Clase y Social Salud

Informe Técnico ONS / Octava Edición / 2016-2

Instituto Nacional de Salud
ons observatorio nacional de salud
MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA
Viceministra de Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (E)

SANDRA LORENA GIRÓN VARGAS
Directora de Epidemiología y Demografía

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General INS

ESPERANZA MARTÍNEZ GARZÓN
Secretaria General

OFICINA DE COMUNICACIONES INS

CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA
Director Observatorio Nacional de Salud

Carlos Andrés Castañeda Orjuela
Director Técnico Observatorio Nacional de Salud

Equipo de trabajo

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

Equipo de apoyo

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

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

Direcciones Instituto Nacional de Salud

Jorge Martín Rodriguez Hernandez
Dirección de Investigación
Mancel Enrique Martínez
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
Mauricio Beltrán Durán
Dirección de Redes en Salud Pública
Nestor Fernando Mondragón
Dirección de Producción

Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. Clase social y salud. Informe técnico ONS. 8ª ed. Carlos Andrés Castañeda Orjuela, director ONS. Bogotá: INS, 2016. 165p.

1.- CLASE SOCIAL-SALUD
2.- CONDICIONES SOCIOECONOMICAS
3.- CALIDAD DE VIDA
4.- AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR CALIDAD DE VIDA
5.- INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA
6.- DESIGUALDADES EN LA SALUD

I.- Castañeda Orjuela, Carlos Andrés II.- Ministerio de Salud y Protección Social. III.- Instituto Nacional de Salud

ISSN: 2346-3325

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Clase Social y Salud; Octavo Informe Técnico (Pag.). Bogotá, D.C., 2016.

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

Todos los derechos reservados ©
Colombia, Noviembre de 2016

ONS © 2016

Tabla de contenido

Introducción

Capítulo 1
Aspectos conceptuales para comprender la relación entre clase social y salud

Introducción
Agradecimientos
1.1. Clase social y desigualdades en salud
1.2. Conceptos de clase social
1.3. Enfoques relacionales: entre la corriente marxista y weberiana
1.3.1. Enfoque neoweberiano de clase social
1.3.2. Enfoque neomarxista de clase social
1.4. Propuesta de análisis de clase social y salud para Colombia

Capítulo 2
Clasificación ocupacional para el análisis de clases sociales y salud a partir de las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida en Colombia

2.1. Antecedentes
2.2. Clasificación para la construcción de la categoría clase social
2.2.1. Asignación operativa de clases sociales utilizando la ENCV y construcción de la estructura poblacional por clase en Colombia
2.2.2. Clase de servicio (Ia, Ib, IIa, IIb, Va y Vb)
2.2.2.1. Directivos (Ia y Ib)
2.2.2.2. Profesionales y técnicos (IIa y IIb)
2.2.2.3. Empleados (Va y Vb)
2.2.3. Pequeña burguesía (IIIa y IIIb)
2.2.4. Campesinos y obreros agropecuarios (Va, Vb y VII)
2.2.5. Obreros industriales (VIa, VIb, VIc)
2.2.6. Empleados domésticos (VIII)
2.2.7. Otros trabajadores (IX)
2.2.8. No Clasificables (X)
2.3. Composición de la estructura de clases en Colombia 2008-2015
2.4 Discusión

Capítulo 3
Relación entre clase social y salud en población colombiana: revisión de literatura

Introducción
3.1. Metodología
3.2. Resultados
Conclusiones

Capítulo 4
Desigualdades en los indicadores de salud y calidad de vida por clase social

Introducción
Metodología
Resultados
4.1. Condiciones de vida
4.1.1. Porcentaje de población en hogares que habitan viviendas con piso de tierra
4.1.2. Porcentaje de persona en viviendas sin acueducto
4.1.3. Porcentaje de población en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la eliminación de excretas
4.1.4. Porcentaje de población en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la recolección de basuras
4.1.5. Hacinamiento critico
4.1.6. Entornos inadecuados
4.1.7. Población en hogares que se consideran pobres
4.1.8. Personas en hogares con ingresos insuficientes para el gasto
4.1.9. Personas en hogares donde uno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas
4.1.10. Personas en hogares sin alimentos por falta de dinero
4.2. Autopercepción del estado de salud
Introducción
4.2.1. Autopercepción del estado de salud por clase social
4.3. Dimensión enfermedad declarada
Introducción
4.3.1. Enfermedad crónica declarada
4.3.2. Autorreporte de enfermedad, accidente o problema odontológico, que no haya implicado hospitalización, en los últimos 30 días
4.4. Prevalencia de la discapacidad declarada
4.4.1. Desigualdades por posición de clase social en la prevalencia de la discapacidad declarada
4.5. Dimensión de acceso de la población a los servicios de salud por enfermedad, accidente o problema de salud

4.5.1. Personas enfermas en los últimos 30 días que no solicitaron atención por falta de dinero
4.5.2. Días promedio entre la solicitud de la cita y el momento de la consulta
4.5.3. Personas atendidas con calificación negativa del servicio de salud
4.5.4. Personas con enfermedad, accidente o problema de salud en los últimos 30 días remitidos a especialistas
4.5.5. Días para obtener cita con el especialista en los últimos 30 días
4.5.6. Población con enfermedad, accidente o problema de salud que fue atendida de urgencias
4.5.7. Población con una hora o más de espera para ser atendido por personal médico de urgencias
4.5.8. Población con enfermedad, accidente o problema de salud en los últimos 30 días, con formulación y entrega de medicamentos
4.5.9. Atención periódica en pacientes con enfermedad crónica
4.5.10. Clase social y afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud
4.5.11. Clase social y acceso al sistema pensional

Discusión y conclusiones

Listado de tablas

Capítulo 1
Tabla 1.3.1. Esquema desagregado de posiciones de clase
Tabla 1.3.2. Esquema resumido de la clasificación por posiciones de clase social
Tabla 1.3.3. Esquema de posiciones de la clase social de E.O. Wright
Tabla 1.3.4. Modelos de análisis de clase
Tabla 1.3.5. Posiciones de clase social

Capítulo 2
Tabla 2.1.1. Relación entre los objetivos de la ENCV, indicadores e instrumentos aplicados
Tabla 2.2.1. Comparación de estructuras de clase social según las clasificaciones de Goldthotpe y Fresneda
Tabla 2.2.1.1. Definición de clase social a partir de las tres variables

Capítulo 3
Tabla 3.2.1. Estudios que describen la relación clase social y salud en Colombia desde la perspectiva gradacional
Tabla 3.2.2. Estudios que describen la relación clase social y salud en Colombia desde la perspectiva relacional
Tabla 3.2.3. Estudios que abordan los determinantes sociales estructurales por clase social, según enfoque. Colombia
Tabla 3.2.4. Estudios que abordan los determinantes sociales intermedios por clase social, según enfoque

Listado de figuras

Capítulo 2
Figura 2.2.1. Estructura de clases sociales de acuerdo a Óscar Fresneda
Figura 2.3.1. Estructura de clases en la población general, por clase social del hogar. Colombia, 2008 y 2015
Figura 2.3.2. Estructura de clases por trabajadores. Colombia, 2008 y 2015
Figura 2.3.3. Distribución porcentual de los trabajadores por posiciones de clase social. Colombia, 1938-2010
Figura 2.3.4. Distribución poblacional por área y clase social, 2008 y 2015

Capítulo 3
Figura 3.2.1. Flujograma de selección de estudios incluidos en el análisis
Figura 3.2.2. Efectos en salud según nivel educativo
Figura 3.2.3. Efectos en salud según ingreso
Figura 3.2.4. Efectos en salud según ocupación
Figura 3.2.5. Efectos en salud según clase social

Capítulo 4
Figura 4.1.1.1. Porcentaje de personas en viviendas con piso de tierra, por clase del jefe del hogar, 2008-2015
Figura 4.1.1.2. Porcentaje de personas en viviendas con piso de tierra, por clase de los trabajadores, 2008-2015
Figura 4.1.2.1. Porcentaje de personas en viviendas sin acueducto por clase del jefe del hogar, 2008-2015
Figura 4.1.2.2. Porcentaje de personas en viviendas sin acueducto por clase de los trabajadores, 2008-2015
Figura 4.1.3.1. Porcentaje de personas en hogares sin eliminación de excretas, en población general. Colombia, 2008-2015
Figura 4.1.3.2. Porcentaje de personas en hogares sin eliminación de excretas, en trabajadores. Colombia, 2008-2015
Figura 4.1.4.1. Porcentaje de personas en hogares sin recolección de basuras, en población general. Colombia, 2008-2015
Figura 4.1.4.2. Porcentaje de personas en hogares sin recolección de basuras, en trabajadores. Colombia, 2008-2015
Figura 4.1.5.1. Porcentaje de personas en hacinamiento critico por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015
Figura 4.1.5.2. Porcentaje de personas trabajadoras en hacinamiento critico por clase social. Colombia, 2008-2015

Figura 4.1.6.1. Porcentaje de personas en viviendas con entornos inadecuados por clase social del hogar. Colombia, 2015
Figura 4.1.6.2. Porcentaje de trabajadores en viviendas con entornos inadecuados por clase social. Colombia, 2015
Figura 4.1.7.1. Porcentaje de personas que se consideran pobres, en población general. Colombia, 2008-2015
Figura 4.1.7.2. Porcentaje de personas que trabajan que se consideran pobres, en trabajadores. Colombia 2008-2015
Figura 4.1.8.1. Personas en hogares con ingresos insuficientes para cubrir sus gastos por clase social y sexo en la población general. Colombia, 2008-2015
Figura 4.1.8.2. Personas en hogares con ingresos insuficientes para cubrir sus gastos por clase social y sexo en los trabajadores. Colombia, 2008-2015
Figura 4.1.9.1. Porcentaje de población en hogares donde alguno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas, por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015
Figura 4.9.1.2. Porcentaje de trabajadores en hogares donde alguno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas, por clase social. Colombia, 2008-2015
Figura 4.1.10.1. Porcentaje de personas en hogares sin alimentos, en población general. Colombia, 2008-2015
Figura 4.1.10.2. Porcentaje de personas, en trabajadores, en hogares sin alimentos. Colombia 2008-2015
Figura 4.2.1.1. Proporción de población que manifestó mal estado de salud autopercibida por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015
Figura 4.2.1.2. Proporción de trabajadores que manifestaron mal estado de salud autopercibida por clases social. Colombia, 2008-2015
Figura 4.3.1.1. Prevalencia de enfermedad crónica declarada en población general por género y clase social del hogar. Colombia, 2008 y 2015
Figura 4.3.1.2. Prevalencia de enfermedad crónica declarada en trabajadores por género y clase social. Colombia, 2008 y 2015
Figura 4.3.2.1. Autorreporte de problemas de salud que no requirió hospitalización en los últimos 30 días, en población general por clase social del hogar. Colombia, 2008 y 2015
Figura 4.3.2.2. Autorreporte de problemas de salud en los últimos 30 días en trabajadores por clase social. Colombia, 2008 y 2015
Figura 4.4.1.1. Prevalencia de discapacidad en población general según clase social. Colombia, 2008 y 2015
Figura 4.4.1.2. Prevalencia de discapacidad en trabajadores según clase social. Colombia, 2008 y 2015
Figura 4.5.1.1. Personas que no solicitaron atención en salud por falta de dinero por clase social y sexo en la población general. Colombia, 2008-2015
Figura 4.5.1.2. Personas que no solicitaron atención en salud por falta de dinero por clase social y sexo en los trabajadores. Colombia, 2008-2015
Figura 4.5.2.1. Días promedio entre la solicitud de la cita y el momento de la consulta por clase social y sexo en la población general. Colombia, 2008-2015
Figura 4.5.2.2. Días promedio entre la solicitud de la cita y el momento de la consulta por clase social y sexo en los trabajadores. Colombia, 2008-2015
Figura 4.5.3.1. Personas atendidas con calificación negativa del servicio de salud por clase social y sexo en la población general. Colombia, 2008
Figura 4.5.3.2. Personas atendidas con calificación negativa del servicio de salud por clase social y sexo en los trabajadores. Colombia, 2008
Figura 4.5.4.1. Porcentaje de personas con enfermedad, accidente o problema de salud en los últimos 30 días remitidos a especialistas de salud, por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015
Figura 4.5.4.2. Porcentaje de trabajadores con enfermedad, accidente o problema de salud en los últimos 30 días que fueron remitidos a especialistas de salud, por clase social. Colombia, 2008-2015
Figura 4.5.5.1. Días promedio en obtener cita con especialista en población general según clase social del hogar. Colombia, 2008
Figura 4.5.5.2. Días promedio para obtener cita con el especialista en trabajadores por clases social. Colombia, 2008
Figura 4.5.6.1. Porcentaje de personas atendidas en urgencias en población general por clase del hogar y trabajadores por clase social. Colombia, 2015
Figura 4.5.7.1. Porcentaje de personas con demora en urgencias en población general por clase social del hogar y trabajadores por clase social. Colombia, 2015
Figura 4.5.8.1. Porcentaje de personas con entrega de medicamentos por clase social del hogar, 2008-2015
Figura 4.5.8.2. Porcentaje de personas con entrega de medicamentos, trabajadores, 2008-2015
Figura 4.5.9.1. Porcentaje de personas con enfermedad crónica que reciben atención periódica, por clase social del hogar. Colombia, 2008 y 2015
Figura 4.5.9.2. Porcentaje de trabajadores con enfermedad crónica que recibieron atención periódica por clases social. Colombia, 2008 y 2015
Figura 4.5.10.1.Porcentaje de personas afiliadas al sistema de seguridad social en salud por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015
Figura 4.5.10.2. Porcentaje de trabajadores afiliados al sistema de seguridad social en salud por clase social. Colombia, 2008-2015
Figura 4.5.11.1. Porcentaje de personas pensionadas o afiliadas a una AFP, por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015
Figura 4.5.11.2. Porcentaje de trabajadores pensionados o afiliados a una AFP, por clase social. Colombia, 2008-2015

Siglas y acrónimos

AFP	*Administradora de Fondos de Pensiones*
ASIS	*Análisis de Situación de Salud*
BID	*Banco Interamericano de Desarrollo*
BM	*Banco Mundial*
CDSS	*Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*
CE	*Comisión Europea*
CIIU	*Clasificación Industrial Internacional Uniforme*
CEPAL	*Comisión Económica para América Latina y el Caribe*
CMH	*Centro de Memoria Histórica*
CNO	*Clasificación Nacional de Ocupaciones*
CTA	*Cooperativas de Trabajo Asociado*
DANE	*Departamento Administrativo Nacional de Estadística*
DNP	*Departamento Nacional de Planeación*
DSS	*Determinantes Sociales de la Salud*
ENCV	*Encuestas Nacionales de Calidad de Vida*
ENDS	*Encuesta Nacional de Demografía y Salud*
ENS	*Encuesta Nacional de Salud*
ENSIN	*Encuesta Nacional de Situación Nutricional*
ESE	*Estrato s*
EST	*Empresas de Servicios Temporales*
ETESSA	*Encuesta de Empleo, Trabajo, Equidad, Seguridad Social y Salud en la Población Trabajadora*
FAO	*Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación*
ICV	*Índice de Condiciones de Vida*
IOM	*Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norte América*
ODM	*Objetivos de Desarrollo del Milenio*
OR	*Odds Ratio*
OIT	*Organización Mundial del Trabajo*
OMS	*Organización Mundial de la Salud*
ONS	*Observatorio Nacional de Salud*
LP	*Línea de Pobreza*
MECOVI	*Programa de Mejoramiento de las Encuestas Nacionales de Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe*
NBI	*Necesidades Básicas Insatisfechas*
PIB	*Producto Interno Bruto*
PNUD	*Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*
RLCPCD	*Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad*
RP	*Razón de Prevalencias*
RR	*Riesgos Relativos*
SGSSS	*Sistema General de Seguridad Social en Salud*
SSPD	*Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios*
SSSS	*Sistema de Seguridad Social en Salud*
SP	*Sustancias Psicoactivas*
VIH	*Virus de Inmunodeficiencia Humana*
VPH	*Virus del Papiloma Humano*

Introducción

En la actualidad el Estado colombiano se encuentra en proceso de concretar el acuerdo de paz para la terminación de un conflicto interno de más de 50 años, que ha tenido consecuencias dramáticas para la población, particularmente para aquella que habita en las regiones históricamente más olvidadas por el Estado. En el marco de este proceso, así como en la agenda pública en general, se ha reconocido la necesidad de lograr transformaciones profundas en la sociedad que permitan avanzar en la reducción de las amplias desigualdades que existen en país -*entre etnias, de género, entre el campo y la ciudad, etc*- y en la profundización de la democracia que permita un país más equitativo.

En este contexto, el sector salud es un actor fundamental; de tal manera, existe desde hace algunos años un impulso importante a nivel mundial para el estudio y la intervención pública en la disminución de desigualdades en este campo. El *Informe de Determinantes Sociales de la Salud*, de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), ha jugado un papel primordial en el posicionamiento en la agenda política en varios países, incluido Colombia.

El Observatorio Nacional de Salud (ONS) ha desarrollado ingentes esfuerzos por evidenciar las desigualdades sociales en salud y sus determinantes. En su Sexto Informe, denominado "*Desigualdades Sociales en Salud en Colombia*", el ONS presentó evidencia en relación con las desigualdades en un amplio número de desenlaces en salud, lo que se sumó al esfuerzo de muchos investigadores en el estudio sobre este tema en el país (2). Sin embargo, la comprensión de las causas profundas de la desigualdad, tanto estructurales como intermedias, es una tarea en la que es necesario continuar avanzando. Aunque *mostrar claramente la magnitud de la desigualdad social en salud derivada de distintos ejes es un necesario y valioso aporte, continuar en la búsqueda de los mecanismos explicativos de la misma, es una labor a la que no se debe renunciar y que requiere ampliar el espectro de las posibilidades de análisis.*

En este sentido, y con el mismo rigor y compromiso que han caracterizado la labor del ONS, para este Octavo Informe, el equipo de trabajo, asumió, a conciencia, la dificultad empírica y la controversia que en diversos escenarios puede generar el uso de una categoría como la clase social, hacer un análisis de las desigualdades en condiciones de vida y salud según posiciones de clase social en Colombia para los años 2008 y 2015. La clase social entendida en un sentido relacional, constituye, como afirma Muntaner *et al, una valiosa alternativa frente a la estratificación social, al poner el centro en las relaciones de propiedad y control sobre los recursos productivos como principal determinante de las desigualdades sociales y de salud* (3).

En contraste con los análisis que usan indicadores de estratificación-*como nivel de estudios, ingresos u ocupación*- cuyo foco se centra en atributivos individuales, renunciando a la observación de procesos sociales como mecanismo de producción y reproducción de las desigualdades (4). La ventaja de utilizar indicadores y realizar mediciones sobre aspectos sociales, es la posibilidad de adentrarse con mayor profundidad en las verdaderas causas de las desigualdades observadas en el campo de la salud (3).

En este marco, el estudio de las desigualdades en salud según clase social, en países de Europa, Estados Unidos y Canadá, posee una amplia trayectoria, cuyos resultados permiten establecer que la clase social es *uno de los principales determinantes del estado de salud de las personas y de las desigualdades en salud* (5,6). En países como el Reino Unido, por ejemplo, país con la más amplia tradición en el análisis de las desigualdades sociales en salud, se analiza la mortalidad según clase social desde principios de siglo, y constantemente se ha puesto en evidencia que las clases sociales más desfavorecidas presentan una mortalidad más temprana (5). En otros países, como España, también se ha ido ampliando la investigación en este campo, produciendo una evidencia similar: *los individuos pertenecientes a clases sociales más desfavorecidas presentan peor salud y una mortalidad mayor* (5).

En Colombia y en general en América Latina, el estudio de la relación clase social y salud, tiene un desarrollo incipiente, como se advierte en el tercer capítulo de este Informe. En esta medida y ante la necesidad de continuar en la profundización de los determinantes de las desigualdades en salud, con el propósito de ampliar las alternativas de medición y análisis de las desigualdades, así como del debate sobre las intervenciones necesarias para su disminución en el país, se presenta un análisis de las desigualdades en condiciones de vida y salud según clase social. Para tal fin, en el *primer capítulo* se abordan los referentes conceptuales más relevantes a partir de la categoría de clase social, como concepto que proviene de las ciencias sociales y que es de gran importancia para el análisis de las desigualdades sociales en salud en Colombia, tomando las perspectivas teóricas más representativas en la actualidad.

En el *capítulo dos*, con base en el enfoque conceptual desarrollado en la primera sección, se estableció una clasificación para entender la estructura de clases en Colombia. Se explora la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV), como fuente de información seleccionada para el análisis, y se explican las variables utilizadas para la construcción de la clasificación. Posteriormente se hace una breve descripción conceptual y contextual de cada una de las posiciones de clase para finalizar con una presentación de cómo está constituida la estructura de clases en Colombia.

El *capítulo tres*, muestra los resultados de la revisión de literatura en la que se hace un balance de la forma como se ha abordado la relación clase social y salud, sus alcances y limitaciones en comparación con estudios que usan variables de estratificación, como ingreso, ocupación y nivel educativo para el estudio de las desigualdades sociales en salud en Colombia.

En el *cuarto capítulo*, se describen los resultados obtenidos para cada uno de los 24 indicadores analizados, según las posiciones de clase definidas en el capítulo dos. Estos resultados se presentan para los años 2008 y 2015 para la población general y población trabajadora y por sexo. Los indicadores fueron agrupados en cinco dimensiones: *condiciones de vida; estado de salud autopercibido; enfermedad declarada; acceso y protección social*. Se resalta en la descripción las brechas absolutas y relativas entre posiciones de clase y sexo, en los casos cuyos resultados lo ameritaban. Además, se presenta la discusión en donde se resalta los hallazgos de mayor relevancia en términos del propósito del análisis, asimismo se proporcionan algunas hipótesis explicativas en relación con los hallazgos, se reconocen las limitaciones y ventajas del estudio y las posibles implicaciones en las intervenciones.

Referencias

1. Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Heal Equity Through Action Soc Determ Heal [Internet]. 2008;246. Available from: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409

2. Observatorio Nacional de Salud. Informe Nacional. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia [Internet]. VI. Bogotá D.C: Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. 366 p. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/6to informe ONS.pdf

3. Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al. Clase social y salud en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):166–75.

4. Muntaner C, Ng E, Chung H, Prins SJ. Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. Soc Theory Health [Internet]. 2015;13(3–4):267–87. Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84939499229&partnerID=tZOtx3y1

5. Sociedad Española de Epidemiología, Comunitaria, Familiar SE de M. Una propuesta de medida de la clase social. Atención Primaria [Internet]. 2000 [cited 2016 Nov 19];25(5):350–63. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700785180

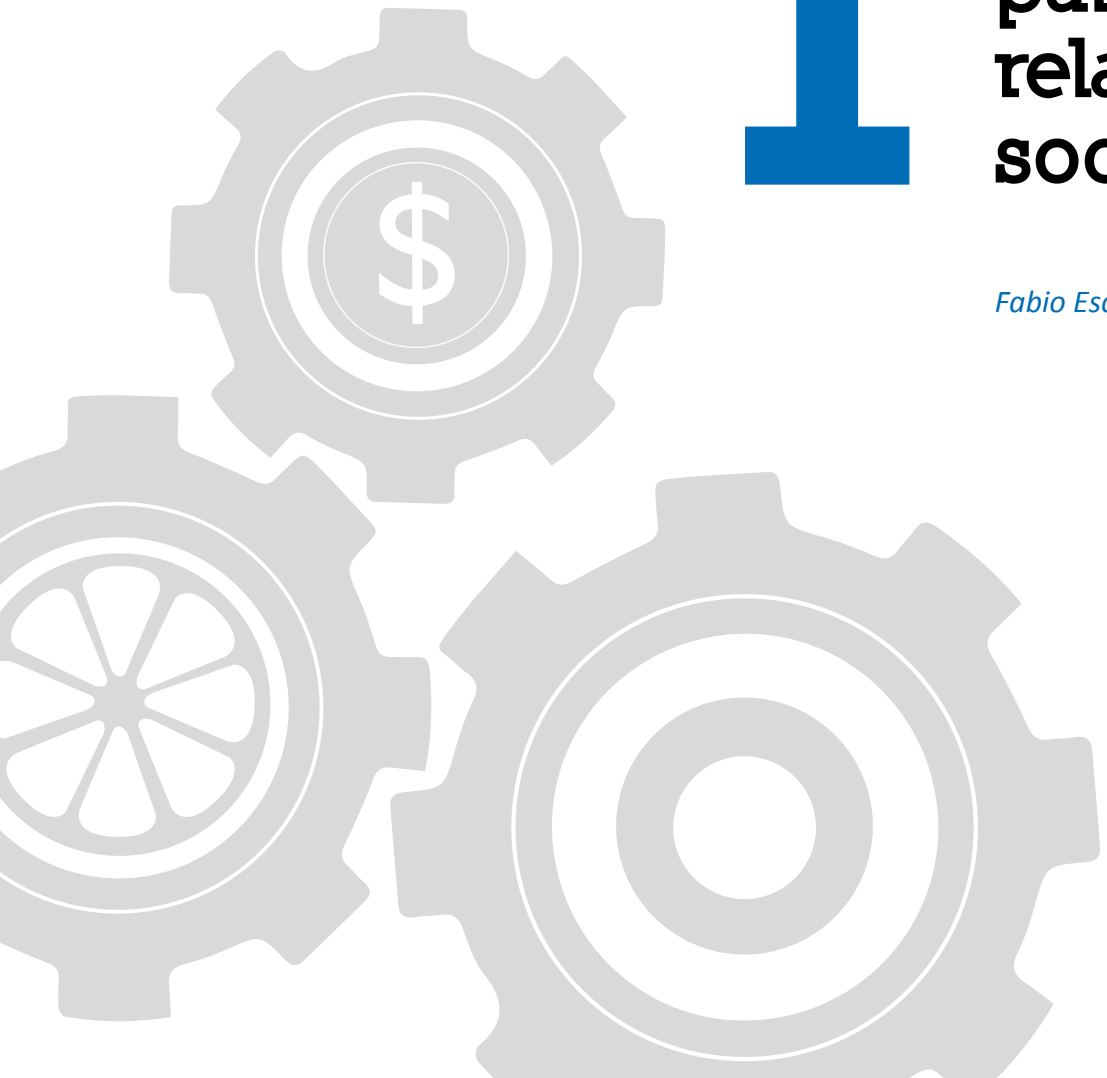
6. Benach J, Amable M. Las clases sociales y la pobreza. Gac Sanit. 2004;18(4):16–23.

Agradecimientos

La elaboración de este Informe fue posible gracias al vínculo con miembros de la Red Latinoamericana de Investigación en Clase Social y Salud, con quienes, en el marco de dos seminarios realizados en 2014 y 2015, financiados por el *Centers for Disease Control and Prevention* (*CDC*, por sus siglas en inglés), se discutieron ampliamente aspectos teóricos, metodológicos y resultados de aproximaciones empíricas, sobre la relación clase social y salud. Un agradecimiento especial al Profesor Oscar Fresneda Bautista (Universidad Externado de Colombia), quien aportó al equipo del ONS, su conocimiento, experiencia y trabajo práctico, elementos conceptuales básicos para la comprensión de la categoría clase social y su relación con las desigualdades sociales y elementos metodológicos para el análisis empírico de las desigualdades en salud, según clase social. Igualmente expresamos un agradecimiento especial a los profesores Román Vega Romero (Pontifica Universidad Javeriana), Jairo Ernesto Luna García y Luz Amparo Pérez (Universidad Nacional de Colombia), por su valiosa contribución en el desarrollo de los seminarios y la concepción de este Informe.

Al profesor y amigo Juan Carlos Eslava (Universidad Nacional de Colombia), por sus aportes permanentes a la labor del ONS. A los miembros internacionales de la Red: el profesor Carles Muntaner (Universidad de Toronto, Canadá), por su participación activa en los dos seminarios y las orientaciones desde su experiencia práctica para este tipo de estudios, igualmente a la doctora Orielle Solar, Lucas Cifuentes y Ciro Ibañez (FLACSO, Chile) y al profesor Jaime Breilh (Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador). A todos los miembros de la Red y a quienes asistieron a los seminarios por sus contribuciones a la discusión. Agradecemos también el decidido apoyo y acompañamiento del profesor Joan Benach Rovira (Universidad de *Pompeu Fabra*), cuyos aportes y consejos para la labor del ONS se han constituido en un importante impulso y el fortalecimiento de nuestro compromiso ético con el estudio de las desigualdades sociales en salud y sus determinantes

Se agradece igualmente a los *CDC, la International Association of National Public Health Institutes (IANPHI)* y a la Universidad de Emory por brindar la financiación para la realización del Seminario Taller en Clase Social y Salud, que brindó las herramientas conceptuales y metodológicas para el desarrollo de este Informe bajo el objetivo de robustecer al ONS, en el marco del proyecto de Fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud de Colombia.



1 Aspectos conceptuales para comprender la relación entre clase social y salud

Fabio Escobar-Díaz

Introducción

Este capítulo tiene como propósito describir los principales elementos teóricos y conceptuales que han orientado el Octavo Informe del Observatorio Nacional de Salud (ONS). Se estructura comenzando por el papel de la clase social dentro del enfoque de los determinantes y de las desigualdades sociales de la salud, luego se describen las aproximaciones más relevantes provenientes de la sociología y, por último se hacen algunos aportes sobre la adaptación del esquema de clase social de acuerdo con los criterios teóricos y con los datos con los que cuenta el país y sobre los que se desarrollará el análisis empírico.

1.1. Clase social y desigualdades en salud

En todas las sociedades conocidas han existido formas de desigualdad según la posición social, la riqueza o el poder de los individuos, que se manifiestan en diferencias en la distribución de la salud, la enfermedad y la muerte (1). Diversos sistemas de significados han justificado estas desigualdades como lo fueron en su momento los argumentos cosmológicos o religiosos; así por ejemplo, en sociedades preindustriales y tradicionales se entendía que estas desigualdades eran naturales o producto de alguna decisión divina. Sólo desde el siglo XVII comenzaron a cuestionarse estos sistemas de creencias buscando nuevas formas de explicación de la desigualdad, en donde las teorías sociales y políticas han jugado un papel relevante (2).

Consecuentemente, se comenzó a entender que las enfermedades y las epidemias derivaban de las condiciones materiales de vida y de la estratificación social de la sociedad. Además, el descenso de la mortalidad por enfermedades como la tuberculosis, el cólera o el sarampión durante el siglo XIX, se dio gracias a la mejora de las condiciones en la vivienda, de la alimentación y el trabajo, mucho antes de la introducción de las vacunas y de los antibióticos o de los servicios de salud tal como se conocen actualmente (3).

La salud ha sido abordada al menos desde dos aproximaciones dominantes en las agendas políticas internacionales: **1.** Las que se apoyan en intervenciones médicas y de salud pública basadas en la tecnología y **2.** Las que se esfuerzan por comprender la salud como un fenómeno social que requiere formas más complejas de acción política intersectorial y conectadas a una agenda de justicia social más amplia (4). Con respecto a estas, después de la Segunda Guerra Mundial el desarrollo científico y tecnológico, junto al mejor conocimiento de las enfermedades y de los mecanismos para prevenirlas y de la influencia de los medios de comunicación, hicieron cada vez más declarada la relación entre la salud y sus determinantes sociales (5).

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde su constitución en 1948 y posteriormente con la Declaración de *Alma Ata* y el movimiento *Salud Para Todos*, ha recalcado la importancia de la intersectorialidad y de la equidad en salud, el dominio del modelo neoliberal ha limitado la traducción a nivel político de estos principios. Durante los últimos años ha crecido sustancialmente el número de estudios, especialmente en los países desarrollados, que muestran las fallas de las actuales políticas para reducir las inequidades en salud (4).

En 2005 la OMS conformó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con el propósito de recabar datos científicos sobre las medidas y posibles intervenciones que influyeran a favor de la equidad sanitaria (6); esta Comisión y sus reportes reflejaban la necesidad de cambiar las condiciones que configuran el nivel de vida y de salud de los grandes grupos poblacionales a nivel mundial. Su gran contribución ha sido entonces una aproximación diferente al tradicional modelo ecológico para explicar los problemas de salud y las intervenciones sobre ellos (7), proponiendo un marco explicativo de las desigualdades en salud que se expresan en las sociedades (4).

El llamado enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), producto de esta Comisión, se ha sustentado en diferentes corrientes y perspectivas surgidas dentro del ámbito de la epidemiología social. Uno de los mecanismos por las que los DSS influyen en la salud de las personas es el *modelo de la causación social*, que considera que la posición social determina la salud y la enfermedad. Es decir, la posición social influye en el comportamiento de la persona y sus condiciones de vida y, por tanto, en una mejor o peor salud (4). No obstante, se ha cuestionado que este enfoque explícitamente evitó abordar la categoría de clase social y su consecuencia fue la escasa capacidad para abordar los orígenes de las desigualdades económicas y de poder, responsables de las desigualdades en salud (8).

De acuerdo a Solar e Irwin (4), la gente llega a diferentes posiciones en esta estratificación dependiendo de su clase social, su estatus ocupacional, su nivel educativo y sus ingresos. Esta posición es considerada como la socioeconómica, que es según los autores, una categoría intercambiable con otras como clase social, estrato social o estatus socioeconómico, a pesar de las diversas bases teóricas que las sustentan (4). Sin embargo, la posición de clase o desde un punto de vista teórico, la clase social, ha tenido un importante desarrollo intelectual y empírico, con respecto al papel que ha cumplido como determinante de la salud de las poblaciones. A continuación, se describe cómo ha sido la construcción de esta categoría dentro de las ciencias sociales y en relación con la explicación de los fenómenos de la salud y de la enfermedad. De esta forma se puede comprender su importancia en el análisis de las desigualdades sociales en salud.

1.2. Conceptos de clase social

La categoría de clase social hace referencia a conceptos que son distintivos y perdurables en las sociedades, que explican el acceso diferencial a los recursos que otorgan el poder y las posibilidades de vida (9), es decir, contribuye a la comprensión de la desigualdad en las sociedades contemporáneas. Las clases sociales pueden clasificarse desde un punto de vista descriptivo, jerárquico o relacional. Estas formas de clasificación pueden ser: **a.** de sentido común, es decir, sin alguna intención teórica y donde se organizan las ocupaciones de acuerdo a una jerarquía; **b.** de prestigio o de estatus ocupacional midiendo el valor social de las ocupaciones para una población y **c.** de interés teórico o relacional (2). Teniendo en cuenta lo anterior, la estratificación y la clase social son las dos categorías más relevantes sobre las que se han apoyado los estudios relacionados con los análisis de clase.

La estratificación social se refiere a una jerarquía social donde los individuos y los grupos son clasificados de acuerdo a un orden determinado por algún atributo, como el ingreso o los años de escolaridad. Su limitación sin embargo, subyace en que estas medidas no permiten revelar los mecanismos sociales que explican cómo las personas alcanzan diferentes niveles de recursos económicos, políticos o culturales. El llamado enfoque gradacional es el que emplea esta categoría en las investigaciones sobre clase social. Con un mayor alcance explicativo, la clase social sí define relaciones de propiedad o control sobre los recursos productivos ya que este control orienta las estrategias de los individuos para obtener ingresos y lograr una calidad de vida.

Así, los enfoques relacionales hacen uso de la clase social como concepto central para entender los mecanismos que influyen en la desigual distribución del poder y de los recursos en la sociedad (10). En las investigaciones en epidemiología social han predominado enfoques pragmáticos y con poco interés teórico, con base en la estratificación social; mientras los estudios basados en los enfoques relacionales son menores, pero tienen un aporte científico más importante debido a que se esfuerzan por comprender las causas de las desigualdades (11).

1.3. Enfoques relacionales: entre la corriente marxista y weberiana

Aunque la clase social suele ser usada en las investigaciones sobre desigualdades en salud sigue siendo un concepto ampliamente debatido y controversial, que cuenta con diferentes interpretaciones. Karl Marx y Max Weber son considerados los principales autores clásicos del pensamiento intelectual sociológico cuyas contribuciones han sido la base para para los análisis de clases desde el enfoque denominado como relacional (12).

1.3.1. Enfoque neoweberiano de clase social

De acuerdo con Max Weber, en el capitalismo el mercado es el principal escenario en donde se distribuyen las oportunidades que tiene una persona para tener acceso a los bienes económicos y culturales, que son creados socialmente y normalmente existen en cualquier sociedad; aquellas son denominadas y oportunidades de vida. Los miembros de una clase social de acuerdo a este planteamiento, comparten oportunidades de vida comunes: *la misma probabilidad de adquirir bienes y ganar una posición en la vida*. El mercado distribuye estas oportunidades de acuerdo a los recursos que las personas aportan al mismo; estos recursos pueden variar debido a la distinción entre propietarios y no propietarios y a las destrezas u otros activos (13).

Se destaca como una particularidad dentro del planteamiento weberiano el hecho que la movilidad tanto individual como intergeneracional dentro de una clase es más común y más fácil, mientras que la movilidad entre una clase y otra es difícil y poco frecuente (13). Weber también hace una distinción entre quienes tienen o no la propiedad de los medios de producción, considerando diferencias detalladas entre tipos de propiedad y tipos de servicios que pueden ser ofrecidos en el mercado; identifica cuatro clases en el capitalismo (13):

a. Grupos propietarios y emprendedores dominantes
b. La pequeña burguesía
c. Trabajadores cualificados, considerados como clase media
d. Trabajadores no cualificados cuyo único activo es su fuerza de trabajo

Es importante recordar que dentro de la perspectiva de Weber, la clase social es sólo uno de los aspectos que, junto con el estatus (prestigio) y el grupo (de interés), influyen en la distribución del poder y de las oportunidades de vida en la sociedad. Estos planteamientos establecen algunos límites a las ambiciones posibles de un análisis de clase weberiano; desde esta perspectiva, por ejemplo, no puede asumirse que la evolución de la relaciones entre clases influye en el cambio histórico de las sociedades ni tampoco puede suponerse un conflicto entre las clases donde los beneficios de unos grupos se crean a costa de otros (13). Por otro lado, un conjunto de individuos que comparten una misma posición de clase tienden a comportarse de forma similar. La clase no sólo explica las acciones sino también las creencias y los valores compartidos, además conecta la posición de los individuos en los mercados capitalistas con la desigualdad en las oportunidades de vida (13).

En las últimas décadas se han realizado aportes muy importantes desde la perspectiva weberiana, especialmente con un reconocido esquema de análisis de clases que ha sido desarrollado por un grupo de investigadores liderados por el sociólogo británico John Goldthorpe, que se ha aplicado en algunos países europeos (14). Este esquema inicialmente distinguía las ocupaciones sobre la base de la situación de mercado o de trabajo. La situación de mercado se refiere a las fuentes de una ocupación y sus niveles de ingreso, sus condiciones de empleo, su grado de oportunidad y seguridad económica y las posibilidades de progreso para quienes tengan esa ocupación. La situación de trabajo se refiere a la posición de una ocupación dentro de los sistemas de autoridad y control en el proceso productivo.

Las ocupaciones que comparten situaciones de mercado y de trabajo común constituyen las clases y quienes se ubican en clases diferentes disfrutan de oportunidades de vida diferentes (13).

Goldthorpe hizo algunos cambios a este esquema con la intención de reconocer dos distinciones: entre quienes tienen los medios de producción y quienes no, y entre estos últimos de acuerdo a la naturaleza de la relación con su empleador; esto es, la dicotomía entre posiciones reguladas por un contrato de trabajo (intercambio de salario por esfuerzo, bajo una estrecha supervisión) o por una relación de servicio (intercambio más difuso y relación de servicio más a largo plazo). Estas dos distinciones surgen debido al problema que enfrentan los empleadores para asegurarse que sus empleados actúen a favor de los intereses de la compañía (13).

De acuerdo al planteamiento del sociólogo británico, hay dos dimensiones que diferencian el trabajo: la especificidad de los bienes o activos involucrados y el grado de dificultad de la supervisión. La especificidad del bien se refiere a las habilidades, experticia o conocimiento muy especializado que exige un determinado trabajo, en contraste con otros que requieren cualificaciones o una formación muy generales y poco específicas. Si un empleado obtiene habilidades muy específicas, el empleador necesita retenerlo debido a que personas con este tipo de destrezas difícilmente pueden ser adquiridas en el mercado laboral. Las dificultades de supervisión surgen cuando un empleador no puede evaluar si el empleado está actuando a favor de los intereses propios o de la empresa. En este sentido un empleado autónomo tiene escasa supervisión (13).

Con respecto a la relación contractual, Goldthorpe propone dos tipos de contrato entre el empleado y la empresa. El contrato de trabajo se presenta donde no hay dificultades de supervisión ni existen habilidades específicas; el trabajo es observable fácilmente y hay fuerza laboral disponible en el mercado para ser adquirido o comprado; el contrato de empleo surge en las situaciones opuestas, ya que el empleador debe crear incentivos al empleado para retenerlo y que sus intereses queden alineados con los de la empresa, como incrementos salariales, primas o prestaciones y otras oportunidades (13). Gracias a estos criterios, Goldthorpe construye al menos tres versiones de su esquema de clases sociales; la más compleja de ellas tiene once y es la más desagregada como se muestra en la Tabla 1.3.1.

Tabla 1.3.1. Esquema desagregado de posiciones de clase

I	Clase de servicio superior: Profesionales y trabajadores administrativos o gerenciales de alto grado
II	Clase de servicio inferior: Profesionales y trabajadores administrativos o gerenciales de bajo grado
IIIa	Empleados rutinarios no manuales de alto grado
IIIb	Empleados rutinarios no manuales, de bajo grado
IVa	Pequeños propietarios con empleados (Pequeña burguesía)
IVb	Pequeños propietarios sin empleados (Pequeña burguesía)
IVc	Agricultores y otros trabajadores autoempleados de la producción primaria (Pequeña burguesía)
V	Técnicos y supervisores de trabajadores manuales, de bajo grado
VI	Trabajadores manuales calificados
VIIa	Trabajadores manuales semi y no calificados (no agropecuarios)
VIIb	Trabajadores manuales semi y no calificados en el sector agropecuario

Fuente: (13)

Dentro de las diferentes publicaciones científicas de Goldthorpe se han empleado versiones más sintéticas que, no obstante mantienen la esencia de las distinciones del trabajo de acuerdo a la especificidad del bien, la dificultad de supervisión y el tipo de contrato. La Tabla 1.3.2., presenta el esquema que resume la anterior clasificación:

Tabla 1.3.2. Esquema resumido de la clasificación por posiciones de clase social

De servicio	I	Profesionales, administrativos y funcionarios de alto grado; directivos de grandes empresas; grandes propietarios.	Altos niveles de especificidad y difícil supervisión de su trabajo-relación de servicio.
	II	Profesionales, administrativos y funcionarios de bajo grado; técnicos de alto grado; directivos en pequeños negocios y empresas pequeñas; supervisores de empleados no manuales.	
Intermedias	III	Empleados no manuales de trabajos rutinarios en el comercio y en la administración; empleados en el sector de servicios.	Combinación entre:
	IV	Pequeños propietarios y artesanos autónomos (Pequeña burguesía).	Alta especificidad–Baja dificultad de supervisión
	V	Técnicos de bajo grado, supervisores de trabajadores manuales.	Baja especificidad–Alta dificultad de supervisión
Trabajadoras	VI	Trabajadores cualificados manuales	Baja especificidad del bien, baja dificultad de supervisión y relación laboral contractual. Aquí se incluye la categoría IIIb (Empleados rutinarios no manuales de bajo grado).
	VII	Trabajadores manuales semicualificados y no cualificados.	

Fuente: (2, 13)

1.3.2. Enfoque neomarxista de clase social

La visión neomarxista, como se conoce desde el siglo XX a la expansión intelectual del trabajo de Karl Marx de la mano de otros desarrollos intelectuales (8), ha pretendido ser una alternativa al enfoque de la estratificación social, especialmente en cuanto a su atención a las relaciones de propiedad y de control sobre los recursos productivos (15). Además, la tradición marxista ha tenido una mayor ambición explicativa en comparación con otras orientaciones teóricas, aunque sus fundamentos han planteado también mayores limitaciones (16). Para este Informe se consideran los principales aportes de uno de los más importantes autores neomarxistas en la actualidad, Erik Olin Wright, quien ha tenido un impacto significativo dentro de las ciencias de la salud desde los años ochenta, por su gran producción teórica en el marco de su compromiso con la sociología marxista, sus numerosos artículos empíricos y su acercamiento continuo con la sociología weberiana (8).

La categoría de clase social tiene una gran centralidad dentro del enfoque marxista; aunque vale la pena anotar que no ha tenido consenso sobre los conceptos centrales en el análisis de clase, debido a estar anclados a una idea normativa de la igualdad radical, en términos de la distribución socialmente posible de las condiciones materiales de vida (16).

Las relaciones de clase son aquellas relaciones entre quienes tienen más y quienes tienen menos poder (control efectivo) y derechos (poder legítimo) sobre los recursos productivos y el resultado de su uso como, por ejemplo, las máquinas, las herramientas, la tierra, la fuerza de trabajo o la información. Históricamente, desde la tradición marxista, se han dado diferentes relaciones de clase como la esclavista, la feudal y actualmente, la capitalista. No obstante, esta representación polarizada, como bien lo destaca Wright, tiende a ser engañosa en sociedades concretas temporal y espacialmente y una de las tareas del análisis de clase es ofrecer mayor precisión a las diferentes complejidades que se presentan en las relaciones de clase como es el caso de la coexistencia o combinación de más de un tipo de ellas en algunas sociedades (16).

Las posiciones de clase son posiciones sociales, ocupadas por los individuos dentro de las relaciones de clase. En el sistema capitalista, las posiciones de clase más centrales han sido la de los capitalistas y la de los trabajadores. No obstante, y debido a la complejidad inherente a las relaciones de clase, Wright propone examinar las diferentes variaciones en las condiciones de la clase trabajadora, como variaciones concretas en la forma en que las personas son ubicadas dentro de las relaciones de clase. El grado de autoridad de un empleado sobre otros, se aprecia como una forma específica de distribución del poder y los derechos sobre el proceso productivo (16).

Esta distribución del poder y los derechos sobre el proceso productivo pueden desagregarse y reorganizarse, generándose así posiciones de clase que se denominan posiciones contradictorias dentro de las relaciones de clase. Un ejemplo lo constituye el gerente de una compañía quien ejerce algunos de los poderes del capitalista como contratar o despedir trabajadores, tomar decisiones sobre nuevas tecnologías y cambios en los procesos laborales, por lo tanto ocuparía la posición capitalista dentro de las relaciones de clase del capitalismo; sin embargo, el gerente no puede vender la compañía y puede ser despedido como cualquier otro trabajador, si el dueño está insatisfecho con su trabajo, ocupando simultáneamente la posición de los trabajadores dentro de las relaciones de clase (16).

Otro ejemplo de posición contradictoria de clase, se refiere a ciertos tipos de habilidades, credenciales o cualificaciones que confieren, a quien los posee, poder y derechos sobre muchos aspectos de su trabajo. Esto sucede para los profesionales y no profesionales altamente calificados empleados en las compañías quienes pueden controlar las condiciones de su trabajo (16).

Wright reformuló el concepto de posiciones contradictorias de clase definiendo luego la categoría de explotaciones múltiples, o explotación multidimensional, con la intención de ampliar el poder explicativo de las relaciones de clase en las sociedades capitalistas. Aunque tanto las categorías de posiciones contradictorias de clase, como las explotaciones múltiples han pretendido alcanzar una mejor teorización de la llamada "*clase media*", la última de ellas permitiría evidenciar mejor en las sociedades concretas y reales las posiciones en las estructuras de clase que están siendo explotadas pero, simultáneamente son explotadoras también (17).

Bajo este segundo enfoque, Wright pone mayor atención al concepto de explotación y es ahí donde difieren radicalmente las posturas marxistas y weberianas, porque los miembros de una clase no sólo comparten intereses materiales comunes, sino que están ligados a los intereses de otras clases mediante la explotación (17). La explotación permite la apropiación del excedente por parte del explotador para obtener mayor bienestar y poder económico, consumiendo parte de ese excedente o controlando la asignación social del mismo. Para el explotado este bienestar se reduce y es excluido de la posibilidad de ese control (17). La explotación, por tanto, se caracteriza por estos criterios (18):

- *El bienestar material de un grupo (el explotador) depende causalmente de las privaciones materiales de otro (el explotado).*
- *Esta relación causal depende de la exclusión del explotado al acceso a ciertos recursos productivos.*
- *El mecanismo causal que traduce la exclusión en bienestar diferencial e involucra la apropiación del esfuerzo del trabajo por aquellos que controlan los recursos permite al explotador apropiarse del esfuerzo laboral de los explotados.*

De acuerdo con Wright, los diferentes modos de producción se basan en mecanismos específicos de explotación que se diferencian por el tipo de recurso productivo. La desigual propiedad o control de este recurso permite al explotador apropiarse de los excedentes socialmente producidos. Desde el punto de vista histórico, existen cuatro formas de explotación: *bienes de la fuerza laboral* (explotación feudal); *bienes de capital* (explotación capitalista), *bienes de organización* (explotación estatista) y *bienes de cualificación o credenciales* (explotación socialista).

Estas formas de explotación en todo caso pueden combinarse y estar presentes en las sociedades concretas y, por ende, se presenta la posibilidad de que algunas posiciones de clase estén simultáneamente siendo explotadas a través de un mecanismo de explotación pero sean explotadoras a través de otro. El ejemplo más característico de estas explotaciones múltiples, se encuentra en los directivos quienes son explotados por el capital y al mismo tiempo son explotadores de la organización. También, sucede en el caso de los expertos quienes son explotados a su vez por los bienes de capital, pero son explotadores de cualificación o credenciales (17).

Las sociedades contemporáneas reflejan nuevas complejidades en sus estructuras sociales. Por un lado las posiciones múltiples donde las personas pueden ocupar más de una posición de clase simultáneamente, por otro, las posiciones mediatas de clase en las que las personas no tienen una relación directa con el proceso de producción y generalmente se establecen por medio de las redes de parentesco y de las estructuras familiares como, por ejemplo, los niños de una familia obrera, los intereses de clase de las amas de casa no asalariadas, los desempleados, los pensionados y los estudiantes. Éstos no participan directamente en las relaciones de producción sino a través de sus familias (17).

Las categorías de expertos y profesionales han presentado mayores dificultades para la formulación de un concepto marxista de estructura de clases sociales, especialmente cuando aquellos no pertenecen a jerarquías directivas porque ejercen un control mucho mayor de su trabajo, a diferencia de la clase trabajadora. Wright sugiere que su posición de clase se consideraría como "*clase media*" aunque se encuentra en una situación de indeterminación temporal ya que pueden capitalizar su ingreso excedente y convertirse en propietarios capitalistas, o pueden ascender a posiciones directivas, ocupando así una posición contradictoria de clase, o elegir el autoempleo, vinculándose a la pequeña burguesía (17).

En los niveles más concretos de análisis, además, se distinguen dos posiciones de clase no polarizadas (ni burguesía, ni clase obrera) que contribuyen a la teorización de la "*clase media*". Están aquellas que ni son explotadores ni están explotadas. Es la llamada pequeña burguesía tradicional conformada por los productores autoempleados que poseen un pequeño capital. Teniendo en cuenta la intersección de más de un modo de producción en sociedades reales, están las posiciones que, reiterando lo descrito antes, son explotados en una dimensión de las relaciones de clase pero en otro son explotadores. Los profesionales, los expertos y los directivos son los ejemplos de tales posiciones (19). La conceptualización de la categoría de explotaciones múltiples es la que permite construir el esquema de las doce clases sociales de Wright (20). La Tabla 1.3.3., muestra esta clasificación propuesta.

Tabla 1.3.3. Esquema de posiciones de clase social de E.O. Wright

Relación con los medios de producción

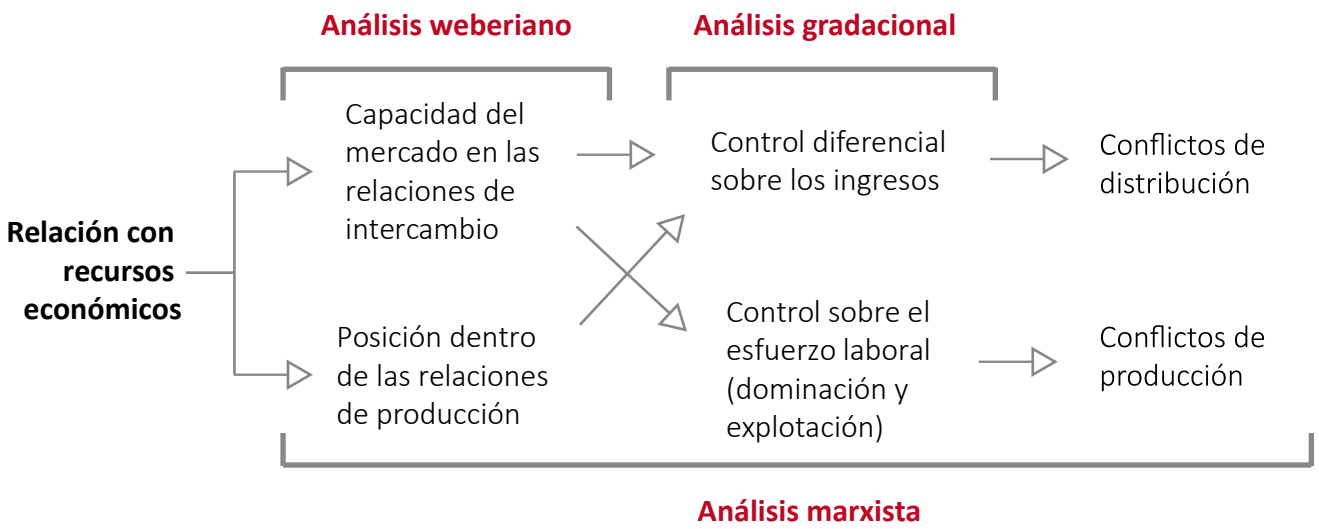
	Propietarios	No propietarios (Asalariados)			
Muchos Trabajadores	Burguesía	Directivos expertos	Directivos semicualificados	Directivos no cualificados	**Directivo**
Pocos Trabajadores	Pequeños empleadores	Supervisores expertos	Supervisores semicualificados	Supervisores no cualificados	**Supervisor**
Ninguno	Pequeña burguesía	No directivos expertos	Trabajadores semicualificados	Trabajadores no cualificados	**Sin autoridad**
		Experto	**Cualificado**	**No cualificado**	

Relación con la autoridad

Fuente: (19)(18)

Este esquema, no exento por supuesto de controversias y limitaciones (20), organiza las doce posiciones de clase de acuerdo a varios niveles de análisis como la propiedad, la autoridad y la cualificación. Además, Wright destaca las similitudes, pero también el mayor alcance comprensivo de su perspectiva frente al enfoque gradacional y weberiano, tal como se indica en la Tabla 1.3.4.

Tabla 1.3.4. Modelos de análisis de clase



Fuente: (1)

1.4. Propuesta de análisis de clase social y salud para Colombia

Siguiendo los planteamientos de Fresneda (20), se adopta un esquema clasificatorio de clases sociales con base en los enfoques tanto de Wright como de Goldpthorpe, bajo la consideración de la información disponible en el país. El mismo Wright reconoce que hay afinidades y similitudes entre ambas perspectivas como la separación entre propietarios y no propietarios y en las posiciones diferenciadas entre estos últimos en cuanto al acceso a los bienes de cualificación y de organización. Empíricamente, sin embargo, se adopta el procedimiento más próximo a la propuesta neoweberiana, al emplear las variables de caracterización laboral como la ocupación, la posición ocupacional y la rama de actividad debido a que éstas se encuentran en las bases de datos disponibles en el país.

Además, debido a las particularidades sociales de la realidad colombiana se han utilizado criterios adicionales como es la gran heterogeneidad de la pequeña burguesía, los campesinos y trabajadores del sector agropecuario y los trabajadores domésticos (20). En la Tabla 1.3.5., se representa el esquema propuesto para el presente análisis:

Tabla 1.3.5. Posiciones de clase social

I	Directivos
II	Profesionales y técnicos
III	Pequeña burguesía y trabajadores independientes no agropecuarios
IV	Campesinos
V	Empleados
VI	Obreros
VII	Trabajadores agropecuarios
VIII	Empleados domésticos
IX	Otros trabajadores

Fuente: (13)

Este esquema clasificatorio y los procedimientos metodológicos empleados en este Informe son descritos en los siguientes capítulos con mayor detalle para la comprensión de los principales resultados del análisis sobre la relación entre clase sociales y salud en Colombia.

Referencias

1. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud: ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Maracay (Ven): Instituto de Altos Estudios Dr Arnoldo Gabaldon; 2005.

