principales, dependiendo de la disponibilidad de bienes y las características de la vivienda. A los residentes de un determinado hogar se les asigna el valor del hogar en el cual residen. Esto permite crear quintiles poblacionales de "bienestar" o de "riqueza", es decir, cinco grupos con el mismo número de personas en cada uno.

Tabla 2. Miembros del hogar enfermos el último mes en regiones colombianas (%), 2005

Personas	Caribe	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá
1	27,2	16,5	21,9	14,9	5,9
2	31,0	19,3	18,0	11,9	6,7
3	29,9	24,1	15,6	13,2	4,9

Fuente: Cálculo del autor con base en ENSIN-2005.

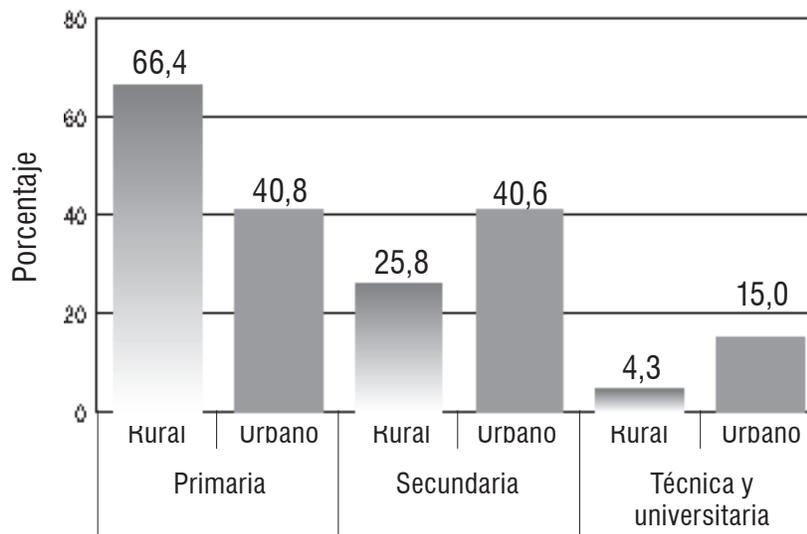
Los diferenciales regionales se observan mejor al analizar la batería de bienes y servicios al que deben acceder las familias para alcanzar el nivel más alto de salud posible; estos bienes y servicios son: nivel máximo de educación alcanzado por el jefe de hogar, material de pisos y paredes de la vivienda y fuente de acceso a agua.

IV. ¿Qué determina los resultados en salud?

En el Gráfico 1 se observan los considerables desequilibrios urbano-rurales en los niveles de escolaridad del jefe de hogar, aunque cabe anotar que en ambas zonas un porcentaje muy bajo de la población alcanza los niveles técnico y profesional (4.2% en las zonas rurales y 14.9% en las urbanas), lo cual determina la estratificación social de las familias y su nivel de ingreso.

Esta situación se hace más crítica en las zonas rurales, donde el nivel de escolaridad del 66% de los jefes de hogar es la primaria, y sólo el 4.2% alcanza niveles técnicos y profesionales. En las zonas urbanas, por su parte, el acervo de años de educación es 1.6 veces mayor en la básica secundaria y 3.7 veces mayor en el nivel técnico y profesional que en las zonas rurales.

Gráfico 1. Educación del jefe de hogar por área, 2005



Fuente: Cálculo del autor con base en ENSIN-2005.

Otro mecanismo que genera estratificación social son las condiciones sanitarias medidas a través del acceso a agua potable, alcantarillado y el combustible utilizado para cocinar debido a que aumentan el riesgo a enfermarse, al tiempo que generan vulnerabilidad diferencial (ONU, 2005).

La Tabla 3 muestra igualmente las profundas brechas existentes entre las zonas rurales y urbanas en relación con el acceso a servicios y saneamiento básico. De hecho, el acceso a agua potable y alcantarillado en las ciudades es 6.15 y 10 veces superior que en las zonas rurales, respectivamente.

Tabla 3. Acceso a servicios de saneamiento según zonas de residencia, 2005

		Urbano (%)	Rural (%)	Población dispersa (%)
Acceso a Gas Natural	No	61,0	19,1	19,8
	Yes	96,8	3,0	0,2
Access to Piped Water	No	37,1	17,1	45,8
	Yes	79,4	13,1	7,5
Access to Sewer	No	36,7	23,7	39,7
	Yes	90,1	9,0	0,9
Access to Garbage Colection	No	16,0	30,5	53,5
	Yes	90,7	8,5	0,8

Fuente: Cálculo del autor con base en ENSIN-2005.

Tabla 4. Material del piso en viviendas según zona de residencia, 2005

Materiales	Urbano (%)	Rural (%)	Población dispersa (%)
Earth/Sand	30,9	31,4	37,7
Wood Planks	53,5	13,8	32,7
Cement/Gravel	69,9	16,7	13,4
Marmol, Parquet, Polished Wood	96,4	3,0	0,5
Rug, Carpet	98,7	1,3	0,0
Ceramic Tiles, Vinyl, Bricks	91,6	5,3	3,1
Other	84,2	15,8	0,0

Fuente: Cálculo del autor con base en ENSIN-2005.

Tabla 5. Material de las paredes según zona de residencia, 2005

	Urbano (%)	Rural (%)	Población dispersa (%)
Bamboo, Straw, Other Plants	27,1	33,3	39,6
Adobe (Mud Bricks)	40,9	20,8	38,3
Bamboo with Mud Plaster	30,4	31,7	37,9
Planks	51,1	16,7	32,2
Compact Dirt/Mud	34,4	33,8	31,8
Zinc, Canvas, Plastics	72,3	13,0	14,7
Bricks/Polished Wood/Premanufactured Mat	81,8	10,9	7,3
Without Walls	44,4	14,8	40,7
Other		20,4	79,6

Fuente: Cálculo del autor con base en ENSIN-2005.

V. Determinantes de la morbilidad infantil en Colombia: un análisis probabilístico

Según la ONU (2005), un modelo integral de determinantes sociales de la salud debe proporcionar un marco para evaluar cuáles de estos factores son los más importantes de analizar y también debe proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los determinantes sociales de la salud⁴.

Dentro de las categorías de determinantes de la salud se considera que, por una parte, la estratificación social, los ingresos y la educación se convierten en factores estructurales de la salud; en tanto que otros como las condiciones de vida, las condiciones laborales, la disponibilidad de alimentos, los comportamientos de la población⁵, que pueden convertirse en barreras para adoptar modos de vida sanos, conforman los llamados factores intermediarios de la salud (ONU, 2005). Este marco explicativo será utilizado en este trabajo para analizar los determinantes de la morbilidad infantil en Colombia.

¿Por qué la morbilidad infantil? Según la ONU (2005), las agrupaciones de la población pertinentes para el análisis y la acción en relación con los determinantes intermediarios pueden definirse según el mayor grado de vulnerabilidad y por la geografía (zonas de residencia, especialmente pobres) de los grupos analizados, siendo los niños uno de los grupos que más reúnen estas condiciones. Por ejemplo, para Espinosa y Albis (2005), uno de los rasgos predominantes de la pobreza en las regiones colombianas “son sus mayores niveles –de pobreza– en las zonas rurales. En 2003, el porcentaje de

4 Aparte de los anteriores atributos, el modelo debe aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud, indicar cómo los determinantes principales se relacionan entre sí (ONU, 2005; p.12)

5 El sistema sanitario en sí mismo también debe comprenderse como un factor intermediario determinante. La función del sistema sanitario se torna particularmente pertinente por la vía del tema del acceso, que incorpora diferencias en la exposición y la vulnerabilidad.

hogares ubicados por debajo de la LP en esta área –que también incluye los centros poblados– es mayor en 23 puntos porcentuales que el porcentaje de hogares pobres de los centros urbanos”.

Además, en regiones como la costa caribe colombiana, son los niños (con edad entre 11 años y menos) la franja de población más pobre de la región (con el 22.3%), y mucho más grave aún, la que concentra el mayor número de personas en condiciones de indigencia (el 13.2%). Los datos indican que en esa región el número de niños por debajo de la LP pasó de 1.821.030 niños en 1997 a 2.131.787 en 2003.

Basado en este marco teórico que permite identificar un conjunto de variables explicativas potenciales, se procede a hallar los factores sociales que explican la morbilidad infantil en Colombia, uno de los propósitos del presente trabajo. Para ello, se utilizará un modelo probabilístico que trata de capturar este marco explicativo. La estructura general del modelo, basado en el análisis de los individuos, es la siguiente:

$$Y = \beta_x X + \beta_H H + \beta_Z Z \quad (1)$$

donde Y es una variable dicotómica –que representa una condición o estado– que toma el valor de uno cuando el niño menor de 5 años está enfermo, y cero en caso contrario. El criterio utilizado en la identificación de la morbilidad es el número de personas de la edad en referencia que ha sufrido problemas de salud el último mes. X es un conjunto de características individuales relacionadas con las condiciones de vida de las personas que integran el hogar, como el saneamiento básico, las condiciones de la vivienda y su estado socioeconómico. Por su parte, H incorpora variables propias del jefe del hogar (laborales y educativas), sobre la base de que los resultados de los padres se reflejan sobre el grado de bienestar de los niños, amén de que el estado de salud de éstos no depende de variables controladas autónomamente. Z, a su vez, describe el grado de

morbilidad asociado a las características geográficas-regionales y de localización de la población, las cuales recogen procesos de dotación de capital y recursos (humano, físico y de infraestructura y financieros) de largo plazo que permiten caracterizar la zona de residencia o el entorno de la unidad de análisis.