2. Crompton M. Clase y estratificación: una introducción a los debates actuales. Madrido: Tecnos; 2013.

3. Illich I. Medical Nemesis: the expropriation of health. London: Calder & Boyars; 1975.

4. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010.

5. Palomino P, Grande ML, Linares M. La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Rev Int Sociol. 2014;72(Extra 1):71–91.

6. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades de una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

7. Tamez S, Eibenschutz C. El papel del trabajo en la determinación de las desigualdades en salud: reflexión crítica sobre el informe de la Comisión de Conocimiento sobre las condiciones de Empleo de la Organización Mundial de la Salud. In: Passos R, editor. Determinacao Social da Saúde e Reforma Sanitaria. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.

8. Muntaner C, Ng E, Chung H, Prins S. Two decades of Neo-marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. Soc Theory Heal. 2015;13(3/4):267–87.

9. Portes A, Hoffman K. Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2003.

10. Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarín MI, Fernandez E. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in spanish population. Int J Epidemiol. 2003;32(6):950–8.

11. Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibañez C, Benach J, et al. Clase social y salud en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2012;31(2):166–75.

12. Giddens A. Sociology. Cambridge: Polity Press; 2009.

13. Breen R. Foundations of a neo-Weberian class analysis. In: Wright EO, editor. Approaches to Class Analysis. New York: Cambridge University Press; 2005.

14. Rivas R. Caracterización socioeconómica de clases: distinciones teóricas y empíricas desde la perspectiva weberiana. Rev Austral Ciencias Soc. 2008;(14):89–109.

15. Bones Rocha K, Muntaner C, González Rodríguez MJ, Bernales Baksai P, Vallebuona C, Borrell C, et al. Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile. Rev Panam Salud Pública. 2013;33(5):340–8.

16. Wright EO. Foundations of a neo - Marxist class analysis. In: Wright EO, editor. Approaches to Class Analysis. New York: Cambridge University Press; 2005.

17. Wright EO. Reflexionando, una vez más, sobre el concepto de estructura de clases. In: Carabaña J, Francisco A de, editors. Teorías contemporáneas de las clases sociales. Madrid: Editorial Pablo Iglesias; 1995.

18. Wright EO. Class counts: comparative studies in class analysis. New York: Cambridge University Press; 1997.

19. Wright EO. Classes. London: Verso Editions; 1985.

20. Fresneda O. Clases sociales, modo de desarrollo y desigualdad: lineamientos para su análisis. Bogotá; 2014.

2 Clasificación ocupacional para el análisis de clases sociales y salud a partir de las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida en Colombia

Sandra Patricia Salas-Quijano; Fabio Alberto Escobar-Díaz; María Fernanda Valdés-Valencia; Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo

Esta sección tiene como objetivo presentar la estructura de clases utilizada en este Octavo Informe, y su construcción operativa a partir de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) en Colombia. En la primera parte se realizará una descripción de los objetivos de las ENCV y por qué fueron seleccionadas como fuente para el análisis de clase social y salud. Si bien la ENCV no está diseñada para ese tipo de análisis, su contenido resulta de gran utilidad para los fines de este Informe. La segunda parte abordará la estructura de clases sociales seleccionada, repasando algunos conceptos detrás de la clasificación, la construcción de una taxonomía a partir de esos conceptos y de la ocupación, la rama de actividad y posición ocupacional de la población, de acuerdo a la información de las ENCV. Se describirán las características de cada clase tanto en el aspecto conceptual, como en la estructura de clases colombiana y en su construcción utilizando los datos de la ENCV. Finalmente, se presentarán los resultados de la composición de la estructura de clases de Colombia discutiendo su origen e implicaciones para el análisis.

2.1. Antecedentes

En 1996, tanto el Banco Mundial (BM) como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) crearon el Programa de Mejoramiento de las Encuestas Nacionales de Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (MECOVI) con el propósito de fortalecer metodológicamente las encuestas de hogares y la medición de las condiciones de vida en los países de la región latinoamericana (1). En Colombia, en el contexto de una nueva Constitución Política y gracias al apoyo de este programa, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) comenzó a implementar las ENCV para contar con información de calidad sobre los niveles de vida de la población del país, poniendo muy especial atención a la vivienda, el equipamiento de los hogares, la salud, la educación, el trabajo y las mediciones de la pobreza. Sus resultados deben servir para entender y evaluar el efecto de las políticas sociales (2). La ENCV desde 1997, adoptó como referente los procedimientos empleados en la Encuesta de Medición de Condiciones de Vida (*Living Standard Measuring Study–LSMS*), metodología de análisis implementada y difundida por el BM con el fin de mejorar el tipo y la calidad de los datos de hogares en países en desarrollo, requeridos tanto para evaluar políticas económicas y sociales como para hacer seguimiento a las condiciones de vida de la población (3).

La primera encuesta, de carácter piloto, se realizó en 1991 en Bogotá, D.C. y permitió definir el contenido y la metodología de las encuestas que se desarrollarían posteriormente a nivel nacional desde 1993, con un periodicidad inicialmente muy variable (1993, 1997, 2003, 2008), para luego definirse su realización de forma anual (de 2010 hasta 2015). Por medio de la ENCV se obtiene información para analizar y realizar comparaciones de condiciones socioeconómicas entre poblaciones. La ENCV calcula indicadores sobre niveles de pobreza a partir de las metodologías establecidas como el de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y el de Línea de Pobreza (LP). Así, la ENCV recoge información socioeconómica que incluye variables relacionadas con el bienestar y las condiciones de vida. Cuenta además con un módulo de preguntas de salud y de autopercepción que permiten establecer el nivel de satisfacción de la población en los servicios de salud, discriminada por individuos o por jefes del hogar, así como trabajadores. Las encuestas tradicionalmente abordan en todos los años temáticas como las siguientes:

- Características de la vivienda
- Características demográficas
- Acceso a bienes y servicios públicos
- Salud
- Educación
- Cuidado de niños menores de 5 años
- Percepción de las condiciones y de vida gasto de los hogares

Progresivamente, han venido incorporándose otros temas como la medición de inseguridad alimentaria en hogares y la perspectiva de género (ENCV 2008), cuidado de personas con limitaciones físicas permanentes (ENCV 2010), precios de venta y costos de la producción agropecuaria (ENCV 2011), trabajo infantil (ENCV 2014) y uso o consumo energético en los hogares (ENCV 2015).

También es importante resaltar que algunas encuestas han excluido algunos de estos temas (1). Para el caso de este Informe, donde se analizan las ENCV de 2008 y 2015, estas incluyen todas las temáticas mencionadas. La calidad de vida, de acuerdo a la metodología de la encuesta, se define por las condiciones en que habitan, conviven y se desarrollan los miembros del hogar en términos de (4):

- Hogar y el medio económico
- Hogar y el medio social
- Hogar y medio cultural y político
- Relaciones de las personas dentro del hogar

La encuesta utiliza variables de vivienda, servicios públicos (valor y calidad), variables demográficas, salud (cobertura, enfermedades crónicas, morbilidad, atención, gastos y calidad), sitio de permanencia de menores, fecundidad, educación, fuerza de trabajo, tenencia de vivienda, percepción de condiciones de vida, seguridad alimentaria, tenencia de bienes, satisfacción de vida, afiliación a régimen de seguridad social, inconformidad en salud y gastos médicos. La Tabla 2.1.1. relaciona los objetivos de la encuesta con los indicadores seleccionados y los instrumentos utilizados para obtener la información, de acuerdo a la metodología del Banco Mundial (3).

Tabla 2.1.1. Relación entre los objetivos de la ENCV, indicadores e instrumentos aplicados

PROPÓSITO	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Medición de bienestar individual y del hogar Niveles, distribuciones y correlaciones	Consumo Ingreso Riqueza, ahorros Capital humano Antropométricos	Cuestionario por hogar Cuestionario de precios
Análisis de políticas Quién se beneficia de programas sobre el gasto público Impacto del gasto público sobre programas Disponibilidad de servicios Calidad de servicios Precio de servicios Efecto de las políticas económicas	Uso de servicios Quién recibe los servicios, transferencias Costo de servicios Impacto de las políticas Distancia al servicio más cercano Tipos de servicio provistos Personal, presupuesto, otros Transferencias netas entre sectores	Cuestionario de hogares Cuestionario de comunidad Cuestionario de facilidades Cuestionario de precios
Identificar determinantes *¿Por qué ocurren los resultados observados?* *¿Qué afecta el comportamiento de un hogar?*	Composición del hogar, capital humano, bienestar, servicios disponibles, etc.	Cuestionario de hogares Cuestionario de comunidad Cuestionario de facilidades Cuestionario de precios

Fuente:(3)

Otro tipo de encuestas demográficas, diferentes a la ENCV, reúnen variables importantes sobre salud, como es el caso de las encuestas sobre demografía y salud, y aunque no evalúan aspectos relacionados con la medición de clase social, han sido utilizadas previamente en otros análisis realizados por el ONS. La medición de tenencia de bienes en el hogar, por ejemplo, permite hacer un acercamiento a cómo estos pueden impactar la salud de la población y de los individuos, por ejemplo, tener televisión y radio puede ayudar a recibir los mensajes de promoción y prevención (5). La sección sobre gastos de consumo en el hogar ayuda a medir la capacidad de compensar o exceder las necesidades materiales y el acceso a servicios. Considerando que el cambio en el consumo puede estar relacionado con las fluctuaciones en el ingreso, éste debería ser teóricamente una medida de posición socioeconómica en el largo plazo (5).

La ENCV indaga sobre varios tipos de gastos: salud; atención y cuidado de niños menores de 5 años; educación; alimentos; artículos y servicios del hogar. Estos gastos son explorados para diferentes periodos de tiempo (últimos siete (7) días, semana pasada, meses pasados, últimos tres (3) meses y último año) (4). La combinación de variables consumo, ingreso, ocupación, rama ocupacional, estado de salud y salud autopercibida captadas por la ENCV, permiten analizar la situación de salud de la población general y de los individuos de acuerdo a su clase social.

Para este Informe, se han considerado los resultados de las ENCV de 2008 y 2015, que poseen diseños metodológicos similares e información de sus microdatos completamente disponible. La ENCV considera ocho regiones, Antioquia, Pacífica, Central, Oriental, Atlántica, Bogotá D.C., Orinoquía–Amazonía, y San Andrés y Providencia, de los cuales las primeras cinco representan tanto las áreas urbanas como las rurales o dispersas, mientras que Bogotá, D.C. y Orinoquia Amazonía sólo lo hacen para la cabecera municipal y San Andrés y Providencia lo hacen para toda la región. En la ENCV de 2008 se incorporó un módulo sobre inseguridad alimentaria y en la de 2015 se incorporó otro correspondiente al consumo de energía e los hogares.

2.2. Clasificación para la construcción de la categoría clase social

Las variables principales para la construcción de la categoría de clase social, a partir de la ENCV, fueron *rama de actividad, ocupación y posición ocupacional*. La variable *rama de actividad* a la que se dedica el establecimiento o empresa donde trabaja la persona, se realizó con base en la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) (6), esquema de referencia de todas las actividades productivas que pretende ofrecer un conjunto de categorías de actividades que se pueda utilizar para la reunión y difusión de datos estadísticos de acuerdo con esas actividades. Desde 1948, con la primera versión de la CIIU, todos los países en el mundo han aplicado o adaptado esta clasificación para sus actividades económicas (7). Para Colombia, las ENCV han empleado las versiones 3.1 (año 2008) y 3 (año 2015) del CIIU.

La *ocupación* se define como la tarea u ocupación que desempeña la persona en su trabajo, independientemente del sector en que pueda estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido; se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones. Para esta variable se utilizó la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) (8), que organiza sistemáticamente las ocupaciones en el mercado laboral colombiano a través de la agrupación de empleos y la descripción de las mismas de una manera ordenada y uniforme. De esta forma, el CNO emplea dos (2) criterios de clasificación como son el área de desempeño (tipo y naturaleza del trabajo) y el nivel de cualificación (de acuerdo a la complejidad de la función, autonomía, cantidad, tipo y nivel de educación, capacitación experiencia requerida) (9).

La *posición ocupacional* es la relación de dependencia en que la persona ejerce su ocupación, en donde se puede diferenciar a los patronos o empleadores, trabajadores independientes o por cuenta propia, trabajadores familiares sin remuneración y toda la amplia gamas de trabajadores asalariados como los empleados, obreros y empleados domésticos (10) (**Anexo 1**).

Para el análisis de clases sociales y su relación con la salud, se ha adoptado la clasificación propuesta por Fresneda (10), que fue operacionalizada gracias a las variables de ocupación, rama de actividad y posición ocupacional que se encuentran en las ENCV, y el número de trabajadores en las empresas donde se desarrolla la actividad laboral para los trabajadores no asalariados. Aunque no hay una correspondencia exacta entre las variables y categorías utilizadas en los datos de estas encuestas, el modelo propuesto en este Informe permite capturar las posiciones de clase con base en los criterios teóricos, que se describen a continuación. Vale la pena resaltar que la estructura de clases representada no alcanza a incluir a los grandes capitalistas, debido a su tamaño reducido no alcanzan a ser captados generalmente en las encuestas (10), y por ende no es posible estimar su dimensión, ni los valores de sus indicadores.

La propuesta de Fresneda se basa en la estructura de clases de Golthorpe, sin embargo, realiza algunas modificaciones que se ajustan al tipo de mercado del país (10). Por un lado, discriminar posiciones dentro de la clase directiva, separando la clase propietaria de la asalariada, por otro lado, Goldthorpe ubica al campesinado dentro de la pequeña burguesía, mientras que Fresneda asigna una clase aparte para las labores agrícolas. Adicionalmente, Fresneda agrega dos clases: empleados domésticos y otros trabajadores. En la Tabla 2.2.1. se establecen las equivalencias de clases según la estructura propuesta por Goldthorpe y la adoptada por Fresneda. En la Figura 2.2.1. se estableció la taxonomía de las clases propuestas por Fresneda y desarrolladas en este Informe, a partir del tipo de trabajo ejercido.

Tabla 2.2.1. Comparación de estructuras de clase social según las clasificaciones de Goldthorpe y Fresneda

CLASIFICACIÓN DE GOLDTHORPE	CLASIFICACIÓN DE FRESNEDA
I. Directivos, profesionales, administrativos y empleados de alto grado	**Ia.** Directivos patronos
	Ib. Directivos asalariados
II. Profesionales, administrativos, empleados gerenciales de menor grado; técnicos de alto grado	**IIa.** Profesionales y técnicos independientes
	IIb. Profesionales y técnicos asalariados
IIIa. Empleados rutinarios no manuales de alto grado	**Va.** Empleados de dirección y control (administrativos, del comercio y los servicios)
IIIb. Empleados rutinarios no manuales de menor grado	**Vb.** Empleados (administrativos, del comercio y los servicios) sin funciones de dirección y control
IVa. Autoempleados, artesanos y pequeños empleadores	**IIIa.** Pequeña burguesía y trabajadores independientes (de la industria, el comercio y los servicios) en empresas con más de 5 trabajadores
IVb. Autoempleados y artesanos sin empleados	**IIIb.** Pequeña burguesía y trabajadores independientes (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas con hasta 5 trabajadores
IVc. Campesinos, pequeños propietarios y autoempleados de la producción primaria	**IVa.** Campesinos en explotaciones de más de 5 trabajadores
	IVb. Campesinos en explotaciones de hasta 5 trabajadores
V. Supervisores de trabajadores manuales y técnicos de menor grado	**VIa.** Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados
VI. Mano de obra capacitada	**VIb.** Obreros en ocupaciones artesanales
VIIa. Mano de obra semicapacitada y no capacitada	**VIc.** Obreros industriales no calificados: obreros en ocupaciones de baja calificación y en tareas manuales y repetitivas
VIIb. Trabajadores agropecuarios y de la producción primaria	**VII.** Obreros agropecuarios
	VIII. Empleados domésticos
	IX. Otros trabajadores
	X. No clasificables*

**No es una clase social, sin embargo, para los análisis del ONS se incluyó esta población.*

Fuente: análisis y elaboración equipo de trabajo con base en las clasificaciones de Goldthorpe y Fresneda

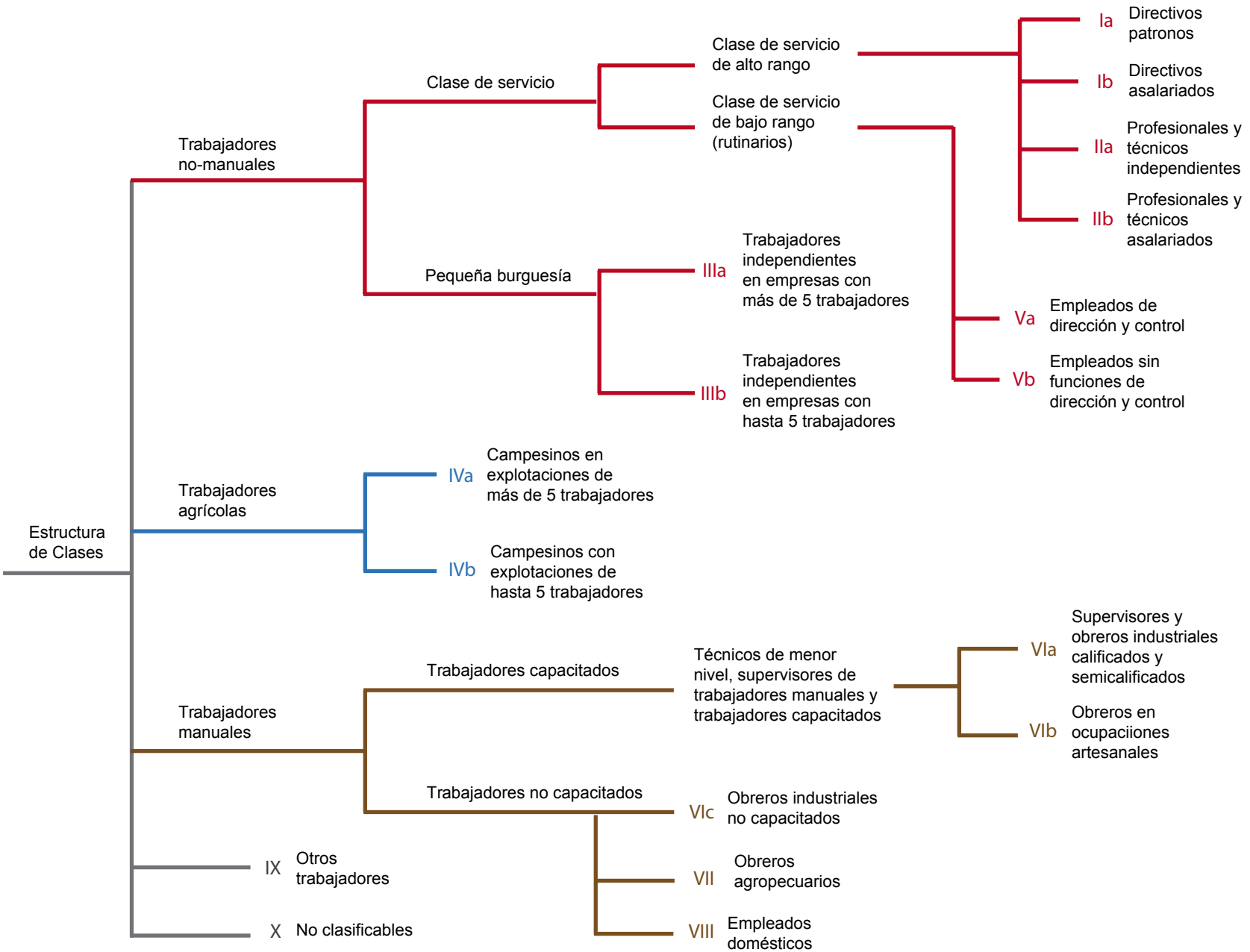


Figura 2.2.1. Estructura de clases sociales de acuerdo a Óscar Fresneda

*Fuente: elaboración equipo ONS con base en Fresneda (10) y McKnight(11)

2.2.1. Asignación operativa de clases sociales utilizando la ENCV y construcción de la estructura poblacional por clase en Colombia

Utilizando las bases de datos de la ENCV 2008 y 2015 disponibles para su consulta y descarga como microdatos, en la página del DANE (12) y mediante el lenguaje de programación **R**, se realizó la asignación de clases sociales en cada año, inicialmente en trabajadores, identificados según la definición de personas ocupadas del DANE (13). Los trabajadores corresponden a aquellos individuos que durante la semana de referencia de la Encuesta tuvieron como actividad principal o secundaria algún tipo de trabajo remunerado o no por una hora o más (**Anexo 2**).

Una vez identificado el subgrupo de los trabajadores, y con base a la metodología desarrollada por Fresneda (10) y en la taxonomía de clasificación de clase social desarrollada por el equipo INS, se creó la matriz de la Tabla 2.2.1.1., en donde se identificaron las configuraciones operativas para cada clase según rama de actividad, ocupación y posición ocupacional; las que mediante el lenguaje de programación **R** y utilizando las respectivas codificaciones CIUO, CNO y de posición ocupacional se utilizaron para asignar la respectiva clase a cada uno de los trabajadores en las bases de datos de las ENCV 2008 y 2015.

Tabla 2.2.1. 1. Definición de clase social a partir de las tres variables

CLASE SOCIAL	VALORES DE VARIABLES DE OCUPACIÓN, POSICIÓN OCUPACIONAL Y RAMA DE ACTIVIDAD
Directivos	**Ocupación:** miembros de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública, directores y personal directivo. **Posición ocupacional:** cualquiera excepto ayudante sin remuneración y sin información. **Rama de actividad:** cualquiera
Profesionales y técnicos	**Ocupación:** profesionales; técnicos y trabajadores asalariados. **Posición ocupacional:** cualquiera excepto ayudante sin remuneración y sin información. **Rama de actividad:** cualquiera
Pequeña burguesía	**Ocupación:** toda ocupación con excepción de los profesionales, técnicos y trabajadores asalariados, miembros de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública, directores y personal directivo. **Posición ocupacional:** profesional independiente, trabajador independiente, patrón, trabajador agrícola independiente, trabajador sin remuneración, ayudante sin remuneración o no se tiene información. **Rama de actividad:** cualquiera excepto agricultura, ganadería y minería.

Campesinos	**Ocupación:** toda ocupación con excepción de los profesionales, técnicos y trabajadores asalariados, miembros de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública, directores y personal directivo. **Posición ocupacional:** profesional independiente, trabajador independiente, patrón, trabajador agrícola independiente, trabajador sin remuneración, ayudante sin remuneración. **Rama de actividad:** agricultura, ganadería o minería. **Ocupación:** administradores y jefes de explotaciones agropecuarias, agricultores y ganaderos (propietarios), trabajadores agropecuarios, trabajadores forestales, pescadores, cazadores y trabajadores asimilados. **Posición ocupacional:** profesional independiente, trabajador independiente, patrón, trabajador agrícola independiente, trabajador sin remuneración, ayudante sin remuneración. **Rama de actividad:** vacío **Ocupación:** cualquiera **Posición ocupacional:** Trabajador agrícola independiente **Rama de actividad:** cualquiera
Empleados	**Ocupación:** los que pertenecen a ocupaciones administrativas del comercio y los servicios (la ocupación 30-59 del CNO de 1970) **Posición ocupacional:** obrero o empleado particular, obrero o empleado del gobierno, jornalero o peón. **Rama de actividad:** cualquiera
Obreros industriales	**Ocupación:** trabajadores y operadores no agrícolas, conductores de máquinas y vehículos de transporte y trabajadores asalariados. **Posición ocupacional:** obrero o empleado particular, obrero o empleado del gobierno, jornalero o peón. **Rama de actividad:** cualquiera **Ocupación:** mineros y canteros, trabajadores manufactureros y trabajadores asalariados no clasificados bajo otros epígrafes, trabajadores de la construcción, trabajadores de la manipulación de mercancías y materiales de movimiento de tierras, peones no clasificados bajo otros epígrafes. **Posición ocupacional:** Empleado doméstico **Rama de actividad:** cualquiera excepto hogares privados con servicio doméstico.
Obreros agropecuarios	**Ocupación:** administradores y jefes de explotaciones agropecuarias, agricultores y ganaderos (propietarios), trabajadores agropecuarios, trabajadores forestales, pescadores, cazadores y trabajadores asimilados **Posición ocupacional:** obrero o empleado particular, obrero o empleado del gobierno, jornalero o peón. **Rama de actividad:** cualquiera
Empleados domésticos	**Ocupación:** toda ocupación con excepción de los profesionales, técnicos y trabajadores asalariados, miembros de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública, directores y personal directivo. **Posición ocupacional:** empleado doméstico **Rama de actividad:** cualquiera
Otros trabajadores	Los trabajadores cuya información no es concordante con las demás clases.

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS, con base a metodología de Fresneda 2014

Una vez clasificados los trabajadores por clase social, se procedió a realizar la asignación de clases en las personas no trabajadoras. Primero se consideró la asignación por hogar utilizando la clase del trabajador cabeza de hogar utilizando la respectiva pregunta de la ENCV; para aquellos hogares donde la cabeza de hogar no es trabajador se asignó la clase social del miembro del hogar trabajador con mayores ingresos mensuales salariales y no salariales. Luego, para aquellos trabajadores y personas de la población general que pese a las asignaciones mencionadas no tuvieron clase social asignada, se les catalogó con la categoría "*No Clasificables*".

Concluida la asignación de las clases sociales y de las categorías residuales en trabajadores y en población general, se construyó la estructura poblacional por clase social en Colombia para los años 2008 y 2015. Utilizando el lenguaje de programación **R** se estimó el total de población en Colombia por clase social en los años 2008 y 2015 y su respectivo porcentaje utilizando los factores de expansión de las ENCV, que corresponden al inverso de la probabilidad de cada participante de la Encuesta en ser elegido en la misma (14); por último, se construyeron gráficos de barras de la distribución porcentual de la población por clase en los dos años evaluados tanto en trabajadores como en población general, así como gráficas de barras de la distribución porcentual por clase y área de residencia.

2.2.2. Clase de servicio (Ia, Ib, IIa, IIb, Va y Vb)

La clase de servicio puede hacer parte de todas las actividades económicas de una sociedad, razón por la que se debe abordar inicialmente la composición económica de Colombia para explicar el desarrollo de esta clase en el país. En las primeras etapas de desarrollo de un país, los *sectores primarios* como el agropecuario y el minero dominan generalmente la creación de valor agregado. Luego, la producción de bienes manufacturados, conocido como el *sector secundario*, se extiende en las estructuras económicas para llegar posteriormente a la consolidación del *sector de los servicios*, en donde las naciones adquieren mayores niveles de ingresos (15). La industria tuvo un papel bastante relevante en el crecimiento económico del país a partir de la segunda mitad del siglo XX, fortaleciendo el sector manufacturero de bienes de consumo e intermedios (16–18), sin embargo, a partir de los años ochenta el sector industrial fue perdiendo espacio y las medidas de ajuste macroeconómico exigieron el desmonte de políticas de fortalecimiento industrial (16,17), ganando relevancia el *sector terciario* de la economía y logrando un dominio a nivel mundial. Este sector en 2014 pasó a representar el 68% del Producto Interno Bruto (PIB), en comparación con el sector industrial que alcanzó el 28%. En contraste, el *sector primario* apenas llega al 4% del PIB a nivel global. En los últimos 15 años, estos dos últimos sectores han reducido su participación dentro del PIB (19).

El *sector terciario* comprende un grupo bastante heterogéneo de actividades económicas, que inicialmente fue una categoría residual donde cabían aquellos rubros que no pertenecían al sector primario ni secundario. Aunque se han hecho esfuerzos por tratar de contar con una conceptualización más homogénea se reconoce la enorme dificultad para esta tarea, toda vez que muchas de las actividades que son ubicadas en este sector cambian en el tiempo tendiendo a ser muy dinámicas. En este sector se han incluido los servicios de comercio, financieros, hoteleros, bienes raíces, restaurantes, comunitarios, sociales y personales, entre otros (20).

Durante la década de los noventa, aproximadamente el 90% de los empleos y puestos de trabajo en América Latina y el Caribe fueron creados en el sector terciario o de servicios (20). En Colombia, hasta los años ochenta, su participación era aún muy incipiente y cambiante. Sin embargo, desde hace dos décadas comenzó a tener un crecimiento vertiginoso superando el 57% del PIB en 1999, por encima de los sectores industrial y agrícola, siendo este último donde se ha manifestado el descenso más dramático llegando a un porcentaje menor de 15%, disminuyendo esta proporción en la mitad desde 1960 (21). El aumento de la participación del sector servicios en la economía ha sido constante. Para el segundo trimestre de 2015, los servicios aportaron más del 55% del total del PIB al país, principalmente los servicios financieros (19,8%), seguidos de los sociales, co-

munales y personales (15,3%), transporte, almacenamiento y comunicaciones (7,1%) y comercio, reparación, restaurantes y hoteles (12%) (22,23).

En este contexto económico, han surgido y crecido las clases de servicio, según Goldthorpe, que comprenden a los empleados profesionales, administrativos y de dirección. Esta clase es un fenómeno propio de las sociedades contemporáneas occidentales; es un amplio grupo social que posee un nivel relativamente alto de educación y de formación, su base económica reside por lo tanto en su capital cultural, es decir, la posesión de niveles relativamente altos de educación y formación; sin embargo, aún no se cuenta con una explicación totalmente satisfactoria desde el punto de vista político y sociológico de la enorme expansión de este tipo trabajo, denominado también como de "*cuello blanco*" (24). En este sentido, la característica principal de la clase de servicio no reside en la rama económica en la que se desempeña, ya que es transversal a todas las ramas, sino en su capital cultural para desarrollar sus funciones dentro de cualquier ocupación.

La autonomía y la dificultad de supervisión en la clase de servicio determinan en qué posición se ubican los trabajadores. Esto está asociado a los niveles de confianza otorgados a los trabajadores de acuerdo a sus calificaciones y su formación, razón por la que se asume que las relaciones al interior de la clase de servicio son relaciones de confianza, por encima de la dominación (25). La confianza y la posición en una clase también están dadas por el capital cultural, más allá del capital económico de los trabajadores. El capital cultural está ligado al prestigio y a lo que la sociedad considera que son capacidades valiosas o no (25). Los bienes culturales o la formación, son validados a través de los sistemas educativos y de acreditación, permitiendo que los trabajadores se mantengan o mejoren su posición de clase. En ese sentido las fracciones de clase dentro de la clase de servicio no son tan rígidas como en las clases de trabajo manual.

2.2.2.1. Directivos (Ia y Ib)

En esta clase social se encuentran los trabajadores que ejercen funciones de control y dirección en las empresas. Wright entiende a esta clase como un grupo de trabajadores explotado por los capitalistas, pero que a la vez son explotadores organizacionales a través del control sobre los medios de producción y la supervisión (26). Hacen parte de una clase de servicio, en la que se encuentran principalmente trabajadores no manuales, altamente capacitados que no necesitan ser supervisados en su trabajo. De acuerdo a Goldthorpe, es la clase superior dentro de la clase de servicio (24).

La clase directiva tiene a la vez dos fracciones: una que es patrona y dueña de los medios de producción y una asalariada que no es dueña de los medios de producción, pero se encarga de proteger los medios de producción para alguien más. Según los neomarxistas, los directivos representan una posición contradictoria de clase, considerando que esta clase "*está comprometida con la realización de funciones del capital global, sobre todo de vigilancia y control del trabajo, pero en parte también realizan tareas y desempeñan roles que son propios del trabajador colectivo, por ejemplo, coordinando el proceso de trabajo o aportando conocimiento especializado y experto*" (24). La fracción de clase directiva que no es dueña del capital está aún más inmersa en la posición contradictoria de clase, considerando que no hace parte de la toma de decisiones con respecto a la ubicación de los recursos e inversiones, sin embargo, tienen cierto control sobre los medios físicos de producción y sobre los trabajadores en todo el proceso de producción (27). En ese sentido, la fracción propietaria está más cercana a la clase capitalista como tal y la asalariada hace parte de la clase trabajadora.

2.2.2.2. Profesionales y técnicos (IIa y IIb)

Son trabajadores con formación universitaria o técnica, cuyo nivel de autonomía es relativamente alto considerando su difícil supervisión. A esta clase la caracteriza la regulación de las relaciones de producción a través de relaciones de servicio entre el empleador y el empleado formalmente establecidos, con una

lista de prerrequisitos estricta para la contratación y condiciones de empleo con oferta de compensación por el servicio de varios tipos, incluyendo el salario –la remuneración es más amplia que la estipulada por sueldo a quienes ostentan cargos manuales de menor rango-, incentivos económicos adicionales, expectativas de continuidad y estabilidad en el mediano y largo plazo, oportunidades de carrera, formación y promoción e incrementos salariales periódicos (11,28). Dentro de esta clase se diferencian dos fracciones: una más cercana a la clase directiva, con algunas labores de supervisión en rangos altos y; otra de menor nivel con mayor necesidad de supervisión (11).

2.2.2.3. Empleados (Va y Vb)

Son definidos como trabajadores asalariados en trabajos no manuales que se desempeñan en actividades administrativas que son propias del comercio de los servicios y que cuentan con niveles medios de cualificación y de autoridad. Así, hay algunos de ellos que pueden tener funciones de dirección y control en la jerarquía laboral (10); esta categoría de posición de clase guarda concordancia con el esquema de Wright (supervisores y trabajadores semicualificados) y de Goldthorpe (Empleados no manuales de trabajos rutinarios en el comercio y la administración) (29,30).

2.2.3. Pequeña burguesía (IIIa y IIIb)

Esta clase se aparta de la clase de servicio, al no ser una clase asalariada. Hacen parte de esta clase los trabajadores no asalariados, independientes o por cuenta propia, que no se desempeñan como profesionales, técnicos o de directores, ni realizan labores domésticas. Esta clase comprende un grupo amplio de trabajadores autoempleados o pequeños propietarios y artesanos con o sin empleados de la industria, comercio o servicios (31). Wright diferencia tres tipos de pequeña burguesía: trabajadores capacitados cuyo medio de producción es su conocimiento, de manera análoga a la propiedad material por parte de la burguesía tradicional; trabajadores a sueldo no productivos y; aquellos con ingreso mayor al valor de su poder laboral, es decir, su ingreso contiene plusvalía del trabajo de otros (27).

La principal diferencia con la clase de servicio es su informalidad laboral. Si bien el término informal aplicado al trabajador a cuenta propia ha sido problemático en tanto que no se extiende a toda la categoría, esta ha sido una característica principal en las diferentes discusiones alrededor de la definición de la informalidad laboral (31). Debido a la autonomía laboral de esta clase, se destaca que no es explotada, ni explota a otras clases (32).

Steinmetz y Wright efectuaron un primer acercamiento a esta clase desde la sociedad estadounidense, explicando su aumento, como el resultado de una expansión de sectores posindustriales, caracterizado por altas tasas de autoempleo e incluso de la ampliación de empleo informal o del mismo autoempleo, dentro de los sectores industriales, esto se debió al cambio en las relaciones de producción al interior de este sector (33).

Wright reconoce que esta clase es heterogénea y las relaciones de producción al interior de la misma también difieren. Parte de la pequeña burguesía pertenece parcialmente a otras clases de dos maneras: la primera es una clase semiautónoma de obreros que hace parte de la pequeña burguesía dentro de la producción capitalista, considerando que no son dueños de los medios de producción, pero no están sujetos a relaciones de dominación para trabajar esos medios de producción; y la segunda una semiobrera autoempleada en la que hay una subordinación obrera dentro de la producción de la pequeña burguesía considerando que son dueños de los medios de producción, pero son obreros en las relaciones de dominación en términos de no poder escoger qué producen, ni cómo lo producen, porque están constreñidos por los mercados y las instituciones financieras (32).

Autores como Marc Linder consideraron que no todos los autoempleados hacen parte de la pequeña burguesía, teniendo en cuenta que el ingreso de las personas que ocupan cargos de bajo pago es bastante menor que el de los empleados y que su ocupación es intermitente o de medio tiempo, recibiendo mayores ingresos como empleados y otros ingresos menores como autónomos (34). En este aspecto resulta problemático que muchas ocupaciones son clasificadas como parte de la peque-

ña burguesía, sin realmente serlo, como el caso de los emboladores de zapatos, los recicladores de basura, y los vendedores ambulantes, que son dueños o arrendatarios de sus medios de producción (34). El análisis realizado en este Informe no reclasifica este tipo de trabajadores, manteniéndolos en la pequeña burguesía. Esta limitación en la clasificación se refleja en la amplitud de la categoría en la estructura de clases colombiana (34).

En términos prácticos, la pequeña burguesía parte del empleo informal como base económica. La XV Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo describe el sector informal como "*un conjunto de unidades dedicadas a la producción de bienes o a la prestación de servicios con la finalidad primordial de crear empleos y generar ingresos para las personas que participan en esa actividad. Estas unidades de producción funcionan típicamente en pequeña escala, con una organización rudimentaria, en la que hay muy poca o ninguna distinción entre el trabajo y el capital como factores de producción. Las relaciones de empleo –en el caso en que existan- se basan en el trabajo ocasional, el parentesco o las relaciones personales y sociales, y no en acuerdos contractuales que supongan garantías formales*" (35).

Así las cosas, la pequeña burguesía se diferencia de las otras clases en su posición ocupacional y en cómo su forma de relacionarse con las demás clases a través de la difusa vinculación laboral la ubica en una posición particular en la estructura de clases.

2.2.4. Campesinos y obreros agropecuarios (Va, Vb y VII)

Estas posiciones de clase social se encuentran en el esquema de clasificación propuesta por Goldthorpe pero están ausentes explícitamente en el planteamiento de Wright ya que éste no discrimina entre actividades primarias y no primarias. El campesinado constituye una forma de producción en las sociedades rurales que no ha desaparecido pero, en cambio, sí ha sufrido transformaciones.

No hay una definición específica para esta categoría debido a que en cada periodo histórico el proceso de acumulación de capital ha generado su propio campesinado. El campesino es un producto histórico con diferentes génesis y trayectorias muy variables (36).

En términos generales se entiende al campesinado como la población que trabaja en unidad de producción y consumo de orden familiar y cuyos ingresos dependen de dicho trabajo en la agricultura y otras actividades conexas. A diferencia de los productores capitalistas, los campesinos usan su propia mano de obra familiar para la producción, que generalmente es de subsistencia (37). El campesino generalmente es propietario de la tierra como su principal medio de producción dando lugar a derechos y poder en el proceso productivo, a formas de apropiación del excedente económico bajo la forma de renta del suelo. Aquí también se incluyen no sólo las actividades agrícolas, sino también las que provienen de la ganadería, la pesca, la caza o la silvicultura, es decir todas aquellas relacionadas con la explotación o aprovechamiento de recursos naturales vegetales y animales (10,38).

El Consejo de las Naciones Unidas en 2013 se pronunció a través de la Declaración sobre los Derechos de los Campesinos y de otras Personas que Trabajan en las Zonas Rurales, retomando y extendiendo la definición anterior para este grupo social entendiéndose al campesino como un hombre o una mujer de la tierra, que tiene una relación directa y espacial con la tierra y la naturaleza a través de la producción de alimentos u otros productos agrícolas, trabajan la tierra por sí mismos y dependen principalmente del trabajo familiar, están tradicionalmente integrados en comunidades locales y cuidan el entorno natural local y los sistemas agroecológicos (39). Se han incluido también en esta definición a las personas sin tierra como las familias de los trabajadores agrícolas y las familias no agrícolas que viven en zonas rurales con poca tierra o sin ella y que se dedican a actividades como la pesca o la artesanía en el mercado local, y familias rurales de personas trashumantes y nómadas que practican la agricultura migratoria, cazadores y recolectores (39).

El campesinado colombiano se ha formado en un contexto de violencia, conflicto armado, discriminación y desplazamiento. Sin embargo, ha tenido una gran capacidad de adaptación y de innovación que le ha permitido seguir siendo un actor relevante en el campo. En las encuestas y censos tanto generales como agropecuarios no ha logrado ser capturada apropiadamente, desde el punto de vista conceptual y metodológico la categoría de campesino, equiparándose frecuentemente a la de pequeños productores (36,37). La información que se encuentra disponible en el país plantea algunas restricciones, ya que cubre una amplia gama de trabajadores con relaciones sociales diferenciadas desde aparceros hasta los campesinos medios dueños de sus tierras (10). Con respecto a los trabajadores u obreros agropecuarios, para los fines metodológicos de este Informe, son considerados como asalariados manuales dedicados a las actividades características de este sector. Generalmente tienen niveles de calificación muy bajos y viven, al igual que los campesinos, en las áreas rurales (10).

2.2.5. Obreros industriales (VIa, VIb, VIc)

La clase obrera es la base de los estudios de clase tradicionales realizados por Marx. Hacen parte de la clase obrera los trabajadores asalariados en ocupaciones manuales de la industria, construcción y minería (10). Se define como una clase dentro de las relaciones sociales de producción que están excluidas del control sobre el capital, el capital físico y el trabajo. No poseen los medios de producción, y deben vender su fuerza de trabajo a los capitalistas para poder trabajar (40). Wright argumenta que la clase trabajadora se ha caracterizado siempre por su estrecha relación con el trabajo productivo, es decir, en los obreros industriales y en los agropecuarios es en quienes se hace más evidente la relación entre clase y ocupación (41). Mientras que en las otras clases, la posición está definida por el tipo de relación que existe entre el trabajador y el empleador, para la clase obrera la posición está definida por el tipo de ocupación realizada: labores manuales que requieren de supervisión. Esta clase se conoce como el proletariado.

De acuerdo a las definiciones más clásicas sobre el proletariado, esta clase está enajenada a través del trabajo, razón por la que todos los trabajadores son prescindibles, en una escala de trabajo operativo, rutinario y técnico (42). La fuerza de trabajo de los obreros es apropiada por los dueños de los medios de producción, arrebatando el único instrumento de producción del trabajador (43). Según Marx, es gracias a esta característica de "*proletarización*" de clase obrera, en la que se disuelve el individuo entre una gran cantidad de empleados que hacen lo mismo, que eventualmente la clase obrera tomaría consciencia de clase y lucharía por sus derechos.

López Castaño de Fedesarrollo considera que en Colombia nunca ha existido realmente una clase obrera, teniendo en cuenta que "*no puede haber clase obrera en un país donde la probabilidad de llegar a los 10 años en una empresa es menos del 4%, y donde la perspectiva laboral después de los 35 años es el trabajo por cuenta propia*" (44). La afirmación es de gran impacto en un país en el que las luchas obreras han sido protagonistas en distintos momentos de la historia y sus reivindicaciones han sido consideradas legítimas en las áreas de la industria manufacturera, cementera, petrolera, azucarera y textil (45), sin embargo, desde la década de los ochenta la participación sindical y las luchas obreras han perdido espacio debido, entre otras razones, a la flexibilización laboral. A esto se suma que las luchas sindicales no fueron ajenas al crecimiento de la violencia en el país y los líderes se convirtieron en blanco de los grupos armados (46), además, la composición sindical pasó de ser industrial a mayoritariamente conformada por funcionarios públicos y por miembros del magisterio (47).

En ese sentido, las garantías de la clase obrera en las últimas décadas no están protegidas por ningún sector de la economía. "*Los pocos trabajadores estables se dedican a defender sus derechos excepcionales*" (44) y la industria invierte sus utilidades en manejo de personal y no en capacitar el personal para fomentar la innovación en la base trabajadora de las empresas (44). Adicionalmente, como se mencionó anteriormente, la industria y la agroindustria han disminuido su participación en la economía

del país, dando espacio a nuevas formas de trabajo rutinario no manual. Operativamente, dentro de esta clase aparecen dos fracciones dependiendo de su nivel de calificación: supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados (tienen funciones de control), obreros en ocupaciones artesanales y obreros industriales no calificados (10).

2.2.6. Empleados domésticos (VIII)

Son los trabajadores asalariados que prestan sus servicios a los hogares y se rigen por formas de contratación y remuneración particulares que no siempre están ligadas al modo de producción mercantil. Poseen bajos niveles de remuneración y de cualificación (10). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) mediante el Convenio número 189 de 2011, define el trabajo doméstico como aquel que se realiza para o dentro de un hogar o varios hogares e incluye actividades como limpiar la casa, cocinar, lavar y planchar ropa, cuidar y atender a personas dependientes (niñas y niños, adultos mayores, con discapacidad), hacer jardinería, vigilar la casa, desempeñarse como chofer de familia y hasta cuidar animales domésticos (48).

La ocupación del empleo doméstico, puede llevarse a cabo en una jornada diaria completa o de forma parcial, para uno o varios empleadores y viviendo en el sitio de trabajo o no. Ésta se lleva a cabo predominantemente por mujeres. Además, el trabajo doméstico es una de las ocupaciones con mayores tasas de empleo informal en Latinoamérica. Con respecto al nivel educativo, generalmente ha tendido históricamente a ser muy bajo donde el 63% apenas había completado la primaria o carecía de educación (49). En términos de remuneración, es una ocupación cuyos ingresos suelen ser inferiores al promedio de todas las personas ocupadas e incluso en comparación con otro empleos de baja cualificación. Tampoco ha contado con la protección por parte de los mecanismos de seguridad social que cuentan los países de la región.

En Colombia, la cobertura en seguridad social apenas ha llegado al 10,8%, cifra muy inferior a países como Chile o Uruguay donde esta proporción alcanza el 42,3% y 43,2%, respectivamente (49).

2.2.7. Otros trabajadores (IX)

Se considera como una categoría residual de aquellos trabajadores cuya información no es concordante con los criterios de las otras clases (10). Es decir, aquí se consideran aquellos grupos de personas que tienen en común algunos códigos de ramas de actividad, de posición ocupacional u ocupación, por ende podrían ser una clase con características similares. Desde el punto de vista metodológico, se buscó que estos grupos quedaran incluidos bajo esta categoría para ser analizados en relación a las demás categorías de la clasificación.

2.2.8. No Clasificables (X)

Aquellos trabajadores cuya posición ocupacional u ocupación no se encuentra en la CIIU o en la CNO, o aquellos cuya información de rama de actividad, ocupación y posición ocupacional está incompleta. En algunos casos, la información brindada no permitió clasificar a estos encuestados en ninguna de las clases.

2.3. Composición de la estructura de clases en Colombia 2008-2015

La Figura 2.3.1., muestra la estructura de clases en el país en la población general y su variación entre 2008 y 2015. En la población general cabe resaltar que la clase con mayor proporción es la pequeña burguesía, que para los dos años de comparación incluye al 31% de la población, mientras que los empleados concentran el 15% en el 2008 aumentando a 17% en el 2015. Los grupos de profesionales y técnicos han aumentado del 7 al 10%. La clase campesina se mantuvo con 11% en ambos períodos, mientras que los obreros agropecuarios disminuyeron 2% de 2008 a 2015. La población no clasificable se mantuvo en 7%, al igual que los directivos en 2% y los otros trabajadores con 1%. Para ambos años, se identificó que a la proporción de "*no clasificables*" pertenecen mayoritariamente las personas con discapacidad que ejercen empleos no remunerados o que no están clasificados en los estándares internacionales.

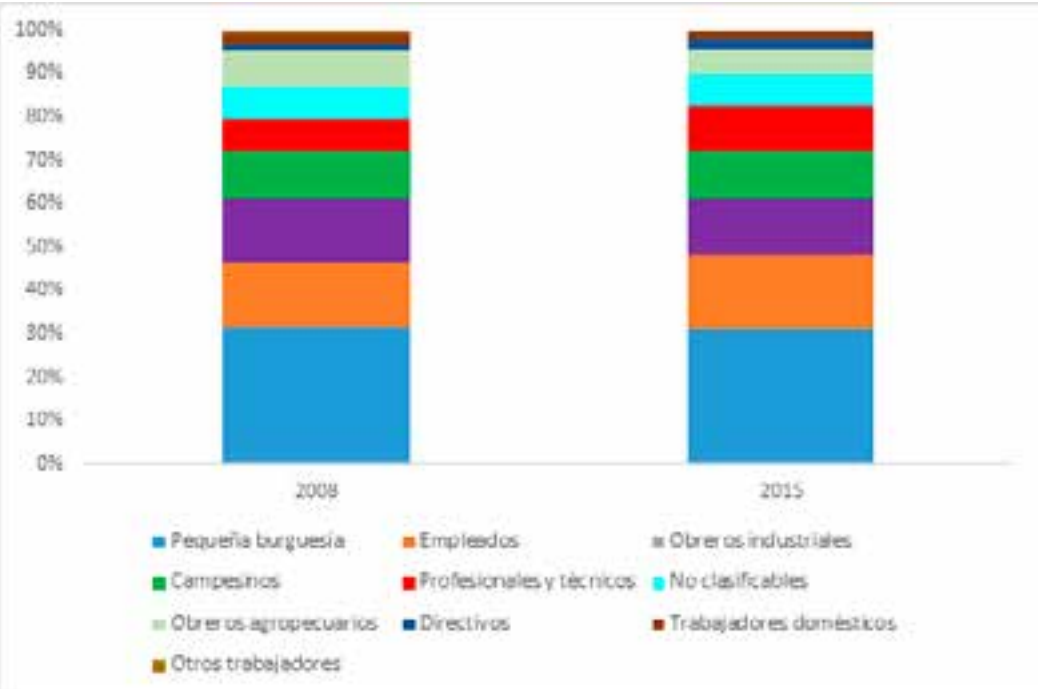


Figura 2.3.1. Estructura de clases en la población general, por clase social del hogar. Colombia 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS con base en las ENCV 2008 y 2015

La Figura 2.3.2., refleja la estructura de clases para el caso de los trabajadores. Se mantuvo una composición similar que la Figura 2.3.2. donde predomina la pequeña burguesía seguida de la clase de los empleados; se reflejó también una pequeña reducción en el grupo de los obreros industriales y en el de los directivos. Sin embargo, la proporción de "*no clasificables*" es bastante menor, entre 0 y 1%, para los años de análisis.

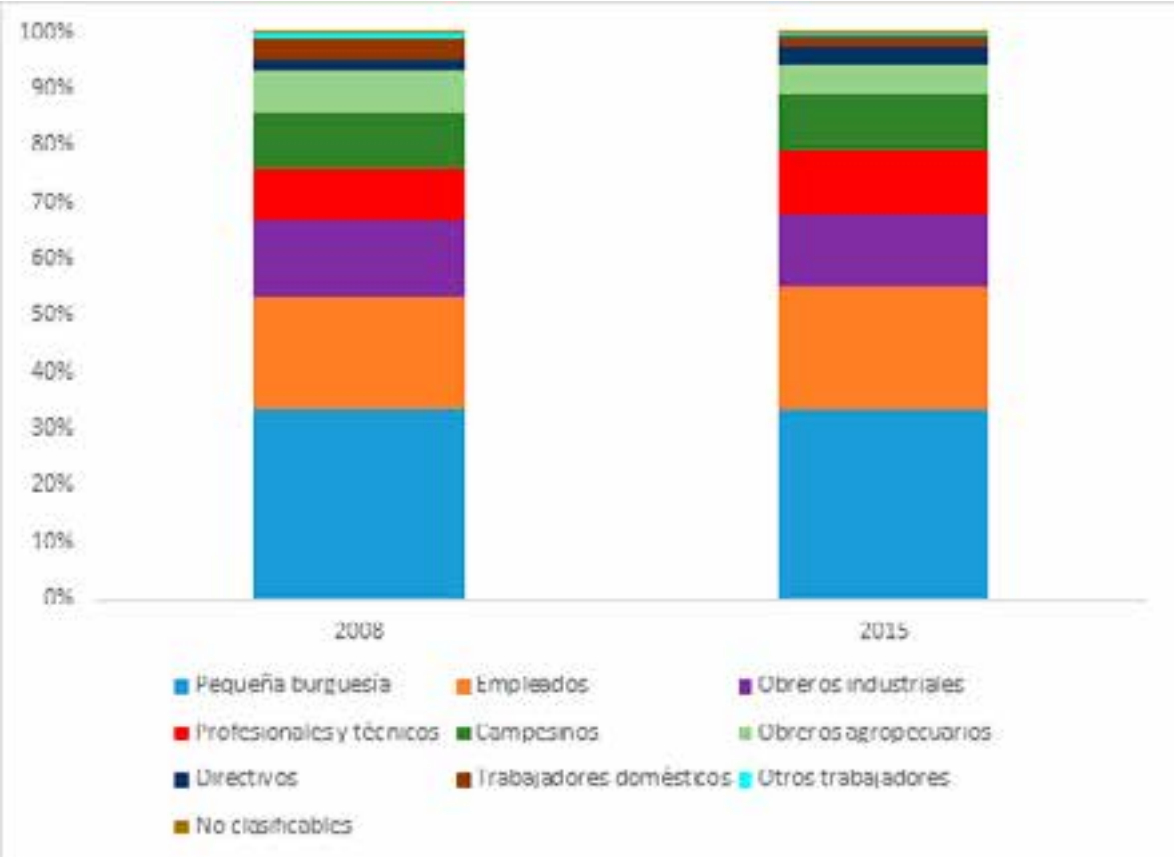


Figura 2.3.2. Estructura de clases por trabajadores. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo ONS con base en las ENCV 2008 y 2015

Al revisar comparativamente con la distribución porcentual de los trabajadores por posiciones de clase social desde 1938 hasta 2010, como se presenta en la Figura 2.3.3., las diferencias son evidentes en términos del campesinado y los obreros agropecuarios en la estructura. Si bien siguen teniendo una participación importante en la clasificación nacional, esta se ha reducido significativamente a lo largo de la historia. Mientras que la pequeña burguesía era prácticamente inexistente antes de 1978, esta clase aumentó su base sustancialmente desde la década de los noventa.

Para el caso de empleados, la tendencia es similar, diferenciándose en que la proporción no es tan amplia y en que siempre ha sido parte de la estructura de clases. Los profesionales y técnicos han aumentado paulatinamente desde la década de los cincuenta, contrario a los empleados domésticos, cuya proporción es actualmente cercana al 1%.

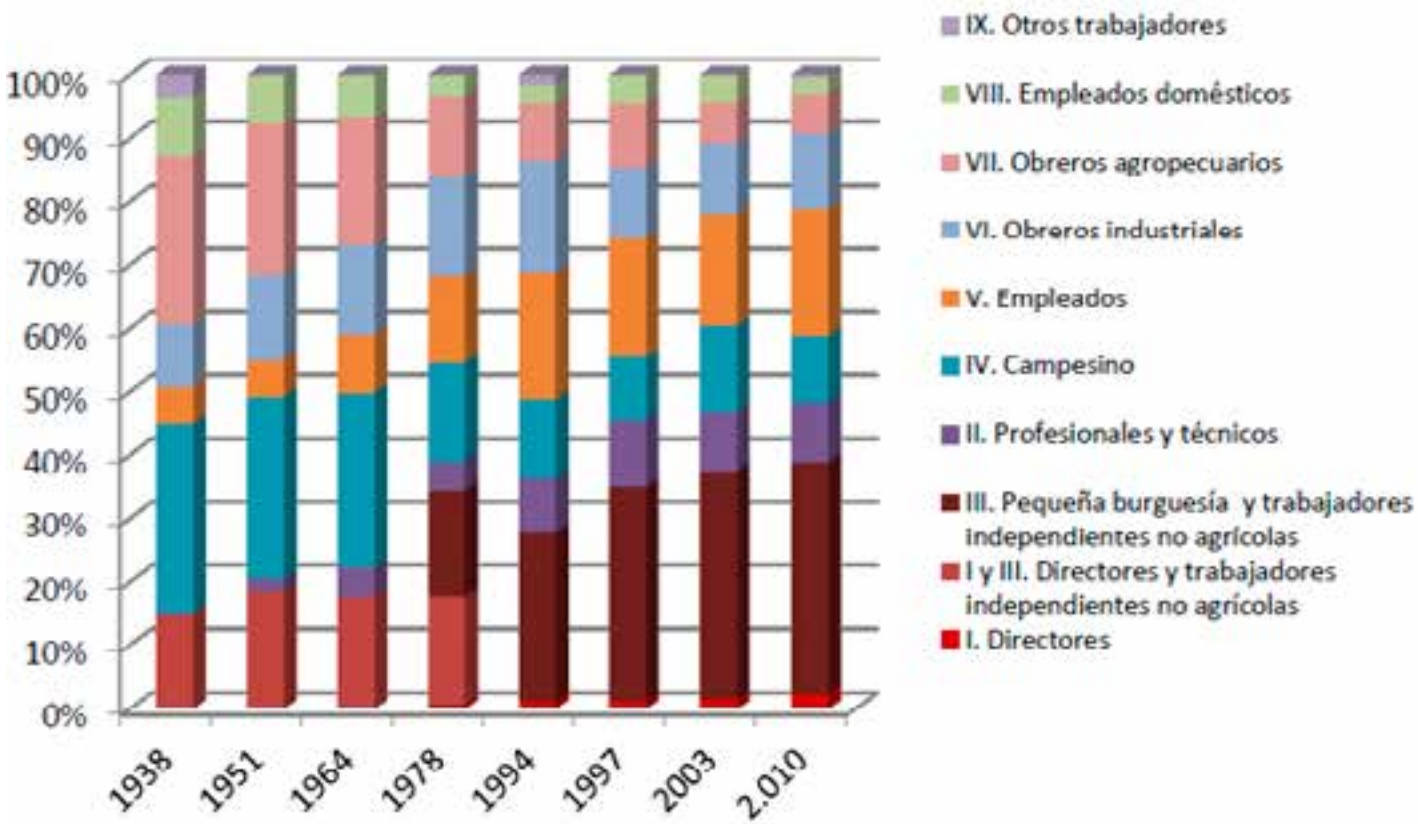


Figura 2.3.3. Distribución porcentual de los trabajadores por posiciones de clase social. Colombia, 1938-2010

Fuente: Fresneda con base en los censos de población de 1951 1964 y encuestas de hogares (10)

La distribución poblacional de las clases sociales también difiere según el área. En la Figura 2.3.4., se puede evidenciar que los campesinos y los obreros agropecuarios que residen mayoritariamente en el área rural. El 35,4% de las personas del área rural en el 2008 eran campesinos y este porcentaje aumentó a 38% para el 2015. El 25,5% de la población en áreas rurales en el 2008 eran obreros agropecuarios y 19% en el 2015. El 35% de las personas que vive en áreas urbanas pertenece a la pequeña burguesía, seguido de los empleados con 19,7% y obreros industriales con 12,7%.