Los resultados de la estimación se presentan en la Tabla 6. En el caso colombiano, el poder explicativo de las variables que definen la condición de morbilidad infantil es satisfactorio; de hecho, los signos de la mayoría de los coeficientes de las variables explicativas se ajustan a lo esperado, y junto con el grado de significancia estadística, validan las conclusiones derivadas del análisis propuesto anteriormente.

Tabla 6. Determinantes de la Morbilidad Infantil en Colombia, 2005

Variable dependiente: Niños (0-5 años) enfermos (SI=1; No=0)	Efecto marginal			z			P>z		
	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL
	VARIABLES DE LAS PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA								
Condiciones de la vivienda (Mala=1; Buena=0)	3.3	4.7	3.3	2.88	2.54	1.58	0.004*	0.011**	0.115
Saneamiento básico (SI=1; No=0)	-1.3	-3.3	-1.2	-1.25	-2.02	-0.51	0.210	0.044**	0.609
Afiliación a Sisbén (SI=1; No=0)	-1.7	-1.8	1.5	1.94	1.98	0.24	-0.05**	-0.05**	0.808
VARIABLES DEL JEFE DEL HOGAR									
Jeje desempleado (SI=1; No=0)	7.8			2.59			0.009*		
Jeje con trabajo (SI=1; No=0)	-1.9			-2.20			0.028**		
Años de educación del jeje	-3.0			-3.28			0.001*		
Analfabeta	-16.7			-3.47			0.001*		
Primaria completa	-13.0			-3.90			0.000*		
Secundaria completa	-7.8			-3.00			0.003*		
Universitaria completa	3.2			1.45			0.145*		
VARIABLES GEOGRÁFICAS Y REGIONALES									
Área (Urbana=1; Rural=0)	3.8			4.51			0.000*		
Caribe	2.2			1.93			0.053**		
Oriental	7.8			5.87			0.000*		
Central	-7.2			-6.06			0.000*		
Pacífica	5.7			4.42			0.000*		
Bogotá	-1.8			-1.02			0.306		

*: Significativa al 1%; **: Significativa al 5%;***: Significativa al 10%.

En resumen, se pueden extraer las siguientes conclusiones del modelo estimado para Colombia:

- En aquellos hogares donde no es adecuada la condición de la vivienda, descrita por el material de los pisos y de las paredes, la probabilidad de un niño de padecer enfermedades se eleva en 3.3% frente a otros niños que habiten viviendas en buen estado. Esta probabilidad se eleva –en casi un tercio– cuando se analizan los niños de hogares en las zonas urbanas, y se reduce cuando se trata de niños que residen en áreas rurales, donde a pesar de contar con el signo adecuado no resultó significativo el coeficiente; una posible explicación de este resultado es la homogeneidad existente en los materiales de construcción de las viviendas rurales, lo que reduce el grado de variabilidad de este factor (y el modelo propuesto intenta justamente explicar las diferencias de morbilidad a través del ejercicio probabilístico).
- Los niños que habitan hogares urbanos que cuentan con saneamiento básico (medido en nuestro análisis a través del acceso a agua potable) reducen el riesgo de contraer enfermedades hasta en un 3.3%, en relación con los niños que viven en hogares donde esta conexión no existe. Los resultados indican que esto no se aplica al caso de las zonas rurales: una explicación a este fenómeno radica en el hecho de que en estas áreas no existe diferencia sustancial entre hogares con o sin acceso al agua potable, lo que se refleja en los bajos niveles y avances en el abastecimiento de agua en las regiones colombianas. Según Espinosa y Alvis (2005), salvo en Bogotá, en el agregado nacional el abastecimiento de agua ha retrocedido entre 1997 y 2003 y a la vez restringido los avances en la calidad de vida y el entorno de la infraestructura, unos de los principales componentes del Índice de Condiciones de Vida (ICV).
- Los niños de las zonas urbanas que tengan acceso a la atención en salud a través del régimen subsidiado reducen la probabili-

dad de enfermarse en un 1.8% frente a otros similares que no cuentan con este servicio. Para las zonas rurales esta relación de causalidad no se cumple, lo que permite concluir que, dadas las notables diferencias entre las zonas urbanas y rurales, los determinantes de la salud difieren entre ellas.