Para trabajadores la estructura es bastante similar, 38,6% de los trabajadores urbanos en el 2008 hacía parte de la pequeña burguesía; 23,2% eran empleados; 13,8% obreros industriales y 11% profesionales y técnicos. En el 2015, 37,7% era parte de la pequeña burguesía; 25,1% de los empleados y 12% de los obreros industriales. En el 2008, 35,7% de los trabajadores rurales eran campesinos; 23,9% obreros agropecuarios y 21,45% hacían parte de la pequeña burguesía. Sólo el 0,3% de los trabajadores rurales en el 2008 era directivo, porcentaje similar al del 2015 con 0,5%. En el 2015 la clasificación se mantiene 36,6% de campesinos, con una disminución en la proporción de obreros agropecuarios en 5%.

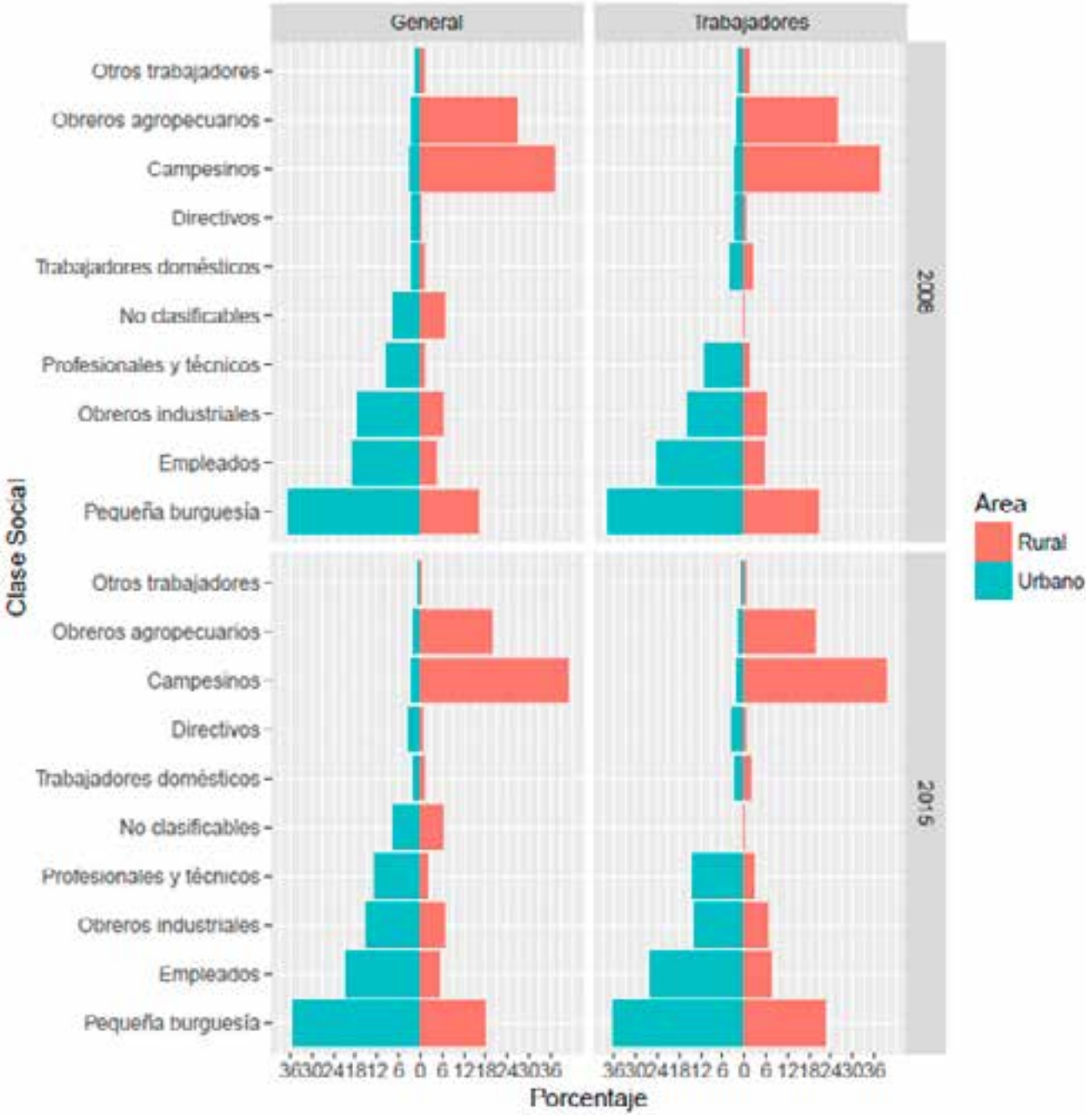


Figura 2.3.4. Distribución poblacional por área y clase social, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS con base en ENCV 2008 y 2015

2.4 Discusión

Como se evidencia en los resultados, la actual estructura de clases en Colombia está mayoritariamente compuesta por la pequeña burguesía y los empleados, es decir, la clase de servicio. En el caso rural, la estructura de clases difiere de la urbana, considerando que es predominantemente manual y agrícola. Esta estructura es consecuente con el modelo de desarrollo y el modelo laboral adoptado por el país tras la apertura económica de la década de los noventa. Si bien la pos industrialización es un fenómeno que viene tomando fuerza desde la segunda mitad del siglo XX, la combinación de políticas de flexibilización laboral, como la adopción de contratos de prestación de servicios y la adquisición de servicios temporales de contratación, con el aumento en la participación del sector de los servicios en la economía ha tenido implicaciones en la estructura ocupacional del país. Gran parte de la economía, y por ende, de la participación de las clases por desarrollo de ramas de actividad, pertenece a este sector (23), dejando a las actividades manuales en una menor proporción, con condiciones de empleo precarias.

En el período de análisis seleccionado no hubo cambios significativos. Esto se debe a que aún no se han introducido cambios en el modelo de desarrollo del país, sin embargo, sí se pueden identificar cambios relevantes comparando con los datos presentados por Fresneda desde 1938 (10). Los cambios en esta estructura reflejan cambios demográficos sustanciales que ha vivido el país desde el siglo pasado. La población y el ingreso comenzaron a crecer y, junto con el mejoramiento del saneamiento y de la nutrición, se generaron aumentos significativos en la natalidad y el descenso de la mortalidad. En los años cincuenta, la política de sustitución de importaciones promovió la industrialización del país llevando a un incremento de la migración rural hacia las ciudades, consolidándose el proceso de urbanización del país (50).

Estas transformaciones económicas durante mediados del siglo XX exigieron una mayor demanda de trabajadores más calificados, induciendo mayor inversión en el capital humano. Así, aumentaron considerablemente el número de estudiantes en primaria y secundaria. Desde la década de los setenta comenzó a descender la fecundidad en el país debido, entre otros factores, a una mayor participación de la mujer en el mercado laboral y la expectativa de vida que durante la segunda mitad del siglo, comenzó a tener un notable incremento (50).

A principios del siglo XX, Colombia era un país predominantemente rural. En treinta años, se aceleró el proceso de urbanización en el país. En 1950 más del 60% de la población vivía en áreas dispersas. Este porcentaje en 1993, prácticamente se invirtió puesto que casi el 69% residía en las cabeceras o zonas urbanas (51). Este cambio demográfico y territorial se refleja en la estructura de clases porque se evidencia la escasa participación del trabajo agropecuario dentro de la misma. En cambio, la gran heterogeneidad de posiciones de clases se presenta en las áreas urbanas principalmente.

Esta diversidad de clases que se han venido configurando en las ciudades colombianas refleja también dinámicas económicas y sociales específicas, la pequeña burguesía como posición de clase que podría considerarse como dominante, comprende una extensa variedad de actividades entre formales e informales pero que su característica principal es el control que tiene sobre sus propios medios de producción.

Si bien el desempleo en Colombia ha disminuido, la flexibilización laboral ha aumentado, gracias a la promulgación de normas como la **Ley 50 de 1990** que estuvo orientada a facilitar la creación de nuevos empleos, en detrimento de las condiciones de trabajo para los empleados, generando figuras de empleo temporal y facilitando la subcontratación, entre otros (52,53). Adicionalmente la **Ley 100 de 1993** creó los fondos privados de pensiones, abriendo un mercado de la seguridad social en el sector financiero (53).

La industria y la agroindustria han adoptado el modelo de vinculación laboral a través de los servicios temporales o Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA) y la contratación por medio de órdenes de prestación de servicio (53). Este tipo de contratación ha contribuido a la precarización del empleo en Colombia. Las empresas temporales cumplen labores de intermediarios entre los empleados y las empresas contratantes. La especialista en psicología organizacional, María Alejandra Gómez Vélez realizó una revisión sobre la demanda de mano de mano de obra a través de Empresas de Servicios Temporales (EST), encontrando que el sector que más demanda empleados a través de las EST es la industria manufacturera, que contrató entre 2003 y 2009, 1’087.370 personas con esta modalidad. En el mismo período, el sector de la construcción aumentó 5,8 veces esta modalidad y el de servicios comerciales aumentó 6,3, empleando 735.268 personas (52).

En cuanto al tipo de ocupación, quienes fueron mayoritariamente empleados entre 2007 y 2009 bajo este tipo de contratación fueron oficinistas y auxiliares (1’351.607), seguidos de empleados en ocupaciones elementales en ventas y servicios (828.011) y ayudantes de procesamiento y fabricación (917.900) (52). A pesar de los intentos de regular este sector en aras de garantizar equidad laboral para quienes se emplean a través de las EST y CTA, la flexibilización laboral ha ayudado a ampliar la base de la pequeña burguesía en el país.

Se destaca también el débil protagonismo del obrero industrial, explicado posiblemente como la expresión del proceso de desindustrialización que ha vivido Colombia en los últimos años. Al contrario de las clases de los empleados o profesionales y técnicos que reflejan un sistema educativo más abierto y una economía predominantemente terciaria donde las actividades industriales y agrícolas pierden peso frente a otras ocupaciones relacionadas con el comercio y los servicios (15).

Referencias

1. Dirección de Metodología y Producción Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV 2015. Bogotá D.C: DANE; 2016.

2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997. Manual de recolección y datos básicos. Santafe de Bogotá D.C: Dirección de Estadísticas Básicas, División de Estudios Sectoriales, Grupo de Estudios Especiales; 1997.

3. Scott K, Steele D, Temesgen T. Living Standards Measurement Study Surveys. In: United Nations Statistical Division, Department for Economic and Social Affairs, editors. Household Sample Surveys in Developing and Transition Countries. United Nations; 2005.

4. Maldonado H, Sepúlveda C, Vargas A, Freire E, Guerrero B, Gutiérrez J, et al. Metodología Encuesta Nacional de Calidad de Vida. 2009;1–122.

5. Howe L, Galobardes D, Matijasevich A, Gordon D, Johnston D, Onwujekwe O, et al. Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low and middle countries: a methods of measurement in epidemiology paper. Int J Epidemiol. 2012;41(3):871–6.

6. Departamento de Impuestos y Aduanas Nacionales- DIAN. Resolución número 000139 21 de 2012. Resolucion 000139. 2012. p. 1–34.

7. Naciones Unidas. Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU). Revisión 4. Nueva York: Naciones Unidas; 2009.

8. SENA. Clasificación Nacional de Ocupaciones. 2013;544.

9. Servicio Nacional de Aprendizaje. Clasificación Nacional de Ocupaciones. Observatorio Laboral y Ocupacional. 2016.

10. Fresneda O. Clases sociales, modo de desarrollo y desigualdad: lineamientos para su análisis. Universidad Nacional de Colombia; 2014.

11. Mcknight A. The Economic Basis of Social Class John H Goldthorpe. 2004;(February).

12. DANE. Microdatos- DANE. Archivo Nacional de Datos. 2016. p. 1.

13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Glosario de Términos Gran Encuesta Integrada de Hogares [Internet]. Bogotá: Departamento Nacional de Estadisticas DANE; 2012. p. 1–5. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/glosario_GEIH13.pdf

14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de Metodología y Producción Estadística. Metodología General Encuesta Nacional de Calidad de Vida-ECV. Bogotá: DANE; 2016. p. 1–102.

15. Bonet J. La terceriarización de las estructuras económicas regionales en Colombia. Doc Trab sobre Econ Reg. 2006;(67):1–37.

16. Garay S LJ. MODELOS ECONÓMICOS DE LA INDUSTRIALIZACIÓN COLOMBIANA | banrepcultural.org. 1996.

17. González JI. Entre la sustitución de importaciones y la apertura. 1994;

18. Martínez GC. Anatomía de los ciclos económicos en Colombia 1970-2007. Borradores Econ. 2007;(4).

19. The World Bank. Data Catalog. Country Profiles. 2016.

20. Weller J. El empleo terciario en América Latina: entre la modernidad y la sobrevivencia. Rev la CEPAL. 2014;(84):159–76.

21. Kalmanovitz S. Patrones de desarrollo y fuentes de crecimiento de la agricultura. Borradores Econ. 2004;(288):1–58.

22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Cuentas Trimestrales- Colombia, Producto Interno Bruto, Primer Trimestre de 2016. Bogotá; 2016.

23. Revista Dinero. ¿Cómo está compuesta la economía colombiana? 2015.

24. Goldthorpe JH. Sobre la clase de servicio, su formación y su futuro. In: Carabaña J, Francisco A de, editors. Teorías contemporáneas de las clases sociales. Tercera Ed. Madrid: Editorial Pablo Iglesias; 1995.

25. Hanlon G. Professionalism as entreprise: Service class politics and the redefinition of professionalism. Sociology. 1998;32(1):43–63.

26. Carabaña J, Wright EO, Francisco A de. Teorías contemporáneas de las clases sociales. Pablo Iglesias; 1995.

27. Wright EO. Wright Varieties of Marxist Conceptions of Class. Polit Soc. 1980;9:323–70.

28. Erikson R, Goldthorpe JH. The constant flux : a study of class mobility in industrial societies. Clarendon Press; 1992. 429 p.

29. Wright EO. Class counts: comparative studies in class analysis. New York: Cambridge University Press; 1997.

30. Breen R. Foundations of a neo-Weberian class analysis. In: Wright EO, editor. Approaches to Class Analysis. New York: Cambridge University Press; 2005.

31. OIT. Medición de la economía informal: Dificultades Estadísticas. 2015;1–20.

32. Olin E, Wright C, Olin E, London C. Classes. London: verso; 1985. 360 p.

33. Steinmetz G, Steinmetz G, Wright EO. The Fall and Rise of the Petty Bourgeoisie : Changing Pattern of Self-Employment in the Postwar United States. Am J Sociol. 1989;94(5):973–1018.

34. Linder M, Houghton J. Self-Employment and the Petty Bourgeoisie: Comment on Steinmetz and Wright. Am J Sociol. 1990;96(3):727–35.

35. Trejo J. La ocupación en el sector informal 1995- 2003. 2003.

36. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El campesinado: reconocimiento para construir país. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano Colombia 2011. Bogotá D.C: PNUD; 2011.

37. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Colombia rural: razones para la esperanza. Informe nacional de Desarrollo Humano 2011. Bogotá D.C: PNUD; 2011.

38. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas. Revisión 3.1 adaptada para Colombia. Bogotá D.C: DANE; 2005.

39. Consejo de Derechos Humanos, Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales. Ginebra: Naciones Unidas; 2013.

40. Wright EO. Class Strucutre and Income Determination. 1979.

41. Wright EO. Class and Ocupation. Theory Soc. 1980;9(1):177–214.

42. Gorz A. Farewell to the working class: an essay on post-industrial socialism. London: Pluto Press; 1997.

43. Marx K. The German Ideology. The Marx-Engels Reader. 1978. 146-200 p.

44. López Castaño H. Inestabilidad laboral y ciclo de vida en Colombia. Coyunt Econ. 1990;20(1):179.

45. Delgado Guzmán Á. Las luchas laborales en Colombia | banrepcultural.org. 2010. p. 3.

46. Echandía Castilla C. Violencia contra sindicalistas en medio del conflicto armado colombiano. Rev Econ Inst. 2013;15(29):103–24.

47. Palacios M. Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994. Bogotá D.C, Colombia: Grupo Editorial Norma; 1995.

48. Organización Internacional del Trabajo. Convenio 189. Trabajo decente para las trabajadores y los trabajadores domésticos. Ginebra: OIT; 2011.

49. Organización Internacional del Trabajo. Políticas de formalización del trabajo doméstico remunerado en América Latina y el Caribe. Ginebra: OIT; 2016.

50. Mejía D, Ramirez MT, Tamayo J. Transición demográfica en Colombia. Reportes del Emisor. 2009;(116):1–6.

51. Silva AC, Gonzalez P. Una revisión a la composición y transición demográfica en Colombia. Rev Fac Ciencias Económicas Investig y reflexión. 2007;XV(2):61–78.

52. Gómez Vélez MA. Job flexibility in Colombia and job insecurity. Divers Perspect en Psicol. Universidad Santo Tomás; 2014;10(1):103–16.

53. Pineda Duque J. El sesgo antilaboral del desarrollo colombiano y las políticas laborales. 2014.

3 Relación entre clase social y salud en población colombiana: revisión de literatura

Gina Alexandra Vargas-Sandoval, Cindy Johanna Quintero-Cabezas, Karol Patricia Cotes-Cantillo, Sandra Patricia Salas-Quijano, Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

Introducción

La relación entre clase social y salud, se ha constituido como una cuestión de interés entre los autores que intentan explicar las causas y las consecuencias de las desigualdades socioeconómicas en la salud de los individuos. Como se explicó en el Capítulo 1 de este Informe, en el análisis de las desigualdades sociales por clase social se identifican dos enfoques: *el gradacional y relacional*. El enfoque gradacional es dominante en el campo de sanitario, y ofrece una lectura lineal de las variaciones, concibiendo la estructura social como un conjunto de estratos o capas (1). Desde este enfoque las categorías de análisis se organizan de acuerdo con la distribución de un atributo relacionado con la condiciones materiales tales como el nivel educativo, el ingreso, los bienes materiales y ocupaciones (2-4). El enfoque relacional analiza las desigualdades a partir de relaciones de conflicto entre grupos o posiciones sociales, los que se originan en las interacciones sociales institucionalizadas, constituyéndose como grupos cualitativamente distintos que no corresponden a la clasificación en una escala (1,4).

Aunque se reconoce la utilidad de las medidas gradacionales, en la descripción y predicción de la distribución de los eventos en salud, el enfoque relacional tiene el potencial de explicar los mecanismos que determinan los gradientes dados por la posición social en desenlaces en salud (1,4,5). En el contexto de la Primera Reunión de Expertos en Clase social y Salud 2014 (6) desarrollada por los miembros de la Red Latinoamericana de Investigación en Clase Social y Salud se evidenció que el análisis de clase social aun es un campo en exploración en Colombia. *La presente revisión tiene como objetivo identificar y analizar la literatura especializada y gris que aborda la relación entre clase social y salud en Colombia; identificando las características de los estudios, los enfoques implementados, los resultados obtenidos y la interpretación realizada por parte de los autores respecto a la relación entre clase social y salud descrita.*

3.1. Metodología

Se realizó una revisión de literatura que explora la relación clase social y salud en población colombiana. La búsqueda se realizó en *PubMed*, con la sintaxis de búsqueda (*"social class"[MeSH Terms] OR "educational status"[MeSH Terms] OR "employment"[MeSH Terms] OR "income"[MeSH Terms] OR "occupations"[MeSH Terms] OR "social position"[Title/Abstract]) AND ("colombia"[MeSH Terms])*, en julio de 2016. En *Scielo*, se usó la combinación de términos (clase social) *AND* (Colombia) en cualquier campo y sin restricción temporal.

La literatura gris se capturó mediante la revisión en los repositorios de universidades colombianas con facultades de salud y ciencias humanas, con programas acreditados de maestría y doctorado. Se revisaron tesis de maestría y doctorado y publicaciones en revistas de las mismas universidades, referidas por los repositorios institucionales al buscar con la palabra clave "*clase social*" y "*posición social*". También fueron revisados estudios referidos por expertos en la temática de clase social.

Selección de estudios

De acuerdo con la pregunta de investigación planteada, y los criterios de selección definidos, previa revisión del título y el resumen y de la selección preliminar, se realizó la lectura en texto completo de los artículos identificados para determinar su inclusión en el análisis. Se incluyeron estudios originales con datos empíricos en población colombiana, cuyo objetivo principal fuera el análisis de la relación entre clase social o variable **proxy** (ingreso, nivel educativo o empleo) con salud, independientemente del enfoque adoptado por el estudio (gradacional o relacional). Fueron excluidos estudios en los que la clase social o variables **proxy**, estuvieran incluidas únicamente como variables de ajuste.

Recolección de la información y análisis

La recolección de la información se realizó en un formato de captura validado previamente. Para la descripción de las características de los estudios incluidos, se registró el objetivo, año de publicación; ubicación geográfica de la población analizada; y fuentes de información. La descripción de la implementación del concepto de clase social en los estudios incluidos se hizo mediante la identificación del enfoque; variables con las que se hizo operativo el concepto al interior de cada estudio; y la categorización adoptada por los autores.

La síntesis de los resultados se hizo mediante identificación y registro de las medidas de asociación de la relación entre clase social y salud, registrando las medidas de asociación usadas por cada estudio para el análisis de la relación y su resultado correspondiente. De cada estudio fueron registrados los resultados generales o con brechas más amplias para el desenlace en salud según la variable de clase social. Cuando las medidas de asociación calculadas fueron *Odds Ratio* (OR), Razón de Prevalencias (RP) o Riesgos Relativos (RR), se desarrollaron diagramas tipo *forestplot* según se evaluó el ingreso, nivel educativo, ocupación o clase social. Para la comparación de los resultados en los diagramas, en caso de que el estudio tomara como categoría de referencia aquellos más favorecidos, se estimó el inverso de los estimadores de asociación. Siempre se reportaron los valores de medidas relativas respecto a los más desfavorecidos. Adicionalmente, los desenlaces en salud desfavorables (indicadores negativos), fueron distinguidos de los desenlaces en salud favorables (indicadores positivos), sin modificarlos con relación a lo registrado en cada estudio.

Con el propósito de describir el alcance explicativo de los estudios, se realizó la caracterización de los artículos de acuerdo con el modelo de los determinantes sociales de la salud de la OMS. Se revisaron las explicaciones a los resultados obtenidos en la discusión y se establecieron unas categorías en el contexto del modelo mencionado. Se presentan los resultados en dos tablas, una referida a los determinantes intermedios y otra a los determinantes estructurales, en las que se identifican los artículos de acuerdo a la orientación de la explicación. Los estudios se clasificaron de acuerdo a si están enmarcados en un enfoque gradacional o relacional y entre los gradacionales se dividieron de acuerdo a las variables de interés de los análisis.

3.2. Resultados

La revisión de literatura sobre la relación clase social y salud en Colombia, arrojó 320 artículos, de los que fueron leídos 97 en texto completo, previa revisión de título y resumen. Fueron excluidos 68 estudios por criterios de selección. Este análisis incluye 29 artículos (Figura 3.2.1.). Del total de artículos incluidos, la mayoría fueron capturados en la base de datos *PubMed* (2,3,7–27) dos de ellos también disponibles en *Scielo*; y los cinco restantes por literatura gris (1,28–31). De los 29 artículos incluidos en el análisis, 22 son de enfoque gradacional (Tabla 3.2.1.) y siete artículos, de enfoque relacional (Tabla 3.2.2.).

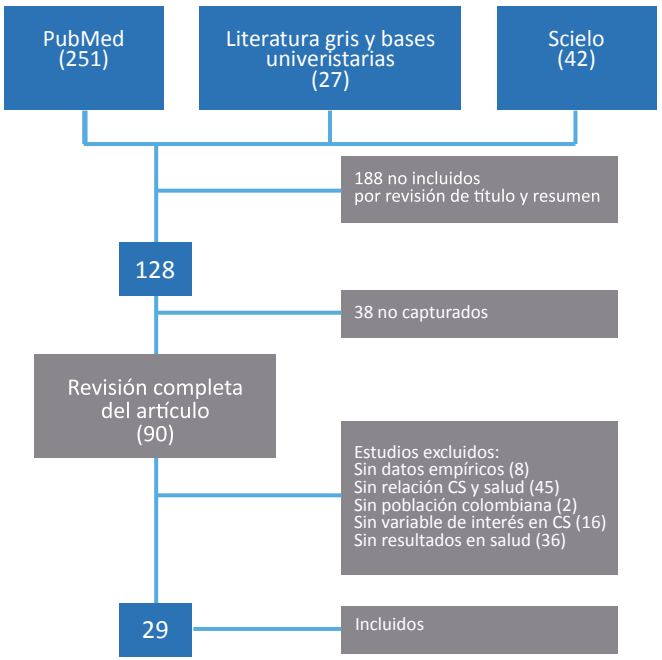


Figura 3.2.1. Flujograma de selección de estudios incluidos en el análisis

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Tabla 3.2.1. Estudios que describen la relación clase social y salud en Colombia desde la perspectiva gradacional

Autor	Objetivo	Población	N	Ubicación geográfica	Fuente	Variable clase social y categorización		
						Ingreso	NE	E/O
González-Casanova 2014 (7)	Examinar factores individuales, familiares y comunitarias en el sobrepeso y obesidad	Niños y adolescentes entre 5 y 18 años	30.639	Nacional	ENSIN 2005 y 2010	Índice de riqueza	No incluida	No incluida
Aitsi-Selmi 2014 (8)	Examinar la asociación entre educación y riqueza de hogares con la obesidad	Mujeres entre 15 y 49 años de países de ingresos bajos y medianos	47.709	Nacional	ENDS 2010	Índice de riqueza	Categorización del autor	No incluida
Gómez 2014 (9)	Evaluar la asociación entre el ingreso familiar y circunferencia de la cintura	Niños y adolescentes de escuelas públicas en estratos bajos y medios	668	Bucaramanga	Entrevista	Ingresos del hogar	No incluida	No incluida
Del Castillo 2012 (10)	Establecer la magnitud de inseguridad alimentaria y sus variables asociadas	Hogares de zonas rurales y urbanas	374 Hogares	Tenjo, Sibaté, Bogotá y Bucaramanga	Entrevista	ESE según criterios DPM	No incluida	No incluida
García 2012 (11)	Examinar las inequidades socioeconómicas en la desnutrición de niños y adolescentes en Colombia	Niños y adolescentes menores de 18 años	30.779	Nacional	ENDS 2005	Índice de riqueza	Nivel educativo de la madre	No incluida
Álvarez-Castaño 2012 (12)	Establecer los factores sociales y económicos asociados con la obesidad en adultos en Medellín.	Adultos de hogares urbanos y rurales	2.719	Medellín	Entrevista	ESE según criterios DPM - Ingreso familiar para la seguridad alimentaria	Categorización del autor	CIUO
Álvarez 2010 (13)	Caracterizar los hogares colombianos en inseguridad alimentaria según condiciones de vida en el hogar	Hogares del área urbana y rural	13.602 hogares	Nacional	ENDS 2008	ESE según DPM	Categorización del autor según jefe del hogar	No incluida
Gilbert 2009 (14)	Examinar la correlación entre variables sociodemográficas con sobrepeso, obesidad y percepción de la forma del cuerpo	Mujeres adultas residente en Bogotá, madres de estudiantes de colegios públicos	671	Bogotá	Entrevista	ESE según DPM	Categorización del autor	No incluida
McDonald 2009 (15)	Estimar la prevalencia del sobrepeso y su asociación con características sociodemográficas, hábitos de alimentación e indicadores de la actividad física.	Escolares de instituciones públicas	3.075	Bogotá	Entrevista	ESE según DPM	Categorización del autor	No incluida
Larrea 2002 (25)	Analizar los efectos de las condiciones socioeconómicas, regionales y étnicas en la desnutrición crónica	Hogares con menores de 5 años	No especifica	Nacional	ENDS 1995	Índice global de ESE	Incluido en el Índice global de ESE	Incluido en el Índice global de ESE
Christiansen 1975 (16)	Analizar características sociales familiares relacionados con la estatura en menores de edad	Familias con menores de 5 años	164	Bogotá	Entrevista	ESE*	Incluida en ESE*	Incluida en ESE*

Autor	Objetivo	Población	N	Ubicación geográfica	Fuente	Variable clase social y categorización		
						Ingreso	NE	E/O
CÁNCER								
De Vries 2015 (17)	Estimar las tendencias de desigualdades en la mortalidad prematura por cáncer	Adultos con cáncer de varios tipos	115.410	Nacional	EEVV 1998-2007 (DANE)	No incluida	Según certificado defunción	No incluida
De Sanjosé 1997 (18)	Describir la variación de cáncer de cuello uterino en relación con la clase social	Casos incidentes de cáncer cervicouterino	185	Cali	Registro	No incluida	Categorización del autor	No incluida
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD								
Lucumí 2013 (19)	Evaluar asociación entre la posición socioeconómica con la autopercepción del estado de salud	Mujeres cuidadoras del hogar residente en zonas urbanas	824	Bogotá	Entrevista	Ingreso mensual del hogar	Categorización del autor	No incluida
AUTOMEDICACIÓN								
Nana 2015 (26)	Examinar las diferencias sociales en el uso de psicofármacos en adultos mayores.	Adultos mayores en ciudades de medianos y altos ingresos de LA	400	Manizales	Entrevista	No incluida	No incluida	Manuales y no manuales a partir CIUO
Machado 2014 (3)	Determinar la prevalencia de la automedicación y sus factores relacionados	Adultos residentes en la ciudad del estudio	414	Pereira	Entrevista	ESE según criterios DPM	Autoreporte	No incluida
OTROS DESENLACES								
Lucumi 2015 (20)	Evaluar la relación entre capital social, estrato socioeconómico y calidad de vida relacionada con la salud	Adultos residentes en zona urbana	1.966	Bogotá	Entrevista	ESE según criterios DPM	No incluida	No incluida
Arroyave 2014 (2)	Examinar las disparidades en la mortalidad prematura de adultos por nivel educativo.	Total de fallecidos adultos (edades 25-64) por cualquier causa	633.906	Nacional	EEVV 1998-2007 (DANE)	No incluida	Según certificado defunción	No incluida
González 2014 (21)	Estimar las prevalencias del cumplimiento de recomendaciones sobre actividad física y sus factores asociados	Adultos residentes en zonas urbanas	14.465	Nacional	ENSIN 2010 y ENDS 2010	Según Sisben del lugar de residencia	Categorización del autor	No incluida
Divaris 2014 (22)	Investigar la asociación del estatus socioeconómico con el estrés percibido	estudiantes de odontología	5.700	Pasto	Entrevista	ESE según criterios DPM	No incluida	No incluida
Burgos 2012 (23)	Identificar características socio-demográficas, tipos y severidad de violencia de pareja en mujeres	Mujeres mayores de 18 años con historia de violencia de pareja	150	Cali	Entrevista	ESE según criterios DPM	Categorización del autor	Categorización del autor
Cardona 2012 (27)	Analizar las condiciones socio-laborales con de aseguramiento en salud	Adultos desempleados	465	Medellín	Entrevista	Ingreso mensual	Categorización del autor	Categorización del autor

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

NE: Nivel educativo; O/E: Ocupación o empleo; ESE: Estrato socioeconómico; Fuentes: EEVV: Estadísticas Vitales; DPM: Departamento de Planeación Municipal; CIUO: Clasificación Internacional Uniforme para Ocupaciones; Sisben: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para programas sociales; Índice global de ESE: Estimado mediante la combinación de los índices de educación, vivienda y empleo; SES*: escala definida por ingresos familiares mensuales, ocupación y educación del padre, egresos familiares, condición de analfabetismo de la madre

Tabla 3.2.2. Estudios que describen la relación clase social y salud en Colombia desde la perspectiva relacional

Autor	Objetivo	Población	N	Ubicación geográfica	Fuente	Escala clase social
Fresneda 2016 (28)	Contribuir a la explicación de la desigualdad económica y social de Colombia.	No especifica	No especifica	Bogotá	ENCV 2007	Estructura de clases sociales adoptando procedimientos próximos al enfoque de Wright (modelo de 12 clases con enfoque de las explotaciones múltiples) y el esquema operativo de determinación de clases de Goldthorpe, utilizando variables de caracterización laboral.
Fonseca 2015 (1)	Aportar al conocimiento de las condiciones diferenciales de empleo, trabajo y salud según posición de clase	Trabajadores urbanos no asalariados	766	Bogotá	ETESSA, 2013	Enfoque de clase Neomarxista, que postula mecanismos en términos de relaciones laborales (propiedad y control sobre los activos) que se orientan a explicar la generación de desigualdades y cómo estas afectan la salud. Fonseca argumenta desde este enfoque que las desigualdades presentan variaciones por el empleo, contenido de trabajo, exposición a riesgos, protección y conductas.
Espitia 2014 (29)	identificar diferencias en las condiciones de empleo, de trabajo y salud mental laboral, según la posición de clase social (PCS)	Trabajadores asalariados residentes en Bogotá	789	Bogotá	ETESSA	Modelo neomarxista de Wright. Sitúa las clases y las relaciones de clase en el plano de los procesos de producción. Da cabida a una posición de clase contradictoria, intereses de clases antagónicas. Por otro lado, muestra las relaciones de explotación vinculadas a la propiedad e incorpora dimensiones de explotación.
Ministerio de Salud 2014 (30)	Caracterizar las condiciones de salud bucal de la población colombiana y aproximarse comprensivamente a los procesos de determinación social de la salud	Población civil no institucionalizada residentes en las viviendas rurales y urbanas	20.534	Nacional	Encuesta Salud Bucal 2013-2014	Escala de Breilh, consistente en un esquema de la determinación social de la salud. Resalta la importancia en la comprensión de la organización social, la conformación de grupos y las relaciones que las clases establecen entre sí. Se hace el análisis de la ubicación en el aparato productivo, relación frente a los medios de producción, relaciones de propiedad y distribución de los recursos, modos y estilos de vida.
Fresneda 2009 (31)	Análisis de la información de la encuesta de calidad de vida 2007 destaca tres conceptos y busca precisar la interrelación entre ellos: calidad de vida, salud y posición social	20 localidades en Bogotá	No especifica	Bogotá	ENCV 2007	Estructura de clases sociales adoptando procedimientos próximos al enfoque de Wright (el modelo de las 12 clases con enfoque de las explotaciones múltiples) y el esquema operativo de determinación de clases de Goldthorpe, utilizando variables de caracterización laboral.
Arrivillaga 2009 (32)	Evaluar y analizar la asociación entre la adherencia al tratamiento y la posición social en las mujeres que viven con el VIH / SIDA.	Mujeres adultas diagnosticadas con HIV residentes de zonas rurales y urbanas	269	Cali, Bogotá, Villavicencio, Pasto y Medellín	Entrevista	Operacionalización de la clase social con grupos caracterizados por modo de vida distintos. Patrones de trabajo, vida cotidiana, esfera de consumo, formas de organización. Tipos de categoría ocupacional
Caro 2011 (24)	Analizar la relación entre las condiciones de trabajo y autopercepción del estado de salud	Trabajadores afiliados al SGRP y Fondo de Riesgos Profesionales	931	Nacional	Entrevista	Condiciones de trabajo como variables de exposición. Factores de riesgo higiénicos y ergonómicos se obtuvieron de la escala de agentes de riesgo en el lugar de trabajo, además de factores de riesgo psicosocial, de seguridad y salud autopercibida.

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Se observó que la mayoría de estudios fueron publicados desde 2012, siendo el más antiguo uno publicado en 1975 (16). Las poblaciones estudiadas con mayor frecuencia fueron los adultos (1–3,8,14,17–20,22,23,26,27,29,32) y en una menor proporción menores de edad (7,9,11,15,16,25). En los casos que la unidad de análisis fueron los hogares (10,12,13), la clase social se identificaba por el jefe del hogar o el estrato socio económico (ESE).

En cuanto al área geográfica, algunos estudios tomaron el nivel nacional (2,7,8,11,13,17,21,25,26,30), generalmente describiendo datos secundarios a partir de encuestas previamente elaboradas. Los estudios de municipios analizan principalmente ciudades capitales, siendo Bogotá, D.C. la ciudad que más análisis reporta, con nueve estudios (1,14–16,19,20,28,29,31). Otras ciudades analizadas con menor frecuencia fueron Cali (18,23), Medellín (12,27), Bucaramanga (9), Pereira (3), Pasto (22) y Manizales (26). Algunos estudios fueron explícitos en la inclusión de población de zonas rurales (10,12,13,30,32).

Las fuentes de datos más utilizadas fueron las encuestas y registros oficiales. Las encuestas usadas fueron la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) (7,21), Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (8,11,13,21,25), y ENCV (28,31). En el caso de la Encuesta de Empleo, Trabajo, Equidad, Seguridad Social y Salud en la Población Trabajadora (ETESSA) (1,29), el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (30), de manera específica intentaron la medición de clase social. Para el caso de registros oficiales, se usó los registros de mortalidad del DANE (2,17).

Resultados de los estudios incluidos en el análisis

En su mayoría, los desenlaces seleccionados para el análisis de la relación entre clase social y salud fueron estados nutricionales (7–16,25), cáncer (17,18), autopercepción del estado de salud (19,24), automedicación (3,26) y salud laboral (1,24,29). El nivel educativo y el ingreso fueron las variables que con mayor frecuencia se analizaron en los estudios incluidos en el presente análisis.

En el caso del nivel educativo, se encontraron asociaciones para desenlaces favorables y no favorables en salud (Figura 3.2.2.). Se observó que sólo un estudio presentó desenlaces favorables por nivel educativo, mostrando resultados inconsistentes para el cumplimiento de la recomendación de actividad física semanal (7). Además se observó mayor consistencia frente a que los más educados poseen menor probabilidad de presentar desenlaces desfavorables en salud, como autopercepción del estado de salud regular o malo (19), consumo de sustancias psicoactivas (SPA) (26), muerte prematura por cáncer (17), muerte prematura por cualquier causa (2) y no afiliación al régimen contributivo (27), percepción de inseguridad alimentaria (13). De manera contraria, los altos niveles educativos configuraron un factor de riesgo para automedicarse (3).

En cuanto a la obesidad un estudio mostró que los hijos de los más educados presentan una mayor probabilidad de tener sobrepeso (15) aunque sus estimaciones no fueron significativas. Otros estudios mostraron que los altos niveles educativos fueron protectores para obesidad en personas adultas (12)(8)(14). Un estudio analizó la interacción entre nivel educativo y riqueza de los hogares con obesidad en mujeres adultas (8), encontrando que el aumento del ingreso protege contra obesidad en mujeres con nivel educativo secundario o más. De otra manera, mayores ingresos aumentan la probabilidad de obesidad en mujeres con nivel educativos primaria o menos, aunque esta última no resultó significativa. Todas las estimaciones incluidas en el presente aparte fueron ajustadas por alguna covariable, excepto en dos de las estimaciones (17,23).

Para el caso del ingreso (Figura 3.2.3.), dos estudios seleccionaron desenlaces favorables en salud. Al igual que el nivel educativo, la relación entre el cumplimiento de la recomendación de actividad física y mayores ingresos no mostró resultados consistentes y en pocos casos fueron significativos (21). Otro estudio mostró asociaciones significativas en favor de familias con mayor ESE, con percentiles nutricionales altos en menores de 5 años (16). Frente a los desenlaces desfavorables en salud, mayores ingresos se asociaron con menor probabilidad de presentar autopercepción regular o mala del estado de salud (19), no

afiliación al régimen contributivo (27) en el caso de los adultos; obesidad (12) en el caso de las mujeres; y menores con desnutrición (11) en el caso de los hogares. De manera contraria, quienes tenían mayores ingresos presentaron mayor consumo de SPA (26) y sobrepeso (14)(15)(11)(8), sin embargo este resultado debe interpretarse a la luz de sus intervalos de confianza que atraviesan la unidad.

En menor frecuencia fue utilizada la ocupación para describir su relación con salud (Figura 3.2.4.). Cada estudio adoptó una categorización diferente de ocupación. Un estudio mostró mayor riesgo de consumo de SPA entre quienes realizaban trabajos manuales, en comparación con sus contrapartes (26). Otro estudio mostró que el riesgo de obesidad era más alto para personas que realizan oficios del hogar en comparación con los estudiantes (12). Este estudio también mostró que los trabajadores formales tienen 1.8 (IC 95% 1.8-2.8) veces más probabilidad de obesidad que los estudiantes. Las estimaciones de la variable ocupación fueron ajustadas en todos los casos.

Para variables de clase social (Figura 3.2.5.), todos los desenlaces seleccionados por los autores fueron desfavorables en salud, solo uno estimo intervalos de confianza (32) y en un caso (24) la asociación fue estimada por los autores con base en los datos de la publicación. Mujeres clasificadas en clases sociales medias a altas, presentaron menor probabilidad de falta de adherencia al tratamiento de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en comparación con las clasificadas en clases sociales bajas (32). De la misma manera, directivos y profesionales, presentaron menor probabilidad de autopercepción mala en salud que trabajadores manuales no calificados (24). Un estudio del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), identificó menor riesgo de caries dental, función masticatoria no funcional o necesidad de cambio de prótesis en rentistas en comparación con los empresarios o quienes pertenecen a la fracción social media pudiente (30).

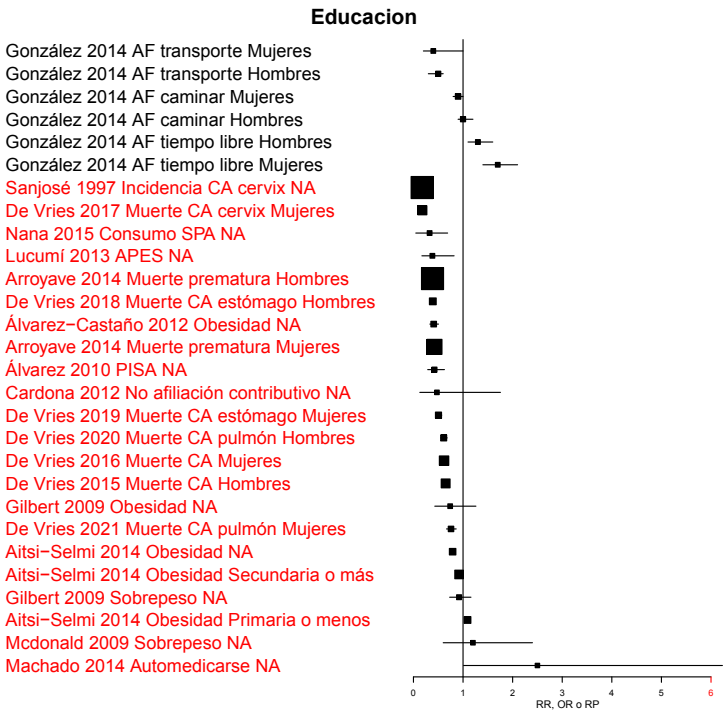


Figura 3.2.2. Efectos en salud según nivel educativo

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

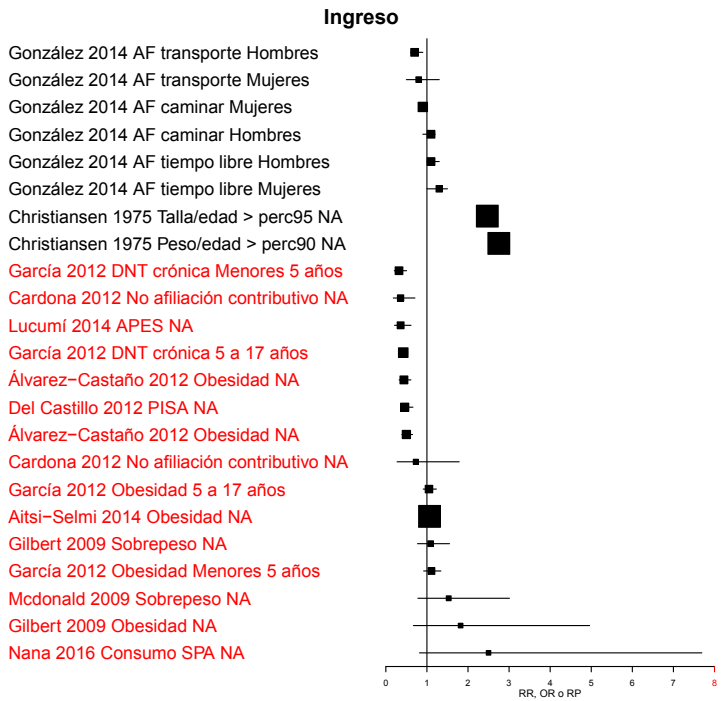


Figura 3.2.3. Efectos en salud según ingreso

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

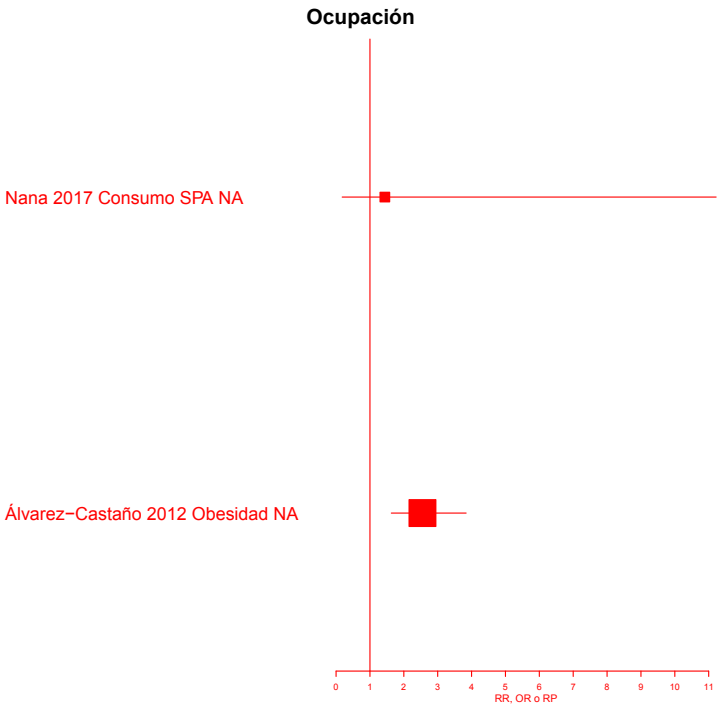


Figura 3.2.4. Efectos en salud según ocupación

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

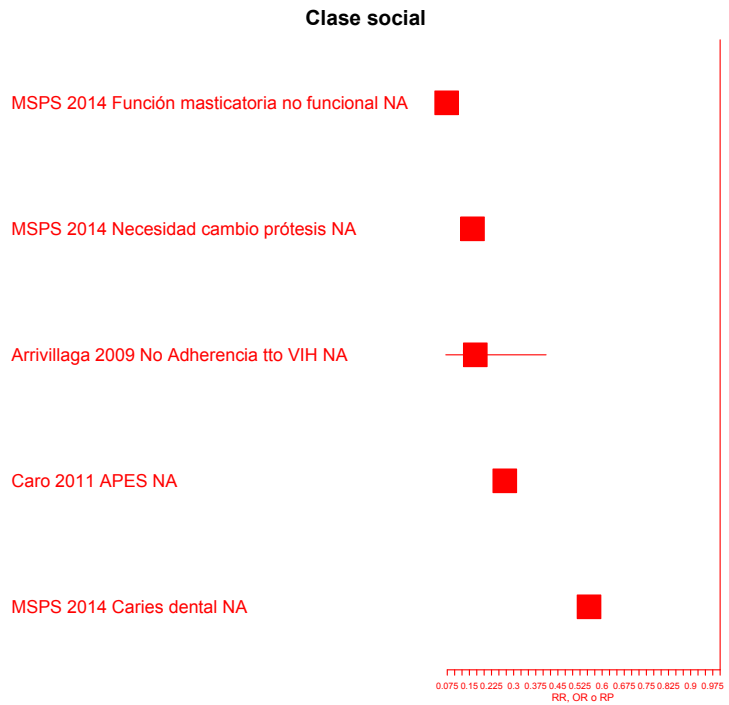


Figura 3.2.5. Efectos en salud según Clase social

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Balance del alcance explicativo de los estudios

Las dos grandes dimensiones que agrupan los determinantes de las desigualdades en salud según el modelo de DSS de los CDC dela OMS, son los "*determinantes estructurales*" y los, "*determinantes intermedios*". Como se resume en el Sexto Informe del ONS (33), los determinantes estructurales son aquellos que generan la estratificación social, teniendo en cuenta interacciones con el género, la etnia, la raza y el capital social. En este contexto, los estudios incluidos hicieron referencia a sus explicaciones a tres aspectos de orden estructural, el género, la política de salud y el modelo económico (Tabla 3.2.3.). Los determinantes intermedios, se configuran de la designación de estar bajo una estratificación social, que incluye elementos como las condiciones de vida, de trabajo, de disponibilidad de alimentos, barreras y acceso a servicios en salud entre otros. Entre las explicaciones incluidas en los estudios se abordaron aspectos como las condiciones de trabajo, área de residencia, factores psicosociales, factores biológicos, conductas individuales de riesgo o protectoras y acceso-Servicios Sanitarios (Tabla 3.2.4.).

Tabla 3.2.3. Estudios que abordan los determinantes sociales estructurales por clase social, según enfoque. Colombia

Código de color:
Amarillo: Nutrición
Verde: Cáncer
Fucsia: Otros

	DETERMINANTES ESTRUCTURALES	POLÍTICA EN SALUD	GÉNERO	Modelo económico (Régimen de acumulación)
ENFOQUE GRADACIONAL	INGRESO	(Larrea 2002) (25)	(Gilbert 2009)(14) (González 2014) (21) (Álvarez 2012) (12)	
	EDUCACIÓN		(Gilbert 2009) (14) (Aitsi-Seimi 2014) (8) (Álvarez 2012) (12)	
	OCUPACIÓN			
ENFOQUE RELACIONAL		(Arrivillaga 2009) (32)	(Arrivillaga 2009) (32)	(Fresneda 2016) (28) (Fonseca 2015) (1)

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

Con base en la caracterización realizada, son pocos los estudios que vinculan sus resultados con los determinantes estructurales. Como se mencionó, tres aspectos en el marco de estos determinantes fueron abordados en algún sentido dentro de las explicaciones. Respecto del género, se vincularon aspectos como el establecimiento de ciertas normas sociales y roles asignados a mujeres y hombres, que implicaron patrones de consumo o conductas diferenciadas. Por ejemplo, el estudio de González (7) mencionó que, en Colombia, las niñas tienen mayor probabilidad de tener sobrepeso que los niños, debido a normas y mecanismos sociales que fomentan la actividad física especialmente enfocada a los hombres.

En un sentido similar, Álvarez (13) explicó, a través de la variable ocupación, que las mujeres más pobres frecuentemente tienen como ocupación el hogar, rol asignado socialmente, factor que incide en afectaciones a nivel emocional y físico, y por lo tanto constituye un elemento explicativo de la baja a actividad física y el desbalance nutricional. En cuanto a los estudios relacionales, únicamente el estudio de Arrivillaga (32), le dio una explicación a sus resultados, que incluyó la categoría género y la estructura de las políticas en salud La autora, señaló, que el sistema generá inequidades de género, donde las mujeres encuentran mayores barreras de acceso a la atención oportuna, especialmente en el caso de las mujeres de más baja posición social, cuestión que para los autores, es consecuencia de una estructura del sistema de salud que no promueve derechos equitativos para la atención en salud

Con respecto al modelo económico o régimen de acumulación los estudios de Fonseca (1) y Fresneda (28), aunque no relacionan de manera directa el desenlace en salud estudiado con estos aspectos, si desarrollan un abordaje teórico y un análisis de procesos sociales en el país que vinculó la división de clases y por tanto las desigualdades en salud con elementos de orden estructural relacionado con el modelo económico y el régimen de acumulación.

Para Fonseca (1) el modelo económico y la estructura económica del país, presentan unas realidades que son consideradas emergentes, que van a determinar ciertas condiciones socioeconómicas. De acuerdo a su estudio, algunas de las clasificaciones de clase que no encajan en el esquema clasificatorio del modelo neomarxista, son producto de estas dinámicas. Otro aspecto relevante en su análisis, es la relación existente entre la configuración sociohistorica, procesos de la estructura laboral y el contexto social y político del país. A modo de contexto de la configuración del modelo económico, Fonseca (1) expuso que a partir de la apertura económica de la década de los noventa, se produjo un cambio en los procesos de la industria y en las dinámicas de consumo, que resultaron en procesos como la tercerización del trabajo y trajo consigo el aumento del desempleo. Fresneda (28) indicó, que el análisis realizado a un periodo de doscientos años de historia colombiana, pone de manifiesto cuatro etapas o regímenes de acumulación, que están en correspondencia con unas clases social determinadas, que utilizaron estas estructuras económicas para constituir su permanencia.

Este análisis demostró que las distintas etapas de acumulación en el país son reflejo también, de una estructura de clase social variable y acorde a esta dinámica. Los regímenes de acumulación se consolidaron bajo la influencia de estas clases que lograron edificar una estructura objetiva para su institucionalización. Por último, Fresneda (28) argumentó, que la desigualdad económica y social, fue cimentada a través de regularidades que dieron lugar a estas formas institucionalizadas de acumulación, que establecieron ciertos patrones de distribución de los recursos, de los ingresos y de los beneficios en la sociedad.

Tabla 3.2.4. Estudios que abordan los determinantes sociales intermedios por clase social, según enfoque

DETERMINANTES INTERMEDIOS		CONDICIONES DE EMPLEO Y TRABAJO		ÁREA DE RESIDENCIA	FACTORES PSICOSOCIALES	FACTORES BIOLÓGICOS	CONDUCTAS INDIVIDUALES	ACCESO SERVICIOS SANITARIOS
		Control sobre el proceso productivo	Exposición a daños y factores de riesgo					
ENFOQUE GRADACIONAL	INGRESO			González 2014 (21)	Gilbert 2009 (14)		González 2014 (21) Gilbert 2009 (14) García 2012 (11)	García 2012 (11)
				Álvarez 2012 (12)			Álvarez 2012 (12)	
	EDUCACIÓN			Arroyave 2014 (2)	Aitsi-Seimi 2014 (8)	(González 2014) (21)	Aitsi-Seimi 2014 (8)	Sanjose 1997 (18) De Vries 2015 (17)
							Álvarez 2012 Arroyave 2014 (2)	
							De Vries 2015 (17)	
	OCUPACIÓN		Álvarez 2012 (12) Caro 2011 (24)		(Álvarez 2012 (12)			
ENFOQUE RELACIONAL		Fonseca 2015 (1) Espitia 2014 (29)	Fonseca 2015 (1)		Fonseca 2015 (1)			Arrivillaga 2009 (32)

Código de color:
Amarillo: Nutrición
Verde: Cáncer
Fucsia: Otros

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS

La mayoría de los estudios proponen explicaciones en el contexto de aspectos que hacen parte de los denominados determinantes intermedios y la mayor parte de estas explicaciones se encuentra enmarcada en las conductas individuales, de riesgo o protectoras. Por ejemplo, en estudios donde la variable de interés fue el ingreso, se señaló que niveles altos de ingreso se asocia con mejores cuidados en aspectos como la nutrición (7), de manera similar sucede con la educación, entre mayor nivel educativo, mayor posibilidad de asumir conductas adecuadas para el cuidado (11).

Los aspectos psicosociales fueron abordados también dentro de muchas de las explicaciones. En los estudios de Fonseca (1) y Espitia (29), se asociaron las diferencias en resultados en salud mental entre clase sociales con aspectos como la competitividad, el miedo al fracaso, y el bajo acompañamiento en redes de apoyo. En estos estudios algunas clases "*privilegiadas*" tuvieron mayores afecciones en salud mental, que los autores relacionaron con estos aspectos. La educación, se identificó como fuertemente asociada con la percepción del ideal corporal (14) y por lo tanto esto explicó los altos niveles de insatisfacción corporal en mujeres más educadas, así como los imaginarios occidentales de belleza que como lo aclara Aistsi-Selmi (8) pueden estar reforzados por las elites educadas. En relación con factores biológicos, un único estudio afirmó (7), que las niñas, tienen mayor probabilidad de sobrepeso, en relación con menores incentivos sociales de actividad física, en correlación con una incidencia de factores genéticos en el proceso de maduración que incrementan la grasa corporal.

Las áreas de residencia también constituyeron un papel importante para los determinantes intermedios. La urbanización de las ciudades ha sido un factor de cambio en las oportunidades de practicar actividad física y tener una alimentación saluda-

ble (21). Algunos autores argumentaron que las comunidades urbanas tienen mayores privilegios de acceso a la información y servicios que promuevan la actividad física, relación que se hace a través de la variable educación. Sin embargo, otros estudios arguyeron que la urbanización ha llevado a la población al sedentarismo y al uso de transportes pasivos, teniendo como resultado menores índices de actividad física (12).

La segregación también actúa como un determinante para el área de residencia. Álvarez (12) argumentó que los productos de alimentación más saludables de encuentran alejados de los vecindarios con menor calidad de vida. La relación con el ingreso, implicó que las personas que habitan vecindarios de menor estrato socioeconómico únicamente cuenten con la oferta de tiendas pequeñas, que usualmente cuentan mayormente con productos procesados.

Para el determinante de acceso a servicios sanitarios, se estableció que, en relación a la educación, hay una gran diferencia entre las mujeres mejor y peor educadas. Para el caso de los exámenes del virus de papiloma humano (VPH), es superior en las mujeres con más alto nivel educativo (18). El acceso a la atención sanitaria regularmente, con el fin de detección temprana, es una de las herramientas que explican la relación con la educación, así mismo como la vacunación, la participación y acceso a las actividades de prevención, siguen siendo fenómenos que se concentran en los grupos sociales con mayores ventajas o más privilegios. En relación con las condiciones de empleo y trabajo, los fenómenos que más aportan a la explicación son el control de los procesos y la exposición a daños y factores de riesgo. Fonseca (1) aseguró que las posiciones ocupacionales más privilegiadas son las que tienen mayor conocimiento de los riesgos y por lo tanto se encuentran mejor capacitados para la prevención. En cuanto al control del trabajo, los trabajadores que ejercen menor control sobre el trabajo, se ubicaron en una posición de clase que incrementó las posibilidades de tener alguna afección en salud (1).

Por otro lado, Espitia (29) indicó que los trabajadores de mando medio y subordinados son lo que menor control sobre el trabajo tienen, y menor reconocimiento, por lo que esta situación presentó una gran incidencia en la salud mental de los trabajadores.

Frente a los factores de riesgo, quienes tienen mayor exposición a temperaturas altas o bajas, ruido, posiciones no confortables, entre otras, son quienes presentaron mayor deterioro en su salud (26), esto indicó que cuando el trabajador tiene menos habilidades y competencia, tiende a experimentar condiciones de trabajo riesgosas. Caro (24) explicó que la salud de las personas se ve afectada cuando tienen pocas oportunidades de utilizar sus habilidades y autonomía.

Como se puede observar la mayoría de los estudios sugieren elementos explicativos orientados de manera primordial a aspectos enmarcados en los determinantes intermedios. Los estudios que analizan la relación clase social y salud desde un enfoque relacional, contemplan con mayor claridad aspectos relacionados

Limitaciones registradas en los estudios del presente análisis

Algunos autores reportaron limitaciones en sus estudios con respecto a la variable independiente utilizada. Para el caso de los estudios gradacionales, en el nivel educativo sólo algunos autores mencionaron las limitaciones en el uso de esta variable siendo que esta puede medir diferentes cosas en determinados contextos y por lo tanto debe dar mayor o menor importancia, dependiendo del sistema social que se está analizando (8).

En el caso de los ingresos, se reportó como limitación que la medición de ingresos se hace a partir de las condiciones materiales esporádicas de la población, pero no determina cuestiones como la capacidad de ahorro o crédito, la calidad del empleo o la inestabilidad laboral y con esto la relación con el déficit de consumo (10).

Para el caso de los estudios relacionales, se registraron algunas ventajas y limitaciones con respecto a la escala de clase social usada en cada estudio. De la escala desarrollada por Breilh (30), como ventaja se indica que ésta ofrece un marco teórico y epistemológico que tiene la posibilidad de analizar procesos sociales relacionados con la salud individual, por lo que constituye un gran aporte para promover elementos viables para el desarrollo de políticas públicas (32). Por otro lado, de la Escala Neomarxista, como limitación, se mencionan las dificultades en la aplicabilidad, ya que la teoría neomarxista de clase fue desarrollada para sociedades capitalistas avanzadas y por lo tanto su aplicación en sociedades en desarrollo como la nuestra, constituye un limitante (1).

Conclusiones

Se desarrolló una revisión que exploró la literatura de la relación a la clase social y salud en población colombiana. La mayoría de artículos fueron capturados en los motores de búsqueda especializados, sin embargo, algunos fueron capturados en las fuentes de literatura gris. En su mayoría los estudios encontrados fueron gradacionales, siendo el nivel educativo y el ingreso las variables más usadas.

La revisión deja claro que en su mayoría los autores no identificaron la intención de medir clase social, excepto en los casos de enfoque relacional (28–32) y uno en el caso del enfoque gradacional (18). Sin embargo, el nivel educativo, el ingreso y el empleo son variables que tradicionalmente se consideran **proxy** de la clase social (1,4,5).

La mayoría de los estudios identificados como relacionales fueron capturados por literatura gris y las publicaciones son de los últimos 10 años. Esto demuestra el interés muy incipiente en la variable clase social, como elemento explicativo de las desigualdades en salud para los grupos de investigación y entidades del sector. Se confirma en esta revisión, que hay algunas evidencias de que la clase social se asocia con desigualdades en salud, sea analizada desde el enfoque relacional o gradacional.

Se observó que los estudios que usaron la ocupación y el empleo, desde una perspectiva relacional, realizaron explicaciones más profundas de los resultados obtenidos, superando las explicaciones por escalas o grados que se evidencian en los estudios que usaron el nivel educativo y el ingreso. El enfoque gradacional se limita a la interpretación de la variable de interés, muchas veces sin una clara fundamentación teórica, y en contraste, los niveles explicativos de los estudios relacionales aportan una estructura teórica explicativa mucho más compleja de interacción entre grupos sociales y la estructura social.

En los estudios relacionales que explicaron los resultados, se evidenciaron líneas causales menos directas, que incluyeron mecanismos relacionados con el acceso a servicios de salud o autonomía del proceso laboral (1,29).

Los resultados de la revisión, impulsan a la apertura de nuevas investigaciones que sirvan de aporte para el avance del estudio de la clase social y su relación con la salud en Colombia, como aporte al conocimiento en la salud pública y a las políticas en salud.

Referencias

1. Fonseca Pérez Luz Amparo. Condiciones de Empleo, Trabajo, y Salud en Trabajadores no Asalariados de Bogotá, 2013: Un Estudio con Perspectiva de Clase Neomarxista. 2015.

2. Arroyave I, Burdorf A, Cardona D, Avendano M. Socioeconomic inequalities in premature mortality in Colombia, 1998-2007: The double burden of non-communicable diseases and injuries. Prev Med (Baltim). 2014;64:41–7.

3. Machado-Alba JE, Echeverri-Cataño L, Londoño-Builes MJ, Moreno-Gutiérrez PA, Machado-Alba JE, Echeverri-Cataño LF, et al. Social, cultural and economic factors associated with self-medication. Biomédica ARTÍCULO Orig Biomédica. 2014;3434:580–8580.

4. Barata RB, Ribeiro MCS de A, Silva ZP da, Antunes JLF, Barata RB, Ribeiro MCS de A, et al. Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saude. Rev Saude Publica [Internet]. 2013 Aug [cited 2016 Nov 16];47(4):647–55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400647&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

5. Solla JJSP. Diferenças nas propostas de operacionalização do conceito de classe social empregadas em estudos epidemiológicos. Cad Saude Publica [Internet]. 1996 Sep [cited 2016 Nov 16];12(3):329–37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

6. Observatorio Nacional de Salud. Memorias reunión de expertos Clase social y Salud. 2014;

7. Gonzalez-Casanova I, Sarmiento LO, Pratt M, Gazmararian J a, Martorell R, Cunningham S a, et al. Individual, family and community predictors of overweight and obesity Among Colombian children and Adolescents. Prev Chronic Dis. 2014;11(E153):1–12.

8. Aitsi-Selmi A, Bell R, Shipley MJ, Marmot MG. Education modifies the association of wealth with obesity in women in middle-income but not low-income countries: An interaction study using seven national datasets, 2005-2010. PLoS One. 2014;9(3):2005–10.

9. Gómez-Arbeláez D, Camacho PA, Cohen DD, Rincón-Romero K, Alvarado-Jurado L, Pinzón S, et al. Higher household income and the availability of electronic devices and transport at home are associated with higher waist circumference in Colombian children: The ACFIES study. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(2):1834–43.

10. Castillo SE Del, Patiño GA, Herrán ÓF. Inseguridad alimentaria: variables asociadas y elementos para la política social. Biomédica. 2012;3232:545–56545.

11. Garcia S, Sarmiento OL, Forde I, Velasco T. Socio-economic inequalities in malnutrition among children and adolescents in Colombia: the role of individual-, household- and community-level characteristics. Public Health Nutr. 2012;16(9):1–16.

12. Álvarez-Castaño LS, Goez-Rueda JD, Carreño-Aguirre C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. Rev Gerenc y Polit Salud. 2012;11(23):98–110.

13. Álvarez-Uribe MC, Estrada-Restrepo A, Fonseca-Centeno ZY. Caracterización de los hogares colombianos en inseguridad alimentaria según calidad de vida. Rev Salud Pública. 2010;12(6):877–88.

14. Gilbert-Diamond D, Baylin A, Mora-Plazas M, Villamor E. Correlates of obesity and body image in Colombian women. J Women's Heal. 2009;18(8):1145–51.

15. McDonald CM, Baylin A, Arsenault JE, Mora-Plazas M, Villamor E. Overweight Is More Prevalent Than Stunting and Is Associated with Socioeconomic Status, Maternal Obesity, and a Snacking Dietary Pattern in School Children from Bogota, Colombia. J Nutr. 2008;139(2):370–6.

16. Christiansen N, Mora JO, Herrera MG. Family social characteristics related to physical growth of young children. J Epidemiol Community Heal. 1975;29(2):121–30.

17. de Vries E, Arroyave I, Pardo C, Wiesner C, Murillo R, Forman D, et al. Trends in inequalities in premature cancer mortality by educational level in Colombia, 1998-2007. J Epidemiol Community Health. 2015;69(5):408–15.

18. de Sanjosé S, Bosch FX, Muñoz N, Shah K. Social differences in sexual behaviour and cervical cancer. In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P, eds. Social inequalities and cancer (IARC Scientific Publications No. 138). IARC Sci Publ. 1997;(138):309–17.

19. Lucumí DI, Grogan-kaylor A, Espinosa-garcía G. Asociación de la posición socioeconómica y la percepción del ambiente con la autopercepción del estado de salud en mujeres de Bogotá , Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(1):14–20.

20. Lucumi D, Gomez LF, Brownson RC. of life among older adults in Bogotá (Colombia). 2016;27(4).

21. González S, Sarmiento OL, Lozano Ó, Ramírez A, Grijalba C. Contribución de los autores: Niveles de actividad física de la población colombiana: desigualdades por sexo y condición socioeconómica. Biomédica. 2014;3434:447–59447.

22. Divaris K, Polychronopoulou A, Villa-Torres L, Mafla AC, Moya GA, González-Martínez F, et al. Extracurricular factors influence perceived stress in a large cohort of Colombian dental students. J Dent Educ. 2014;78(February):213–25.

23. Burgos D, Canaval GE, Tobo N, Pheils PB De, Humphreys J. Violencia de pareja en mujeres de la comunidad, tipos y severidad Cali, Colombia. Rev Salud Pública. 2012;14(3):377–89.

24. Caro A, Agudelo A, Benavides F. Relación entre las condiciones de trabajo y el estado de salud en la población trabajadora afiliada al Sistema General de Riesgos Profesionales de Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [online]. 2011;29(4):392–401.

25. Larrea C, Freire W. Social inequality and child malnutrition in four Andean countries. Rev Panam Salud Publica. 2002;11:356–64.

26. Nana GN, Doulougou B, Gomez F, Ylli A, Guralnik J, Zunzunegui MV. Social differences associated with the use of psychotropic drugs among men and women aged 65 to 74 years living in the community : the international mobility in aging study (IMIAS). BMC Geriatr. 2015;1–10.

27. Cardona Á, Nieto E, Luz M. Caracterización socio-laboral y de aseguramiento en salud de dos grupos de trabajadores cesantes de Medellín-Colombia 2004 y 2007. Rev Salud Pública. 2012;14(Sup. 1):1–17.

28. Fresneda Bautista O. Regímenes de acumulación, estructura de clases sociales y desigualdad en Colombia-1810-2010. [Bogotá D.C]: Universidad Nacional de Colombia; 2016.

29. Castellanos BME. DIFERENCIAS EN CONDICIONES DE EMPLEO, CONDICIONES DE TRABAJO Y EN SALUD MENTAL LABORAL, SEGÚN LA POSICIÓN DE CLASE SOCIAL DE TRABAJADORES ASALARIADOS DE BOGOTÁ, 2013. 2014.

30. Ministerio de Salud y Protección Social, MINSALUD. IV Estudio Nacional De Salud Bucal- ENSAB IV. Vol. 3, Bogotá, Colombia. 2014. 381 p.

31. Fresneda Ó. Estructura de clases sociales, calidad de vida y salud en Bogotá. 2009. 1-8 p.

32. Arrivillaga M, Ross M, Useche B, Alzate ML, Correa D. Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(6):502–10.

33. Observatorio Nacional de Salud. Informe Nacional. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. VI. Bogotá D.C: Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. 366 p.

4 Desigualdades en los indicadores de salud y calidad de vida por clase social

Carlos Castañeda-Orjuela
*Nelson Alvis-Zakzuk**
*Liliana Castillo-Rodríguez**
*Paula Castillo-Santana**
*Luz Angela Chocontá-Piraquive**
*Diana Díaz-Jiménez**
*Fabio Escobar-Díaz**
*Andrea García-Salazar**
*Juan Camilo Gutiérrez-Clavijo**
*Johanna Quintero-Cabezas**
*Nohora Rodríguez-Salazar**
*Sandra Salas-Quijano**
*Carlos Valencia-Hernández**
*María Fernanda Valdés-Valencia**
*Elkin Vallejo-Rodríguez**
*Gina Vargas-Sandoval**
Karol Cotes-Cantillo

*Autores citados alfabéticamente

Introducción

El informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, hizo un llamado para generar evidencia sobre las desigualdades sociales de la salud entre y dentro de los países (1). En sintonía con ese marco internacional, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, ha incluido la identificación e intervención de los DSS, dentro de sus estrategias definiendo la necesidad de hacer el seguimiento a las brechas entre poblaciones en la hoja de ruta de la salud pública de Colombia (2). El ONS se ha encargado, según las funciones asignadas por Ley, de la generación de informes sobre la situación de desigualdad social y desigualdad en salud del país (3), sin embargo, estos análisis hasta el momento se han centrado en las desigualdades por nivel educativo e ingresos, con un enfoque basado en la identificación de gradientes que, a pesar de ser esfuerzos novedosos e informativos en el contexto nacional, no superan aun la evidencia científica adicional que sí puede proporcionar el análisis relacional de grupos poblacionales, debido a su mejor capacidad para reconocer las causas de las desigualdades socioeconómicas y su impacto en la mortalidad, la salud y la calidad de vida (5).

La desigualdad en salud, según la clase social, se refiere a las distintas oportunidades y recursos que tienen las personas de diferentes posiciones en la estructura social para tener una vida saludable, siendo las personas de las clases sociales más desventajadas las que presentan peor salud (4) y responde a un enfoque relacional. A pesar de la riqueza de información que brindan los análisis de las desigualdades por clase social, abundantes en Norteamérica y Europa, es escasa la producción científica de este tipo de estudios en Latinoamérica (5). Incluir esta perspectiva de análisis en el trabajo del ONS, permite generar mayor evidencia sobre las desigualdades sociales en Colombia, las alternativas para su intervención y el impacto de las políticas públicas diseñadas para la afectación positiva de los DSS y la disminución de las desigualdades sociales y de salud.

El *capítulo dos* del presente Informe mostró una alternativa de clasificación de clase social en Colombia a partir de encuestas poblacionales, con base en la clasificación de Fresneda, que ya ha sido aplicada en el país (6). Sin embargo, como se mostró en el capítulo tres, son pocos los ejercicios que se han realizado de este tipo en el país, sobre todo desde la escala nacional. Además se destaca desde la literatura, que no sólo se deben evaluar las desigualdades entre clases sociales sino también las desigualdades entre géneros, análisis que generalmente no se realizan (7). *El objetivo del presente capítulo es realizar el análisis de una serie de indicadores de calidad de vida, acceso a servicios de salud y autopercepción de salud por clase social de trabajadores y en población general, según la clase social del jefe del hogar, en el país, a partir de las encuestas nacionales de calidad de vida de 2008 y 2015, evaluando simultáneamente las desigualdades entre géneros.*

Referencias

1. Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Heal Equity Through Action Soc Determ Heal [Internet]. 2008;246. Available from: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf\npapers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409

2. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012- 2021. 2013.

3. Observatorio Nacional de Salud. Informe Nacional. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia [Internet]. VI. Bogotá D.C: Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. 366 p. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/6to informe ONS.pdf

4. Miguélez F, García T, Rebollo O, Sánchez C, Romero A. Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània. Barcelona: Biblioteca Universitària, Edicions Proa, Universitat Autònoma de Barcelona; 1996.

5. Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al. Clase social y salud en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):166–75.

6. Fresneda O. Regímenes de acumulación, estructura de clases sociales y desigualdad en Colombia-1810-2010. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia; 2016. 437 p.

7. Borrell C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. 2004;59:245–60.

Metodología

Utilizando las variables disponibles en las ENCV 2008 y 2015, se identificó un listado inicial de 40 indicadores para evaluar desigualdades por clase social a nivel de las siguientes dimensiones de análisis: *condiciones de vida, estado de salud autopercibido, discapacidad declarada, enfermedad declarada y acceso a servicios de salud y seguridad social*. Este primer listado fue sometido a un proceso de evaluación, selección y modificación por parte del equipo técnico del ONS, teniendo en cuenta la pertinencia de cada indicador en la medición de un aspecto particular, de su respectiva dimensión y los posibles antecedentes de su uso en investigaciones epidemiológica y de análisis de desigualdades en salud; finalmente se seleccionaron 26 indicadores dentro de las cinco dimensiones evaluadas para población general y 25 para trabajadores que fueron en su mayoría de proporción y algunos de tiempos promedios (**Anexo 3**).

Los indicadores seleccionados fueron calculados por clase social y sexo para la población general y los trabajadores con los datos de las ENCV 2008 y 2015, utilizando el lenguaje de programación **R.** En población general se reportó el valor del indicador para las personas pertenecientes a la clase social asignada a su hogar (aun cuando no trabajaran, o fueran trabajadores de una clase social diferente a la del jefe del hogar o del trabajador de dicho hogar con mayor ingreso), mientras que en trabajadores se reportaron los indicadores por la clase social del propio trabajador. La construcción de los indicadores se realizó para la población colombiana utilizando los factores de expansión de las ENCV 2008 y 2015 (1). Se realizaron gráficos de barras por clase social y sexo. Debido a pérdidas de representatividad, para aquellas clases donde el número de participantes de la Encuesta donde el denominador de los indicadores fue inferior a 50, no se calculó el indicador.

Para el análisis de los indicadores se procedió a realizar descripciones de los mismos, de las clases con mayores y menores valores del indicador y la estimación de sus respectivas desigualdades y brechas absolutas y relativas entre clases y sexos, además de explorar los cambios en las desigualdades entre 2008 y 2015, para aquellos indicadores disponibles en ambos años. Por brechas absolutas se reportaron las diferencias simples del indicador entre la clase con el peor valor y la clase con el menor valor, así se tratase de porcentajes. En el caso de brechas relativas se reportó la razón para el indicador entre la clase con el peor valor y la clase con el mejor valor. En general, se omitieron de estas comparaciones los segmentos de otros trabajadores y los "*no clasificables*" debido a la posible heterogeneidad en la población incluida en dichos segmentos.

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de Metodología y Producción Estadística. Metodología General Encuesta Nacional de Calidad de Vida-ECV. Bogotá: DANE; 2016. p. 1–102.

Resultados

4.1. Condiciones de vida

Introducción

Las condiciones de vida han sido entendidas como aquello que se valora indispensable para el buen vivir de las personas, hacen parte de construcciones históricas, reflejan lógicas sociales y políticas vinculadas a contextos particulares, y se expresan a partir de condiciones materiales u objetivas (vivienda, acceso a servicios, salud, educación, seguridad social, trabajo, entre otras); además de condiciones subjetivas, derivadas de los significados otorgados por los individuos sobre lo que conciben como aspectos primordiales para vivir; por tanto, las condiciones de vida pueden ser objetivas o subjetivas (1, 2).

En Colombia, la evaluación de las condiciones de vida abarca el desarrollo de medidas que involucran tanto componentes materiales como no materiales de bienestar, entre ellas, el Índice de Condiciones de Vida (ICV), que incluye aspectos relacionados con la calidad de la vivienda, el acceso a servicios, la educación y el capital humano; otras mediciones agregan preguntas sobre la calificación de las condiciones de vida, la satisfacción con la vida o la autopercepción de pobreza, como parte de las condiciones subjetivas de vida. Al considerar las particularidades propias que entraña la definición de las condiciones de vida óptimas, no en todos los casos existe una correspondencia entre las medidas objetivas y subjetivas de la misma (3).

El estudio de la vivienda en sus diferentes componentes (estructura, entorno, servicios públicos) constituye un importante indicador de las condiciones de vida de un hogar, al ser ésta un "*bien complejo que satisface un amplio conjunto de necesidades*" (4). De acuerdo con el DANE son atributos de una vivienda con condiciones mínimas de habitabilidad: el material de los pisos, el acceso a servicios de acueducto, alcantarillado, recolección de basuras y el espacio; aspectos que abarcan sólo el interior de la vivienda y cuyas carencias dan cuenta del déficit cualitativo de la misma.

Pese a que la metodología dispuesta por el DANE para el cálculo de éste déficit no abarca elementos propios del entorno, algunas aproximaciones sugieren el análisis de aspectos como la presencia de ruidos, basuras o malos olores provenientes del exterior de la vivienda, como elementos que también dan cuenta de su déficit (4, 5). *El déficit habitacional es particularmente evidente en las poblaciones pobres, así ha sido utilizado en algunos casos como indicador de pobreza, siendo ésta última, analizada desde el punto de vista habitacional (6). Este componente se encuentra en el marco de una visión multidimensional de la pobreza.*

La pobreza ha sido un concepto que ha presentado dos visiones en su medición. Durante los años ochenta y respondiendo a los análisis de la economía tradicional, una persona era considerada pobre cuando no podía acceder a una serie de bienes y servicios materiales, que le permitirían satisfacer sus necesidades básicas (7). Corrientes críticas a este enfoque, han considerado que la pobreza debe ser vista desde la carencia de posibilidades que tiene una persona para alcanzar unos funcionamientos básicos, por lo tanto, es un fenómeno multidimensional (8). Con esto, la pobreza ya no es comprendida únicamente desde el ingreso, sino que involucra otras dimensiones de las condiciones de vida como educación, salud, trabajo, acceso a los servicios públicos domiciliarios y algunas condiciones de la vivienda, (9). Vista desde esta posición multidimensional, la pobreza y las condiciones de vida son conceptos difíciles de separar.

En esta perspectiva, el nivel subjetivo juega un papel fundamental. La pobreza subjetiva incluye a aquellas personas cuyos ingresos superan el monto mínimo de subsistencia, pero que a

pesar de ello se perciben y definen a sí mismas como pobres (10). Esto implica no sólo la percepción de la población con su situación económica real, sino que está muy vinculado con las expectativas de vida respecto a la capacidad que proveen sus ingresos (10).

De acuerdo con Benach "*las clases sociales y la pobreza son determinantes sociales fundamentales que influyen en la aparición de muchas enfermedades*" (11), por lo que la reducción de la pobreza y la garantía de condiciones de vida óptimas en la estructura social en general contribuirían a la tarea de disminuir las inequidades en salud.

El acceso a las condiciones materiales de vida en la sociedad se caracteriza por su distribución desigual. La clase social ha sido un concepto utilizado para dar cuenta de la desigualdad material y de oportunidades entre diferentes capas o estratos de la sociedad; por lo que el análisis de clase en términos de sus particularidades y transformaciones en el tiempo aportaría a entender los cambios frente a una distribución más equitativa de dichas condiciones de vida o la ampliación de las brechas existentes entre las mismas (12).

A continuación se presenta un análisis que intenta poner de manifiesto posibles vínculos entre la clase social y condiciones de vida materiales y no materiales de la población colombiana durante los años (2008 y 2015), a partir de indicadores construidos con información de las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, y que abarcan aspectos de las viviendas (pisos en tierra o arena; acceso a acueducto; eliminación adecuada de excretas; recolección adecuada de basuras; entornos de las viviendas; hacinamiento crítico); deficiencias en el acceso a alimentos por falta de recursos; percepción de suficiencia de ingresos para cubrir gastos del hogar y percepción subjetiva de pobreza.

Referencias

1. Picchio A. Un enfoque macroeconómico ampliado de las condiciones de vida. Tiempos, trabajos y género. 2001:15-37.

2. Picchio A. Condiciones de vida: perspectivas, análisis económico y políticas públicas. Revista de economía crítica. 2009(7):27-54.

3. Velásquez L. Condiciones de vida objetivas y subjetivas en Manizales. ISSN 1692/939X. 2010.

4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística D. Metodología déficit de vivienda. Bogotá D.C. 2009.

5. Lafuente Lechuga M, Faura Martínez U, García Luque O. Condiciones de vida y pobreza consistente.

6. Torres J. Desarrollo Social: La Pobreza Urbana y las Condiciones de Vivienda. Consultado en noviembre 17 de 2015.

7. Velásquez I. De la conceptualización a la medición de la pobreza en Colombia: dificultades y alternativas. Revista antropol.sociol, 2010 (12) 15 - 45.

8. Ferullo H. El concepto de pobreza en Amartya Sen. Revista Valores en la Sociedad Industrial (66)

9. Tobergte DR, Curtis S. La medición multidimensional de la pobreza. J Chem Inf Model. 2013; 53(9):1689–99.

10. Garriazo B. Pobreza subjetiva en Argentina. Construcción de indicadores de Bienestar. 2007

11. Benach J. Las clases sociales y la pobreza. 2004. Gac Sanit (1) 16-23

12. Crompton R. Clase y estratificación: una introducción a los debates actuales: Tecnos; 1994.

4.1.1. Porcentaje de población en hogares que habitan en viviendas con piso de tierra

Las condiciones de estructura y los materiales con los que está construida una vivienda son considerados requisitos sanitarios mínimos (1). El piso de tierra es albergue de microorganismos, que actúan como transmisores de diferentes enfermedades y su presencia en una vivienda, indica déficit cualitativo, por lo que su mejora ha sido una estrategia para optimizar la calidad de vida y la salud de la población (2,3). En Colombia, la valoración del material predominante de los pisos permite obtener una medida de la proporción de viviendas que cuentan con pisos de tierra o arena, aproximándose a la medición del déficit cualitativo por estructura; déficit que incluye a las viviendas con paredes estables, pero con pisos de tierra o arena (2).

En Colombia, pocos estudios han relacionado la carencia de pisos adecuados con variables socioeconómicas de los hogares, la mayoría de ellos hacen parte del análisis de encuestas nacionales o locales que incorporan, en un mismo indicador, la precariedad de materiales en pisos y paredes (4). Este apartado busca establecer desigualdades en torno a vivir en una vivienda con piso de tierra, y la posición de clase social del jefe del hogar y de la población de trabajadores.

La presencia de viviendas con piso de tierra de acuerdo a la clase social del jefe de hogar, reveló la existencia de desigualdades entre las clases sociales que se mantuvieron en los años analizados (2008 y 2015). No se calcularon brechas absolutas o relativas por clase porque la clase de referencia (directivos), tenía el indicador en cero. Se encontró que las clases campesinos y obreros agropecuarios reportaron proporciones más altas para este indicador; mientras que el porcentaje de viviendas con piso de tierra entre los directivos (0%) y en profesionales y técnicos no superó el 1%. Otras clases sociales, que también registraron altos porcentajes de déficit estructural fueron los trabajadores domésticos, seguidos por la pequeña burguesía (Figura 4.1.1.1.).

En los dos años las diferencias en el porcentaje de hombres y mujeres que habitan viviendas con piso de tierra en las distintas clases sociales son cercanas al 1%, con excepción de los trabajadores domésticos, clase en la que para los años 2008 y 2015, la proporción de hombres fue ligeramente superior al de mujeres, con diferencias absolutas de 5 y 4%, respectivamente (Figuras 4.1.1.1.).

2008

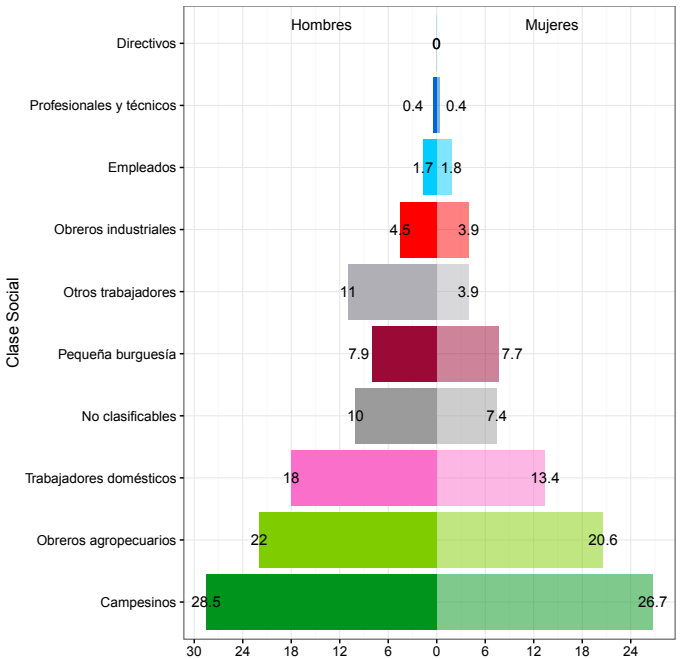
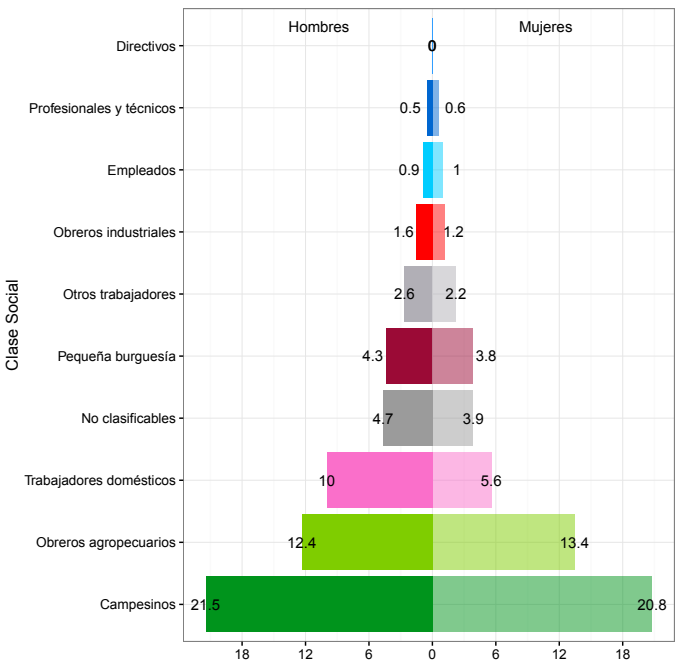


Figura 4.1.1.1. Porcentaje de personas en viviendas con piso de tierra, por clase del jefe de hogar, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

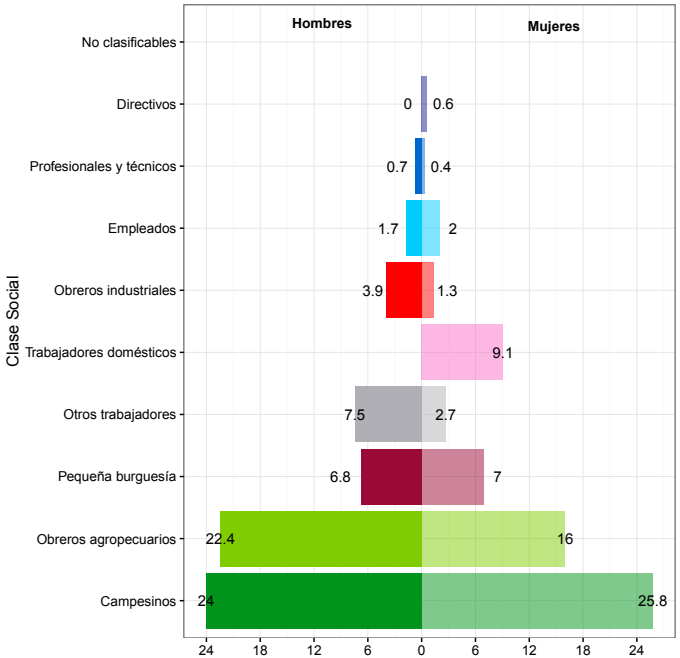


2015

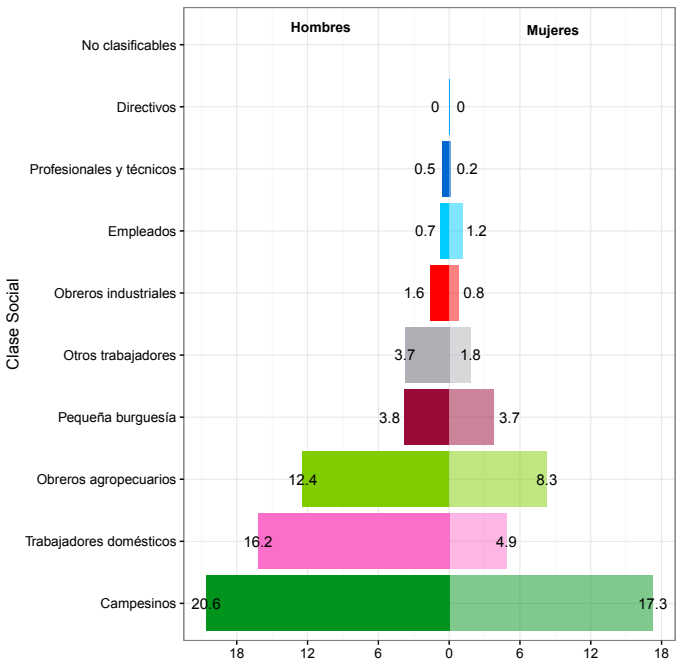
Para 2015 se observó una disminución en el porcentaje de viviendas con piso de tierra en la mayoría de clases sociales, con diferencias absolutas que oscilan entre el 6 y el 10% de un año a otro, esto para ambos sexos. En hombres la mayor reducción se dio en la clase obreros agropecuarios con un 10% y en mujeres en la clase trabajadores domésticos con una disminución del 8%.

Al analizar el porcentaje de viviendas con piso de tierra, en la clase social de población trabajadora, se evidenció un comportamiento similar al observado en la población general. Los campesinos y obreros agropecuarios fueron las clases sociales con proporciones más altas de viviendas que cuentan con pisos de tierra, en ambos años (Figuras 4.1.1.2.). Asimismo, en 2015 se encontró una alta proporción de viviendas con pisos de tierra entre los trabajadores domésticos hombres (16,2%), siendo ésta la segunda clase social con porcentajes más elevados en este indicador, superando incluso a los obreros agropecuarios (12,4%).

Asimismo, para la población de trabajadores las diferencias entre hombres y mujeres, no superaron el 1 o 2%, para la mayoría de clases en los años estudiados, excepto para obreros agropecuarios y trabajadores domésticos, quienes reportaron las mayores proporciones entre los hombres, alcanzando en ésta última clase una diferencia del 11% para 2015.



2008



2015

Figura 4.1.1.2. Porcentaje de personas en viviendas con piso de tierra, por clase de los trabajadores, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

Los resultados pusieron de manifiesto la presencia de diferencias entre las clases sociales que se sostuvieron en los dos años estudiados, así mientras que clases como los directivos gozaron de mejores condiciones estructurales en sus viviendas; otras, como los campesinos y obreros agropecuarios mantuvieron las proporciones más altas del déficit estructural. Pese a que este comportamiento fue similar tanto en hombres como en mujeres, en la población de trabajadores, se observaron algunas diferencias entre sexos, la mayoría de veces en contra de los hombres y en las clases con proporciones más altas para este indicador.

Referencias

1.Organizacion Panamericana de la Salud. Division de Salud y Ambiente. Documento de referencia de OPS sobre politicas de Salud en la Vivienda: Organizacion Panamericana de la Salud; 1999.

2.Departamento Administrativo Nacional de Estadística D. Metodología déficit de vivienda. Bogotá D.C. 2009.

3.Cordero-Arroyo E. Mejoramiento de la vivienda rural: Impacto de la instalación de piso firme y estufas ecológicas en las condiciones de vida de los hogares. Estudios Agrarios. 2009;15:143-51.

4.Alcaldía de Cali DAdPM. La gestión habitacional en el plan de ordenamiento territorial de Cali. Plan Estratégico de Vivienda. 2000.

4.1.2. Porcentaje de personas en viviendas sin acueducto

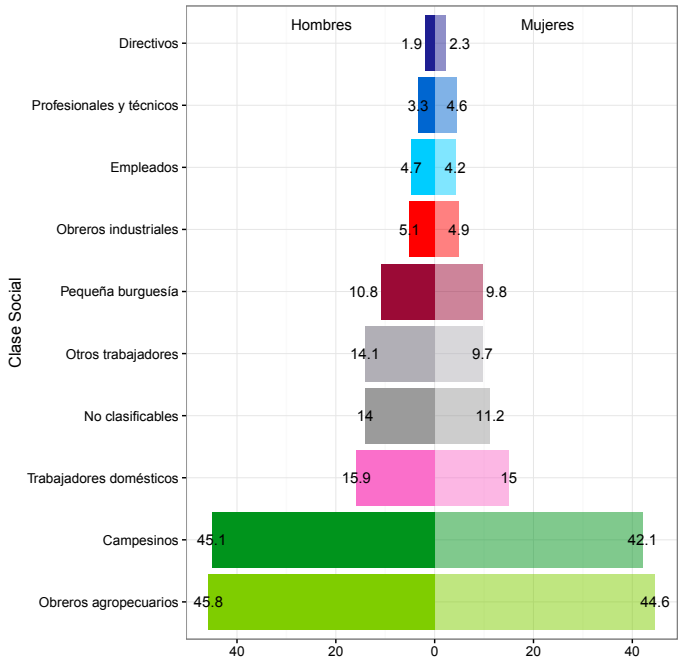
El acceso a fuentes de agua, salubres y suficientes ha sido reconocido internacionalmente como un Derecho. Su garantía hace posible un nivel de vida adecuado y viabiliza la concreción de derechos fundamentales (1). No obstante, en el mundo 663 millones de personas no tienen acceso al agua potable y se estima que anualmente el consumo de agua contaminada ocasiona cerca de 502.000 muertes por diarrea (2, 3). En Colombia, se considera que una vivienda con acueducto, es aquella que cuenta con suministro de agua relativamente permanente gracias a un dispositivo para su almacenamiento, y cuyo abastecimiento se realiza a través de un ducto o tubería conectada a una red (4). Por tanto, la proporción de viviendas con acceso a acueducto, incluye aquellas que cuentan con éste servicio sea público, privado o comunal, con las características señaladas.

El estudio de la relación entre clase social y habitar en una vivienda con acceso a acueducto en Colombia ha sido poco explorado. En Colombia, las aproximaciones existentes generalmente agregan en un solo indicador el acceso a servicios (agua, luz y alcantarillado), además de no incorporar el concepto de clase social (5). A continuación se presentan los hallazgos de habitar en viviendas que no cuentan con acueducto, de acuerdo a la clase social del jefe del hogar y de la población trabajadora.

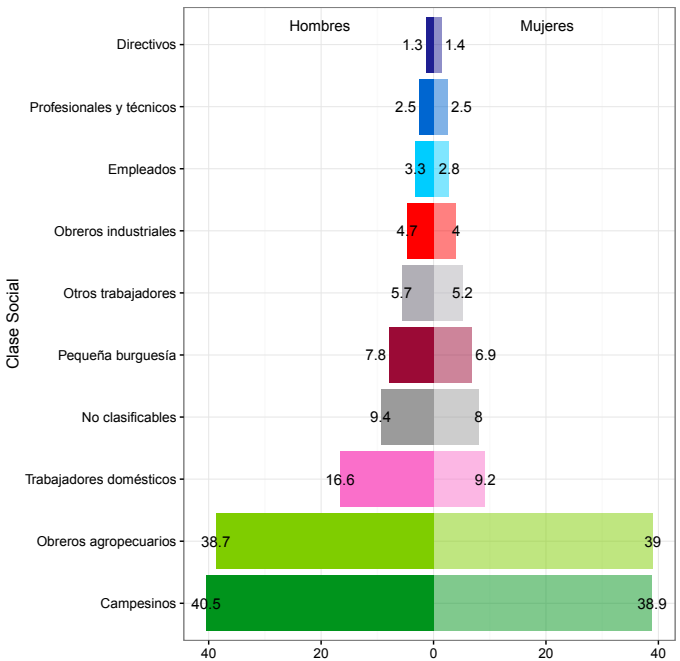
Durante 2008 y 2015, de acuerdo a la clase social del jefe del hogar, los campesinos y obreros agropecuarios, tuvieron las proporciones más altas de viviendas que no contaban con el servicio público, privado o comunal de acueducto. A su vez, durante los dos años, la clase social directivos fue la que contó con menores proporciones de viviendas sin acceso al servicio de acueducto, seguida por la clase social empleados y la de profesionales y técnicos, con proporciones que no superaron el 5%.

Dicho comportamiento fue similar tanto en hombres como en mujeres, siendo la clase obreros agropecuarios la que presentó el porcentaje más alto, durante los dos años, excepto en 2015 para los hombres, cuando los campesinos obtuvieron el porcentaje más alto de viviendas sin acueducto, con una diferencia absoluta del 1,7% con respecto a la clase obreros agropecuarios (Figura 4.1.2.1.).

No se evidenciaron mayores diferencias entre hombres y mujeres para este indicador durante los dos años estudiados; las observadas se encontraron en 2015 entre los trabajadores domésticos, donde los hombres en mayor proporción que las mujeres habitaban en viviendas sin acceso al servicio de acueducto (16,6% y 9,2% respectivamente); de la misma forma los campesinos hombres evidenciaron porcentajes ligeramente mayores que las mujeres en este indicador, con diferencias absolutas del 3,0 y el 1,6% para 2008 y 2015 respectivamente (Figura 4.1.2.1.).



2008



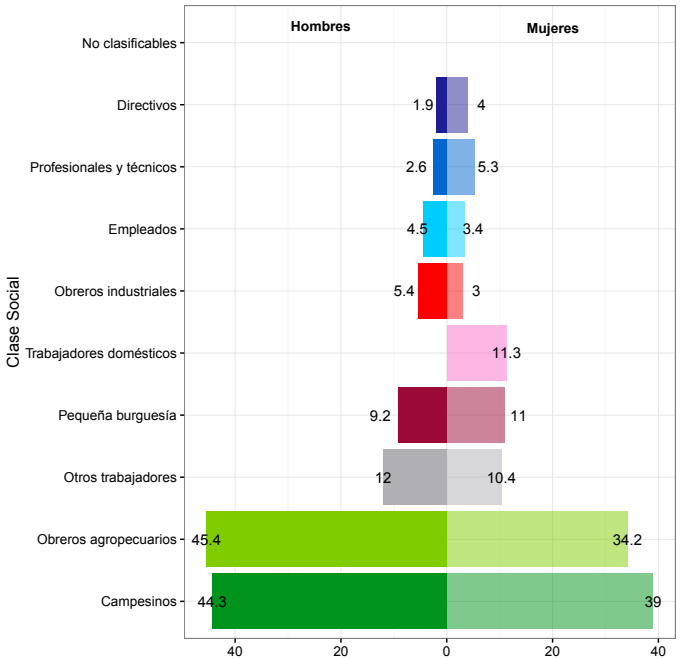
2015

Figura 4.1.2.1. Porcentaje de personas en viviendas sin acueducto por clase del jefe de hogar, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

Entre 2008 y 2015 la proporción de viviendas que no contaban con acceso al servicio de acueducto tuvo un descenso en todas las clases sociales, las mayores reducciones se dieron para los hombres entre las clases campesinos y obreros agropecuarios con diferencias absolutas del 4,6 y 7,1%, respectivamente; y entre las mujeres en la clase obreros agropecuarios y trabajadores domésticos con diferencias absolutas del 5,6 y el 5,8%, respectivamente (Figura 4.1.2.2.).

Pese a los progresos que se manifestaron en la disminución en el porcentaje de viviendas sin acceso al servicio de acueducto, las diferencias relativas que se expresan como la razón entre la clase con menor porcentaje de no acceso al servicio de acueducto frente a la de mayor proporción, mostró un incremento en los años estudiados, dichas diferencias ocurrieron tanto en hombres como en mujeres. Así, mientras que en 2008 la proporción de viviendas que no contaban con servicio de acueducto entre los obreros agropecuarios era 24,3 veces la de los directivos, en 2015 esta diferencia relativa era 29,4 veces, esto en el caso de los hombres. Para las mujeres, tomando como referencia las mismas clases sociales, las diferencias relativas fueron de 19,1 veces en 2008 y de 27,4 veces en 2015.



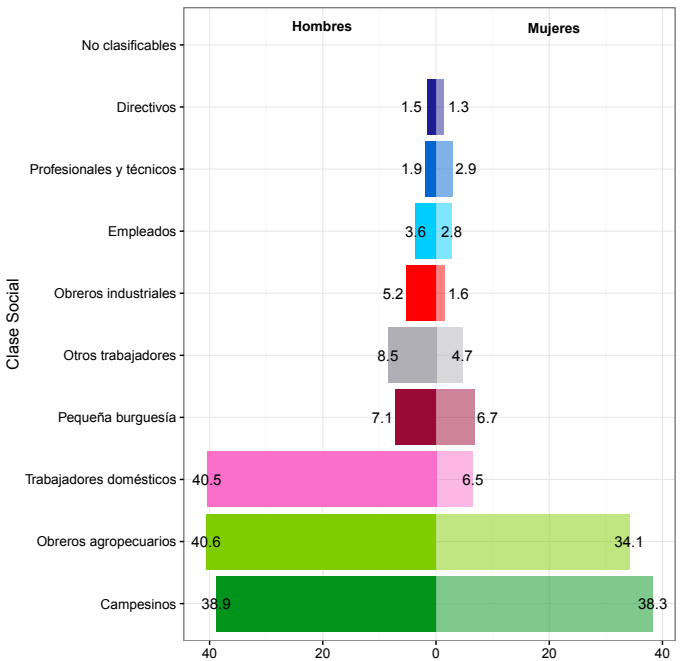


Figura 4.1.2.2. Porcentaje de personas en viviendas sin acueducto por clase de los trabajadores, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

Al comparar la situación de acceso al servicio de acueducto, de acuerdo a la clase social de hombres y mujeres trabajadores, se apreció un comportamiento similar al de la población general. Durante los dos años, en ambos sexos, los campesinos y obreros agropecuarios fueron las clases sociales con mayores porcentajes de viviendas sin acceso a este servicio; excepto para los hombres en 2015, cuando los trabajadores domésticos reportaron la segunda proporción más alta de habitar viviendas sin acceso al servicio de acueducto (40,5%), un porcentaje cercano al de campesinos (38,9%) y obreros agropecuarios (40,6%).

En 2008, la clase con menor proporción de viviendas sin servicio de acueducto fue diferente para hombres y mujeres; para los primeros, la clase directivos reportó el porcentaje más bajo con (1,8%), mientras que en las mujeres las menores proporciones para este indicador se dieron en los empleados (3,4%) y obreros industriales (3,0%). Para 2015, en ambos sexos, las menores proporciones de falta de acceso al servicio de acueducto se dieron en la clase directivos (1,5% en hombres y 1,3% en mujeres). A su vez, las diferencias relativas entre la clase con menor porcentaje de no acceso al servicio (directivos) frente a la de mayor proporción (obreros agropecuarios) en los hombres, mostró un incremento en los años estudiados (24,0 y 27,7 veces).

Contrario a lo observado en la población general, se apreció que las diferencias absolutas entre hombres y mujeres trabajadores fueron mayores, particularmente para algunas clases sociales que alcanzaron diferencias absolutas del 4% o más. Se destacó, el caso de los obreros agropecuarios con diferencias absolutas, en contra de los hombres, del 11,3 y el 6,5% en 2008 y 2015 respectivamente, y los trabajadores domésticos quienes para 2015 registraron una diferencia absoluta en contra de los hombres de 33,9%.

Estos resultados revelaron la existencia de clases sociales que para ambos años y sexos conservaron las mejores y peores condiciones de acceso al servicio de acueducto. Mientras clases como directivos, empleados y profesionales y técnicos mostraron las menores proporciones de viviendas sin acceso al servicio; los campesinos y obreros agropecuarios se caracterizaron por contar con los porcentajes más altos de este indicador. Si bien, se encontró un descenso en la proporción de viviendas que no contaban con acceso a acueducto en todas las clases sociales, las brechas relativas en la población general entre la clase con menor proporción de viviendas sin acceso al servicio de acueducto y la de mayor proporción, en lugar de disminuir aumentaron entre 2008 y 2015.

Referencias

1. ALBUQUERQUE C, ROAF V. Derechos hasta el final. Buenas prácticas en la realización de los derechos al agua y al saneamiento. Madrid: ONGAWA. 2011.

2. World Health Organization O. Agua potable 2015 [cited 2016 Agosto 2016]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs391/en/.

3. Unicef. Progress on Sanitation and Drinking-Water: 2015 Update and MDG Assessment. World Health Organization: Geneva, Switzerland. 2015.

4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2008, Descripción de variables. 2016.

5. Alcaldía de Cali, Departamento Administrativo de Planeación Municipal. La gestión habitacional en el plan de ordenamiento territorial de Cali. Plan Estratégico de Vivienda. 2000.

4.1.3. Porcentaje de población en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la eliminación de excretas

La deficiencia de los servicios públicos domiciliarios, incide en el deterioro de la salud pública de las poblaciones (1). Uno de los desafíos ambientales que la sociedad enfrenta en la actualidad es el manejo de residuos humanos (heces y orina), que conlleva serias implicaciones para la salud humana y para la conservación y disponibilidad de los recursos naturales, especialmente en las zonas rurales (2).

Para el 2014, el DANE, reportó en la ENCV que a nivel nacional, el 75,7% de los hogares colombianos cuentan con inodoros conectados a alcantarillado y en las cabeceras municipales el 92,3%. Sin embargo, fuera de las cabeceras municipales, solo un 14,1% de los hogares tiene alcantarillado, un 58,4% de ellos, maneja sus residuos humanos mediante pozos sépticos, el 9,0% tiene inodoro sin conexión a ningún sistema de tratamiento, el 12,7% no tiene servicio sanitario y el 5,8% maneja otro tipo de sistemas (letrinas, bajamar, etc.); lo que implica que un 85,9% de estos hogares está disponiendo de manera inadecuada sus residuos (3).

En este apartado, se realiza una aproximación a la disposición de excretas por clase social, utilizando los datos de la ENCV 2008 y 2015 en Colombia. A partir de la información recolectada de la pregunta *¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta el hogar?*, es posible estimar el porcentaje de personas en hogares sin eliminación de excretas, tanto en población general como en trabajadores. Este es uno de los indicadores que expresa en forma más directa la falta de acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas (4).

En la población general, al comparar el comportamiento del porcentaje de personas en hogares sin eliminación de excretas entre 2008 y 2015, se presentó una reducción de este indicador para todas las clases sociales en 2015, con un promedio de reducción absoluta de 5,4% en hombres y 4,5% en mujeres. En ambos sexos las clases sociales que reportaron menores valores del indicador fueron los directivos, seguido de profesionales y técnicos y empleados. Los que tuvieron el porcentaje más alto fueron los campesinos, obreros agropecuarios y trabajadores domésticos (Figura 4.3.1.)

En 2015 con respecto de 2008, todas las clases sociales presentaron reducciones en el porcentaje de personas sin eliminación de excretas. La clase social que menos reducción presentó fue la de los profesionales y técnicos, en hombres la disminución en términos absolutos del indicador fue sólo del 0,05%, mientras que mujeres fue de 0,4%. Los obreros agropecuarios, además de ser la segunda clase social con mayor valor del indicador para ambos sexos, fue la que evidenció tener la mayor reducción en términos absolutos en hombres, pasando de 32,6% a 20,2%. En mujeres, la clase social con mayor reducción del indicador, también fue la de obreras agropecuarias con una disminución absoluta del 11,5% (Figura 4.3.1.).

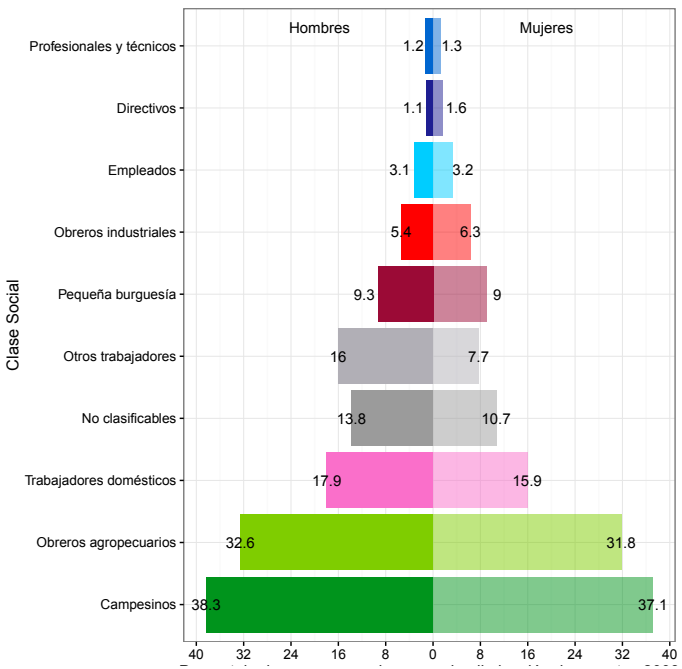
Por sexo para 2008, el porcentaje de población sin eliminación de excretas fue mayor en hombres para la mayoría de clases, excepto en los directivos, empleados, obreros industriales y profesionales y técnicos (Figura 4.3.1.). En 2015, el indicador sólo fue mayor en las mujeres en la clase social de obreras agropecuarias, en las demás fue mayor en los hombres.

El análisis de brechas de desigualdad, tomó como referencia a los directivos que son la clase social con mejor resultado. Se evidenció una amplia brecha en campesinos, obreros agropecuarios y trabajadores domésticos en los dos años analizados. Por ejemplo, para el 2008 el porcentaje de hogares sin eliminación de excretas fue 36 veces mayor entre los hombres campesinos que entre los directivos y en mujeres campesinas esta razón de prevalencias fue de 22,8. La brecha se amplió en el 2015, donde el valor del indicador entre hombres campesinos fue 60,6 veces mayor que el de directivos y en las mujeres esta razón fue de 64,6 (Figura 4.3.1.). De manera similar los hombres obreros agropecuarios presentaron en 2008 un valor del indicador de 30,6 veces mayor que los directivos y en 2015 esta brecha relativa se amplió a 44,95. Esta razón de prevalencias entre clases fue de 19,6 veces más para las mujeres en 2008 y de 48,8 en 2015 (Figura 4.3.1.).