- Los niños que habitan un hogar cuyo jefe se encuentre desempleado aumentan en casi el 8% la probabilidad de contraer enfermedades. Contrario a este resultado se observa que aquellos niños que habitan en hogares cuyo jefe se encuentra trabajando reducen su probabilidad de enfermar hasta en un 2%. Estos resultados corroboran el marco teórico explicado anteriormente, en el cual las condiciones laborales generan estratificación social y aumentan la vulnerabilidad diferencial de las familias.
- Un resultado contundente del ejercicio es la reducción de la morbilidad infantil en un 3% cuando el jefe de familia aumenta en un año su acervo educativo. Utilizando un modelo *spline* para capturar el efecto diferencial de las dotaciones de capital humano educativo, esta relación se mantiene (variando las probabilidades) si se analiza por niveles: si un padre alcanza la primaria completa, su hijo reduce hasta en 13% su probabilidad de enfermarse; si alcanza el nivel de secundaria completa la probabilidad se reduce en un 7.8%. La importancia de la educación como factor de distribución de poder, entendido como poder de agencia y de riqueza, la cual determina la posición de los individuos en la sociedad, puede explicar estos resultados. La reducción de esta probabilidad a medida que se escala el nivel educativo –y que desaparece con la educación universitaria– puede deberse a la baja proporción de individuos que alcanzan este nivel educativo tanto en las zonas urbanas como rurales.
- Si reside en Bogotá, un niño reduce su probabilidad de enfermarse en un 2%; contrario a esto, aquellos niños que habitan en las regiones Pacífica, Oriental o Caribe aumentan su probabili-

dad de enfermarse hasta en 5.7%, 7.8% y 2.2%, respectivamente. Estos resultados confirman el peso específico de las brechas y las inequidades regionales existentes tanto en los determinantes sociales de la salud –estructurales e intermedios– como en los resultados de salud.

VI. Conclusiones y recomendaciones

A pesar de que Colombia ratificó su compromiso a cumplir la Enmienda de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud –extendido a los determinantes sociales de ésta–, la situación del acceso a la atención en salud y a los determinantes sociales es precaria e inequitativa. En este trabajo se encontró que el acceso de las familias al sistema de atención en salud en las zonas urbanas (medido por afiliación) alcanza una cobertura superior en 13% a la de las zonas rurales.

Se observan avances en cuanto a acceso y equidad a la atención en salud, pues se ha aumentado la afiliación en las zonas urbanas y rurales en más del 50% entre los años 1995 y 2005; este avance se presenta al igual que la reducción de los diferenciales urbano-rurales, cuya brecha de afiliación a favor de las zonas urbanas pasó de ser 4.5 a 1.2 veces la rural.

El análisis sobre las causas de las inequidades urbano rurales en morbilidad infantil mostró que si bien hay determinantes comunes como el nivel educativo del jefe de hogar, se encontró que características como las condiciones de la vivienda y el saneamiento básico no tienen el mismo efecto en las zonas rurales. Una posible explicación de este resultado es el hecho que en estas áreas no existe diferencia sustancial entre hogares con o sin acceso al agua potable, o en los materiales de construcción de la vivienda.

Teniendo en cuenta estos resultados, se hace necesario aumentar los esfuerzos estatales para mejorar la infraestructura básica y

la disponibilidad de servicios públicos en las zonas rurales, puesto que esto permitiría observar su efecto real en la morbilidad infantil en estas zonas. Igualmente, debe considerarse la importancia de la educación en la reducción de la morbilidad infantil tanto en las zonas urbanas como rurales, en tal sentido se recomienda aumentar la cobertura en el nivel de básica secundaria en estas últimas.

VII. Bibliografía

- DAHLGREN, G. y WHITEHEAD, M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute for Future Studies, Stockholm, 1991.
- DIDERICHSEN, F.; EVANS, T. y WHITEHEAD, M. "The Social Basis of Disparities in Health". En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health. From ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 13-23.
- ESPINOSA, Aarón y ALBIS, Nadia. "Pobreza, calidad de vida y distribución del ingreso en el Caribe colombiano a principios del siglo XXI". Revista *Aguaita*, Cartagena: Observatorio del Caribe Colombiano, 2005.
- FLÓREZ, Carmen. "La Equidad en el sector salud: Una Mirada de diez años". Bogotá: Fundación Corona, Fundación Ford, 2002.
- HALLQVIST, J.; LUNDBERG, M. y DIDERICHSEN, F. "Socio-economic Difference in Risk for Myocardial Infarction 1971-94 among Men and Women in Sweden. *International Journal of Epidemiology*, 1998. 27:410-415.
- ONU. "Observación General, N.º 14". Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000. p. 1.

Recibido: marzo 2008

Arbitrado: abril 2008