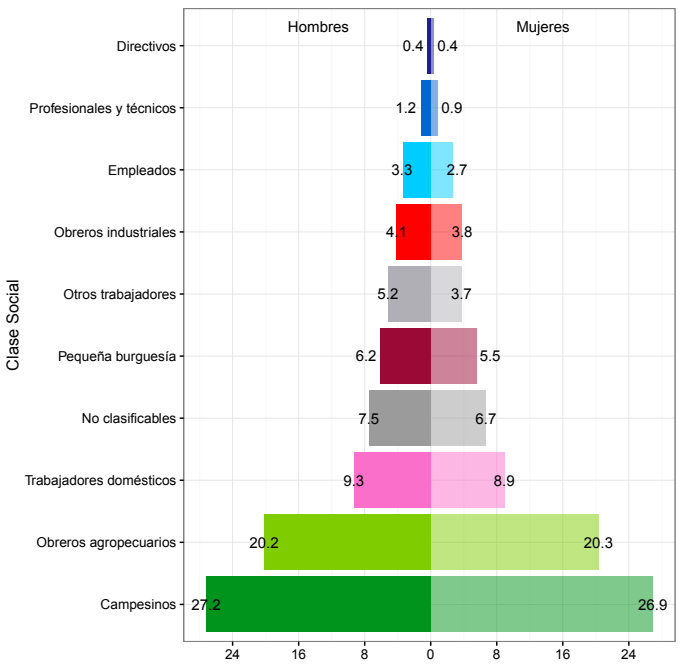
Figura 4.1.3.1. Porcentaje de personas en hogares sin eliminación de excretas, en población general Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

2008



2015



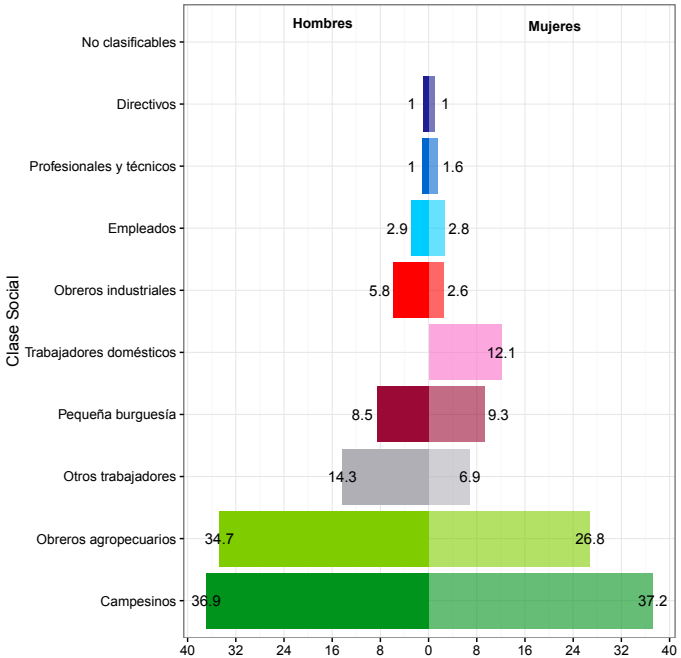
En cuanto al análisis de clase social por trabajadores se observó un comportamiento similar al presentado en la población general. Las clases sociales más afectadas fueron los campesinos, obreros agropecuarios y trabajadores domésticos y las que tuvieron un menor porcentaje fueron las mismas clases descritas en el apartado de población general (Figura 4.1.3.2.).

Al igual que en la población general, en los trabajadores se observó un gradiente de desigualdad en el porcentaje de personas en hogares sin eliminación de excretas entre los directivos y las posiciones de clase de campesinos. Para 2008 el porcentaje de hogares sin eliminación de excretas fue 37,8 veces mayor entre los hombres campesinos que entre los directivos y en mujeres campesinas esta razón de prevalencias entre clases fue de 37,3. Esta brecha se amplió en el 2015, donde el valor del indicador entre los hombres campesinos fue 51,7 veces mayor que el de los directivos y de 36,1 en las mujeres campesinas (Figura 4.1.3.2.).

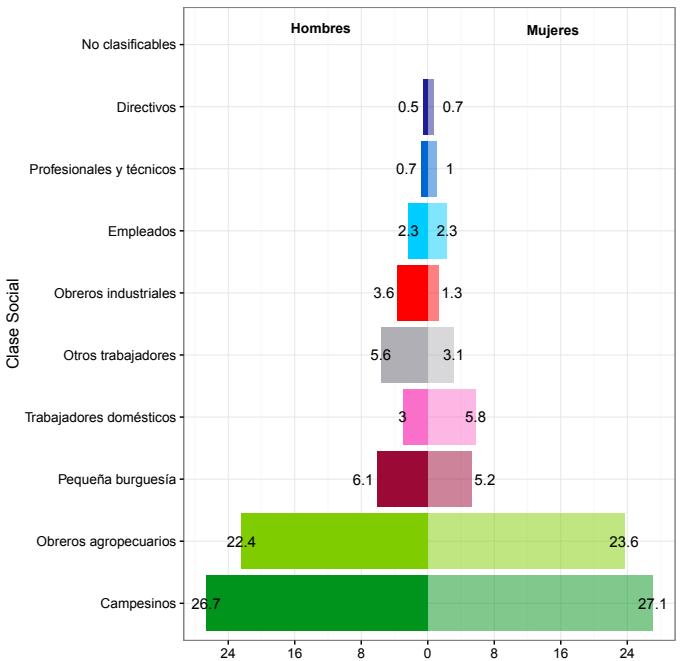
Figura 4.1.3.2. Porcentaje de personas en hogares sin eliminación de excretas, en trabajadores Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

2008



2015



Tanto en población general como en trabajadores este indicador es más alto en la clase social campesina y obreros agropecuarios; aunque el indicador disminuyó en ambos sexos para 2015, las brechas de desigualdad, tomando como referencia los directivos, aumentaron en estas dos clases sociales. Los hogares sin eliminación de excretas, factores del ambiente doméstico, así como la falta de acceso al agua potable, saneamiento básico insuficiente en el hogar y la comunidad, inseguridad alimentaria, entre otros, influyen negativamente en la salud (5).

Referencias

1. Delgado Rodriguez CL. Representaciones sociales de higiene y disposición de excretas , el caso de la introducción de sanitarios ecológicos secos en Quibdó y Tumaco,. Cuad Vivienda y Urban. 2008;1(2).

2. García-Ubaque CA, Vaca-Bohórquez ML, García-Ubaque JC. Sanitario seco: una alternativa para el saneamiento básico en zonas rurales. Rev salud pública [Internet]. 2014;16(4):638–89. Available from: /scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=es

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadistica (DANE). Boletín Técnico Encuesta Nacional de Calidad de Vida – ECV 2014 [Internet]. 2015. Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Prensa_ECV_2014.pdf).

4. Dirección de Metodología y Producción Estadística - DIMPE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV 2015. 2015. p. 90, 111.

5. Rojas MC, Ciuffolini MB, Meichtry N. La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar. 2005;7:27–30.

4.1.4. Porcentaje de población en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la recolección de basuras

Uno de los problemas ambientales en un mundo de consumo como el actual, es el de la generación y disposición de los "*residuos sólidos*" que se emiten diariamente, para muchos es sinónimo de problema y en las ciudades el problema es mayor debido a la densidad poblacional (1,2). La problemática ambiental de los residuos sólidos, su recolección, transporte, tratamiento y disposición final ha sido reglamentado a través del tiempo (1) con la Constitución Política de Colombia y a través de leyes, decretos y resoluciones (3-8).

Según el Informe de 2015 de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD); en 2014 en Colombia se generaron aproximadamente 26.528 toneladas diarias de residuos sólidos, de estas el 81% fueron dispuestas en rellenos sanitarios; persistiendo la disposición inadecuada representada en botaderos (10,34%), quemas (0,18%) y cuerpos de agua (0,45%). En este apartado, se realiza una aproximación a este fenómeno para el caso colombiano, utilizando datos de la ENCV. A continuación, se presenta el análisis por clase social a partir de los datos de la ENCV 2008 y 2015, relacionados con el porcentaje de población en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la recolección de basuras.

El DANE, reportó en la ENCV información sobre sí a la vivienda se le prestó el servicio de recolección de basuras en forma regular o esporádica por parte de una entidad pública, privada o comunal legalmente establecida (9,10), a partir de esta información fue posible estimar el porcentaje de población en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la recolección de basuras.

Entre 2008 y 2015, de acuerdo al comportamiento del porcentaje de población general en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la recolección de basuras, se presentó una reducción de este indicador para todas las clases sociales, con un promedio de reducción absoluta de 4,4% en hombres y 4,8% en mujeres. El valor del indicador para ambos años fue más alto en las clases sociales de campesinos, obreros agropecuarios, otros trabajadores y trabajadores domésticos con valores por encima del 20%. Los menores valores, por debajo del 9%, fueron los directivos, empleados, obreros industriales y profesionales y técnicos (Figura 4.1.4.1.).

En el análisis según sexo para 2008, el porcentaje de personas en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la recolección de basuras fue mayor en hombres para la mayoría de clases, exceptuando directivos y obreros industriales donde fue mayor en las mujeres. En 2015, el indicador fue mayor en hombres en todas las clases sociales (Figura 4.1.4.1.).

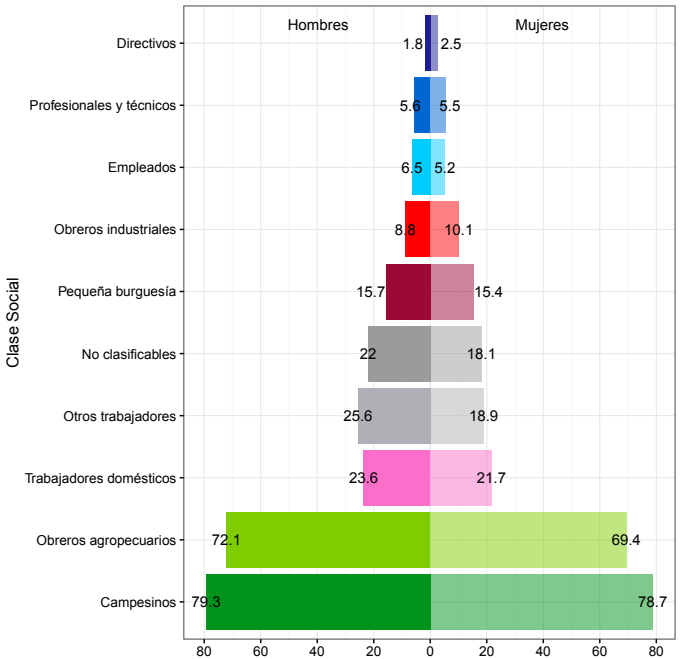
En la Figura 4.1.4.1., se evidencia un gradiente marcado de desigualdad en el porcentaje de personas en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la recolección de basuras. Se observó que existen amplias brechas entre los directivos y los campesinos, obreros agropecuarios y trabajadores domésticos. Los campesinos hombres registraron un porcentaje 44,13 veces mayor que los directivos para 2008 y 33,1 veces para 2015. En mujeres, el porcentaje de mujeres que no cuentan con sistemas adecuados para la recolección de basuras de la clase campesina fue 30,9 veces mayor al de las mujeres de hogares de clase directivos para 2008.

Esta brecha se amplió en el 2015 a 47,8 veces el de los directivos. De manera similar, los hombres obreros agropecuarios presentaron en 2008 un porcentaje de personas en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la recolección de basuras de 40,1 veces mayor que los directivos y en 2015 de 26,4 veces mayor. Esta razón de prevalencias entre clases en mujeres fue de 27,2 veces más en 2008 respecto a la clase directiva y de 37,9 veces mayor en 2015.

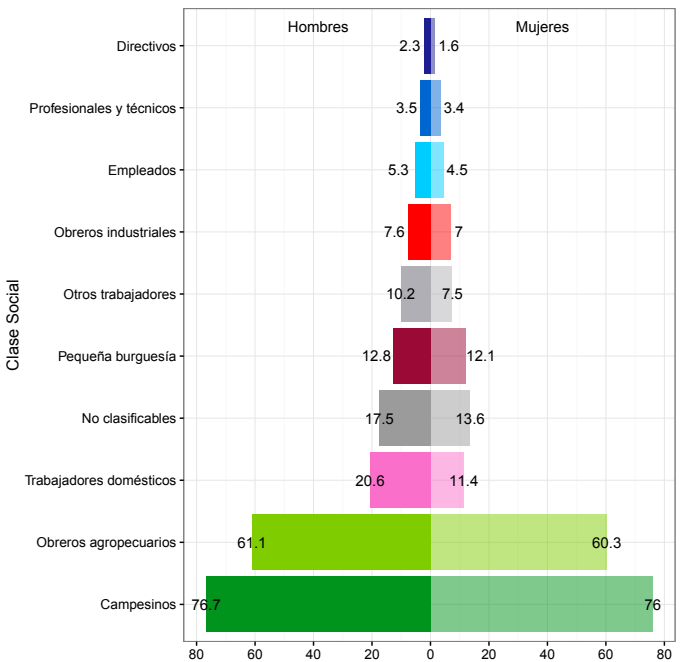
Figura 4.1.4.1. Porcentaje de personas en hogares sin recolección de basuras, en población general. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

2008



2015



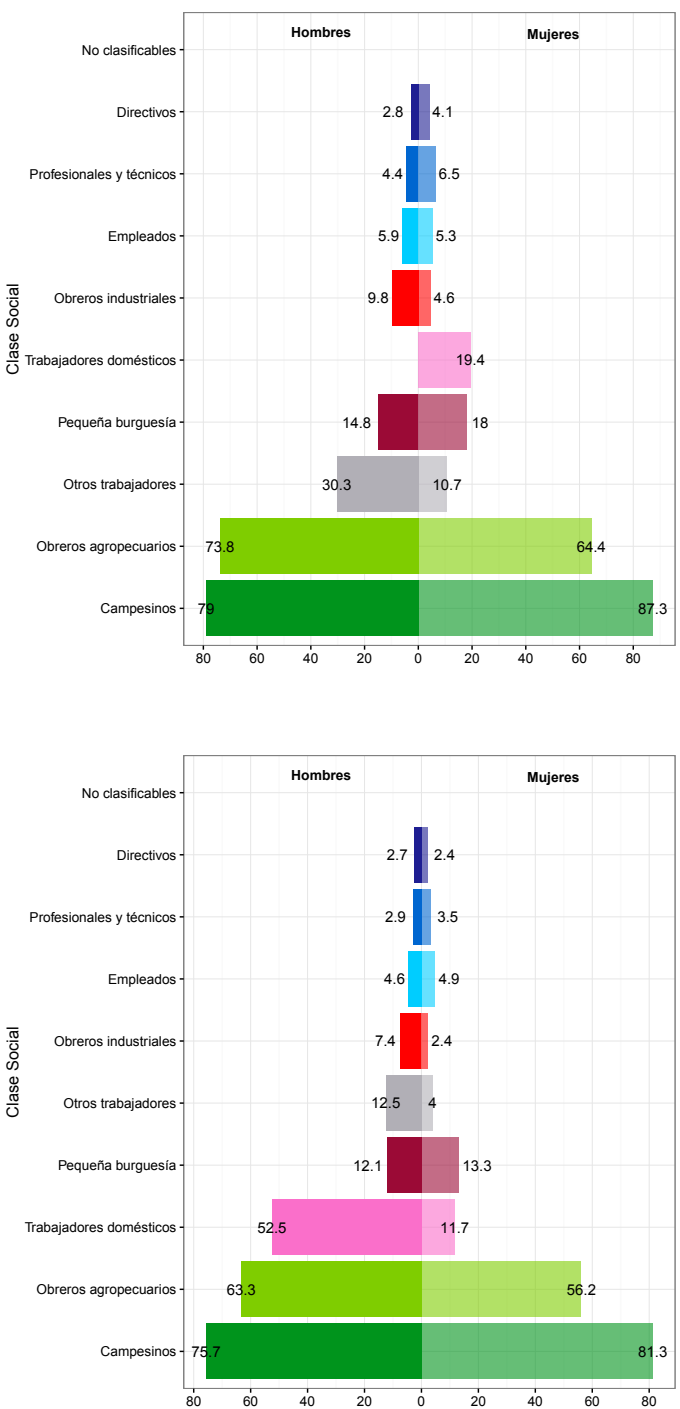
En cuanto al análisis de clase social en trabajadores el porcentaje de estos que no contaban con sistemas adecuados para la recolección de basuras, a excepción de la clase social de trabajadores domésticos, el comportamiento fue similar al presentado en la población general. Las clases sociales con porcentajes más altos del indicador fueron los campesinos, obreros agropecuarios y otros trabajadores y las clases que tuvieron un menor porcentaje fueron los directivos, empleados y obreros industriales con porcentajes por debajo del 6% (Figuras 4.1.4.2.).

Por sexo, en ambos años la clase social de mujeres campesinas fue la que tuvo el porcentaje más alto en del indicador, a diferencia del análisis en población general donde fueron los hombres los que presentaban los porcentajes más altos. En las demás clases sociales se mantuvo el comportamiento de valores más altos en los hombres. Al igual que en la población general, se observó un gradiente de desigualdad entre los directivos y los campesinos y obreros agropecuarios, para 2008 el porcentaje de personas que no contaban con sistemas adecuados para la recolección de basuras fue 28,7 veces mayor entre los hombres campesinos que entre los directivos del mismo sexo y en mujeres campesinas esta razón de prevalencias entre clases fue de 21,2. A excepción del grupo de los hombres, esta brecha se amplió en el 2015, donde el valor del indicador entre las mujeres campesinas fue 34,4 veces mayor que las mujeres directivas. En los hombres campesinos esta brecha fue de 28,0 veces más que en los hombres en cargos directivos (Figura 4.1.4.2.)

Asimismo, los hombres obreros agropecuarios presentaron en 2008 un porcentaje de personas que no tenian con sistemas adecuados para la recolección de basuras es de 26,8 veces mayor que los directivos y en 2015 se disminuyó la brecha a 23,5 veces. Esta razón de prevalencias entre clases para las mujeres obreras agropecuarias en 2008 fue de 15,7 veces más respecto a la clase directiva y de 23,8 veces mayor en 2015. Para este último año se observó que la ampliación de la brecha en las mujeres (Figura 4.1.4.2.).

Figura 4.1.4.2. Porcentaje de personas en hogares sin recolección de basuras, en trabajadores. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



El porcentaje de personas en hogares que no cuentan con sistemas adecuados para la recolección de basuras disminuyó en la mayoría de clases sociales entre 2008 y 2015. En la población general, las brechas relativas entre clases disminuyeron en hombres y aumentaron para la mayoría de clases en mujeres. Para los años analizados en los trabajadores, se presentó un aumento de la brecha del indicador en mujeres campesinas y obreras agropecuarias con relación a las mujeres directivas y una disminución leve entre hombres campesinos y la clase directiva y entre los obreros agropecuarios y los directivos hombres.

Referencias

1. Noguera KM, Olivero JT. Los rellenos sanitarios en Latinoamérica: Caso Colombiano. Rev la Acad Colomb Ciencias Exactas Físicas y Nat. 2010;34(132):347–56.

2. Muñoz, Velásquez KT, Osorio AJB. El papel de los residuos sólidos, en la solución de problemas ambientales. Econ Autónoma, [Internet]. 2009;(3). Available from: http://www.eumed.net/rev/ea/03/mvbo.pdf

3. República de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991 [Internet]. [cited 2016 Sep 27]. Available from: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125

4. Congreso de Colombia. Ley 142 de 1994 [Internet]. Diario Oficial. 1994 [cited 2016 Sep 27]. p. 597. Available from: http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/LEYES/L0142_94.htm

5. Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial. Resolución 1684 de 2008 [Internet]. [cited 2016 Sep 27]. Available from: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=33203

6. Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial. Resolución 1529 de 2010 [Internet]. [cited 2016 Sep 27]. Available from: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=40114

7. Ministerio del Medio Ambiente. Ley 99 de 1993 [Internet]. [cited 2016 Sep 28]. Available from: http://www.humboldt.org.co/images/documentos/pdf/Normativo/1993-12-22-ley-99-crea-el-sina-y-mma.pdf

8. Presidencia República de Colombia. Decreto 838 de 2005 [Internet]. [cited 2016 Sep 28]. Available from: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16123

9. Dirección de Metodología y Producción Estadística - DIMPE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV 2008. 2008. p. 133.

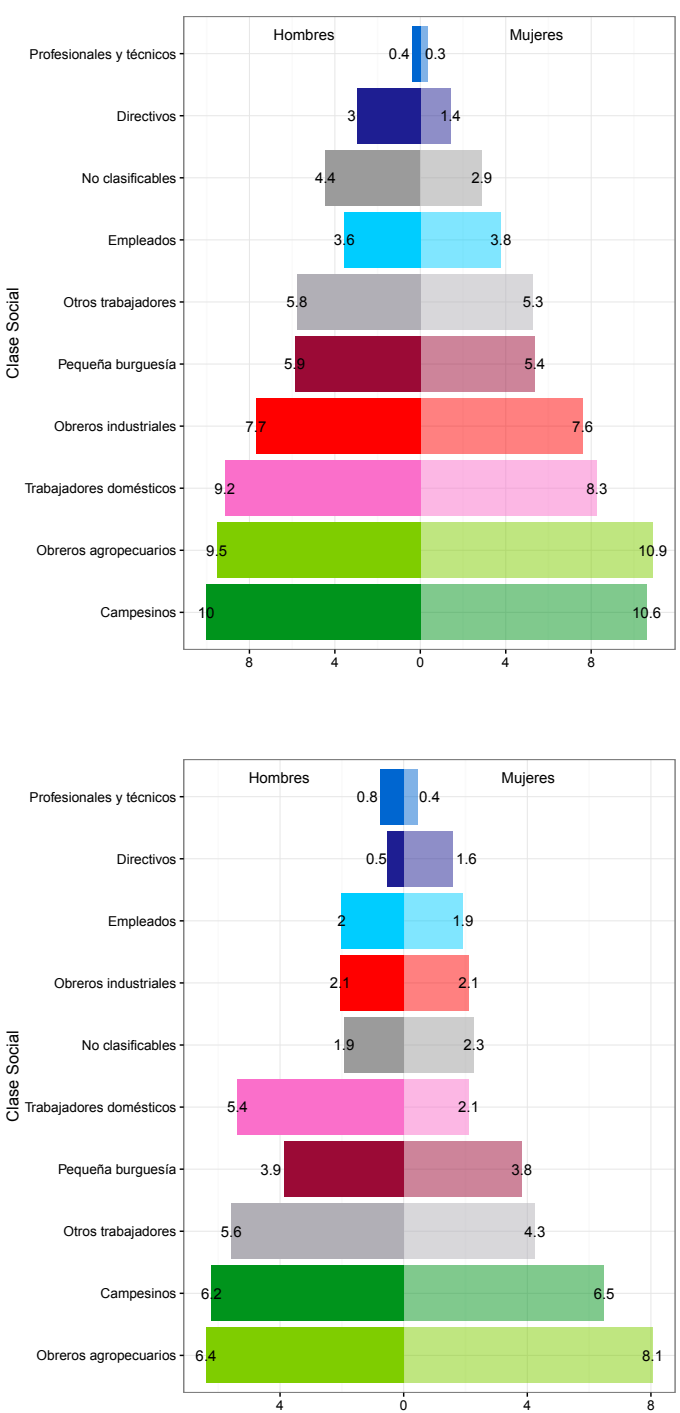
10. Dirección de Metodología y Producción Estadística - DIMPE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV 2015. 2015. p. 90, 111.

4.1.5. Hacinamiento crítico

Entre los problemas que conlleva el hacinamiento crítico se puede destacar los daños a la salud, porque esta condición favorece la rápida propagación de enfermedades infecciosas e incrementa la ocurrencia de accidentes en el hogar (1) además, en hogares hacinados se suelen presentar daños a la salud mental de sus integrantes, resultado de la falta de privacidad y libre circulación y situaciones de estrés psicológico (2). En este apartado se analiza el indicador de hacinamiento crítico, uno de los criterios para definir si una vivienda asegura condiciones mínimas de habitabilidad para el hogar. La ENCV definió como hacinamiento crítico, de acuerdo con las definiciones del NBI y estándares internacionales, a los hogares en cuya vivienda la relación de personas por cuarto es superior o igual a tres, entendiendo como cuarto todas las habitaciones del hogar con excepción de las cocinas, baños y garajes.

Figura 4.1.5.1. Porcentaje de personas en hacinamiento crítico por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



En términos de la población general (Figura 4.1.5.1.), en 2008 los profesionales y técnicos hombres y mujeres presentaron los menores porcentajes de hacinamiento crítico, con valores de 0,4% en hombres y 0,3% en mujeres. Esta clase fue seguida por los directivos con porcentajes de hacinamiento de 3,0% en hombres y 1,4% en mujeres. Por el contrario, las clases con mayores valores de esta variable en ambos años y en ambos sexos fueron los campesinos y obreros agropecuarios. En el 2008 en hombres, los obreros agropecuarios presentaron los niveles más altos de hacinamiento crítico, con valores del 10,0%, seguido por los campesinos (9,5%), mientras que en mujeres fueron las campesinas las que presentaron las tasas más altas (10,9%), seguidas por las obreras agropecuarias (10,6%).

Para 2015 en mujeres, las profesionales y técnicas mantuvieron los niveles más bajos de hacinamiento crítico (0,4%) seguidas por las directivas (1,6%), mientras que en hombres el orden se invirtió y fueron los directivos los de menor porcentaje de hacinamiento crítico (0,5%), seguidos por los profesionales y técnicos (0,8%). En 2015 los obreros agropecuarios presentaron mayores porcentajes de hacinamiento crítico tanto en hombres como en mujeres, con valores de 6,4% y 8,1% respectivamente, seguidos por los campesinos con valores de 6,2% y 6,5%, respectivamente.

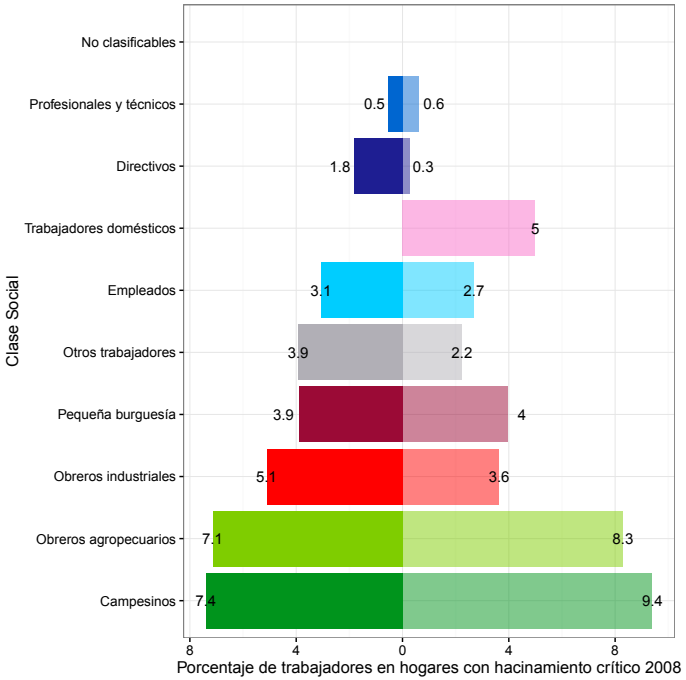
En cuanto a diferencias de género, en el 2008 en la mayoría de las clases las mujeres presentaron menores porcentajes de hacinamiento crítico, con excepción de la clase de campesinos, empleados y obreros agropecuarios. En el 2015 en la mitad de las clases las mujeres mostraron menores porcentajes de hacinamiento que en los hombres (empleados, pequeña burguesía, trabajadores y técnicos, trabajadores domésticos).

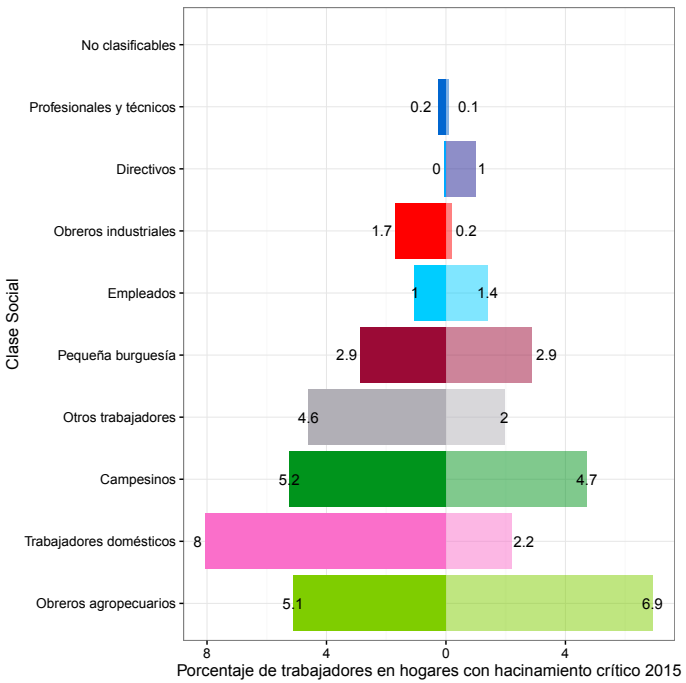
Con referencia a las brechas entre clases, estas son sustanciales en ambos años analizados, aunque se notó una reducción. En las mujeres, mientras que en el 2008 la clase que mayor porcentaje de hacinamiento crítico presentó (obreras agropecuarias) 33,05 veces el porcentaje de las clases de las profesionales y técnicas (la clase con menor hacinamiento), en 2015 esa razón disminuyó a 18,26 veces. En hombres, mientras en 2008 el hacinamiento crítico en los campesinos (clase con el porcentaje más alto de hacinamiento) fue 25,01 veces el porcentaje de los profesionales y técnicos (la clase con el porcentaje más bajo), en el 2015, el porcentaje de la clase con el porcentaje más alto (obreros agropecuarios) fue 12,15 veces el porcentaje de los directivos. La reducción de brechas entre clases se relacionó con que del 2008 al 2015 se redujo, tanto en mujeres como en hombres, el porcentaje de hacinamiento en todas las clases, con excepción de las clases de menores tasas de hacinamiento (directivas y profesionales y técnicas en mujeres y profesionales y técnicos en hombres), en donde el hacinamiento aumentó en los años analizados.

En el caso del subgrupo de los trabajadores (Figura 4.1.5.2.), se pudo notar similitudes cuando se comparó con la población general. Fueron los trabajadores campesinos y los obreros agropecuarios los que tuvieron los más altos porcentajes de hacinamiento crítico en el 2008, con porcentajes de 7,4% en campesinos y 9,4% en campesinas y 7,1% y 8,3%, en obreros agropecuarios hombres y mujeres respectivamente. Se observó, sin embargo una diferencia en 2015, cuando los trabajadores domésticos hombres mostraron las tasas más altas de hacinamiento (8,0%).

Figura 4.1.5.2. Porcentaje de personas trabajadoras en hacinamiento crítico por clase social. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015





2008

Se encontraron diferencias importantes por clase social en este indicador, aunque las brechas tendieron a reducirse con el tiempo debido a que si bien el porcentaje de hacinamiento en la mayoría de las clases aumentó, la excepción fue en el 2008, por ejemplo, en los profesionales y técnicos. Se hallaron también diferencias de género, en el 2008 en la mayoría de las clases sociales las mujeres tenían indicadores de hacinamiento crítico más bajos que los hombres, mientras en el 2015 sólo en la mitad de las clases las mujeres tenían valores más bajos en este indicador.

Referencias

1. Krieger J, Higgins DL. Housing and Health : Time Again for Public Health Action. Am J Public Health. 2002;92(5):758–68.

2. Office of the Deputy Prime Minister. The impact of overcrowding on health & education: A review of evidence and literature. London; 2004.

2015

4.1.6. Entornos inadecuados

El indicador de entornos inadecuados mide el porcentaje de la población que habita en viviendas con problemas de ruidos, malos olores provenientes del exterior o basura en las calles. La presencia de alguno de esos elementos denota entornos inadecuados ya que esto se asocia con afectaciones a la salud. Se sabe que tanto las basuras como la presencia de olores se relacionan con existencia de sustancias toxicas o residuos orgánicos nocivos para las personas (1).

También, el ruido ha sido catalogado como un agente contaminante del medio ambiente desde la *Cumbre de la Tierra* de Estocolmo en 1972 (2) y, como consecuencia, vivir en hogares con ruido excesivo desde el exterior está relacionado con un medios ambientes poco sanos. Se realizó el análisis de este indicador en la ENCV de 2015 por clase social.

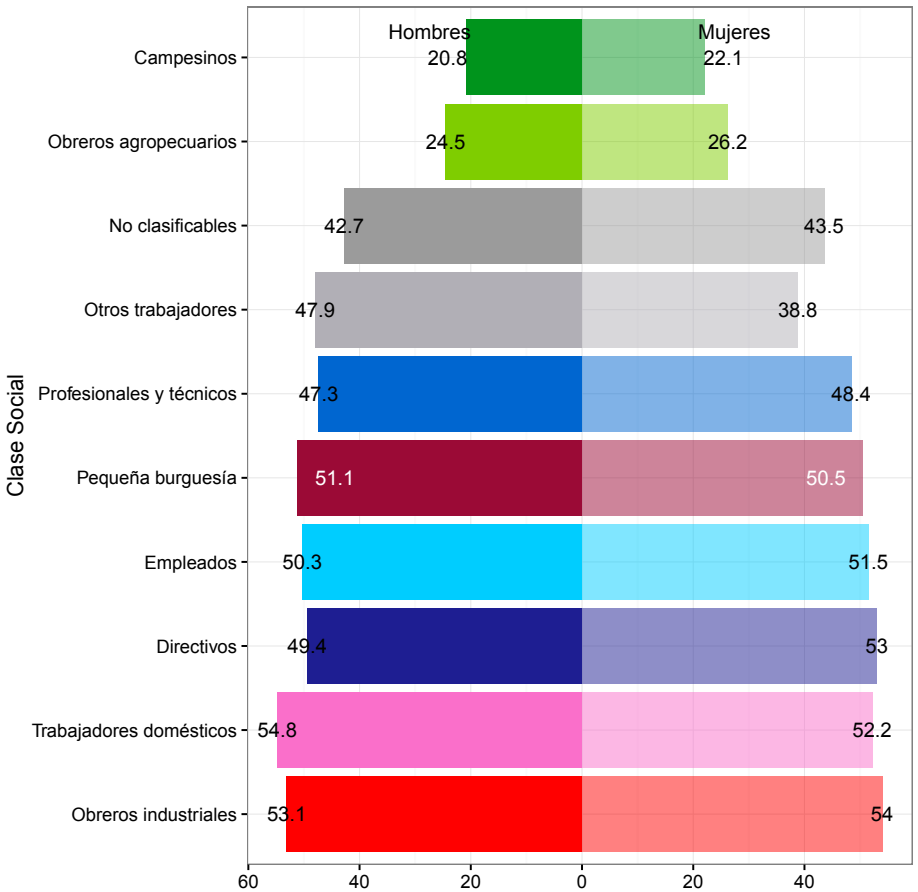


Figura 4.1.6.1. Porcentaje de personas en viviendas con entornos inadecuados por clase social del hogar. Colombia, 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2015

En términos generales, se encontró que en el 2015-el único año en donde se disponen de datos para este indicador- fueron los campesinos y los obreros agropecuarios los que menos tendían a vivir en viviendas con entornos inadecuados (Figura 4.1.6.1.). En el caso de las mujeres, el 22,1% de las campesinas y el 26,2% de las obreras agropecuarias vivían en viviendas con entornos inadecuados. En el caso de los hombres, el 20,8% y 24,5% de los campesinos y los obreros agropecuarios vivían en este tipo de viviendas. A su vez, las clases con más probabilidad de vivir en viviendas con entornos inadecuados fueron, en el caso de los hombres, los trabajadores domésticos (54,8%) y obreros industriales (53,1%) y en mujeres, las obreras (54%) seguidas por las directivas (53%).

En cuanto a brechas de género, en todas las clases, con excepción de los trabajadores domésticos y la pequeña burguesía, las mujeres mostraron porcentajes más altos en esta variable. Sin embargo, estas brechas tendieron a ser pequeñas. La mayor brecha se vio en el caso de los directivos: mientras el 49,4% de los hombres directivos vivían en viviendas con entornos inadecuados, un 53,0% de las mujeres vivían en estas viviendas, lo que representó una diferencia absoluta de 3,6%.

Las diferencias relativas entre las clases sociales fueron importantes para el año analizado. En el caso de los hombres, el porcentaje de trabajadores domésticos subsistiendo en viviendas con entornos inadecuados era 2,3 veces el porcentaje de los campesinos. En el caso de las mujeres, esta brecha relativa fue incluso mayor, pues el porcentaje de las obreras industriales subsistiendo en viviendas con entornos inadecuados, fue 2,4 veces el porcentaje de las campesinas.

En la Figura 4.1.6.2., se presentan las diferencias de clase social para el subgrupo de los trabajadores. Se observó que, al igual que en la población general, son los trabajadores campesinos (20,9%) y campesinas (20,2%), los que presentaron los valores más bajos de esta variable, seguidos por los obreros (23,7%) y las obreras agropecuarias (23,2%). En contraste, las clases con la mayor proporción de personas viviendo en viviendas con entornos inadecuados difieren de las encontradas en la población general. En el caso de las trabajadoras fue la pequeña burguesía (51,6%) y las obreras industriales (51,5%) las que mostraron porcentajes más altos, mientras que en los trabajadores estos porcentajes fueron más altos en el caso de los obreros industriales (52,6%) y los directivos (51,1%).

En cuanto a las disparidades de género en trabajadores, en la mitad de las clases sociales las mujeres presentaron un mayor valor en esta variable que los hombres, esto es así para los empleados, la pequeña burguesía, los profesionales y técnicos y los trabajadores domésticos. La brecha más alta se encontró en el caso de los trabajadores domésticos, mientras el 29,2% de los hombres vivían en viviendas con entornos inadecuados, este valor en las mujeres ascendió al 48,8%, una diferencia absoluta de 19,6%. En las clases restantes las mujeres presentaron porcentajes menores de vivienda en entornos inadecuados.

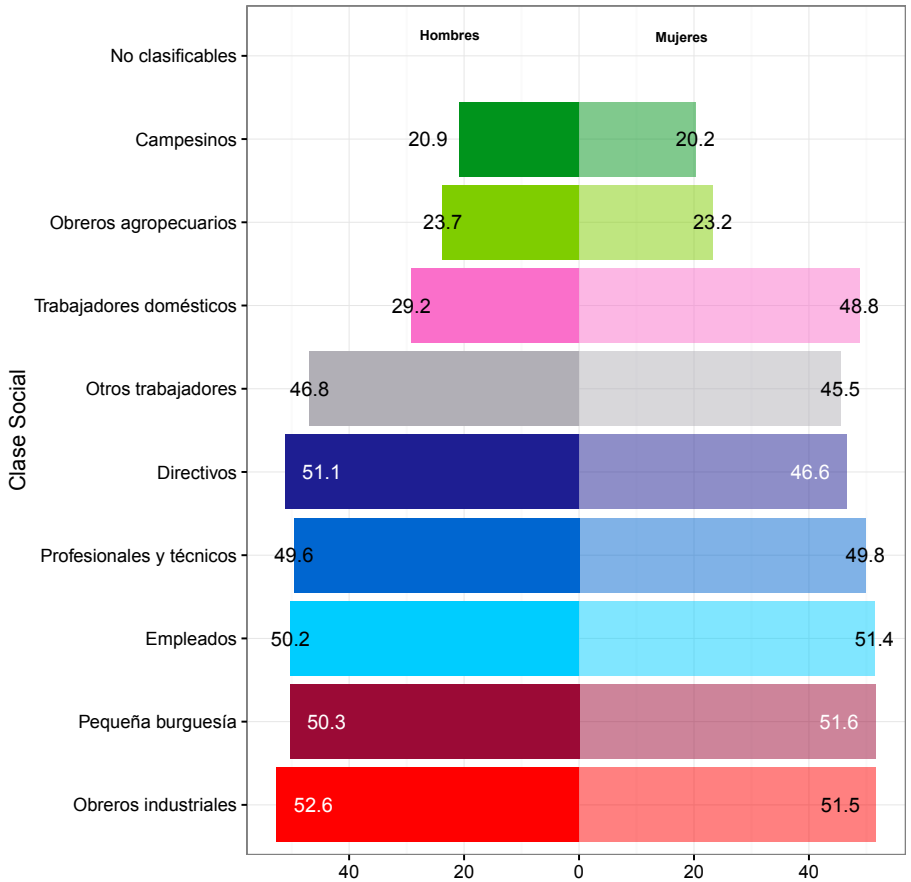


Figura 4.1.6.2. Porcentaje de trabajadores en viviendas con entornos inadecuados por clase social. Colombia, 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2015

Se hallaron desigualdades por clase social en este indicador para el único año analizado (2015), tanto para la población general como para el subgrupo de los trabajadores. Se evidenció también pequeñas brechas de género para la población general, siendo las mujeres las que más tienden a habitar en viviendas con entornos inadecuados.

Referencias

1. Schiffman SS, Williams CM. Science of odor as a potential health issue. J Environ Qual. 2005;34(1):129–38.

2. United Nations. Report of the United Nations Conference on the Human Environment. Stockholm; 1972.

4.1.7. Población en hogares que se consideran pobres

La pobreza ha sido definida como una situación relativa a la escasez o a la falta de recursos económicos, en general, referida a las personas que no tienen lo necesario para vivir (1,2). Es un fenómeno social multidimensional, cuyas definiciones pueden variar por género, edad, cultura y por los contextos económicos y sociales (3). Las diferentes formas de medir la pobreza explican que una persona pueda ser pobre en un dominio específico de la vida y no serlo en otro, lo que justifica que sea considerada multidimensional (4). A nivel mundial los avances en materia de reducción de pobreza han sido notables en las últimas décadas. Según los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), la cantidad de personas que viven en pobreza extrema se redujo en más de la mitad en 25 años, cayendo de 1900 a 836 millones entre 1990 y 2015 (5). Sin embargo, el número de personas que viven en condiciones de pobreza extrema sigue siendo inaceptablemente alto (6).

No existe una forma única de medir la pobreza. Usualmente se hace de forma objetiva, realizando análisis de líneas de pobreza. Sin embargo, han aparecido formas alternas que evalúan la percepción que tienen los pobres de su situación (pobreza subjetiva), convirtiéndose en una herramienta complementaria que permite aumentar la explicación y caracterización de este fenómeno y contribuir al diseño de políticas más eficientes para mitigarlo (7-9). Las medidas de pobreza subjetiva se basan en respuestas de los hogares a preguntas directas acerca de su percepción del estado de pobreza y condiciones de vida. A continuación, se presenta el análisis por clase social de los micro-datos de la ENCV 2008 y 2015, relacionados con la percepción de pobreza en población general y trabajadores.

La pregunta de la ENCV que se analiza en este apartado es la siguiente: *¿Usted se considera pobre?* Se quiere conocer la percepción de pobreza que tiene el jefe de hogar y su conyugue. Corresponde al balance que hace la persona sobre todos los aspectos de su vida y del entorno que lo rodea (10).

En términos de la población general, el porcentaje de personas que se consideraban pobres entre 2008 y 2015 se redujo en todas las clases sociales, con un promedio de reducción absoluta de 13% en hombres y 11,3% en mujeres. Para 2008, los directivos se consideraron menos pobres que el resto de clases sociales, seguidos por profesionales y técnicos y empleados. Los trabajadores domésticos, campesinos y obreros agropecuarios fueron las clases que registraron mayor porcentaje de percepción de pobreza. Para 2015, se mantuvo la misma tendencia entre clases, excepto para los campesinos, que en 2008 fue la segunda clase con mayor porcentaje de pobreza percibida y en 2015 ocupó la primera posición con el mayor porcentaje: 58,8% para hombres y 57,8% para mujeres (Figura 4.1.7.1.).

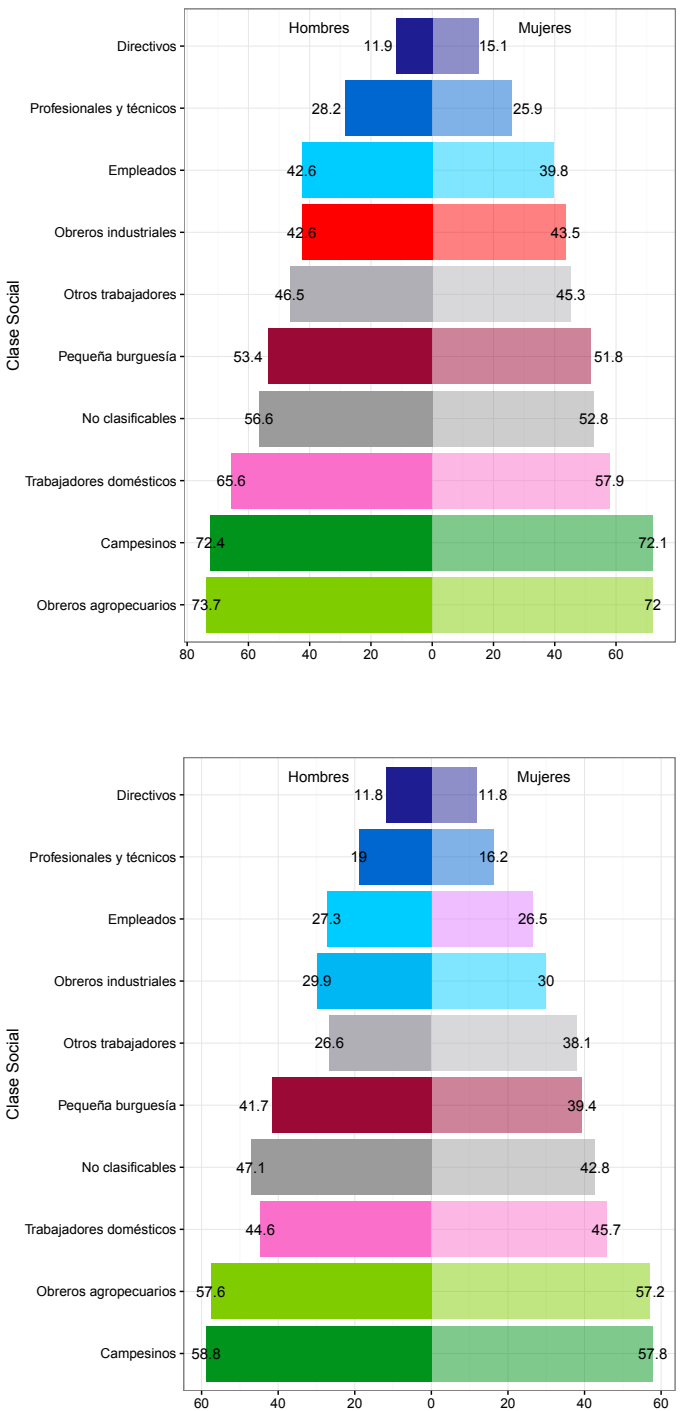
Por sexo para 2008, el porcentaje de personas que se consideraron pobres fue mayor en hombres para la mayoría de clases, excepto en los directivos y los obreros industriales (Figura 4.1.7.1.). En 2015, el porcentaje de percepción de pobreza sólo fue mayor en mujeres de las clases obreros industriales, trabajadores domésticos y otros trabajadores, presentando esta última clase una percepción de pobreza 11,5%, mayor que la de los hombres, teniendo en cuenta la diferencia absoluta entre los porcentajes de pobreza (Figura 4.1.7.1.).

Para 2008 y 2015 todas las clases sociales presentaron reducciones en el porcentaje de personas que se consideraban pobres. La clase social que menos reducción presentó fue la de directivos. En los hombres de esta clase, la disminución en términos absolutos de la percepción de pobreza en el periodo estudiado fue sólo del 0,1%, mientras que mujeres fue de 3,3%. Los obreros agropecuarios, además de ser de las clases con mayor porcentaje de percepción de pobreza para ambos sexos, para las mujeres fue la que evidenció mayor reducción en términos absolutos, pasando de 72,0 a 57,2%, en el periodo analizado. De otro lado, la clase social con mayor reducción de pobreza en hombres fue trabajadores domésticos, con una disminución absoluta de 21% (Figura 4.1.7.1.).

En la Figura 4.1.7.1. se observa un gradiente marcado de desigualdad en la estructura de la percepción de pobreza por clases sociales. Lo anterior se expresó en el hecho que obreros agropecuarios hombres se consideraban 6,2 veces más pobres que los directivos. Esta razón de prevalencias entre clases fue de 4,8 para las mujeres. De otro lado, para 2015, los hombres campesinos presentaron una percepción de pobreza 5 veces mayor que los hombres directivos y en mujeres esta razón fue de 4,9.

Figura 4.1.7.1. Porcentaje de personas que se consideran pobres, en población general. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

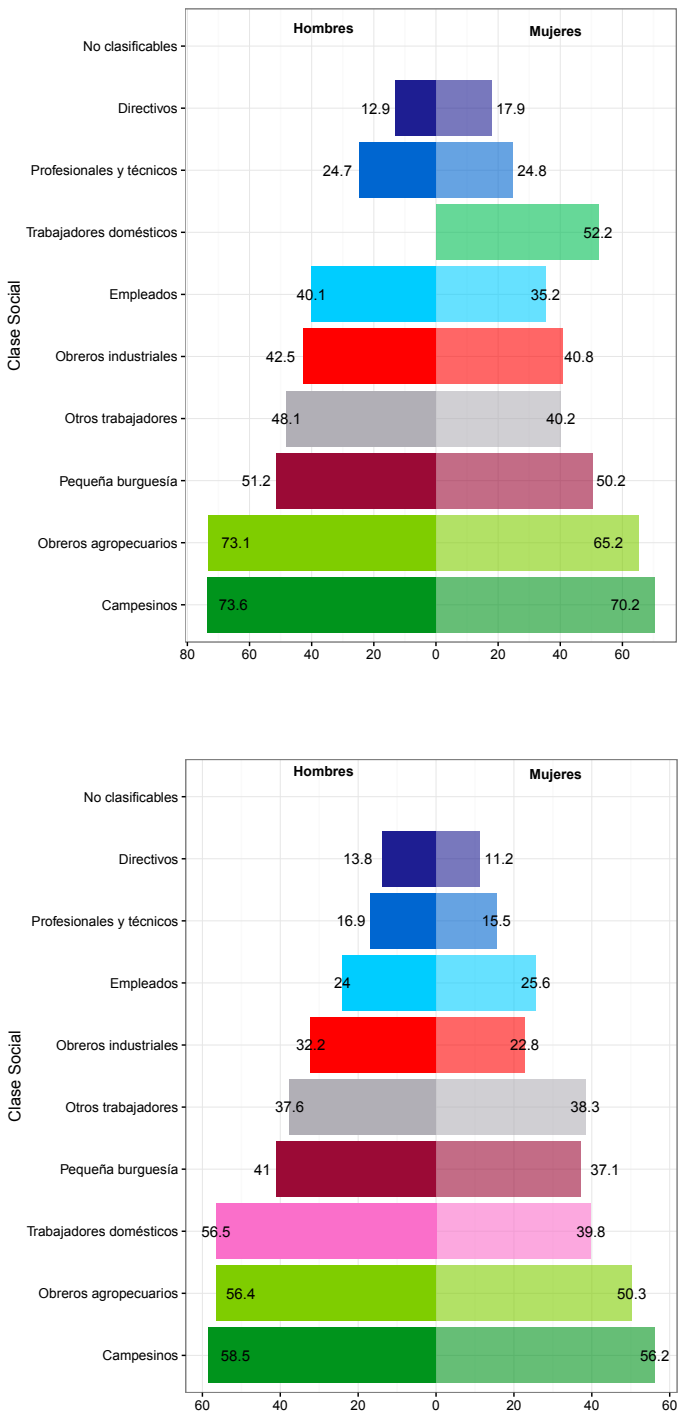


Según la percepción de pobreza de los trabajadores clasificados por clase social, se observó una estructura similar a la de la población general respecto a la distribución por clases. Se evidenció que los directivos y campesinos fueron las clases con menor y mayor porcentaje de personas que se consideraron pobres, respectivamente. A pesar que en el análisis realizado por población general, entre 2008 y 2015 se redujo el porcentaje de percepción de pobreza en todos los estratos de clase, para los trabajadores no ocurrió así, puesto que en hombres directivos aumentó de 12,9 a 13,8% en el periodo analizado (Figura 4.1.7.2.).

Al igual que en la población general, en trabajadores se observó un gradiente de desigualdad. Para 2008, la pobreza percibida en los campesinos hombres fue 5,7 veces mayor que la de directivos del mismo sexo y 3,9 en mujeres. De otra parte, para 2015, los hombres campesinos se reportaron 4,3 veces más pobres que los directivos y las mujeres 5 veces (Figura 4.1.7.2.).

Figura 4.1.7.2. Porcentaje de personas que trabajan que se consideran pobres, en trabajadores. Colombia, 2008.-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



En síntesis, la pobreza percibida disminuyó en la mayoría de clases sociales entre 2008 y 2015. En la población general, las razones de pobreza percibida entre clases disminuyeron en hombres y permanecieron prácticamente constantes en mujeres. Para este mismo período en los trabajadores, se presentó un aumento de la brecha de percepción de pobreza entre campesinas y directivas y una disminución de la misma entre campesinos y directivos. Se resaltó el alto porcentaje de pobreza expresada por los campesinos. De esta última clase, para 2008 aproximadamente 7 de cada 10 se consideraron pobres y para 2015 alrededor de 6 de cada 10.

Referencias

1. Berthoud R, Political and Economic Planning L (United K eng. The disadvantages of inequality; a study of social deprivation- A PEP report. London (UK) Macdonald and Jane's Pub.; 1976.

2. Benach J, Amable M. Las clases sociales y la pobreza. Gac Sanit. Ediciones Doyma, S.L.; 2004;18(4):16–23.

3. Narayan D, Patel R, Schafft K, Rademacher A, Koch-Schulte S. Can Anyone Hear Us? Voices from 47 Countries. World Bank. Poverty Group. [Internet]. 1999 [cited 2016 Aug 4]. Available from: http://siteresources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/335642-1124115102975/1555199-1124115187705/ch2.pdf

4. Van Praag B, Ferrer-i-Carbonell A. A Multi-Dimensional Approach to Subjective Poverty. This is a slightly Modif version a Pap Present Occas Open Conf "The Meas Multidimens Poverty,Theory Evidence" Int Poverty Cent Bras August 29,2005.

5. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015 [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep

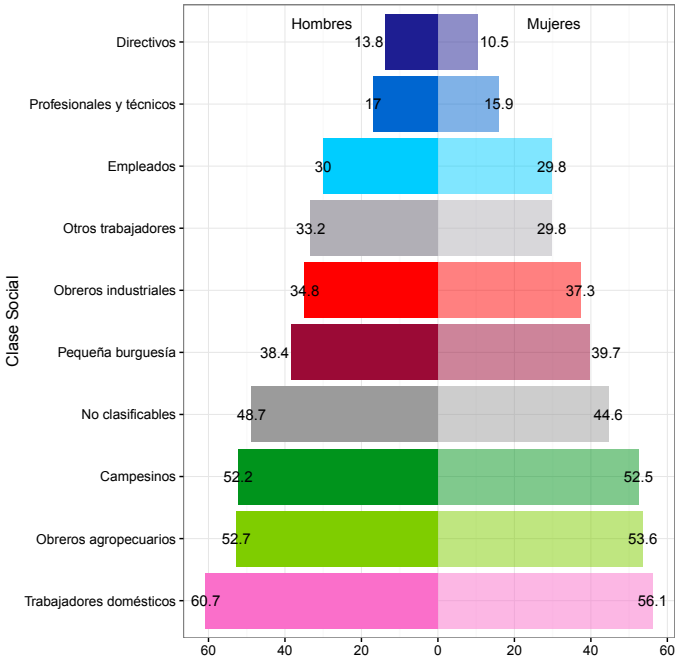
4.1.8. Personas en hogares con ingresos insuficientes para el gasto

El ingreso y el gasto de los hogares son elementos centrales para la evaluación y estudio de las condiciones de vida de las familias (1). Estas condiciones de vida están vinculadas con la capacidad económica para hacer frente a una estructura de demanda que refleja sus hábitos de consumo (2). Indagar y medir el ingreso y el gasto ha sido un objetivo para determinar la pobreza, reconociendo que ésta es multidimensional y no existe un enfoque autosuficiente para poder explicarla (3). A partir de los datos de la ENCV, se realizó un acercamiento de las desigualdades por insuficiencia en el ingreso que permita cubrir los gastos de las personas en el hogar por clase social. Este indicador es una condición *sine qua* non que permite a las familias la posibilidad de abastecerse de bienes y servicios. Mediante la pregunta, los ingresos de su hogar le alcanzan para: **a.** Para cubrir los gastos mínimos; **b.** Sólo alcanza para cubrir los gastos mínimos y **c.** Cubren más que eso (4), se buscó establecer la percepción de las personas sobre el poder adquisitivo del ingreso del hogar (5).

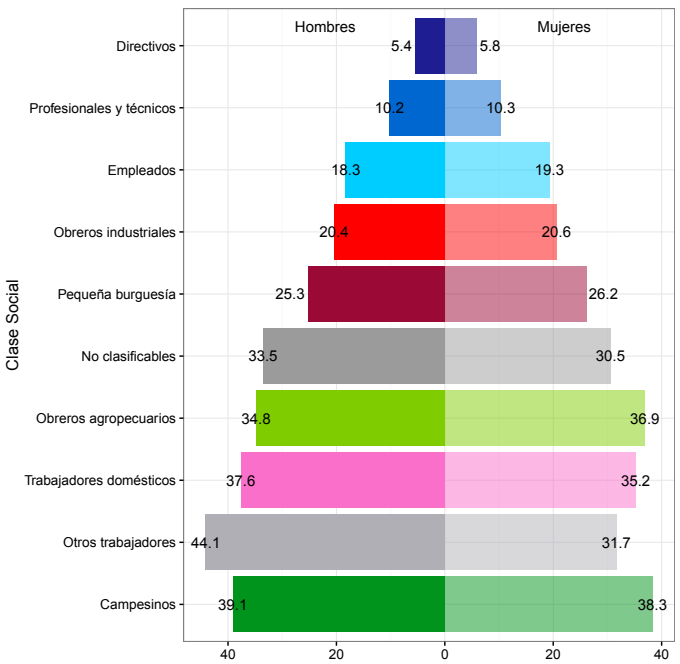
En la población general para los dos años de análisis y en ambos sexos se presentaron diferencias entre clases sociales para este indicador. Las clases sociales que presentaron menor insuficiencia en el ingreso fueron los directivos, seguido de los profesionales y técnicos y empleados. En contraste, la clase social con la mayor insuficiencia en 2008 fue la de trabajadores domésticos, mientras que en 2015 fueron los campesinos (Figura 4.1.8.1). En esta medida, en los dos años de análisis se pudieron observar brechas de desigualdad importantes entre las clases que presentaron mayor y menor insuficiencia en el ingreso. Por ejemplo, en 2008 los hombres trabajadores domésticos presentaron 4,4 veces más insuficiencia en el ingreso que los directivos, con aumento de la brecha relativa a 6,9 en 2015. Las mujeres presentaron 5,4 veces más de insuficiencia en el ingreso en 2008 y llegaron a 6 veces más en 2015.

Todas las clases sociales presentaron en promedio una disminución absoluta entre 2008-2015, en este indicador de 12% en hombres y 11% en mujeres. Entre 2008 y 2015 la clase social que presentó una mayor reducción porcentual del indicador tanto en hombres como mujeres fueron los trabajadores domésticos con 23,1% y 21%, respectivamente. La clase social con la menor disminución porcentual en hombres fue la de profesionales y técnicos, con una reducción de 6,8%, mientras que en las mujeres fue la clase directiva con 4,6%. La clase social otros trabajadores fue la única que presentó un aumento porcentual del indicador, con marcada diferencia entre hombres (10,9%) y mujeres (1,9%).

Los campesinos que registraron una mejor posición en 2008, pasaron a ser la clase social con los mayores porcentajes para este indicador en 2015. Los hombres campesinos registraron un valor de 3,8 veces más de insuficiencia en el ingreso para el gasto, en relación a los directivos llegando a 7,2 veces más en 2015 con aumento en la brecha de 3,4%. En las mujeres esta razón pasó de 5 a 6,5 veces más, aumentando la brecha en 1,5% para las mismas clases sociales. (Figura 4.1.8.1.).



2008



2015

Figura 4.1.8.1. Personas en hogares con ingresos insuficientes para cubrir sus gastos por clase social y sexo en la población general. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

En los trabajadores, para ambos sexos, la clase social con los peores valores en este indicador corresponde a los obreros agropecuarios en 2008, mientras que en 2015 fueron los campesinos. Las clases sociales con los menores valores de insuficiencia del ingreso son similares a las de la población general (Figura 4.1.8.2.). En resumen las clases sociales disminuyeron los porcentajes de ingresos insuficientes para el gasto excepto en los hombres directivos donde aumentó 0,7%. La mayor reducción porcentual absoluta se presentó en la clase social obreros agropecuarios en ambos sexos con una disminución del 17% en hombres y 20% en mujeres.

Al analizar las clases sociales con mayor insuficiencia en el ingreso respecto a la clase social directiva, se observó una desigualdad entre los hombres obreros agropecuarios y los campesinos. Estas dos clases en 2008 presentaron nueve veces más insuficiencia en el ingreso para el gasto que los directivos y en 2015 esta brecha disminuyó a seis veces. Por el contrario, en las mujeres se observó un aumento de la brecha de desigualdad en la clase obreras agropecuarias cuya razón pasó de 4 a 7 veces y en la clase campesina que pasó de 3,2 veces más a 8,5 al comparar contra directivas en el mismo periodo de análisis.

2008

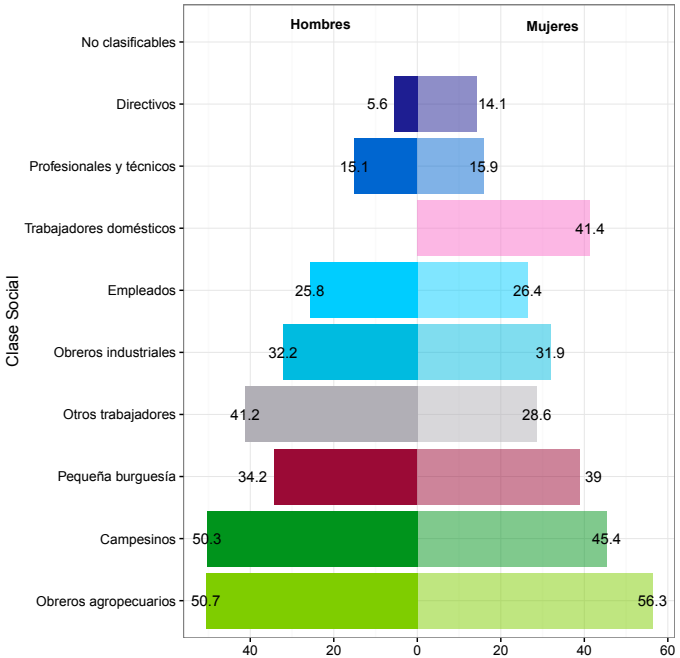
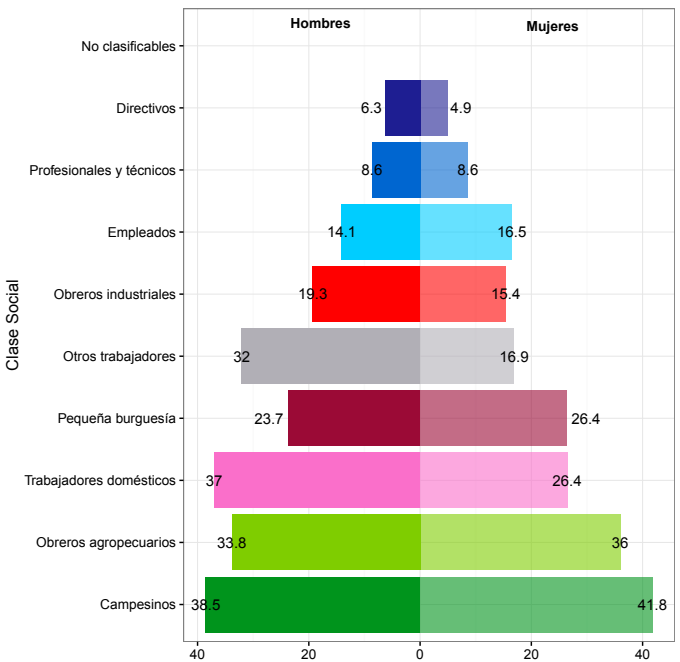


Figura 4.1.8. 2. Personas en hogares con ingresos insuficientes para cubrir sus gastos por clase social y sexo en los trabajadores. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2015

En términos generales, lo anterior indica que las personas en hogares con ingresos insuficientes para el gasto, presentaron una disminución porcentual generalizada por clase social entre 2008-2015, tanto en la población general como en trabajadores; a pesar de ello, se observó el aumento de la brecha en el tiempo a excepción de los obreros agropecuarios hombres de la población trabajadora donde disminuyó.

Referencias

1. Camelo H. Ingresos y gastos de consumo de los hogares en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales y en encuestas de hogares. In: CEPAL. 2001.

2. Medina F. El ingreso y el gasto como medida del bienestar de los hogares: una evaluación estadística. Segundo taller regional sobre medición del ingreso en las encuestas de hogares. CEPAL. 1998;341–71.

3. Barneche P. Métodos de Medición de la Pobreza. Conceptos y aplicaciones en América Latina. Entrelíneas de la Política Económica. 2010;26(4):31–41.

4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV 2015.

5. Bonilla MLG, & Rugeles AIA. Las familias en Bogotá: realidades y diversidad. 2008.

4.1.9. Personas en hogares dónde uno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) "*la seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana*" (1). En Colombia, según la Constitución Política, la alimentación equilibrada es un derecho fundamental (2), sin embargo, teniendo en cuenta el Censo de población realizado del DANE en 2005, en el país existen municipios en los que, en promedio, cerca del 20% de las personas no consumieron alguna de las tres comidas básicas uno o más días en la semana, por falta de dinero. Se ha evidenciado así una estrecha relación entre la pobreza, medida por el ingreso, y la situación alimentaria y nutricional de la población (3,4).

En el presente apartado se realiza el análisis por clase social de los micro-datos de la ENCV 2008 y 2015, relacionados con el porcentaje de personas en hogares dónde uno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas, para población general y trabajadores. La pregunta de la ENCV que se analiza es: por falta de dinero, *¿algún miembro del hogar no consumió alguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida) uno o más días de la semana pasada?* (5).

El análisis realizado para población general reflejó que para 2008, en ambos sexos, las clases sociales de profesionales y técnicos, empleados y directivos fueron las que presentaron menor porcentaje de población en hogares donde alguno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas. A su vez, las clases de campesinos, no clasificables y trabajadores domésticos, fueron las que registraron un mayor valor de este indicador. Para 2015, las clases con mejor posición fueron los directivos, profesionales y técnicos y obreros industriales y las que ocuparon las peores posiciones fueron las mismas reportadas para 2008.

Por sexo para 2008, el porcentaje de población en hogares donde alguno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas fue mayor en hombres para la mayoría de clases, excepto en profesionales y técnicos y en la pequeña burguesía (Figura 4.1.9.1.). En 2015, este indicador sólo fue mayor en mujeres de las clases de empleados, directivos y otros trabajadores, presentando esta última una diferencia absoluta de 1,9% entre ambos sexos (Figura 4.1.9.1.). Para 2008, el 24,9% de los hombres trabajadores domésticos pertenecían a hogares donde alguien no consumió alguna de las tres comidas y en mujeres, este porcentaje fue de 19,1%. En 2015, para la misma clase social con peor situación, este indicador fue aproximadamente el 10%.

Entre 2008 y 2015, la mayoría de las clases sociales presentaron reducciones en el porcentaje de población en hogares, donde alguno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas. La clase social que mayor reducción presentó fue la de trabajadores domésticos. En hombres de esta clase, la disminución en términos absolutos fue del 14,7%, pasando de 24,9% a 10,2%. En mujeres, esta reducción fue de 9,2%. De otro lado, para los hombres, la única clase que aumentó su porcentaje entre 2008 y 2015 fue la de directivos, pasando de 2,3% en 2008 a 3,2% en 2015. En las mujeres, las clases empleados y otros trabajadores empeoraron su situación en los años analizados (Figura 4.1.9.1.).

En la Figura 4.1.9.1., se observa un gradiente marcado de desigualdad. El porcentaje de población en hogares donde alguno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas fue mayor 10,7 veces, en la clase trabajadores domésticos hombres comparados con profesionales y técnicos. Esta razón entre clases fue de 7,1 para las mujeres. De otro lado, para 2015, éste indicador fue 14,7 veces mayor, en los hombres trabajadores domésticos que en la clase de directivos y en mujeres esta razón fue de 10,8.

2008

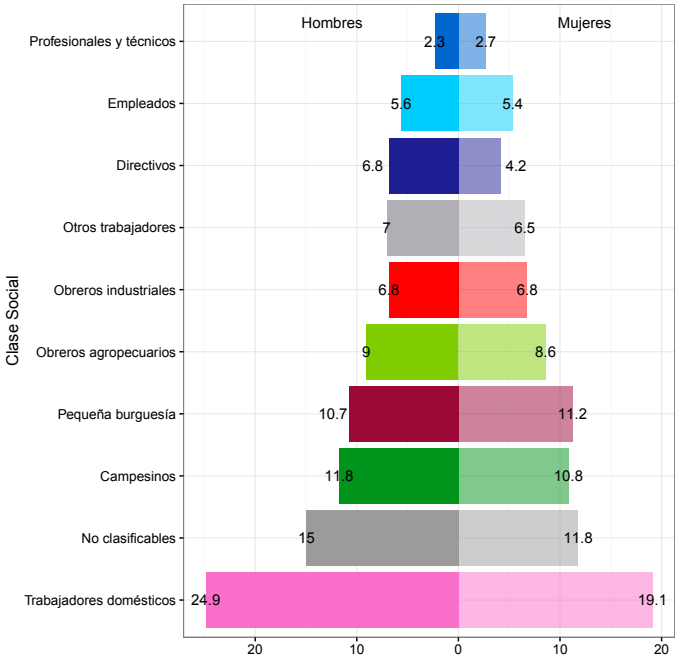
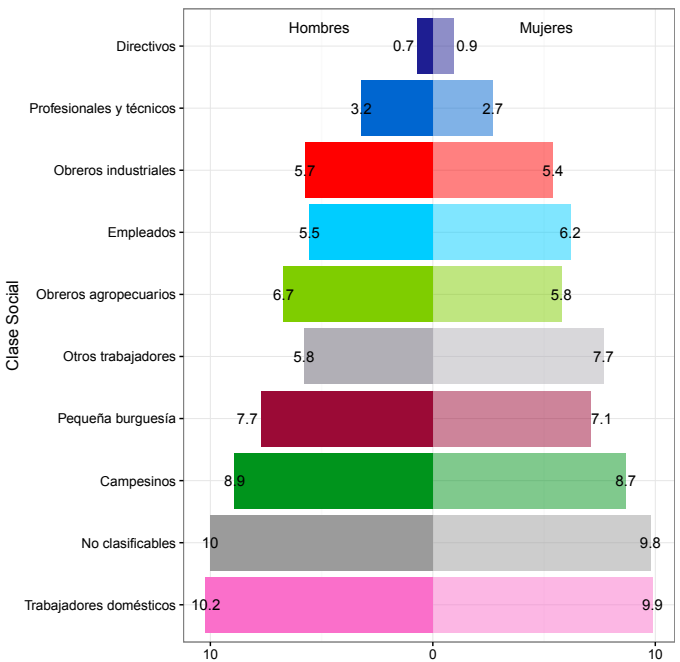


Figura 4.1.9.1. Porcentaje de población en hogares donde alguno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas, por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2015

Al analizar este indicador, en sólo trabajadores, se evidenció que para los años estudiados los campesinos, la pequeña burguesía y los trabajadores domésticos fueron las clases con mayor porcentaje de personas en hogares donde alguno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas. Los profesionales y técnicos y la clase de directivos registraron los menores porcentajes, de forma similar como ocurrió en el análisis de población general (Figura 4.1.9.2.).

Entre 2008 y 2015, para los hombres, las clases de profesionales y técnicos y empleados, empeoraron su situación en términos de este indicador. En las mujeres, sólo la clase campesina aumentó este porcentaje, de 4,3% en 2008 a 6,9% en 2015. Al observar diferencias por sexo, para 2008, las clases de profesionales y técnicos, empleados, pequeña burguesía y directivos, fueron mayor en mujeres, y para el caso de esta última clase, la diferencia absoluta fue de 4,3%. Para 2015, se observó el mismo patrón que en población general, donde en la mayoría de las clases, el porcentaje fue mayor en hombres, a excepción de la clase de empleados.

En materia de desigualdades por trabajadores, para 2008 en hombres, la razón entre los porcentajes de este indicador fue de 13,8 entre campesinos (mayor porcentaje del indicador, 10,4%) y directivos (menor porcentaje, 0,8%). En mujeres, la razón fue de 4,3 al comparar trabajadoras domésticas y profesionales y técnicas. De otra parte, en 2015, la clase de hombres trabajadores domésticos tenía un porcentaje 15,7 veces mayor al de directivos. En mujeres, esta razón fue de 18,7.

2008

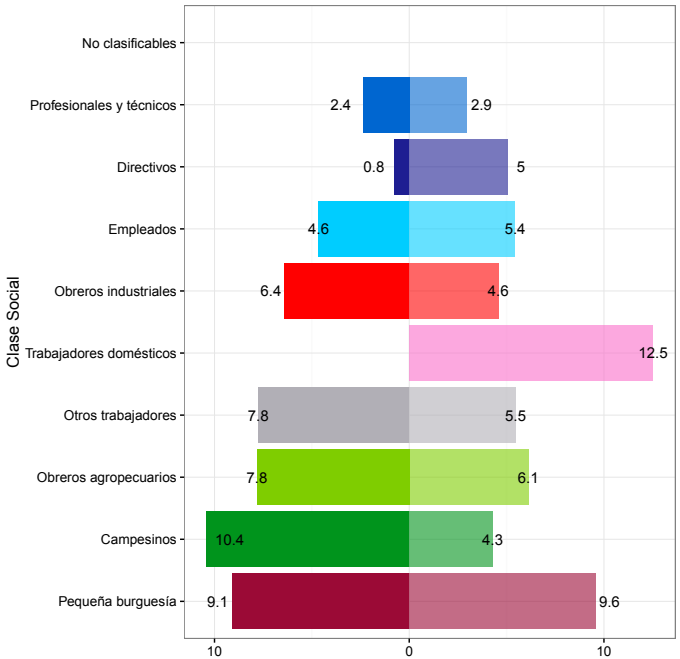
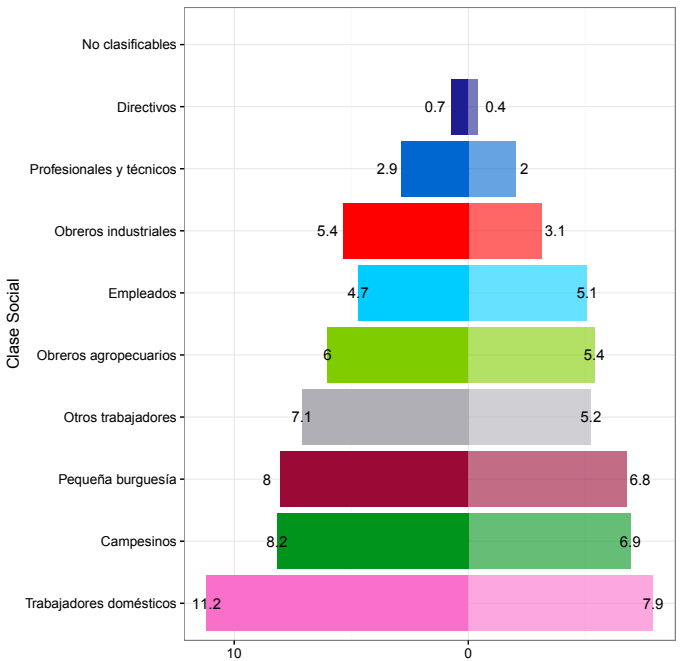


Figura 4.9.1.2. Porcentaje de trabajadores en hogares donde alguno de sus miembros no consumió algunade las tres comidas, por clase social. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y2015



2015

*El análisis del presente indicador, permitió aproximarse a la medición de las condiciones de vida de la población colombiana. El indicador analizado es un **proxy** de medición de pobreza objetiva. El hecho que las personas de los hogares colombianos no cuenten con el dinero suficiente para satisfacer las condiciones mínimas de alimentación, condiciona su desarrollo físico y social. La descripción realizada deja en evidencia que una cuarta parte de la población de la clase campesina vive en hogares donde al menos uno de sus miembros no tuvo asegurada su alimentación en la semana previa a la Encuesta, para 2008. Aunque esta situación mejoró para 2015, se considera inaceptable todavía que 1 de cada 10 campesinos, viven en hogares donde alguno de sus miembros no tuvieron aseguradas las tres comidas. Aunque la mayoría de las clases redujeron los porcentajes de este indicador, las brechas entre clases sociales con resultados extremos, tanto para hombres como para mujeres, se ampliaron en el periodo analizado.*

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria [Internet]. [cited 2016 Oct 24]. Available from: http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf

2. Corte Constitucional. Constitución Política de Colombia [Internet]. Available from: http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion politica de Colombia- 2015.pdf

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo general 2005 [Internet]. Available from: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1

4. Ministerio de Salud y Protección Social - Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional. DOCUMENTO TÉCNICO DE LA SITUACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (SAN) [Internet]. Available from: http://www.osancolombia.gov.co/doc/Documento_tecnico_situacion133220313.pdf

5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). COLOMBIA- Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV 2015. Dirección de Metodología y Producción Estadística- DIMPE. 2016;

4.1.10. Personas en hogares sin alimentos por falta de dinero

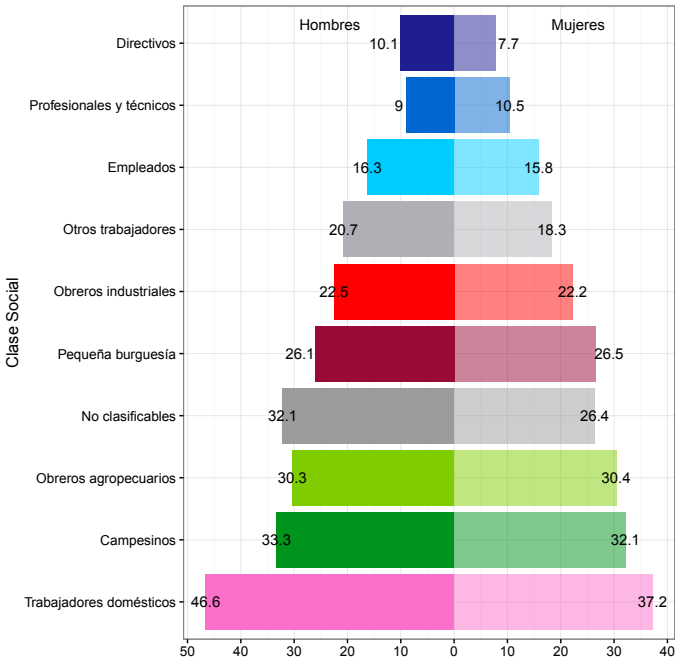
En el mundo, aproximadamente uno de cada nueve personas no tienen suficientes alimentos para llevar una vida activa y saludable (1). La gran mayoría de personas que padecen hambre a nivel global viven en países en vías de desarrollo, donde el 12,9% de la población presenta desnutrición (1). Existe una alta prevalencia de inseguridad alimentaria en los países en vías de desarrollo, sin embargo, hay incertidumbre frente al número de personas afectadas y su distribución en la población por clases sociales (2). El presente apartado, realiza una aproximación a este fenómeno para el caso colombiano, utilizando datos de la ENCV.

A continuación, se presenta el análisis por clase social de los micro-datos de la ENCV 2008 y 2015, relacionados con el porcentaje de personas en hogares donde alguna vez se quedaron sin alimentos, tanto en población general, como sólo en trabajadores. La pregunta de la ENCV que se analiza en este apartado es la siguiente: *¿En los últimos 30 días, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?* Esta pregunta corresponde al indicador que mide el porcentaje de población en hogares que consideran que alguna vez se quedaron sin alimentos, por falta de dinero en los últimos treinta días, por tipo de actividad y posición de clase social del jefe de hogar (3).

En la población general, el porcentaje de personas que en los últimos 30 días se quedó sin alimentos por falta de dinero u otros recursos, disminuyó en todas las clases sociales entre 2008-2015, con un promedio de reducción absoluta de 10,2% en hombres y 8,1% en mujeres. Tanto para 2008 y 2015, los directivos, profesionales y técnicos y empleados fueron las clases sociales que registraron menor porcentaje de población en hogares que alguna vez se quedaron sin alimentos en los últimos 30 días. Por el contrario, las clases con mayores valores en esta variable fueron los campesinos y trabajadores domésticos (Figura 4.1.10.1.).

En hombres, la clase social que menos reducción presentó en el periodo estudiado fue la de directivos, con una disminución absoluta de 2,6%. La clase con mayor reducción fue trabajadores domésticos, pasando de 46,6% en 2008 a 25,8% en 2015. En mujeres, la clase con menor reducción fue otros trabajadores, que pasó de 18,3 a 15,0%. A su vez, la que registró mayor reducción absoluta en el periodo analizado fue obreros agropecuarios, con un decremento de 13,1%.

En las Figura 4.1.10.1 se evidenció un gradiente marcado de desigualdad en el porcentaje de personas que se quedaron sin alimentos en los últimos 30 días. Los trabajadores domésticos hombres registraron un porcentaje 5,2 veces mayor que la clase de profesionales y técnicos para 2008 y 6,1 veces mayor que la de directivos para 2015. En mujeres, el porcentaje de personas sin alimentos de la clase trabajadoras domésticas fue 4,8 veces mayor, al de las mujeres de hogares de clase directivos. Esta razón fue de 9,3 veces para 2015.



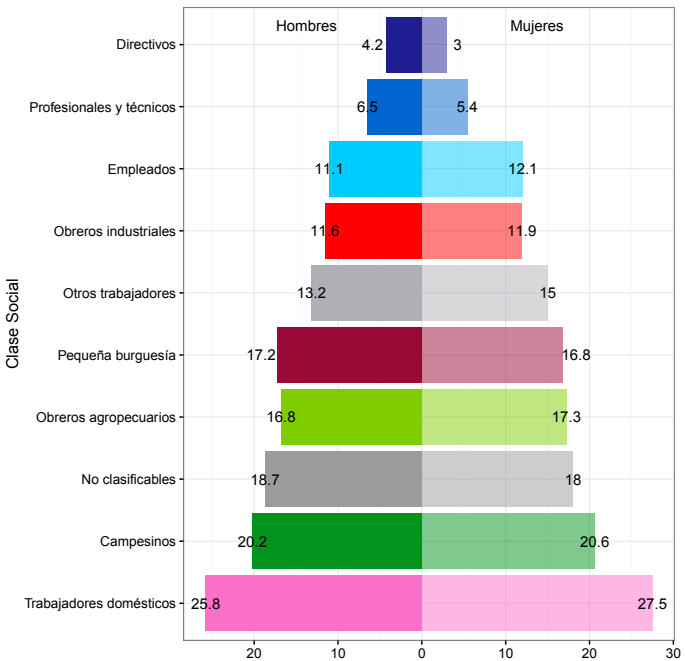


Figura 4.1.10.1. Porcentaje de personas en hogares sin alimentos, en población general. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

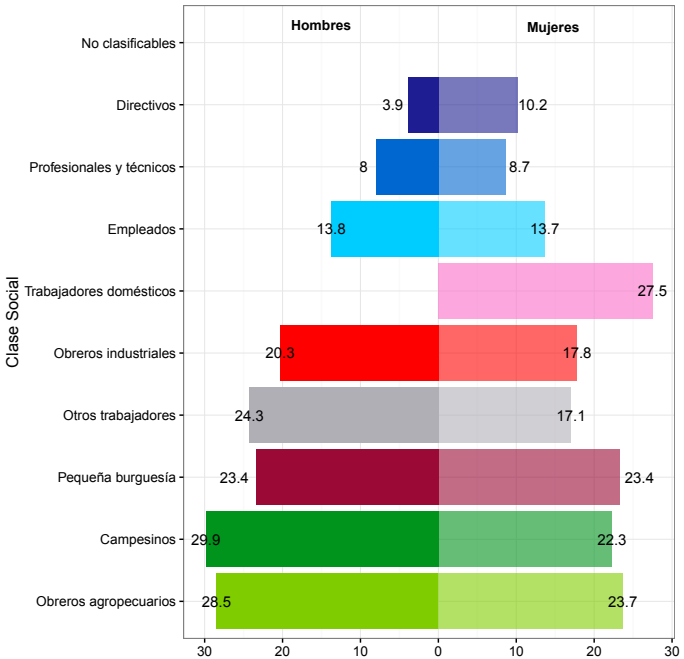
2008

Al analizar este indicador en sólo los trabajadores, para el periodo de estudio, se observó que las clases con menor porcentaje de personas que se quedaron sin alimentos en los últimos 30 días, fueron las mismas que para población general. A su vez, las clases que registraron mayor porcentaje de este indicador en trabajadores, para 2008 fueron los campesinos y obreros agropecuarios y en 2015 los trabajadores domésticos y campesinos.

Casi la totalidad de las clases sociales analizadas redujeron el porcentaje de personas sin alimentos, a excepción de los directivos hombres, quienes aumentaron este porcentaje de 3,9 a 5,3%. En hombres, la clase que más redujo este porcentaje en el periodo analizado fue la de obreros agropecuarios, con una diferencia absoluta de 12,5%. En mujeres, la mayor reducción fue en otros trabajadores, pasando de 17,1% a 6,3%.

Al igual que en la población general, en los trabajadores se observó un gradiente de desigualdad. Para 2008, el porcentaje de hombres que se quedaron sin alimentos en los últimos 30 días en la clase obreros agropecuarios fue 7,6 veces mayor que en la clase directivos. En 2015 esta razón fue de 3,8 veces. En las mujeres, en 2008 la clase de trabajadoras domésticas, fue la que tuvo un mayor porcentaje de este indicador, resultó con un porcentaje de personas sin alimentos 3,2 veces mayor que los profesionales y técnicos, clase que registró un menor porcentaje. Para 2015, esta razón fue de 6,3 veces al comparar campesinos frente a directivos, clases con mayor y menor porcentaje de este indicador, respectivamente (Figura 4.1.10.2.).

2015

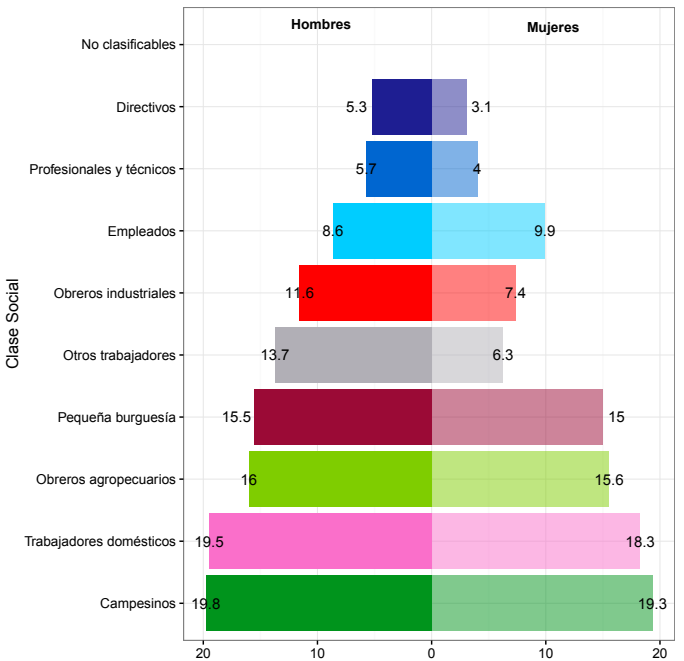


2008

Al analizar el porcentaje de personas que se quedaron sin alimentos en los últimos 30 días, como indicador de seguridad alimentaria, se observó un decremento por clases sociales y sexo, para la población general y para la mayoría de estratos de clase por trabajadores. Sin embargo, en población general las desigualdades aumentaron por sexo entre las clases con porcentajes extremos. Además, en los trabajadores, las desigualdades entre clases con situaciones extremas aumentaron; mientras que en hombres, las desigualdades entre clases disminuyeron.

Figura 4.1.10.2. Porcentaje de personas, en trabajadores, en hogares sin alimentos. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2015

Referencias

1. Programa Mundial de Alimentos. Datos del hambre | WFP | Programa Mundial de Alimentos - Luchando contra el hambre en el mundo [Internet]. Available from: https://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre

2. Department of Human Nutrition. INFORME SOBRE LA APLICACIÓN PASADA Y PRESENTE DE LA ESCALA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA [Internet]. [cited 2016 Sep 16]. Available from: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/eufao-fsi4dm/doc-training/ELCSA_aplicacion.pdf

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). COLOMBIA- Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV 2015. Dirección de Metodología y Producción Estadística- DIMPE. 2016;

4.2. Autopercepción del estado de salud

Introducción

La salud autopercibida es una medida del estado de salud de los individuos ampliamente utilizada en diversos campos de investigación y habitualmente usada en encuestas poblacionales. *Consiste en la valoración subjetiva del estado de salud, comúnmente medida mediante una escala de cuatro o cinco puntos que va de malo o muy malo a muy bueno o excelente* (1). Diferentes estudios han demostrado que la salud autopercibida es un importante predictor de discapacidad, morbilidad y mortalidad en relación a diferentes desenlaces de salud, como enfermedades crónicas, enfermedades mentales y mortalidad por todas las causas (1); además, un pobre estado de salud autopercibido se correlaciona con una mayor prevalencia de enfermedades (2). La medición del estado de salud autopercibido se modifica a través del tiempo y puede cambiar por causa del mayor acceso a información en la población (3). La percepción de la salud, como es de esperarse, también está profundamente afectada por la cultura y procedencia de los individuos y el contexto local en el que se hace la medición, lo cual se ha observado en estudios en población migrante (1).

La autopercepción de salud presenta variaciones debido a características individuales y colectivas, es el caso del género, etnia, nivel de educación, gasto per cápita, nivel de ingreso, edad y aseguramiento al sistema de salud (4-7). Incluso se ha identificado una relación entre el estado de salud autopercibido y el tener o no la posibilidad de acceso a un seguro de salud privado o complementario (8,9). De tal manera, el análisis del estado de salud autopercibido ha permitido demostrar que las diferencias en este indicador están influenciadas, en gran medida, por inequidades sociales (10). En este sentido, se ha evidenciado que las personas con condiciones de vida menos favorables tienen una percepción de su estado de salud peor comparadas con personas o grupos con mejores condiciones (12,13). También se ha descrito una clara relación entre el estado de salud autopercibido y el nivel socioeconómico (11). Respecto al estudio de la relación entre estado de salud autopercibido y clase social, se han realizado pocos análisis en Colombia. En estudios realizados en otros países, como España y Chile, se han evidenciado desigualdades en el estado de salud autopercibido según clase social (12). En tal medida, es importante desarrollar un ejercicio inicial que permita entender la relación de la categoría clase social con el estado de salud autopercibido y las posibilidades de explicación de las desigualdades.

4.2.1. Autopercepción del estado de salud por clase social

En Colombia la variable de salud autopercibida es utilizada en la ENCV y se materializa a través de la pregunta: "*¿El estado de salud en general es?*" y consta de una escala de cuatro puntos (malo, regular, bueno y muy bueno). La pregunta únicamente estaba dirigida a las personas mayores de 18 años.

En la población general, la variable de estado de salud autopercibido presentó diferencias importantes entre clases sociales, observándose un gradiente de desigualdad tanto para 2008 como para 2015 (Figura 4.2.1.1.). En 2008, los directivos, profesionales y técnicos y empleados fueron quienes en menor proporción calificaron su salud como mala o regular, mientras que las clases sociales con mayor porcentaje de mala salud autopercibida fueron los campesinos, obreros agropecuarios y trabajadores domésticos. En 2015 las mismas tres clases sociales presentaron las menores proporciones de mal estado de salud, pero en este año la pequeña burguesía presentó una mayor prevalencia de mal estado de salud respecto a los obreros agropecuarios en ambos sexos. Para los dos años de estudio, la población campesina, tanto hombres como mujeres, tuvieron los peores resultados en autopercepción negativa de salud.

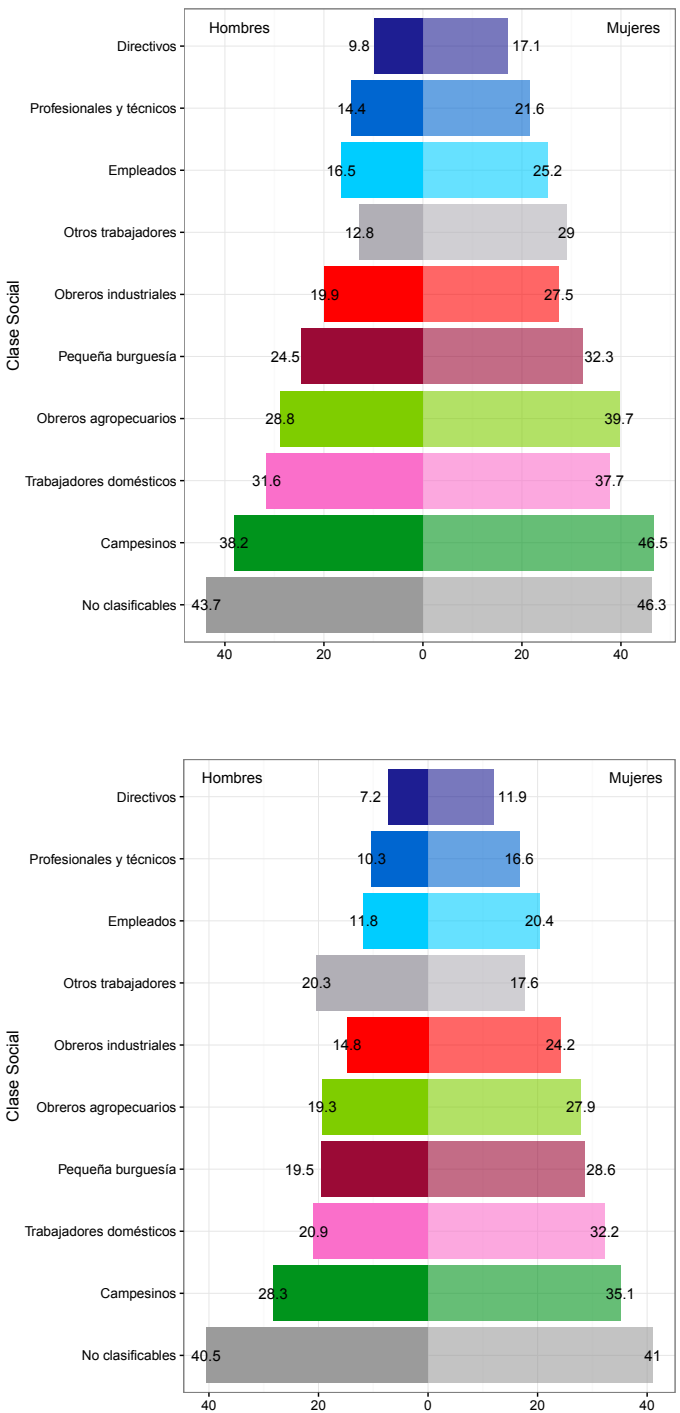
Al comparar los resultados del indicador por año, se observó que en la mayoría de las categorías de clase social se presentó reducción en la proporción del mal estado de salud, tanto para hombres como para mujeres. La reducción absoluta fue mayor en las obreras agropecuarias (11,8%) y entre los hombres en los trabajadores domésticos (10,7%). Los que presentaron la menor disminución fueron los hombres directivos (2,6%).

La relación de género en el análisis de este indicador es muy importante. Para todas las clases sociales y para los dos años, se observó una marcada diferencia en la prevalencia de mala salud autopercibida entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que reportaron peor estado de salud en mayores proporciones (Figura 4.2.1.1.). Es substancial considerar las diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres, dentro de la misma categoría de clase, para la población general esta diferencia fue de 10,8% en obreros agropecuarios en 2008 y de 11,4% en trabajadores domésticos en 2015.

Con el fin de describir mejor las desigualdades observadas, se calcularon las razones entre las prevalencias de mal estado de salud comparando las clases sociales que más frecuentemente se encontraron en los extremos del indicador, campesinos y directivos. Para la población general no parece haber un cambio significativo en hombres, aunque si se observó un ligero aumento para las mujeres, la razón de prevalencia pasó de 2,72 en 2008 a 2,95 en 2015.

Figura 4.2.1.1. Proporción de población que manifestó mal estado de salud autopercibida por clase social del hogar. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

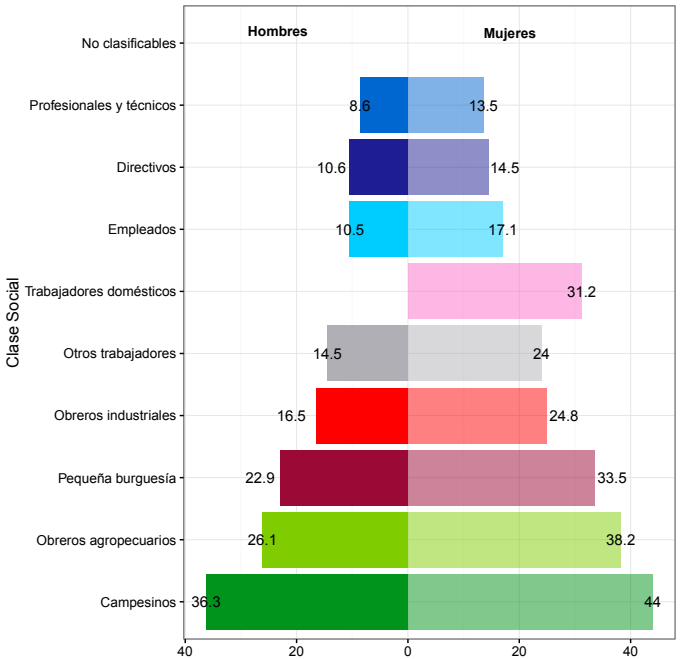


Teniendo en cuenta sólo a los trabajadores, los resultados del análisis fueron similares a la población general. Los directivos, profesionales y técnicos y empleados, se mantuvieron con los menores porcentajes de mala percepción de salud para ambos años (Figura 4.2.1.2.). En cuanto a la proporción de mal estado de salud por clase en 2008, los campesinos, obreros agropecuarios y la pequeña burguesía presentaron las proporciones más altas de mal estado de salud. En 2015 entre las tres clases con peores resultados ya no se encontraron los obreros agropecuarios, sino los trabajadores domésticos.

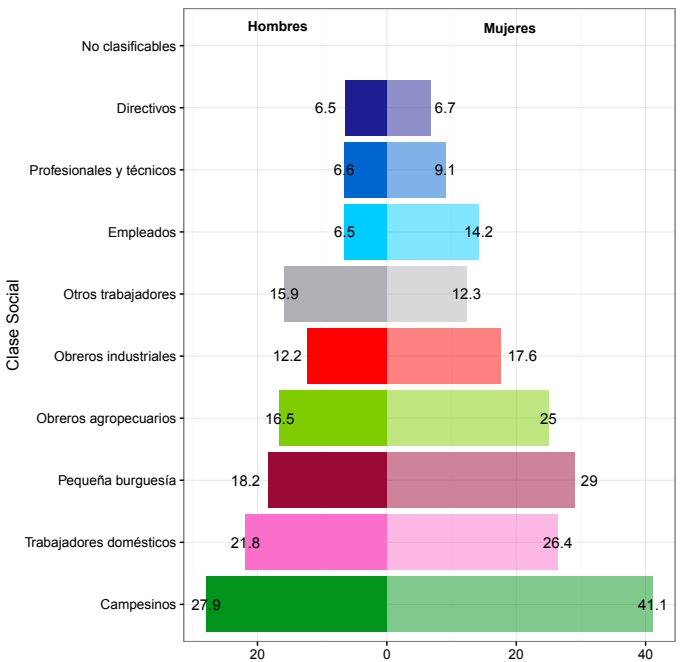
Figura 4.2.1.2. Proporción de trabajadores que manifestaron mal estado de salud autopercibida por clase social. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

2008



2015



Para los trabajadores las desigualdades en la prevalencia de mala autopercepción de salud se hicieron más pronunciadas al comparar el año 2015 con el 2008, particularmente para las mujeres. En el año 2008 las mujeres campesinas tenían una proporción de mala salud que era 3 veces mayor que la proporción en mujeres directivas, esta brecha aumentó para el año 2015 en el que el mal estado de salud para las mujeres campesinas, fue 6 veces mayor que para las directivas.

Lo anterior se explica por la reducción en el indicador para ambos grupos, si bien en términos absolutos las mujeres campesinas tuvieron una mayor reducción en términos relativos, en las mujeres directivas el mal estado de salud se redujo casi a la mitad, mientras que para las mujeres campesinas una reducción del 9% en términos relativos no tuvo mayor impacto en la reducción de brechas. De acuerdo con estos resultados, podría decirse que las desigualdades entre las clases sociales sólo parecen haber disminuido en hombres, en la población general.

En la población de trabajadores las mujeres tuvieron las mayores prevalencias de mal estado de salud en todas las clases y las diferencias entre hombres y mujeres en cada clase fueron más acentuadas. Para los trabajadores la mayor diferencia en la prevalencia entre hombres y mujeres, se presentó en 2008 en los obreros agropecuarios (12,1%) y en 2015 en los campesinos (13,2%).

El indicador de mal estado de salud autopercibida mostró que existen desigualdades importantes entre clases sociales, siendo los campesinos de ambos sexos los más afectados, tanto en la población general como en trabajadores. La clase directiva por el contrario expuso no solo la menor prevalencia de mala salud autopercibida sino que además mostró importantes avances en la disminución de este indicador entre los dos años. De particular importancia son las brechas entre clases especialmente entre las mujeres trabajadoras campesinas y directivas, que se amplían entre 2008 y 2015. También se presentaron desigualdades entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las que expusieron las mayores prevalencias de mal estado de salud, para cada clase y para ambos años, además de presentar una menor reducción en este indicador entre los dos años.

Referencias

1. Jylh M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med. 2009;69(3):307–16.

2. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health [Internet]. 2013;13:320. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3637052&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

3. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. PLoS One. 2014;9(1).

4. España D, Jaimes C. Criterios o elementos determinantes de la libre escogencia de Eps e Ips en Bogotá D . C . por parte de los usuarios del régimen contributivo. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2010;9(19):179–215.

5. González JI, Sarmiento A, Alonso CE, Angulo RC, Alejandro Espinosa F. Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad. (Spanish). Rev Gerenc y Políticas Salud. 2005;4(9):120–40.

6. Formiga N, Prieto MB. Autopercepción de la salud de los adultos mayores en bahía blanca. Ponen Jornadas Argentinas Estud población. 2011;1:1–22.

7. Castaño D, Cardona D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. Rev salud pública. 2015;17(2):171–83.

8. Borrell C, Fernandez E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbi JR, et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: What is the influence of supplemental private health insurance? Int J Qual Heal Care. 2001;13(2):117–25.

9. Huérfano Rey LM. Variaciones en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud por diferencias en el acceso a los servicios de salud, en la población usuaria afiliada a los regimenes contributivo y subsidiado de Bogotá [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana; 2014. Available from: http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/16706

10. Braveman P, Gruskin S. Policy and Practice Poverty, equity, human rights and health.

11. Lora E. Health perceptions in Latin America. Health Policy and Planning. 2012.

12. Bones K, Muntaner C, Solar O, Borrell C, Bernales P, González MJ, et al. [Social class, psychosocial occupational risk factors, and the association with self-rated health and mental health in Chile]. Cad Saude Publica [Internet]. 2014;30(10):2219–34. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25388324

4.3. Dimensión enfermedad declarada

Introducción

La dimensión enfermedad declarada, se refiere a la enfermedad crónica entendida como padecimiento de larga duración y prolongado tratamiento, que incluye a las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales, gastrointestinales, autoinmunes, musculo-esqueléticas o hematológicas (1). En la ENCV con este indicador se evalúa a todas las personas del hogar que respondieron tener la enfermedad y que consultan periódicamente. La consulta periódica es concebida como una conducta que varía con las características demográficas, socioeconómicas y culturales de las personas (2), que a su vez se ve influenciada por condiciones como la disponibilidad y calidad de los servicios, se constituye como un elemento importante para identificar los efectos que estos diferentes puntos de vista, orientados por clase social, tienen sobre la búsqueda del cuidado en salud y la atención (2). La dimensión de enfermedad declarada también incluye respuestas afirmativas a ocurrencia de accidente, problema odontológico u otro problema de salud en los últimos 30 días y que no implicó hospitalización. En caso de manifestar varios problemas de salud, el encuestado informó sobre la enfermedad o problema que consideró más grave.

La declaración de la presencia de enfermedad, accidente o problema odontológico está relacionada con la posibilidad que tienen las personas de identificar desde el plano individual y social los factores que contribuyen con su bienestar por lo tanto, informar el estado de salud, es una forma de expresar circunstancias físicas o mentales, que afectan su calidad de vida (3,4). Aunque la información del estado de salud proveniente de las personas se considera "*subjetivo*", se le ha dado valor teniendo en cuenta que refleja percepciones legítimas que condicionan su bienestar y su estilo de vida, razón por la que, en la recolección de información a nivel poblacional, la enfermedad declarada se considera una necesidad fundamental en la evaluación de resultados de salud (5). La validación de esta información se puede hacer de varias formas, una de ellas es verificar la probabilidad de existencia de dichas enfermedades en los diferentes estratos de la población y en ciertos grupos de edad (6). En este apartado se miden, a partir del autorreporte de enfermedad, dos indicadores de prevalencia: *enfermedad crónica y accidente o problema odontológico, que no haya implicado hospitalización, en los 30 últimos días*. Se tomó información de todos los miembros de la familia teniendo en cuenta las condiciones de participación de la Encuesta.

Investigaciones realizadas en Estados Unidos, Escocia y Alaska indican que el autorreporte de presencia de enfermedad o exposición a factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades crónicas y de otras enfermedades, se relaciona con el estado de salud real de las personas, verificado en las historias clínicas o en exámenes físicos y complementarios realizados a los pacientes. Asimismo, se identificó en algunos casos, sub-registro en las historias clínicas con respecto al autorreporte de enfermedad. Los resultados fueron asociados a la edad, el género, la educación y el hecho de vivir en área urbana o rural (7-12). Estas condiciones relacionadas con el autorreporte, también se asocian con la autopercepción de salud, indicador comúnmente utilizado en salud pública para predecir la utilización de los servicios en salud y lo que llevaría a las personas a informar su situación (13). Las conclusiones de los estudios justifican incluir el autorreporte como insumo para la toma de decisiones en salud, además de su potencial uso en la vigilancia de las enfermedades crónicas en poblaciones adultas (7-12).

Referencias

1. DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ENCV 2014. 2015. p. 1–1249.

2. Begashaw B, Tessema F, Gesesew HA. Health Care Seeking Behavior in Southwest Ethiopia. PLoS One. 2016;11(9):e0161014.

3. H S-P. La demanda potencial y la oferta de servicos.

4. Temporelli Karina. Análisis de la demanda de asistencia sanitaria: la utilidad del médico como determinante. Departamento de economía universidad nacional del sur Asociación Argentina de Economía política [Internet]. :25. Available from: http://www.aaep.org.ar/anales/works/works2004/Temporelli.pdf.

5. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales health-Related quality of life: Conceptual aspects. 2003;(2):9–21.

6. Kroeger N. Errores de respuesta y otros problemas de las encuenstas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo. boletín Of Sanit Panam. 1986;30.

7. Eke PI, Dye B. Assessment of self-report measures for predicting population prevalence of periodontitis. J Periodontol. 2009;80(9):1371–9.

8. Foering K, Goreshi R, Klein R, Okawa J, Rose M, Cucchiara A, et al. Prevalence of self-report photosensitivity in cutaneous lupus erythematosus. J Am Acad Dermatol. 2012;66(2):220–8.

9. Marlís González-Fernández, MD, PhD1, Ianessa Humbert, PhD1, Heather Winegrad M, Anne R. Cappola, MD, ScM3, and Linda P. Fried, MD M 1Johns. Dysphagia in Old-Old Women: Prevalence as Determined by Self-Report and the 3 oz. Water Swallowing Test Marlís. 2015;33(4):395–401.

10. Tunstall-Pedoe H., Brown C., Woodward M. TR. Passive smoking by self report and serum cotinine and the prevalence of respiratory and coronary heart disease in the Scottish heart health study. J Epidemiol Community Health [Internet]. 1995;49(2):139–43. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1060097&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

11. Koller KR, Wilson AS, Asay ED, Metzger JS, Neal DE. Agreement Between Self-Report and Medical Record Prevalence of 16 Chronic Conditions in the Alaska EARTH Study. J Prim Care Community Health. 2014;5(3):160–5.

12. Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F, Marchi M, Sabatini A, Nardi R, et al. Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: Exploring the differences between self-report and primary care databases. J Public Health Med. 2003;25(3):254–7.

13. Lucumí DI, Grogan-kaylor A, Espinosa-garcía G. Asociación de la posición socioeconómica y la percepción del ambiente con la autopercepción del estado de salud en mujeres de Bogotá , Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(1):14–20.

4.3.1. Enfermedad crónica declarada

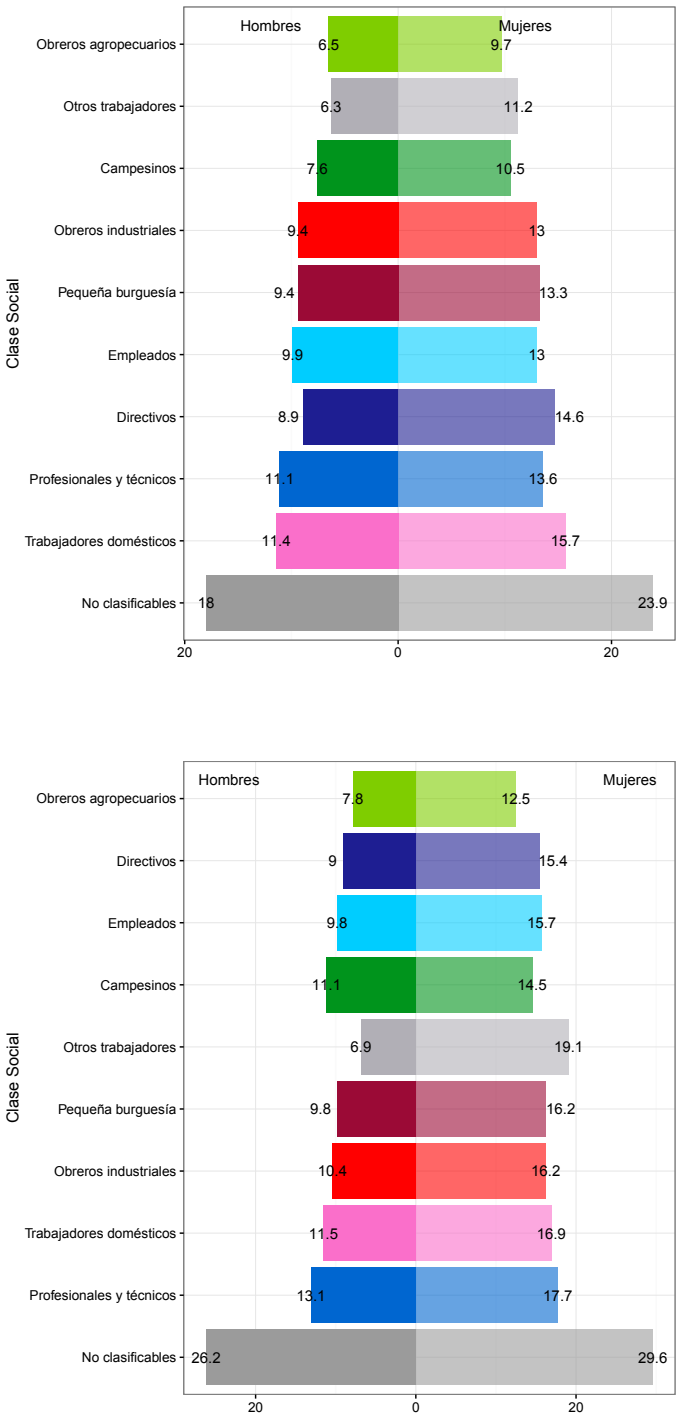
La declaración de enfermedad crónica es una variable incluida en la ENCV, que indaga a los participantes acerca de la existencia de alguna enfermedad crónica con la pregunta: "*...tiene alguna enfermedad crónica?*" Las enfermedades crónicas implican no sólo un padecimiento de larga duración y tratamiento, sino una afectación con alto impacto en la calidad de vida por lo que es importante analizar el comportamiento de este indicador por clases sociales (1).

En la población general en 2008, las menores proporciones de enfermedad crónica se presentaron en la clase de obreros agropecuarios para ambos sexos, la prevalencia en hombres fue de 6,5% y en mujeres de 9,7%. Las mayores prevalencias se registraron en los trabajadores domésticos también para ambos sexos, en hombres fue de 11,4% y en las mujeres de 15,7%. En 2015, al igual que en 2008, los obreros agropecuarios de ambos sexos presentaron las menores prevalencias de enfermedad crónica, siendo de 7,8% en hombres y 12,5% en mujeres. Los profesionales y técnicos presentaron las mayores prevalencias de enfermedad crónica, 13% en hombres y 18% en mujeres. En relación a la distribución por género, se encontró que las mujeres reportan una mayor prevalencia de enfermedad crónica que los hombres, para todas las clases sociales y para ambos años (Figura 4.3.1.1.). La diferencia entre hombres y mujeres en la prevalencia de enfermedad crónica fue mayor en la clase directiva tanto para 2008 como para 2015. En 2008 la prevalencia de las mujeres directivas fue un 5,8% mayor, a la prevalencia de enfermedad crónica en hombres y en el 2015 esta diferencia fue de 6,4%.

Se verificaron cambios en los valores entre los dos años de análisis, en 2015 la prevalencia de autorreporte de enfermedad crónica aumentó tanto para hombres como para mujeres, siendo el aumento mayor para las mujeres en todas las clases sociales. El mayor crecimiento en términos absolutos se observó en las mujeres profesionales (4,2%), seguido del aumento en las mujeres campesinas (4%). En los hombres el mayor crecimiento se observó en los campesinos (3,6%), bastante superior al aumento para las otras clases sociales. En los hombres empleados, trabajadores domésticos y directivos prácticamente no hubo diferencia en las prevalencias entre 2008 y 2015.

Figura 4.3.1.1. Prevalencia de enfermedad crónica declarada en población general por género y clase social del hogar. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



Al analizar sólo la población de trabajadores se encontró que en 2008 las mayores prevalencias de enfermedad crónica declarada se presentaron en las mujeres de la pequeña burguesía (15,7%) y los hombres directivos (11,4%) y en 2015 en campesinos (13%) y obreras industriales (21,1%). Para ambos años y para la mayoría de clases sociales, las mujeres presentaron mayores prevalencias de enfermedad crónica que los hombres al igual que lo observado con la población general (Figura 4.3.1.2.). Cuando se compara el cambio en las prevalencias de 2008 a 2015 se observaron patrones similares a los descritos para la población general. Para la mayoría de clases sociales se presentó un aumento en la prevalencia de enfermedad crónica, este aumento fue más importante en las mujeres que en los hombres. En las mujeres el principal aumento absoluto, se observó en las obreras industriales con un 9,1%. Las mujeres directivas fueron las únicas que presentaron una reducción de 1,5%, entre 2008 y 2015. En los hombres también se observó aumento de la enfermedad crónica y el aumento porcentual más alto se presentó en los campesinos (3,6%). Los trabajadores domésticos y directivos por el contrario presentaron reducción en la prevalencia de enfermedad crónica, 9,1% y 3,3% respectivamente.

Se observó que este indicador presentó diferencias por clase social sin que se distinga un gradiente de desigualdad. En cambio, se observaron desigualdades por género, las mujeres no sólo presentaron una mayor prevalencia de enfermedad crónica declarada en todas las clases sociales, sino un aumento de este indicador entre 2008 a 2015, que fue superior al aumento en los hombres y este fenómeno se presentó tanto en la población general como en los trabajadores.

2008

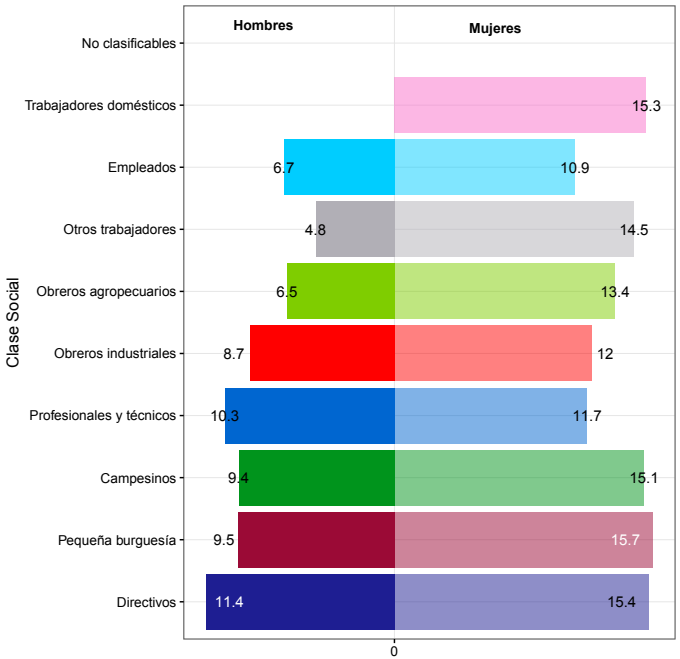
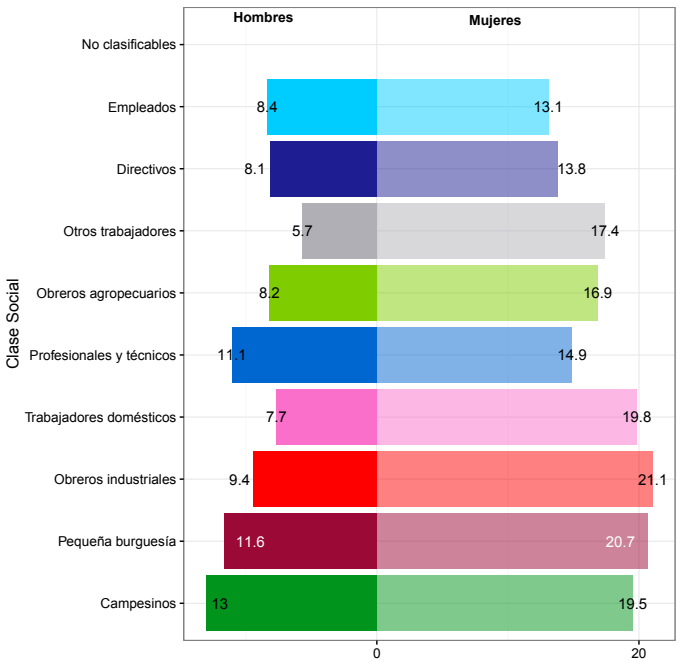


Figura 4.3.1.2. Prevalencia de enfermedad crónica declarada en trabajadores por género y clase social. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2015

Referencias

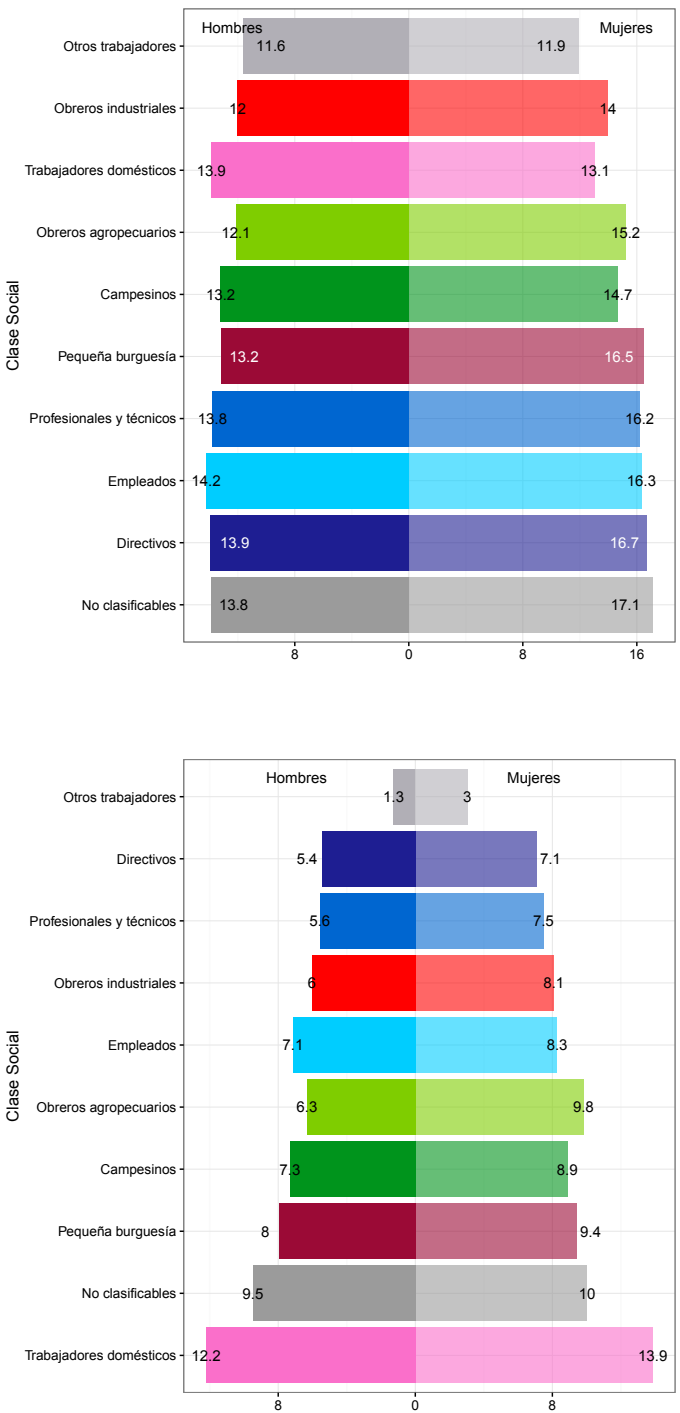
1. Bayliss M, Rendas-Baum R, White MK, Maruish M, Bjorner J, Tunis SL. Health-related quality of life (HRQL) for individuals with self-reported chronic physical and/or mental health conditions: panel survey of an adult sample in the United States. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2012;10(1):154. Available from: http://www.hqlo.com/content/10/1/154

4.3.2. Autorreporte de enfermedad, accidente o problema odontológico, que no haya implicado hospitalización, en los últimos 30 días

La pertenencia a alguna clase social o el tener un bajo estatus socio económico puede estar asociado a diferentes estados de salud autorreportada, hábitos en salud o a estados de salud percibida (1-4). Estas diferencias se pueden observar tanto en algunas sociedades con sistemas nacionales de salud (5), como en otras con sistemas de aseguramiento donde el acceso y la cantidad de servicios complementarios que se pueden obtener, son diferenciados (6). Se ha observado en algunos países, que las brechas de clase social han hecho que las ganancias totales en longevidad y años de vida saludable no se reparten equitativamente al interior de los mismos, afectando especialmente algunas clases (7). Este tipo de diferencias no se han analizado en Colombia, siendo pertinente caracterizarlas. A continuación, se describe el estado de salud autorreportado *en cuanto a problemas de salud presentados en los últimos 30 días, que no requirieron hospitalización*, en 2008 y 2015, a partir de las ENCV para estos años.

Figura 4.3.2.1. Autorreporte de problemas de salud que no requirió hospitalización en los últimos 30 días, en población general por clase social del hogar. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



Para el año 2008, la frecuencia de autorreporte de problemas de salud en los últimos 30 días, en la población general, osciló en hombres entre 12% en la clase de obreros industriales y 14,2% en la clase de empleados, una brecha absoluta de 2,3%, mientras que en mujeres el rango estuvo entre 13,1%, en la clase de trabajadores domésticos y 16,7% en la clase de directivos, una brecha de 3,6% (Figura 4.3.2.1.). Los hombres de la población general que presentaron una mayor autorreporte de problemas de salud, pertenecían a hogares de clase de empleados, con 14,2%, seguida de las clases de directivos y trabajadores domésticos, ambas con 13,9%. Las mujeres a su vez, tuvieron el mayor autorreporte en la clase directiva, seguida de la pequeña burguesía y los empleados, con 16,7%, 16,5% y 16,3%, respectivamente. Puede observarse que para todas las clases sociales, el indicador fue mayor en las mujeres en al menos 0,3% durante 2008 (Figura 4.3.2.1.). En 2015, se observó una reducción del autorreporte de problemas de salud en la población general, durante el último mes en ambos sexos, para cada una de las clases sociales (Figura 4.3.2.1.). La mayor prevalencia de problemas de salud en mujeres se mantuvo.

En hombres de la población general, la clase que mostró una mayor disminución de la prevalencia de enfermedad entre los años 2008 y 2015, fue la de directivos, con una disminución absoluta de 8,5%. En mujeres fue la misma clase la que evidenció una mayor disminución de 9,6%. Los profesionales y técnicos fueron aquellos que mostraron el mayor valor en ambas mediciones, a pesar de su diminución para 2015. Las mujeres de la clase de trabajadores domésticos fue la única que mostró del autorreporte entre los dos años.

2008

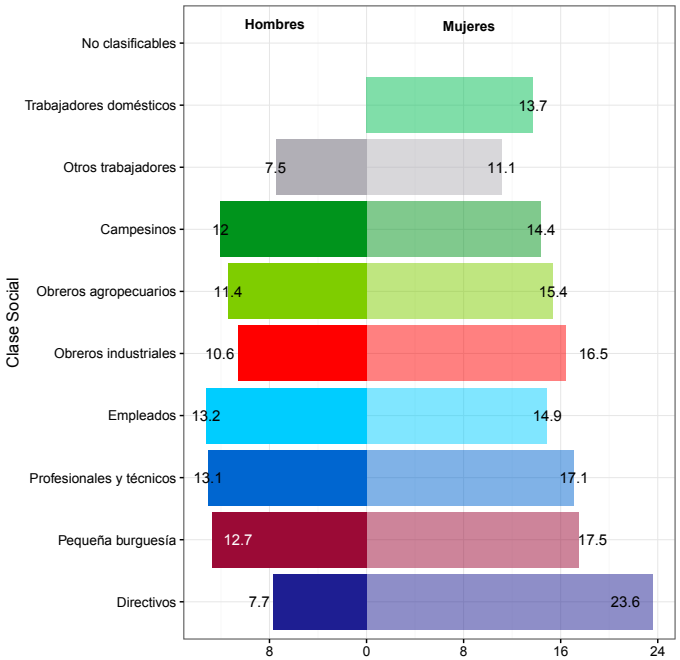
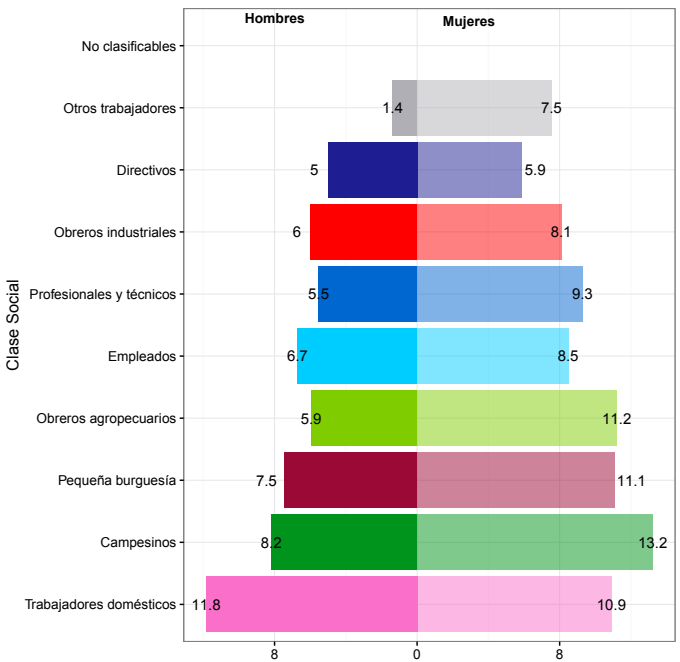


Figura 4.3.2.2. Autorreporte de problemas de salud en los últimos 30 días en trabajadores por clase social. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2015

En 2008, para los trabajadores hombres, la prevalencia de enfermedad se reportó entre 7,7% en los directivos y 13,2% en los empleados, una brecha absoluta de 5,5% entre clases. En mujeres, el indicador estuvo entre 13,7% en trabajadoras domésticas y 23,6% en directivas. En 2015 los hombres directivos reportaron la menor prevalencia (5%), mientras que los trabajadores domésticos reportaron la mayor, para una brecha absoluta de 11,8%. En mujeres, la clase con menor prevalencia también fue la de directivas, con 5,9%, mientras que la clase de trabajadoras campesinas, registró la mayor prevalencia, con 13,2% (Figura 4.3.2.2.). En hombres, los que mostraron una mayor reducción fueron los profesionales y técnicos. En mujeres, las trabajadoras de la clase de directivas mostraron la mayor reducción en la prevalencia.

Los datos mostrados anteriormente evidenciaron que hay una clara diferenciación por sexo en el autorreporte de patologías que no requieren hospitalización, siendo este más frecuente en mujeres. Adicionalmente, se pudo evidenciar que el autorreporte de este tipo de condiciones de salud se ha reducido en el año 2015, en comparación con el año 2008. Analizando las diferentes clases sociales y las prevalencias que registraron, los obreros industriales y campesinos, mostraron consistentemente una menor prevalencia de este tipo de problemas de salud. En cuanto a los trabajadores, en el último año de medición, tanto en hombres como en mujeres, las clases que más reportan enfermedad en los últimos 30 días, son los campesinos y los obreros agropecuarios, en general relacionados con el área rural.

Referencias

1. Marra CA, Lynd LD, Esdaile JM, Kopec J, Anis AH. The impact of low family income on self-reported health outcomes in patients with rheumatoid arthritis within a publicly funded health-care environment. Rheumatology (Oxford). 2004;43(11):1390-1397. doi:10.1093/rheumatology/keh334.

2. Massardo L, Pons-Estel BA, Wojdyla D, et al. Early rheumatoid arthritis in Latin America: low socioeconomic status related to high disease activity at baseline. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012;64(8):1135-1143. doi:10.1002/acr.21680.

3. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. Am Econ Rev. 1987;77(3):251-277. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10284091. Accessed October 12, 2016.

4. Uthman OA, Ekström AM, Moradi TT. Influence of socioeconomic position and gender on current cigarette smoking among people living with HIV in sub-Saharan Africa: disentangling context from composition. BMC Public Health. 2016;16:998. doi:10.1186/s12889-016-3637-1.

5. Bartoll X, Toffolutti V, Malmusi D, Palència L, Borrell C, Suhrcke M. Health and health behaviours before and during the Great Recession, overall and by socioeconomic status, using data from four repeated cross-sectional health surveys in Spain (2001-2012). BMC Public Health. 2015;15:865. doi:10.1186/s12889-015-2204-5.

6. Ettenger A, Bärnighausen T, Castro A. Health insurance for the poor decreases access to HIV testing in antenatal care: evidence of an unintended effect of health insurance reform in Colombia. Health Policy Plan. 2014;29(3):352-358. doi:10.1093/heapol/czt021.

7. Lacey EA, Walters SJ. Continuing inequality: gender and social class influences on self perceived health after a heart attack. J Epidemiol Community Health. 2003;57(8):622-627. doi:10.1136/jech.57.8.622.

4.4. Prevalencia de la discapacidad declarada

Introducción

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *define a las personas con discapacidad como aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás* (1). En Colombia hasta octubre de 2016, se encontraban 1'272.267 personas reportadas en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPCD), que se traduce en una prevalencia de 2,6%, sin embargo, de acuerdo a estimaciones del ONS (2), existe un subregistro del 63,5% de dicha fuente de información, pues teniendo en cuenta el Censo de 2005 se esperarían 3.134.228 personas registradas para una prevalencia del 6,3% (2). Uno de los problemas más sensibles asociados a la discapacidad es la exclusión de esta población en actividades rutinarias, como el ámbito laboral, lo que ha sido ampliamente documentado en otros contextos.

La estructura del mercado laboral y, en consecuencia, la estructura de clases definida por la ocupación, la rama de actividad y la posición ocupacional, tiene un impacto significativo en las desigualdades estructurales de la sociedad. En el caso de la discapacidad, las desigualdades se profundizan debido a la segregación ocupacional con base en las capacidades y limitaciones de los individuos. De acuerdo con Miller, *et al*. (3), la segregación ocupacional, responde a estereotipos relacionados con un conjunto de presunciones, sobre el tipo de actividades e intereses asociados al papel de un individuo en la sociedad de acuerdo a su género, etnia, capacidades físicas, etc. Por ejemplo, las labores secretariales se asocian con el género femenino, mientras que las labores de fuerza física se asocian al género masculino.

Maroto y Pettinicchino definen la segregación ocupacional por discapacidad como la distribución desigual de personas con discapacidad en diferentes ocupaciones e industrias, es decir, la población con discapacidad suele ocuparse en actividades manuales que requieren menor capacitación, obteniendo baja remuneración, aun cuando los trabajadores con discapacidad puedan estar sobrecapacitados para este tipo de ocupaciones (4).

Debido a esta segregación, las personas con discapacidad tienden a ubicarse en empleos no calificados con pocos requerimientos en términos de educación y experiencia, limitando las posibilidades de ingreso y socialización y, en consecuencia de mejor calidad de vida, en ese sentido, las personas con discapacidad tienen mayor probabilidad de vivir en la pobreza que el resto de la población, pero no hay una relación causal clara (5). En Colombia, de acuerdo a la caracterización de la población con discapacidad realizada por Hernández-Jaramillo y Cruz-Velandia, el 81% de esta población se encuentra en situación de desempleo y en este sentido concluyen que puede existir una relación entre pobreza y discapacidad, considerando la dependencia económica y las restricciones para acceder a empleos dignos (4). Esto tiene repercusiones en la distribución de los ingresos del hogar, así como en la posición de clase social de los ocupados en el hogar.

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD [Internet]. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos; 2010 p. 35. Available from: http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

2. Observatorio Nacional de Salud. Carga de enfermedad. Enfermedades no transmisibles y discapacidad en Colombia [Internet]. Bogotá, D.C., Colombia; 2015 [cited 2016 Oct 8]. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to Informe ONS v-f1.pdf

3. Miller L, Neathey F, Pollard E, Hill D. Occupational segregation, gender gaps and skill gaps. 2004;

4. Maroto M, Pettinicchio D. Disability, structural inequality, and work: The influence of occupational segregation on earnings for people with different disabilities. Res Soc Stratif Mobil. 2014;38:76–92.

5. Elwan A. POVERTY AND DISABILITY A SURVEY OF THE LITERATURE POVERTY AND DISABILITY. 1999;

4.4.1. Desigualdades por posición de clase social en la prevalencia de la discapacidad declarada

Este apartado explora la relación entre personas con discapacidad según su clase social, mediante la prevalencia de discapacidad en población general y en trabajadores según posición de clase social. *Se definió persona con discapacidad como aquella quien manifestó tener al menos una limitación permanente entre las siguientes: para moverse o caminar; usar sus brazos o manos (sólo en 2015); ver (a pesar de usar lentes o gafas); oír (aún con aparatos especiales); hablar, entender o aprender; relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales (sólo en 2015); bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo; u otra limitación permanente.*

En la población general, la prevalencia de discapacidad para 2008 se registró en 8,1%; y para 2015 en 4,9%. La prevalencia entre hombres y mujeres fue similar en cada uno de los años observados. Exceptuando los no clasificables, la mayor prevalencia de discapacidad se reportó en trabajadores domésticos en ambos años observados (2008: 12,4%; 2015: 5,6%); y la más baja en profesionales y técnicos en 2008 (5,4%) y en directivos en 2015 (2,6%) (Figura 4.4.1.1.). Tomando como referencia a los directivos, la mayor diferencia absoluta en la prevalencia de discapacidad se reportó en trabajadores domésticos, en ambos años y ambos sexos.

En hombres, entre trabajadores domésticos y directivos se registró una diferencia absoluta para 2008 fue del 10,5% y para 2015 del 3,8%. Entre las mismas clases sociales, en las mujeres se reportó una diferencia absoluta para 2008 del 3,3% y para 2015 del 2,3%. En 2008 los hombres registraron mayor diferencia absoluta que las mujeres para la misma clase social.

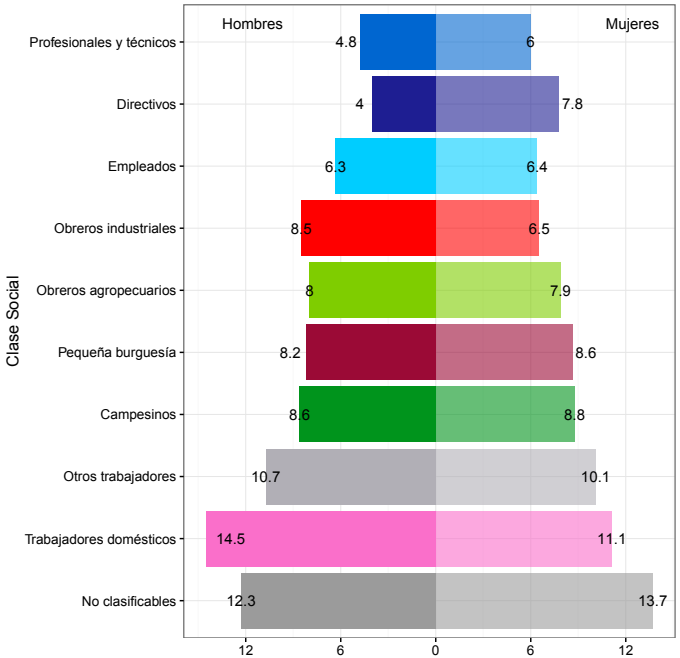
En cuanto a las diferencias relativas, los hombres con clase social trabajadores domésticos y otros trabajadores presentaron 3,6 y 2,7 veces mayor prevalencia de discapacidad, que los directivos en 2008, respectivamente. Los siguen los campesinos, obreros agropecuarios, obreros industriales y pequeña burguesía, reportando cerca de 2,0 veces mayor prevalencia que los directivos. Para el mismo año, las mujeres trabajadoras domésticas y otras trabajadoras fueron quienes mostraron mayor prevalencia que las directivas (1,3 y 1,8 veces mayor prevalencia, respectivamente).

Para 2015, los hombres trabajadores domésticos registraron 2,5 veces mayor prevalencia de discapacidad que los directivos. Los siguen los empleados, campesinos, pequeña burguesía y obreros industriales, quienes reportaron alrededor de 1,8 veces mayor prevalencia que los directivos. Las mujeres con clase social trabajadoras domésticas y obreras industriales, otras trabajadoras, pequeña burguesía y profesionales y técnicas; presentaron alrededor de 1,8 veces más prevalencia que las mujeres de clase directiva.

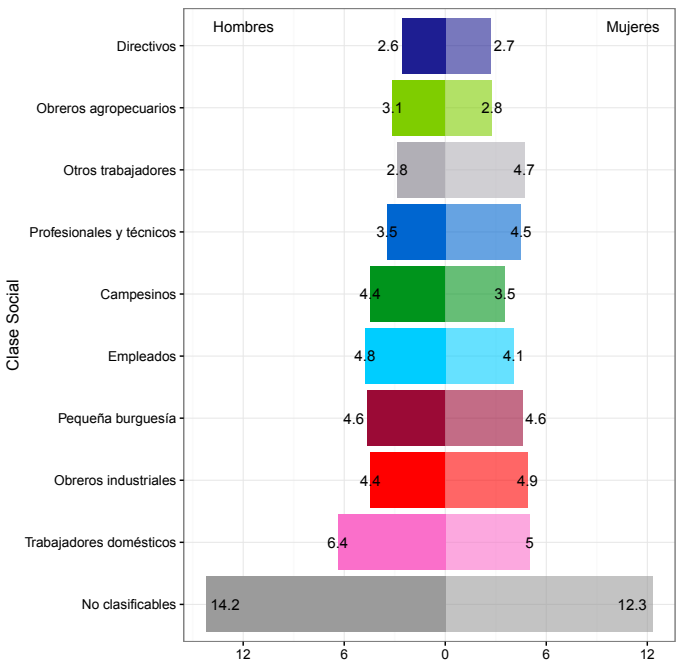
Figura 4.4.1.1. Prevalencia de discapacidad en población general según clase social. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

2008



2015



Al realizar el análisis de este indicador en trabajadores, se encontró que la prevalencia de discapacidad fue de 6,8% para 2008 y de 3,1% en 2015; respectivamente un 1,3% y 1,8% menos en comparación con la prevalencia registrada en población general. No se evidenciaron diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres, al interior de cada uno de los años analizados. Las clases sociales con mayor y menor prevalencia de discapacidad fueron las mismas que en la población general para 2008. Sin embargo, para 2015 la mayor prevalencia de discapacidad entre trabajadores se registró en campesinos (4,1%) y la menor en otros trabajadores (1,8%) (Figura 4.4.1.2.).

Para 2008, las diferencias absolutas más amplias de la prevalencia de discapacidad en comparación con directivos, se registraron, en hombres, en otros trabajadores (a diferencia de la población general) con 3,3% y en mujeres en trabajadoras domésticas con una diferencia del 4,4%. Para 2015, las diferencias absolutas más amplias fueron en trabajadores domésticos, 4,3% en hombres y 0,9% en mujeres.

En cuanto a las diferencias relativas, para 2008 los hombres obreros agropecuarios, obreros industriales, otros trabajadores, pequeña burguesía y campesinos presentaron alrededor de 1,3 veces mayor prevalencia de discapacidad que los directivos. Para el mismo año, mujeres obreras agropecuarias, otras trabajadoras y trabajadoras domésticas presentaron alrededor de 1,7 veces mayor prevalencia de discapacidad que las directivas.

En 2015, nuevamente los hombres trabajadores domésticos presentaron mayor razón en la prevalencia de discapacidad, reportando 3,0 veces más que los directivos; seguido por los campesinos, obreros industriales y pequeña burguesía con prevalencias cercanas a las 1,8 veces mayor que los directivos. En las mujeres, las campesinas, pequeña burguesía y trabajadoras domésticas reportaron prevalencias 1,3 veces mayor que las directivas.

2008

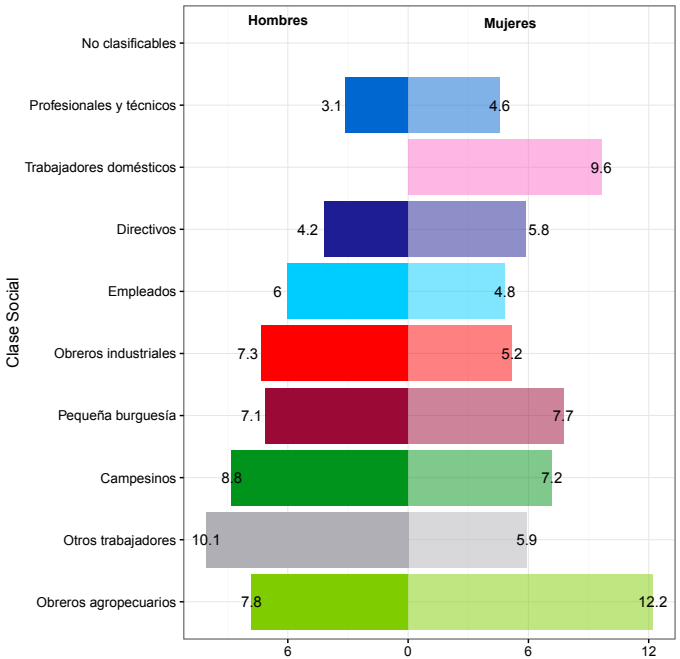
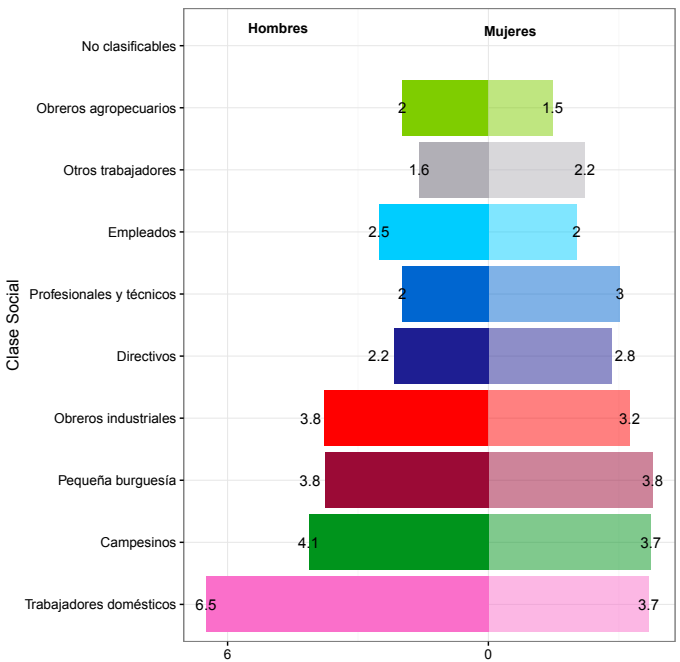


Figura 4.4.1.2. Prevalencia de discapacidad en trabajadores según clase social. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2015

Se observaron menores prevalencias de discapacidad en trabajadores que en población general, en cada uno de los años analizados. Esto podría ser explicado por el supuesto de menor vinculación laboral de las personas con discapacidad que la población general. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los resultados no son comparables año a año, toda vez que para 2015 se tomaron en cuenta limitaciones adicionales no contempladas en 2008, (usar sus brazos o manos y limitaciones de tipo psicosocial). En general, no se observaron diferencias en la prevalencia de discapacidad por sexo, pero sí por clase social. Las brechas más amplias se encontraron en contra de los trabajadores domésticos tanto en hombres como en mujeres. Otras clases sociales que registraron brechas con mayor frecuencia fueron campesinos, pequeña burguesía y obreros industriales.

4.5. Dimensión de acceso de la población a los servicios de salud por enfermedad, accidente o problema de salud

Introducción

Según la Asamblea General de las Naciones Unidas, la existencia de un sistema de salud equitativo y accesible para la población es uno de los elementos necesarios para lograr la garantía del derecho a la salud (1). Sin embargo, definir el acceso a los servicios de salud, es en sí misma una cuestión compleja, dada la multiplicidad de dimensiones que involucra. Algunos autores (2) sostienen que al momento de definir el acceso existen dos posiciones principales: *la primera*, ve el acceso como resultado de la interacción entre las características de los servicios y de la población; *la segunda*, lo equipara con la utilización de los servicios. La revisión de la literatura evidenció que estas dos tendencias muchas veces se usan indistintamente, lo que deriva en que el acceso se defina como un proceso que resulta de interacciones, que brinda la posibilidad de tener atención en salud cuando se desee, independiente de características como el ingreso, distribución geográfica, etnia o clase social (3,4).

El acceso no debe reducirse a la disponibilidad de recursos para la atención por parte del sistema de salud, por el contrario, es necesario que se tengan en cuenta las características de los servicios, los usuarios y la relación de atención que se da entre los mismos (5). Frente a esto, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norte América (*IOM, por sus siglas en inglés*), define el acceso como la medida o grado en el que individuos y colectivos, tienen las capacidades para lograr obtener la atención y cuidados que necesitan por parte de los servicios de atención médica; este grado de atención debe ser verificable en términos de la situación de salud de la población (6).

El acceso a los servicios de salud puede utilizarse como dimensión para identificar desigualdades, puesto que se reconoce que el acceso se ve afectado en gran medida por las inequidades (3), de ahí que uno de los puntos centrales al momento de buscar la superación de la desigualdad social en salud, sea garantizar el acceso efectivo de las personas y los colectivos a los servicios de salud (7). Este acceso está mediado por factores diversos que tienen expresiones concretas y a su vez reflejan las desigualdades: las barreras de acceso, que deben ser evidenciadas de forma explícita para buscar la equidad (8). En ese sentido, estudios han demostrado que las barreras de acceso, que pueden ser geográficas, económicas, culturales, normativas y administrativas (2), afectan en mayor medida a las personas y los grupos vulnerables, es decir grupos enmarcados dentro de los ejes de desigualdad (2,5,8,9).

De acuerdo a los planteamientos de la OMS, los indicadores de acceso a servicios de salud deben construirse a partir de las particularidades de cada país en el marco de la tendencia hacia la cobertura sanitaria universal, que busca asegurar el acceso a los servicios de salud necesarios, de manera tal que la pregunta rectora en la construcción de los mecanismos de medición debe ser *¿Qué se necesita fortalecer?* En 2014 la OMS junto con el Banco Mundial (BM) creó un marco para el seguimiento de los avances dirigidos a lograr la cobertura universal, que de manera general contiene 3 indicadores: **1.** Cobertura de servicios sanitarios; **2.** Protección contra riesgos financieros; **3.** Cobertura para el conjunto de la población, con énfasis en la equidad (10).

A nivel global, los indicadores de acceso a la salud más usados se refieren a la infraestructura hospitalaria, personal médico y afiliación a los sistemas de salud, y de manera conjunta se indaga acerca de los tiempos de desplazamiento a centros médicos, incapacidades debido a problemas de salud, atención hospitalización; adicionalmente, se tienen en cuenta variables geográficas y sociales (4)(11). Desde la Comisión Europea (CE) se construyó un marco global de indicadores que permite ejercicios de análisis y comparación entre países, en lo que corresponde al indicador de equidad en el acceso de los servicios de salud, se concentran los reportes de requerimiento con base en tres componentes: *barreras financieras, tiempos de espera y distancia con el centro de salud* (12).

Para el caso colombiano, las mediciones de acceso a los servicios de salud se ajustan a la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (SGSSS) con el fin de asegurar el acceso universal de los servicios de salud (13); así, los indicadores relacionados con la salud en la ENCV del año 2008, tuvieron como objetivo indagar sobre la afiliación al SGSSS, los gastos en salud y la presencia de enfermedades crónicas (14). Para el año 2015 se relacionaron los indicadores con la cobertura del SGSSS, el uso de los servicios de medicina general, urgencias, percepción de la calidad de los servicios, la percepción de salud del núcleo familiar y el uso de medicina especializada (15)(16).

En el presente análisis, se utilizaron indicadores que permiten evidenciar el grado de acceso de las personas a los servicios de salud y la existencia o no de desigualdades asociadas a la clase social. Se tomaron en cuenta algunos indicadores utilizados en la ENCV (2008-2015), asociados a la atención a personas por profesionales de la salud: días promedio entre solicitud y asignación de las citas de medicina general y especialidades, tiempo de la atención en urgencias y acceso a medicamentos y tratamiento de personas con enfermedades crónicas; además, se revisó la afiliación al SGSSS y a fondos de pensiones. Estos indicadores se miden de acuerdo a lo propuesto por el DANE, teniendo en cuenta la presencia de algún problema de salud en los últimos 30 días antes de la aplicación de la Encuesta. La utilización de estos indicadores, se concibió a partir de las posibilidades que tienen para dar cuenta de desigualdades injustas y evitables, que se expresan en el estado de salud de las personas, entendiendo la clase social como un marcador esencial que puede dar cuenta de estas desigualdades en términos de las oportunidades de acceso a los servicios de salud (17).

Referencias

1. Asamblea General de Las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. New York: ONU; 1966.

2. Vargas-lorenzo I, Vásquez-Navarrete L, Mogollón A. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev salud pública. 2010;12(5):701–12.

3. Fajardo-dolci G, Gutiérrez JP, García-saisó S. ENSAYO Acceso efectivo a los servicios de salud : operacionalizando la cobertura universal en salud. 2015;57(2).

4. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. Mexico. D.F; 2014.

5. Reina Y. Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012) ?. Cartagena; 2014.

6. Millman M. Access to Health Care in America. Millman M, editor. Washington D.C: The National Academies Press; 1993.

7. Aday A, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. :208–20.

8. Rocha-buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal : un indicador de equidad * Analysis of access to oral health services : an indicator of equity Análise sobre o acesso a serviços da saúde bucal : um indicador de equidade. 2013;12(25):96–112.

9. Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Rev salud pública. 2007;9(1):26–38.

10. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global Marco de trabajo , medidas y metas mayo de 2014. 2014.

11. República de Costa Rica. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud. San José, Costa Rica; 2014.

12. European Commission. ECHI documentation sheets. European commission; 2012. p. 1–200.

13. Congreso de la república de Colombia. Ley 100. Colombia; 1993 p. 1–132.

14. DANE. Metodología Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Bogotá D.C; 2009. p. 67.

15. DANE. Metodología General Encuesta Nacional de Calidad de Vida-ECV. Bogotá D.C; 2016. p. 102.

16. Republica de Colombia. Ministerio de la protección social. Cómo va la protección social: Monitoreo al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Recuper Http//WwwFasecoldaCom/. 2013;1–15.

17. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de pol{í}ticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en Espa{ñ}a. {…} Sanid y Pol{í}tica Soc [Internet]. 2010;1–72. Available from: http://scholar.google.com/scholar?hl=en{&}btnG=Search{&}q=intitle:Avanzando+hacia+la+equidad.+Propuesta+-de+pol?ticas+e+intervenciones+para+reducir+las+desigualdades+sociales+en+salud+en+Espa?a.{#}0

4.5.1. Personas enfermas en los últimos 30 días que no solicitaron atención por falta de dinero

A pesar de que el aseguramiento en salud, es de cobertura casi universal, en Colombia persisten barreras de acceso relacionadas con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida (1). No solicitar atención por falta de dinero ha sido considerada la principal razón reportada por las personas (2,3); transgrediendo su entrada al sistema y vulnerando este derecho fundamental, siendo el factor determinante que impide el uso efectivo de los servicios de salud (1) de acuerdo con los parámetros de necesidad (4). Este hecho puede estar relacionado con el pago de cuotas moderadoras y copagos; mecanismos puestos en marcha para controlar los costos derivados del efecto de riesgo moral, pero que podrían estar restringiendo el acceso a los servicios más allá de lo deseado (5), poniendo de manifiesto problemas de equidad del sistema de salud ligadas a la capacidad de pago de las personas (6).

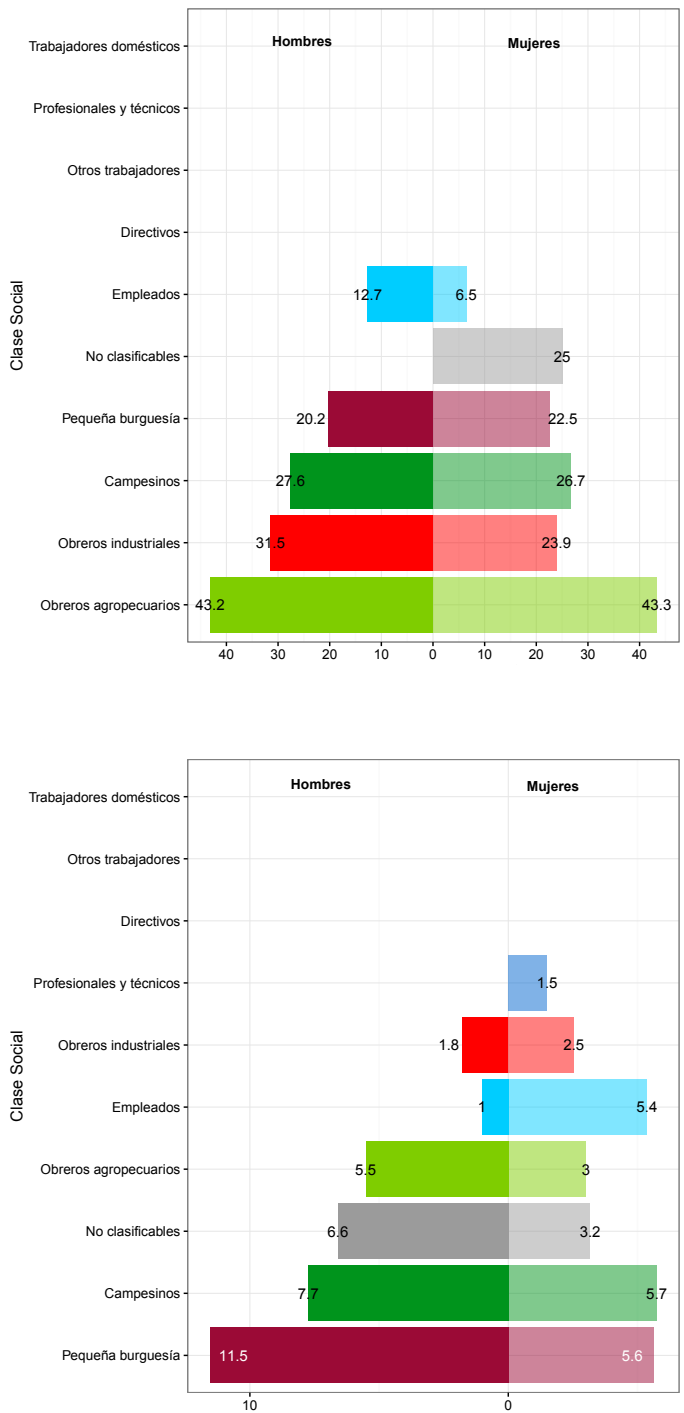
A partir de las personas que tuvieron un problema de salud en los últimos 30 días, pero que no acudieron a una institución prestadora de servicios de salud por falta de dinero, se formuló este indicador con los datos disponibles de la ENCV (7,8). En 2008 la ENCV preguntó: *¿Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica?* calculando la proporción de personas que reportaron falta dinero como causa fundamental. Para 2015 se realizó la misma pregunta considerando opciones de respuesta adicional entre ellas: **1.** No le cubren o no le autorizaron la atención; **2.** Dificultad para viajar. Estas categorías adicionales podrían estar relacionadas con la falta de dinero, por esto se analizaron los datos de las personas que no asistieron al servicio de salud por la falta de recursos, por separado para los años 2008 y 2015, sin establecer comparabilidad entre ellos.

En la población general en 2008, la clase social que presentó mayores cifras de personas, en ambos sexos, que no solicitaron atención médica por falta de dinero fueron los obreros agropecuarios y la clase social, con las menores cifras fueron los empleados (Figura 4.5.1.1.). Para este año, se evidenciaron diferencias entre sexos por clase social: los hombres presentaron mayores porcentajes frente a las mujeres en este indicador, para las clases de obreros industriales, empleados y campesinos con diferencias absolutas de 7,5, 6,2 y 0,86%, respectivamente. Las mujeres ostentaron mayores porcentajes para las demás clases sociales, especialmente en la pequeña burguesía cuya diferencia absoluta respecto a los hombres fue de 2,3%. También se observaron diferencias relativas de desigualdad, por ejemplo, los hombres obreros agropecuarios presentaron una razón de 3,4 veces la no solicitud de atención en salud por falta de dinero que los empleados; razón que en las mujeres fue de 6,7 en las mismas clases sociales.

Para 2015 la clase social que presentó mayores cifras en este indicador fue la pequeña burguesía en ambos sexos y los menores porcentajes los hombres empleados y las mujeres profesionales y técnicas (Figura 4.5.1.1.). Diferencias relativas entre clases sociales fueron evidentes; los hombres presentaron mayores porcentajes en relación a las mujeres con la mayor diferencia en la pequeña burguesía (diferencia de 5,9%), seguida de obreros agropecuarios (2,5%) y campesinos (2%). Las mujeres mostraron mayores porcentajes en las empleadas, profesionales y técnicas y obreras industriales con diferencias respecto a los hombres de 4,3%, 1,5% y 0,8%, respectivamente. Además, se observaron diferencias relativas de desigualdad entre clases sociales por sexo, por ejemplo, los hombres de la pequeña burguesía presentaron una razón 11 veces mayor que los empleados, mientras que en las mujeres no hubo diferencia.

Figura 4.5.1.1. Personas que no solicitaron atención en salud por falta de dinero por clase social y sexo en la población general. Colombia, 2008-2015

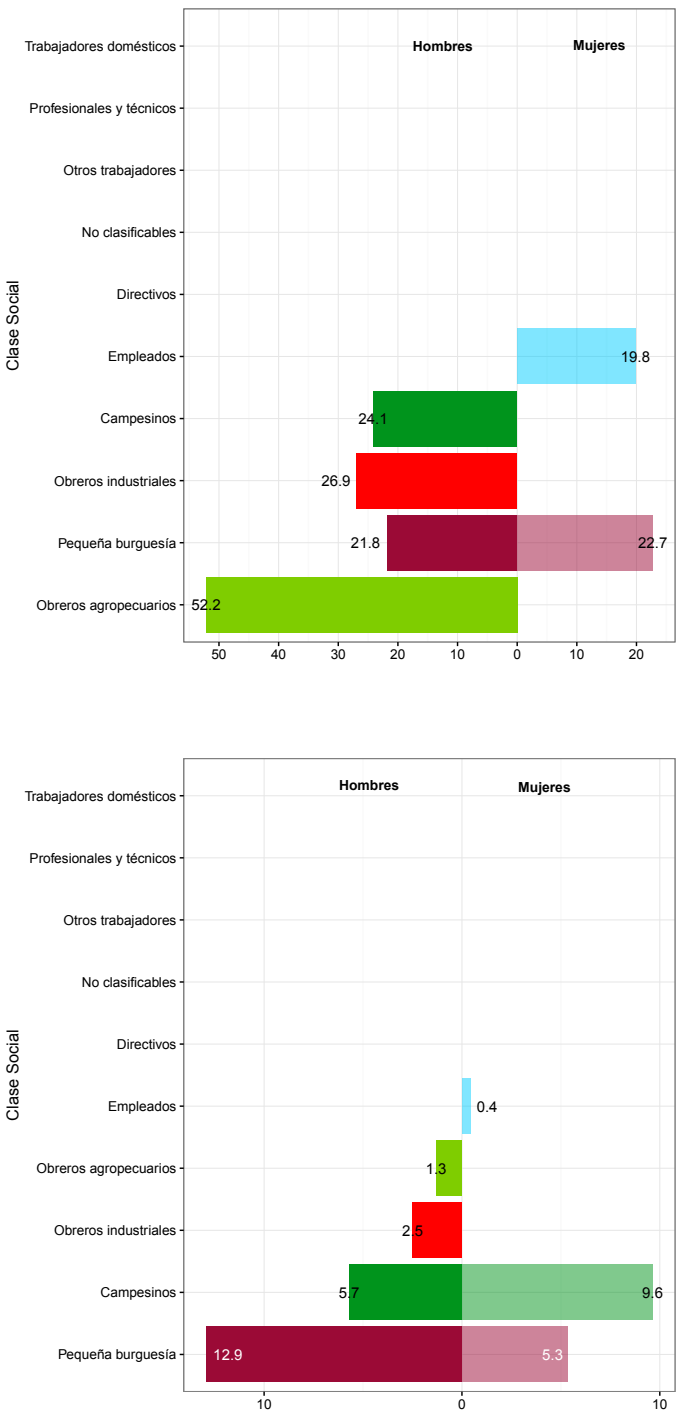
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



En los trabajadores, para 2008, la pequeña burguesía fue la clase que presentó, en ambos sexos porcentajes similares (Figura 4.5.1.2.). En 2015 se mantuvo la pequeña burguesía y los campesinos como las clases sociales con los mayores porcentajes; sin embargo, los hombres presentaron un mayor porcentaje en la pequeña burguesía mientras que las mujeres campesinas presentaron mayores porcentajes en no solicitar atención médica por falta de dinero.

Figura 4.5.1.2. Personas que no solicitaron atención en salud por falta de dinero por clase social y sexo en los trabajadores. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



En general, en 2008 el promedio entre clases sociales para este indicador en la población general fue del 27% en hombres y 25% en las mujeres, aumentando al 31% en los hombres trabajadores mientras que en las mujeres disminuyó al 21%. Para 2015, dicho promedio en la población general y los trabajadores para ambos sexos fue similar. Se debe tener claro que, a pesar de haber realizado la misma pregunta en la ENCV de 2008 y 2015, al considerar otras opciones de respuesta en 2015, relacionadas con la razón principal de no solicitar atención médica a los prestadores de servicios de salud por falta de dinero, no se puede realizar la comparación entre los dos años de análisis.

Referencias

1. Ayala Garcia J. Documento de trabajo sobre Economía Regional. La Salud en Colomb más Cober pero menos acceso. 2014;45.

2. Zambrano A. C, Ramírez M., Yepes FJ., Guerra JA., Rivera D. ¿Qué muestran las encuestas de calidad de vida sobre el sistema de salud en Colombia? Cad Saude Publica. 2008;24(1):122–30.

3. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev salud pública. 2007;9(1):26–38.

4. Martinez P, Rodriguez L, Agudelo C. Equidad en la Política de Reforma del Sistema de Salud. Rev Salud Publica. 2001;3(1):13–39.

5. Hernández Bello A, Vega Romero R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2001;1(1):48–73.

6. Hernandez M. [Health reform, equity and the right to health in Colombia]. Cad Saude Publica [Internet]. 2002;18(4):991–1001. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=12118306&lang=es&site=ehost-live

7. Departamento Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida-ENCV-. 2008.

8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV 2015.

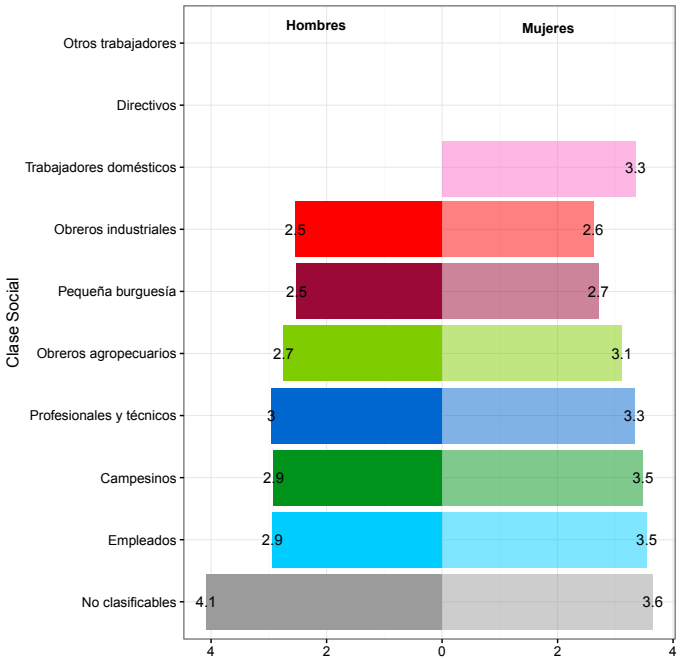
4.5.2. Días promedio entre la solicitud de la cita y el momento de la consulta

La **Ley 100 de 1993** en su artículo 153, hace referencia a la igualdad en la calidad de la prestación de los servicios de salud en Colombia, para todos los habitantes independiente de su capacidad de pago (1). Así las cosas, la calidad se considera un atributo igualitario de la equidad (2), que aunado al principio de oportunidad, reconoce la prestación de los servicios de salud sin dilación (3). Dentro del monitoreo de la calidad en salud los promedios de espera entre la solicitud de la cita y el momento de la consulta, es una medida que permite hacer seguimiento a la prestación oportuna de los servicios de salud (4). La asignación de las citas no podrá exceder los tres días hábiles contados a partir de la solicitud (5), con base en este referente, se analizaron los datos disponibles de la ENCV que indaga *¿Cuantos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontólogo?* (6,7), para establecer el número de días que debió esperar la persona para recibir atención.

En la población general, entre 2008 y 2015, se presentó una disminución del promedio de días entre la solicitud de la cita y la consulta pasando de 6,16 a 5,63; no obstante, se observaron diferencias entre las clases sociales en este indicador. En 2008, la clase social que presentó la mayor cifra de días promedio de espera en hombres, fueron los profesionales y técnicos mientras que en las mujeres, fueron las empleadas. Para el mismo año el menor registro de días promedio se presentó en los hombres de la pequeña burguesía y en las mujeres obreras industriales. Para 2015, en ambos sexos los empleados fueron la clase con los mayores días promedio entre la solicitud de la cita y el momento de la consulta, mientras que los campesinos registraron las menores cifras (Figura 4.5.2.1).

En este indicador la brecha de desigualdad aumentó así: comparando empleados y campesinos la razón pasó de 1 en 2008 a 2,3 veces más días, entre la cita y la consulta en hombres para el 2015, mientras que en mujeres esta razón pasó de 1 a 2,8 en los mismos años de análisis. Entre 2008 y 2015, la clase social que presentó una mayor reducción del indicador, tanto en hombres como mujeres, fueron los campesinos con 1,1 y 1,7 días respectivamente. La clase social con la menor disminución en hombres fueron los profesionales y técnicos, con una reducción de 0,02 días, mientras que en las mujeres fue la clase obrera agropecuaria con 1,29 días promedio.

Las clases sociales que presentaron un aumento en este indicador tanto en hombres como en mujeres, fueron la pequeña burguesía 0,14 y 0,41 días, respectivamente, y los empleados con un aumento 1,23 días en hombres y 1,28 en mujeres. Los obreros industriales reflejaron un aumento en los días promedio entre la cita y la consulta sólo en mujeres con 0,70.



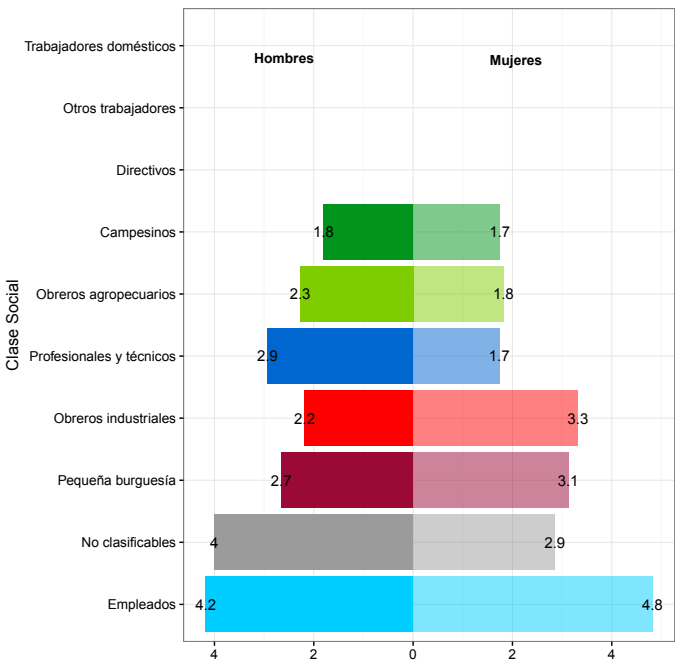
2008

Figura 4.5.2.1. Días promedio entre la solicitud de la cita y el momento de la consulta por clase social y sexo en la población general. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015

En los trabajadores se observaron desigualdades por sexo, mientras en los hombres de todas las clases sociales en promedio entre 2008 y 2015, el tiempo de espera disminuyó entre la solicitud de la cita y la atención en 0,95 días; en las mujeres se presentó un leve aumento de 0,10 días para los dos años de análisis (Figura 4.5.2.2). En 2008 las clases sociales con las menores cifras fueron los hombres empleados y las mujeres trabajadoras domésticas, mientras que en 2015 fueron los hombres campesinos y las mujeres profesionales y técnicas. Las mayores cifras en 2008, fueron los hombres obreros agropecuarios y las mujeres campesinas, mientras que en 2015 fueron los hombres de la pequeña burguesía y las mujeres empleadas.

Entre 2008 y 2015, la mayor disminución en días promedio entre la solicitud de la cita y la consulta, se presentó en los hombres campesinos con 0,9 días y la clase social con la menor disminución, fue la pequeña burguesía con 0,2 días promedio. Fue relevante el aumento de los días promedio entre la solicitud de la cita y la consulta en las mujeres trabajadoras empleadas con 2,1, mientras que en las profesionales y técnicas se observó una leve disminución de 0,38.



2015

2008

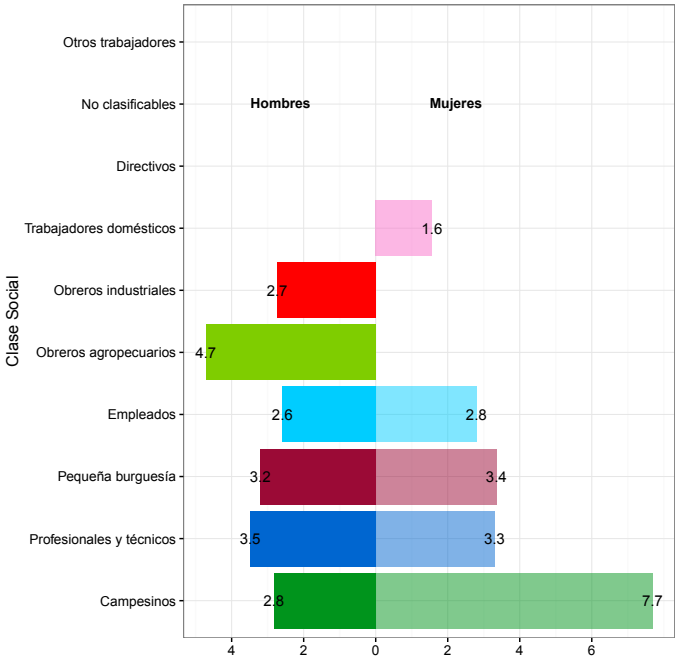
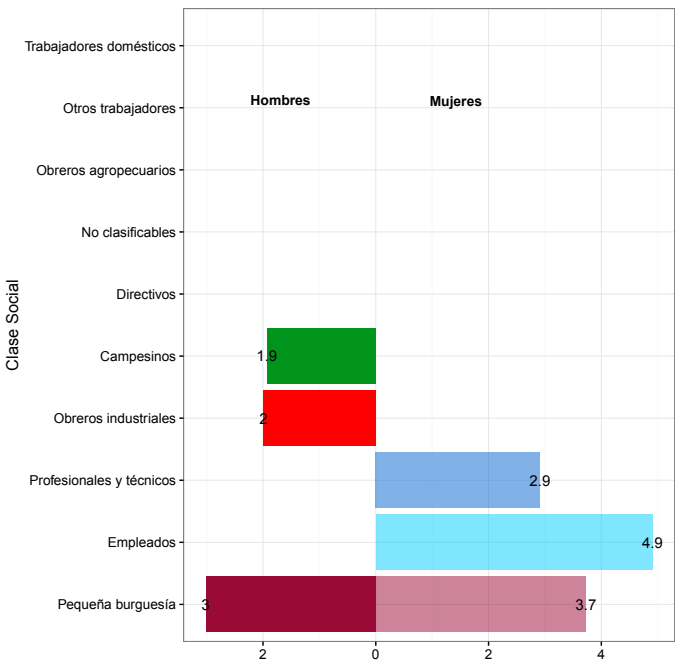


Figura 4.5.2.2. Días promedio entre la solicitud de la cita y el momento de la consulta por clase social y sexo en los trabajadores. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2015

El promedio de días entre la solicitud de la cita y la atención, disminuyó en las clases sociales entre el 2008 y el 2015, excepto en las mujeres trabajadoras donde aumentó. La clase social que presentó mayores cambios tanto en la población general, como en los trabajadores, fueron los campesinos con una reducción en los días promedio entre la solicitud de la cita y la atención entre los dos años de análisis. En la población general, los empleados mantienen altas cifras en este indicador para los dos años analizados, mientras que en los trabajadores, la pequeña burguesía pasó a ocupar la posición más desfavorable entre 2008 y 2015, a pesar de presentar sólo un leve aumento de 0,19 días.

Referencias

1. Congreso de la República. Ley 100 de 1993.

2. Kerguelén Botero CA. Calidad en salud en Colombia: Los principios. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá; 2008.

3. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015.

4. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución 256 de 2016. Available from: http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Inicio/ROSS/Resolucion2562016.aspx

5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1552 de 2013. Available from: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53131

6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV 2015.

7. Departamento Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida-ENCV-. 2008.

4.5.3. Personas atendidas con calificación negativa del servicio de salud

Existe interés de las instituciones públicas y privadas del sector salud por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención con el fin de mejorarla (1). Las bases conceptuales y metodológicas de la calidad de la atención se han justificado en el modelo desarrollado por Donavedian, cuyo análisis parte de las tres dimensiones de estructura, proceso y resultado (2), ubicando la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en la dimensión de resultado, pero del que se deriva una mirada de las tres dimensiones en conjunto (1). Por ello, en el sistema de salud colombiano mediante la legislación vigente (3,4) se realiza el seguimiento a las instituciones prestadoras de servicios de salud de los indicadores que permitan conocer la satisfacción de los usuarios para evaluar y responder a las metas en salud y al reto de la competitividad (5). Este apartado analizará la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud a partir de la información de la ENCV de 2008 (6), por medio de la pregunta *¿Cómo considera en general la calidad del servicio?* evaluando la proporción de personas que la reportaron como mala.

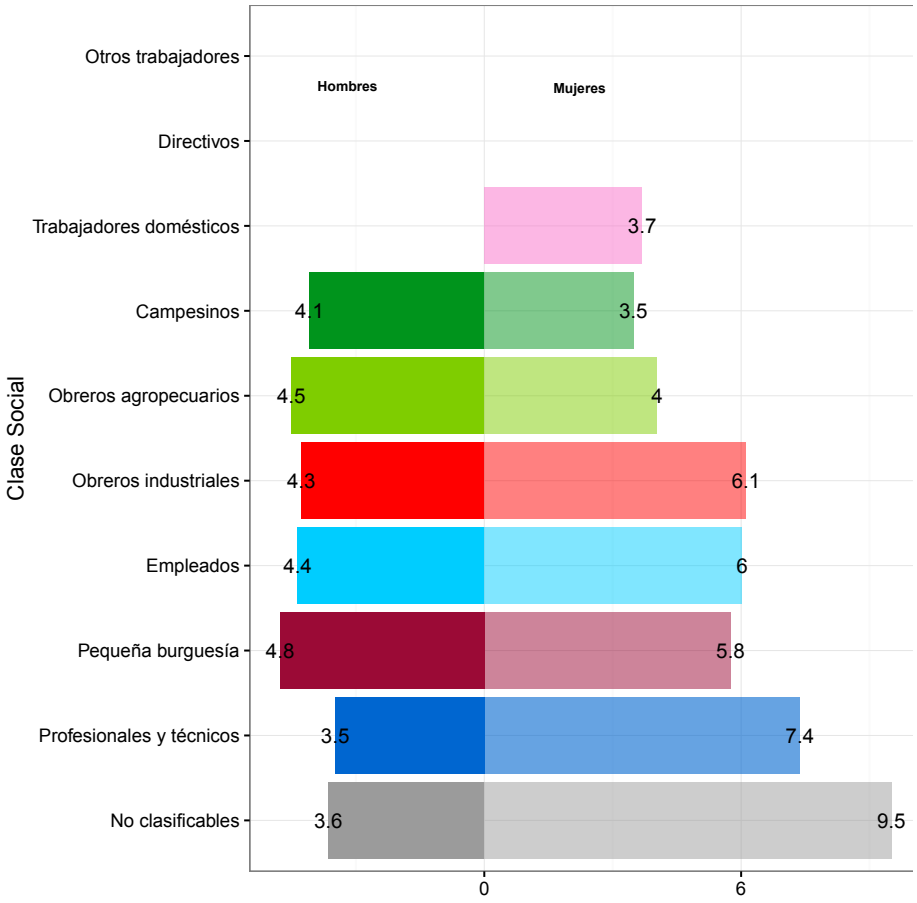
En la población general se presentaron diferencias entre clases sociales para este indicador. En la Figura 4.5.3.1., se observa que las clases sociales como trabajadores domésticos, campesinos y obreros agropecuarios presentaron menores porcentajes de percepción negativa, en la calidad de la atención del servicio de salud, mientras que los profesionales y técnicos, la pequeña burguesía y los empleados reportaron las mayores cifras.

Entre hombres y mujeres se presentaron diferencias importantes por clase social. Los hombres mostraron mayores porcentajes de percepción negativa en la calidad de la atención en salud en los campesinos y obreros agropecuarios con diferencias absolutas de 0,59% y 0,46%, respectivamente. Las mujeres ostentaron mayores porcentajes para las demás clases sociales, siendo más representativa en las profesionales y técnicas, cuya diferencia absoluta respecto a los hombres fue de 3,9%.

Además, se observaron brechas de desigualdad entre clases sociales por sexo; así los hombres de la pequeña burguesía, la clase social con los mayores porcentajes, reportaron 1,2 veces más una percepción negativa en la atención de los servicios de salud que los campesinos. Las mujeres profesionales y técnicas mostraron 2,1 veces más, percepción negativa de la atención en los servicios de salud que las campesinas. La clase social con cifras similares para hombres y mujeres, fue la de los obreros agropecuarios.

Figura 4.5.3.1. Personas atendidas con calificación negativa del servicio de salud por clase social y sexo en la población general. Colombia, 2008

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008



En los trabajadores para el mismo año de análisis, se observaron mayores porcentajes en las mujeres; no obstante, las obreras industriales y agropecuarias no reportaron valores, así como los hombres de la clase social, trabajadora doméstica. Al analizar las clases sociales, se observó que mientras en la población general, la clase campesina presentó menores cifras de calificación negativa de la atención de los servicios de salud, con un mayor porcentaje en los hombres, en los trabajadores mostró ser la clase social con la peor percepción, ostentando la mayor cifra en las mujeres.

En el análisis por sexo, los hombres campesinos presentaron una diferencia absoluta de 0,95% más que los empleados, mientras que en las mujeres para las mismas clases sociales esta diferencia fue de 2,7%, reflejando una brecha de desigualdad en este indicador.

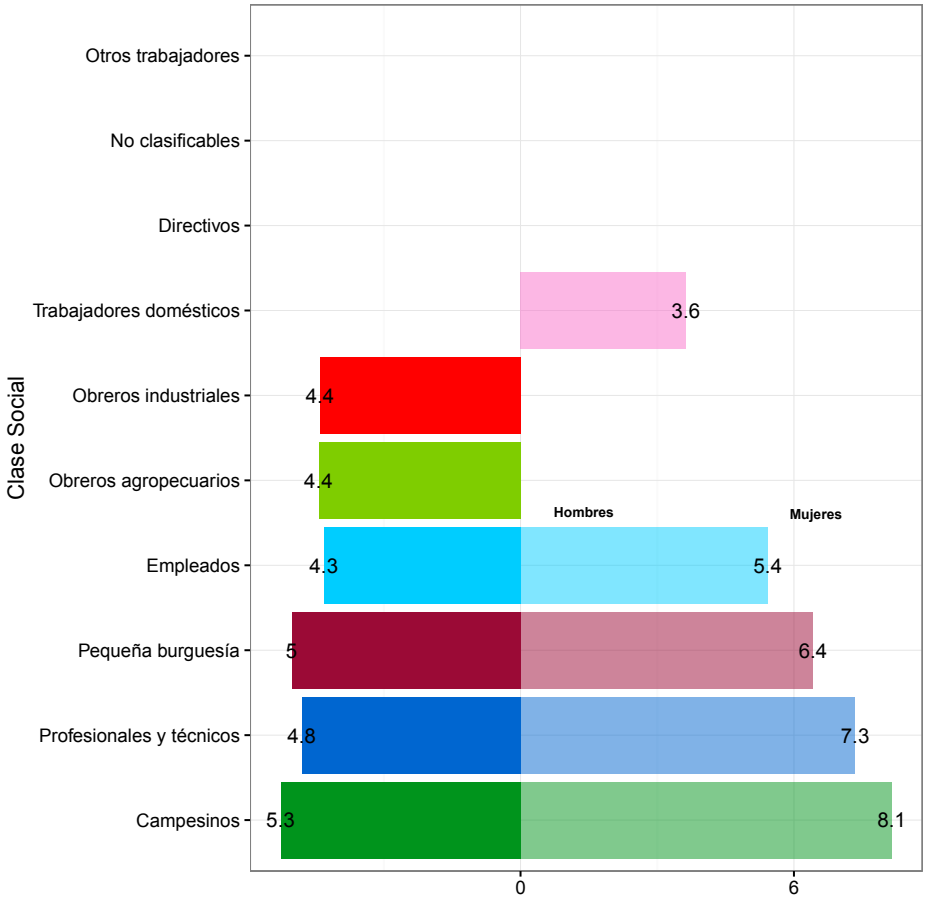


Figura 4.5.3.2. Personas atendidas con calificación negativa del servicio de salud por clase social y sexo en los trabajadores. Colombia, 2008

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008

En términos generales, en este indicador los hombres reportaron menor promedio, en cuanto a la percepción de la calidad de los servicios de salud siendo mayor en los hombres trabajadores (4,8%), que en los hombres de población general (4,1%). Las mujeres, mostraron promedios más altos con 6% en la población general y en las trabajadoras de 6,8%. También fue relevante el cambio de la clase social campesina, pasando de una menor cifra de percepción negativa de la atención en salud en la población general, a mostrar las mayores cifras en los trabajadores; con una diferencia de 1,2% en los hombres y de 4,7% en las mujeres.

Referencias

1. Ramírez-Sánchez TDJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Publica Mex. 1998;40(1):03–12.

2. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Conferencia Magistral. Salud Publica Mex. 35AD;3:238–47.

3. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. 1993.

4. Ministerio de Salud y proteccion social. Decreto 2309 de 2002, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. 2002;1–17.

5. Roldán P, Vargas CR, Giraldo CP, Valencia GE, García CL, Salamanca LM. Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. Colomb Med. 2001;32(1):14–8.

6. Departamento Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida-ENCV-. 2008

4.5.4.Personas con enfermedad, accidente o problema de salud en los últimos 30 días remitidos a especialistas

Una de las características de los sistemas de salud basados en el aseguramiento, es la introducción de lo que se conoce como el cuidado regulado, que es básicamente, el cambio del flujo de la remisión a especialistas con el único criterio de la decisión del médico tratante, para añadirle los criterios de disponibilidad de especialistas (1). Una de las principales barreras que se han advertido dentro del sistema de salud colombiano, es la dificultad en la obtención de atención en sitios de alta y mediana complejidad o la remisión a médicos especialistas (2). Para evaluar cómo ha evolucionado la obtención de este tipo de servicios, se analizará a continuación el *porcentaje de personas que obtuvo una remisión por problemas agudos de salud (menores a 30 días) por clase social*, a partir de la ENCV de los años 2008 y 2015.

2008

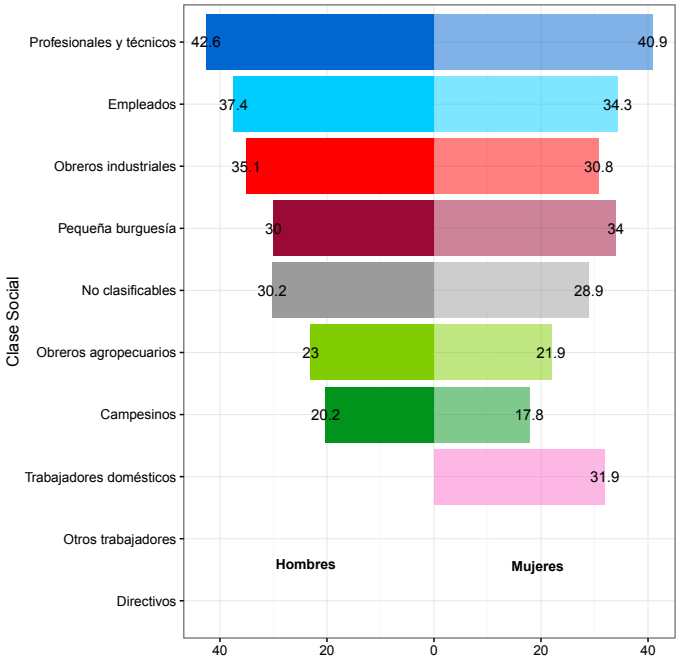
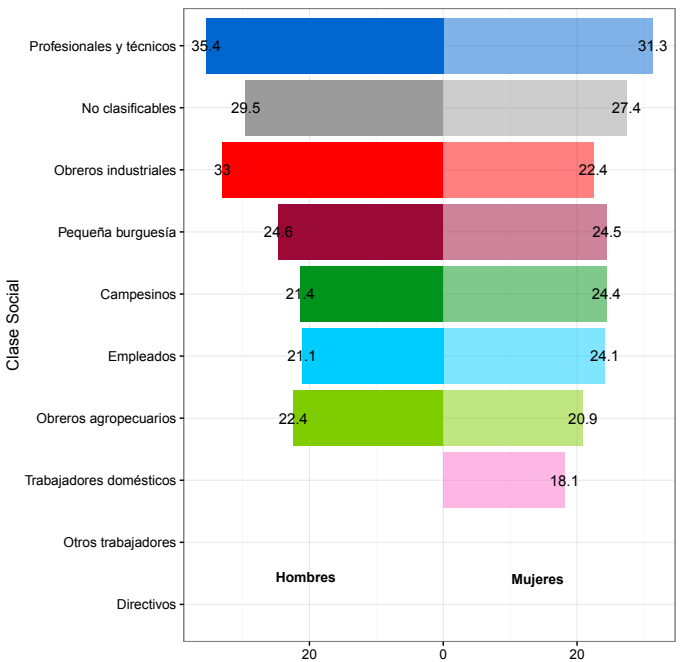


Figura 4.5.4.1. Porcentaje de personas con enfermedad, accidente o problema de salud en los últimos 30 días remitidos a especialistas de salud, por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2015

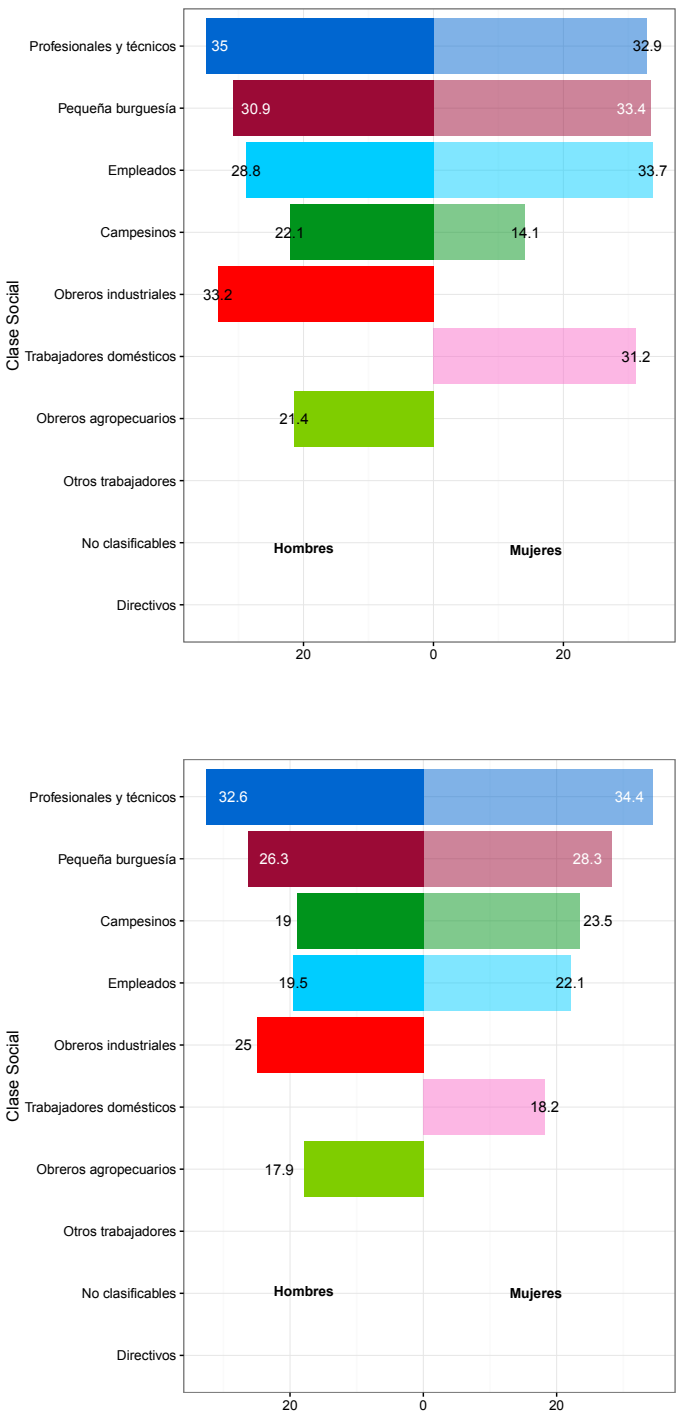
En 2008, para hombres de la población general según clase social del jefe del hogar, el porcentaje de personas con algún problema de salud, ocurrido durante los últimos 30 días, que recibió una remisión a médicos especialistas osciló entre 42,6% en la clase de profesionales y técnicos y 20,2%; en la clase de campesinos, una brecha absoluta de 22,4% en contra de los campesinos (Figura 4.5.4.1.). El promedio de remisiones entre clases del sexo masculino fue de 31,2%. En mujeres de la población general, la clase de profesionales y técnicos también fue la que obtuvo un mayor porcentaje de remisiones, con 40,9% y la de menor porcentaje fue la de campesinos, con 17,8%. La brecha absoluta entre estas dos clases en mujeres fue de 23,1% y el promedio de atención recibida en todas las clases ascendió a 30%.

En hombres para 2015, la clase de profesionales y técnicos continuó siendo aquella con mayor porcentaje de remisión a un especialista, con 35,4%, mientras que la de empleados fue la que registró el menor porcentaje, con 21,1%, para una brecha absoluta de 14,3% (Figura 4.5.4.1.). El promedio de remisiones realizadas para hombres de todas las clases fue de 27,7%. En mujeres este mismo año la clase de profesionales y técnicos registró la proporción más alta de remisiones, con 31,3%, y la de trabajadores domésticos tuvo 18,1%, teniendo la proporción más baja de remisiones, con una brecha absoluta de 13,2%.

El porcentaje de remisiones tuvo una reducción en la mayoría de las categorías, en el periodo 2008-2015. La que tuvo una mayor disminución absoluta en hombres, fue la clase de empleados con 16,3%. De manera contraria, aquella que tuvo un aumento de remisiones fue la clase de campesinos, que aumentó el porcentaje en 1,2%. La misma tendencia general fue observada en mujeres, donde todas las clases, excepto la de campesinos, mostraron una disminución en las remisiones a especialista. La clase de trabajadores domésticos tuvo la mayor reducción absoluta con 13,8%. Nuevamente la clase de campesinos mostró el único aumento de remisiones de todas las clases, con un 6,6% (Figura 4.5.4.1.).

Figura 4.5.4.2. Porcentaje de trabajadores con enfermedad, accidente o problema de salud en los últimos 30 días que fueron remitidos a especialistas de salud, por clase social. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



En cuanto a los porcentajes de remisión al especialista observados en hombres de la población de trabajadores, se conservó el comportamiento por clase social observado en la población general, siendo los profesionales y técnicos aquellos con mayores proporciones de pacientes remitidos, y los campesinos y obreros agropecuarios las clases con los valores más bajos para este indicador (Figura 4.5.4.2.). En las mujeres de la población trabajadora, el comportamiento fue ligeramente diferente, siendo las de la clase de profesionales y técnicas la que obtuvieron mayores porcentajes de remisión, con 34,4% y la de trabajadoras domésticas aquella con un menor porcentaje (18,2%). La brecha en el porcentaje de remisiones logradas entre estas dos clases asciende a 16,2% (Figura 4.5.4.2.).

Según lo evidenciado en los datos descritos previamente, las personas de la clase de profesionales y técnicos, son aquellos que tienen mayor porcentaje en obtención de remisiones para el año 2015, este fenómeno se repite en ambos sexos, para la población general. Otro hecho particular a resaltar, es que la mayoría de las clases sociales disminuyeron en el porcentaje de remisiones logradas, en el periodo 2008-2015, siendo la clase de empleados la que mostró la mayor reducción en las remisiones a especialista. Los campesinos fueron la única clase que presentó un aumento de la misma, aunque fuera menor al 1%; cabe anotar que la población trabajadora suele lograr un porcentaje menor de remisiones que el resto de personas en su misma clase.

Referencias

1. Anthony D. Changing the nature of physician referral relationships in the US: the impact of managed care. Soc Sci Med. 2003;56(10):2033-2044. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12697195. Accessed October 18, 2016.

2. Abadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. Soc Sci Med. 2009;68(6):1153-1160. doi:10.1016/j.socscimed.2008.12.049.

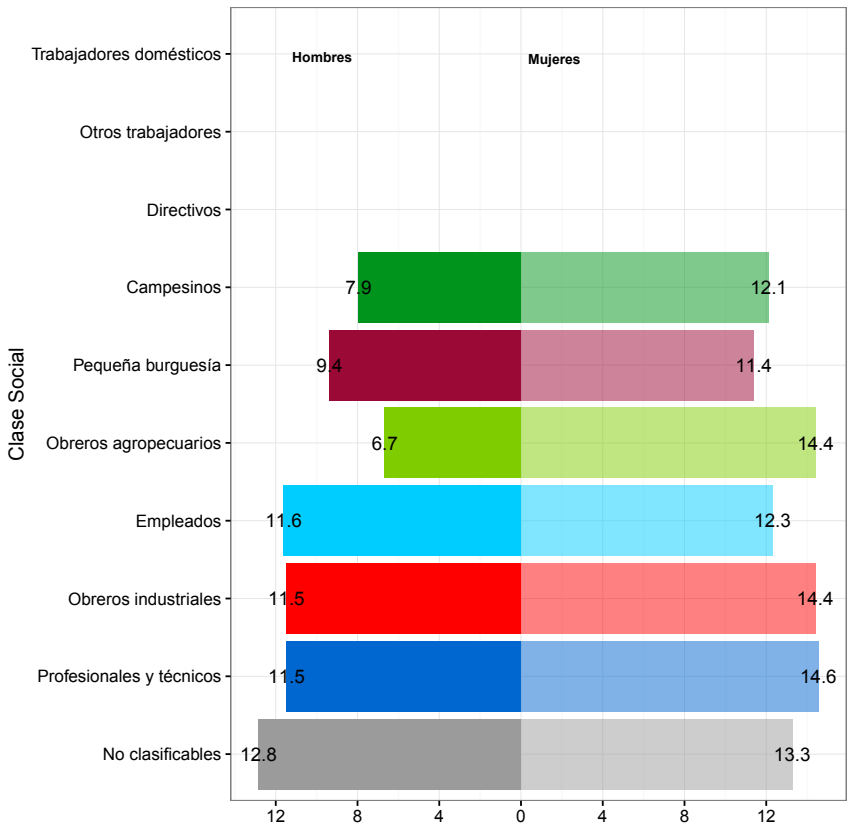
4.5.5. Días para obtener cita con el especialista en los últimos 30 días

Las listas de espera y la necesidad de aguardar algunos días, semanas o meses para obtener algún servicio de especialista, con motivos que pueden variar desde una remisión por un problema de salud leve, hasta procedimientos quirúrgicos, es un problema en varios sistemas de salud del mundo (1,2). Según datos de política pública en salud de Canadá, los tiempos de espera para consulta con especialista tienden a aumentar, en medio de opiniones de pacientes y de médicos que creen que el momento de la cita llega casi un mes después de lo que para ellos sería un tiempo "*razonable*" clínicamente (3).

Este capítulo tiene como objetivo describir los tiempos transcurridos para la obtención de una cita con especialista en los últimos 30 días, y si existen diferencias de acuerdo a la clase social, a partir de la ENCV de 2008.

Figura 4.5.5.1. Días promedio en obtener cita con el especialista en población general según clase social del hogar. Colombia, 2008

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008



En 2008, el número de días promedio para que una persona de la población general pudiera obtener una cita con especialista, varió para hombres, entre 6,7 días en obreros agropecuarios y 11,6 días en la clase de empleados, con una diferencia absoluta de 4,8 días entre ambas clases. En mujeres, el número de días cambió entre 11,4 días obtenidos en la clase de pequeña burguesía y 14,6 días en la clase de profesionales y técnicos, con una diferencia absoluta de 3,2 días.

Las diferencias en tiempos de atención en hombres y mujeres mostró variaciones en la misma clase social desde 0,7 días en los empleados, hasta 7,7 días entre obreros agropecuarios hombres y mujeres (Figura 4.5.5.1.).

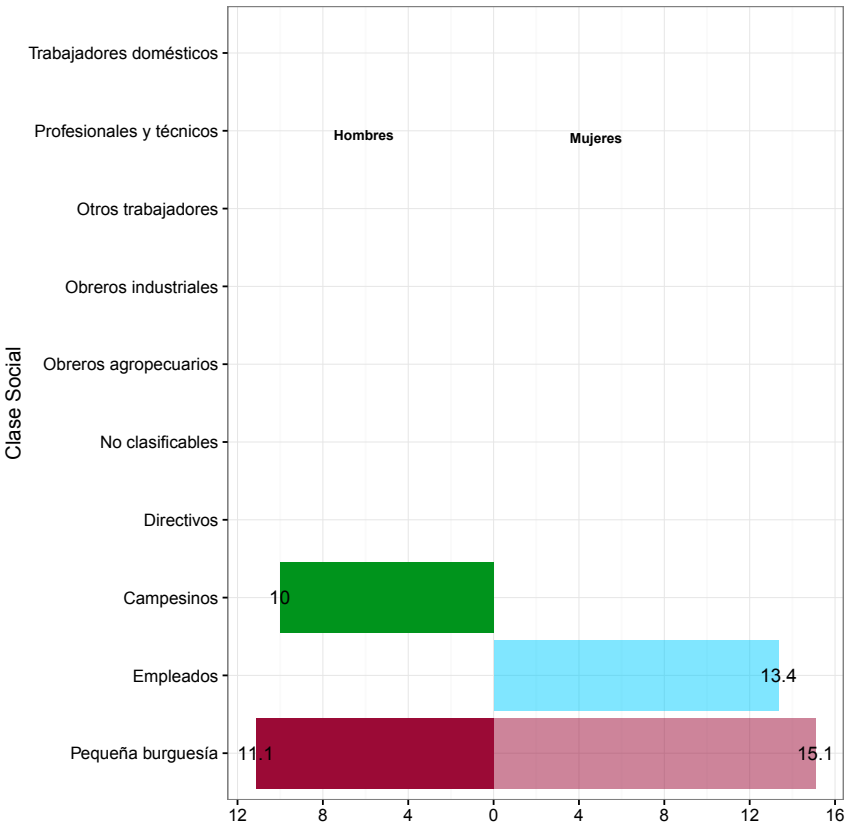


Figura 4.5.5.2. Días promedio para obtener cita con el especialista en trabajadores por clase social. Colombia, 2008

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008

En la población trabajadora, sólo hubo reportes en hombres campesinos, con 10 días y pequeña burguesía, con 11,1 días. En mujeres, las dos categorías con reporte fueron los empleados, con 13,4 días para obtención de citas y la pequeña burguesía, con 15,1 días. (Figura 4.5.5.2.)

Respecto a diferencias observables entre trabajadores y la población general, un hallazgo importante es que las mujeres de la pequeña burguesía tienen los tiempos más largos de toda la población, para obtener citas con especialistas. También se puede verificar que cada clase social obtiene tiempos más largos de atención si pertenece a la población trabajadora (Figuras 4.5.5.1. y 4.5.5.2.).

El hecho de que el número de días de espera para obtener una cita con especialista tienda a ser mayor en mujeres que en hombres, podría estar relacionado en el mayor número de consultas que tiende a presentar este sexo en la consulta general, y que en general la salud autopercibida tiende a ser menor (4,5)*. Una característica particular subrayada en las estadísticas de consulta de la población trabajadora, es que sólo hay entradas para dos clases sociales en ambos sexos. Esto puede explicarse porque los trabajadores tienen potencialmente menos tiempo para esperar a ser atendidos o para ausentarse del trabajo por causa de una cita, además de necesitar probablemente mayores cuidados en manejo de dolores comunes que sólo requieren visitas al médico general, como también se ha presentado en otros países* (6)*.*

Referencias

1. Hacker J, Stanistreet D. Equity in waiting times for two surgical specialties: a case study at a hospital in the North West of England. J Public Health (Oxf). 2004;26(1):56-60. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15044576. Accessed October 18, 2016.

2. De Coster C, McMillan S, Brant R, McGurran J, Noseworthy T, Primary Care Panel of the Western Canada Waiting List Project. The Western Canada Waiting List Project: development of a priority referral score for hip and knee arthroplasty. J Eval Clin Pract. 2007;13(2):192-6; quiz 197. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00671.x.

3. Barua B, Esmail N. Waiting your turn: Wait times for health care in Canada, 2013 Report. 2013. http://ssrn.com/abstract=2346373. Accessed October 18, 2016.

4. Gerritsen AAM, Devillé WL. Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2009;9:109. doi:10.1186/1471-2458-9-109.

5. BERTAKIS KD, AZARI R, HELMS LJ, CALLAHAN EJ, ROBBINS JA. Gender Differences in the Utilization of Health Care Services. J Fam Pract. 2000;49(2):147-147.

6. Hansen AH, Halvorsen PA, Ringberg U, et al. Socio-economic inequalities in health care utilisation in Norway: a population based cross-sectional survey. BMC Health Serv Res. 2012;12(1):336. doi:10.1186/1472-6963-12-336.

4.5.6. Población con enfermedad, accidente o problema de salud que fue atendida en urgencias

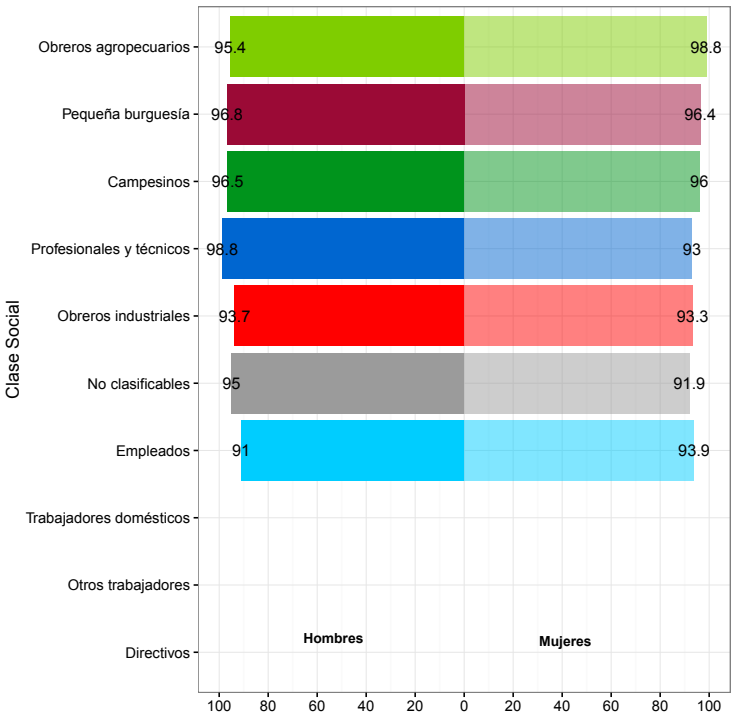
El servicio de urgencias es la puerta de entrada a la atención sanitaria y hospitalaria para la resolución de problemas de salud que requieren intervención inmediata y que muchas veces ponen en inminente peligro la vida del paciente. De ahí que, dentro del análisis de las desigualdades de la atención en salud el acceso a urgencias tenga especial relevancia (1). El porcentaje de personas atendidas en urgencias, corresponde a la proporción de personas efectivamente atendidas, frente al total de las que asistieron al servicio, por haber presentado en los 30 días previos a la Encuesta alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o similar que no implicase hospitalización; este indicador buscó medir el acceso al suministro de este tipo de servicios, además sólo se analizó para 2015 debido a que en ese año se incluyó la pregunta respectiva en la ENCV (2).

Para la población general, se observaron valores para este indicador en todos los grupos de análisis, de más de 92% (Figura 4.5.6.1.). Se encontraron pocas desigualdades en el acceso a urgencias entre clases sociales y entre sexos para una misma clase. En hombres, la mayor brecha se presentó en empleados al comparar con profesionales y técnicos, con una diferencia absoluta de 7,8%; mientras en mujeres la mayor diferencia absoluta fue 5,8% entre profesionales y técnicos frente a obreras agropecuarias. Las desigualdades entre sexos para una misma clase, mostraron una mayor brecha en los trabajadores y técnicos donde los hombres tuvieron 5,8%, más de acceso que las mujeres.

Para trabajadores en 2015, las desigualdades también fueron bajas entre clases y sexos. En hombres y mujeres la mayor diferencia absoluta la presentaron empleados frente a pequeña burguesía con diferencias absolutas de 8,3% y 6%, respectivamente. Al comparar sexos para una misma clase, la mayor diferencia absoluta la presentaron empleados donde las mujeres tuvieron 5,4% más de acceso que los hombres (Figura 4.5.6.1).
En Colombia para 2015 el porcentaje de personas atendidas en urgencias tanto en población general como en trabajadores, presentó pocas desigualdades entre clases sociales, en ambos sexos. La comparación entre sexos reveló que para el año en estudio las mujeres reportaron mayor acceso que los hombres.

Figura 4.5.6.1. Porcentaje de personas atendidas en urgencias en población general por clase del hogar y trabajadores por clase social. Colombia, 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2015



Referencias

1. Mohsin M, Bauman A, Ieraci S. Is there equity in emergency medical care? Waiting times and walk-outs in South Western Sydney hospital emergency departments. Aust Heal Rev [Internet]. 1998;21(3):133–49. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=1999015984&site=ehost-live

2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de Metodología y Producción Estadística. Metodología General Encuesta Nacional de Calidad de Vida-ECV. Bogotá: DANE; 2016. p. 1–102.

4.5.7. Población con una hora o más de espera para ser atendido por personal médico en urgencias

El tiempo de espera para la atención en el servicio de urgencias constituye un indicador de la calidad del mismo, en consecuencia es un tema relevante en el análisis de las desigualdades en la atención en salud (1). Para evaluar las demoras en la atención y dado que la ENCV 2015 reportó el tiempo de espera en urgencias de forma categórica y no cuantitativa (2), *se asumió como inoportunidad en la atención la espera igual o mayor a una hora; en consecuencia se utilizó como indicador la proporción de personas, que recurriendo al servicio necesitaron esperar una hora o más para ser atendidas*.

Para 2015, en la población general por sexo y clase social, los obreros agropecuarios hombres presentaron el menor porcentaje de personas con demoras en la atención con 12,3%, contrastando con los profesionales y técnicos quienes tuvieron el mayor valor con 47,8%, una brecha absoluta de 35,5% o relativa de 3,90 veces más de espera en los últimos. En las mujeres, el menor valor del indicador se reportó para las campesinas con 14,7%, y el mayor en profesionales y técnicas con 31,1%, con una diferencia absoluta de 16,4% o relativa de 2,1 veces más en las últimas.

Entre géneros destacó las brechas absolutas mayores al 10% en dos de las clases sociales. En obreros agropecuarios las demoras en urgencias en mujeres fueron 14,9% o 2,20 veces las de los hombres; mientras que en profesionales y técnicos, la brecha absoluta de hombres frente a mujeres fue de 16,7% o de 1,50 veces. La pequeña burguesía fue la única clase con brechas inferiores a 3%.

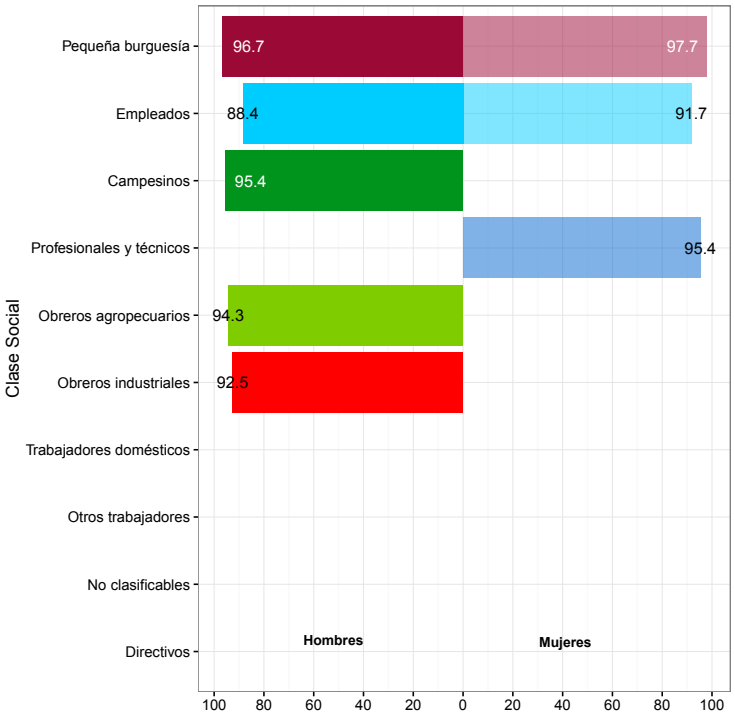
En los trabajadores, los obreros agropecuarios tuvieron el menor indicador en hombres con 15,7% y, al igual que en la población general, los obreros industriales presentaron el mayor valor del indicador con 31,5%, una diferencia absoluta frente a obreros agropecuarios de 15,8% o relativa de 2,00 veces más demora en la atención de urgencias. La pequeña burguesía presentó el indicador más bajo en mujeres con 26,4% y las empleadas tuvieron el mayor con 38,3% con una diferencia absoluta de 11,9% o relativa de 1,60.%

Las mayores brechas entre géneros en trabajadores presentaron un valor inferior a las mostradas en la población general; de esta forma las empleadas mujeres exhibieron mayores demoras con una diferencia de 8,9% o 1,20 veces, la demora en los hombres. Destacó además que la pequeña burguesía mostró una mayor brecha por género que la reportada en la población general, pues las mujeres alcanzaron una brecha absoluta en el indicador de 4,6% y una brecha relativa de 1,2 veces la demora de los hombres (Figura 4.5.7.1).

En Colombia para el año 2015, tanto en trabajadores como en población general de ambos sexos, se encontraron diferencias importantes entre clases sociales en el porcentaje demora en la atención en urgencias; no obstante, las desigualdades entre las clases con más y menos demoras, fueron mayores en la población general respecto a las observadas en trabajadores, y en hombres respecto a las de las mujeres. En población general se encontraron también diferencias importantes entre sexos, para obreros agropecuarios las demoras fueron más grandes en mujeres que en hombres, y en profesionales y técnicos en hombres que en mujeres.

Figura 4.5.7.1. Porcentaje de personas con demora en urgencias en población general por clase social del hogar y trabajadores por clase social. Colombia, 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008



Referencias

1. Mohsin M, Bauman A, Ieraci S. Is there equity in emergency medical care? Waiting times and walk-outs in South Western Sydney hospital emergency departments. Aust Heal Rev [Internet]. 1998;21(3):133–49. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=1999015984&site=ehost-live

2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de Metodología y Producción Estadística. Metodología General Encuesta Nacional de Calidad de Vida-ECV. Bogotá: DANE; 2016. p. 1–102.

4.5.8. Población con enfermedad, accidente o problema de salud en los últimos 30 días, con formulación y entrega de medicamentos

Los medicamentos son un recurso que constituye un aspecto esencial en la atención sanitaria siendo su acceso de gran interés e importancia, dentro del análisis de las desigualdades en salud se debe considerar este tema (1). Como indicador para el análisis del acceso a medicamentos se utilizó el porcentaje de personas con un problema de salud en los 30 días previos a la encuesta que habiendo asistido al médico y habiéndosele prescrito medicamentos, estos les fueron entregados total o parcialmente; este indicador ha sido usando en Colombia y en otros países para analizar la desigualdad en el acceso de los medicamentos utilizando los datos de encuestas de calidad de vida (2-4).

En población general en 2008, las mujeres tuvieron desigualdades importantes en el acceso a medicamentos. En 2015 estas desigualdades no sólo aumentaron en mujeres sino que también fueron importantes en hombres. En el 2008, en hombres el rango fue de 66,2% en pequeña burguesía, a 73,7% en obreros agropecuarios, con una diferencia absoluta de 8%, en mujeres fue de 71,4% ,en pequeña burguesía a 84,3% en empleadas con una diferencia absoluta de 13%. En 2015 en hombres la clase con menor acceso fue profesionales y técnicos con 65,1% y la pequeña burguesía le siguió con 76%, mientras que las clases con mayor acceso fueron empleados y obreros agropecuarios con 85,7% y 85,2%, respectivamente.

La diferencia absoluta entre las clases con más y menos acceso fue 21%; para mujeres ese año el menor acceso lo tuvieron las trabajadoras domésticas con 60,1%; la pequeña burguesía tuvo el tercer valor más bajo con 77,8%, seguido por empleadas con 79,9%; las obreras agropecuarias presentaron el mayor indicador con 83,7%; la diferencia absoluta entre las clases con mayor y menor acceso fue 23,7%.

Comparando cada clase social entre los años 2008 y 2015, se encontró que todas incrementaron el acceso a medicamentos salvo en hombres y mujeres profesionales y técnicos, y en mujeres trabajadoras domésticas y empleadas. El mayor incremento en hombres lo presentaron los empleados con 12,7%, y en mujeres las campesinas con 10,4%, resaltó además la reducción de 11,4% en trabajadoras domésticas. Al comparar cada clase entre sexos, en 2008 la única diferencia importante se presentó en empleados, donde las mujeres tuvieron 11,4% más de acceso que los hombres, mientras que en 2015 ninguna clase presentó diferencias relevantes (Figura 4.5.8.1).

2008

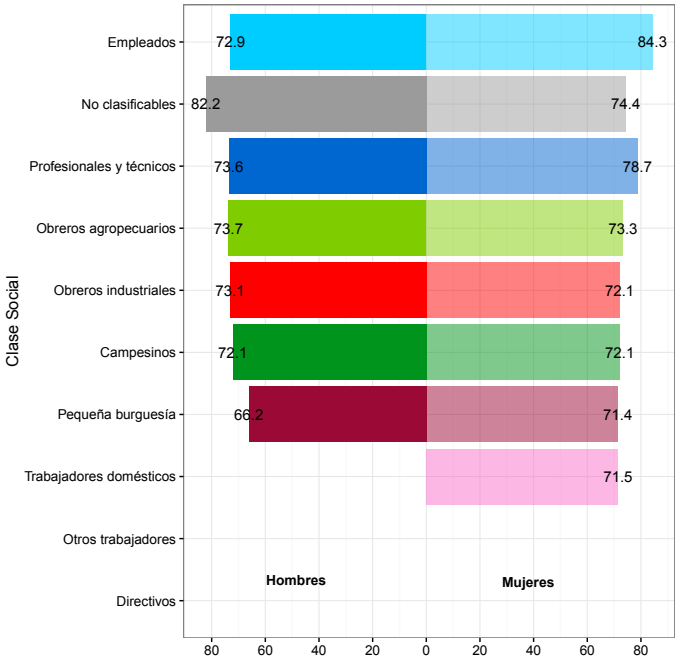
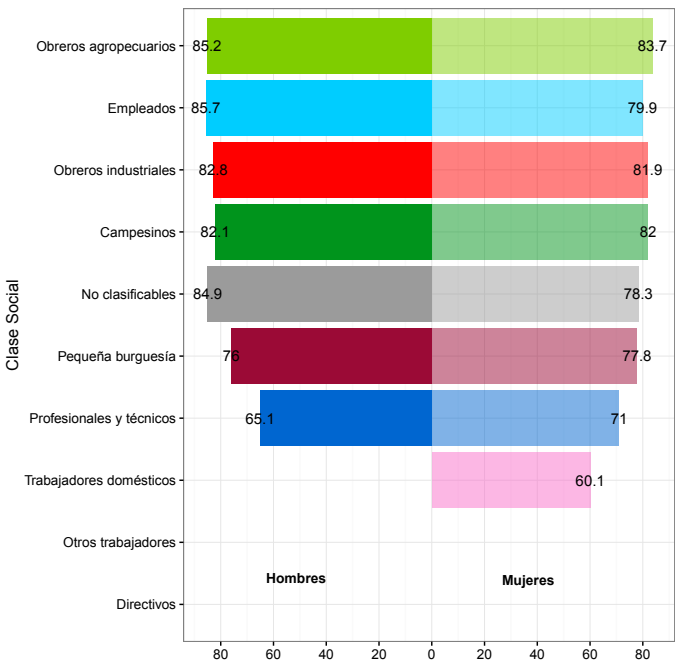


Figura 4.5.8.1. Porcentaje de personas con entrega de medicamentos por clase social del hogar, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2015

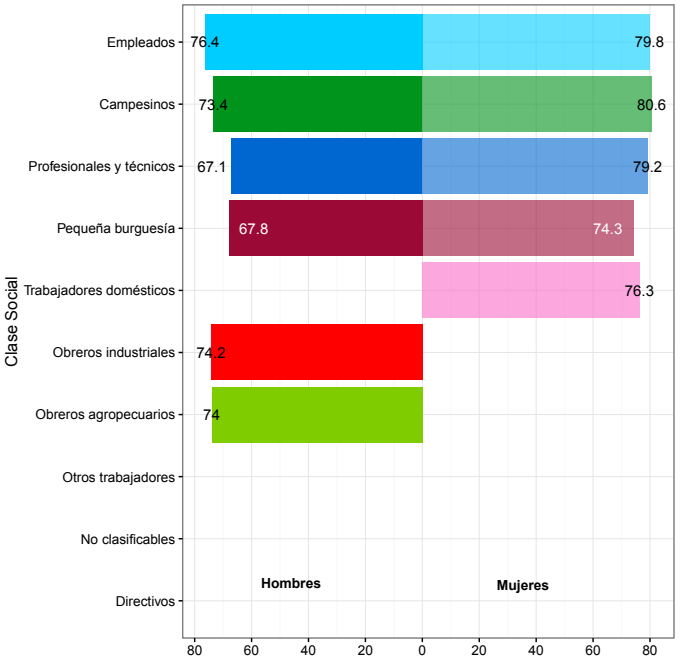
En trabajadores, no se presentaron diferencias importantes entre clases en 2008 pero si en 2015, especialmente en hombres. En 2008, el rango del acceso a medicamentos en hombres fue de 67,1% en profesionales y técnicos, a 76,4% en empleados con una diferencia absoluta de 9,3%; mientras que en mujeres de pequeña burguesía fue de 74,3%, a 80,1%; en campesinas una diferencia absoluta de 6,3%. En 2015 en hombres los profesionales y técnicos volvieron a tener el menor acceso a medicamentos con 68,4% y los empleados el más alto con 86,6% con una diferencia absoluta de 18,2%; para mujeres en 2015, la clase con menos acceso fue profesionales y técnicos con 75,9%, seguida de la pequeña burguesía con 76,2%; mientras que las campesinas siguieron teniendo el indicador más alto con 86,5%; la diferencia absoluta entre las clases con más y menos acceso a medicamentos en mujeres fue de 10,6%.

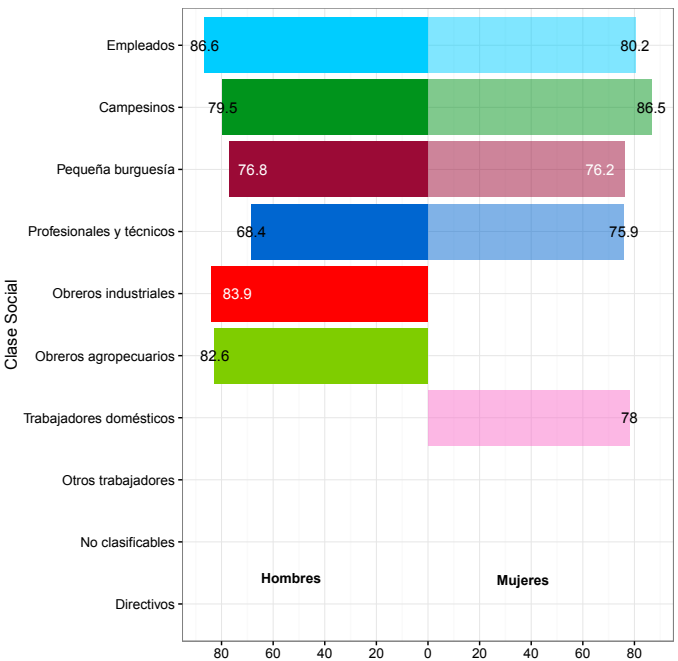
Comparando los valores de cada clase entre los años 2008 y 2015 se encontró que, salvo en mujeres profesionales y técnicas, hubo un incremento del acceso para todas las clases en ambos sexos, especialmente en hombres. El mayor incremento en hombres se presentó en empleados con 10,2%; mientras que el mayor incremento en mujeres se dio en campesinas con 5,9%. Para 2008, la única diferencia absoluta relevante entre sexos fue en profesionales y técnicos donde las mujeres tuvieron 12,1% más de acceso que los hombres; para 2015 esta clase presentó una disminución de esta diferencia, pues las mujeres tuvieron 7,5% más de acceso que los hombres, siendo nuevamente la clase con mayores diferencias entre sexos (Figura 4.5.8.2.).

En población general como en trabajadores, para el indicador de acceso a medicamentos en Colombia en 2008, se observaron pocas desigualdades entre clases sociales, mientras que en 2015 se presentó una desigualdad importante entre las clases con mayor y menor acceso a medicamentos. Entre 2008 y 2015 se mostró un incremento en el acceso en la mayoría de las clases en ambos sexos, especialmente en hombres. Hubo pocas diferencias entre sexos, salvo profesionales y técnicos en trabajadores y en empleados de la población general, donde las mujeres tuvieron un acceso considerablemente mayor que los hombres.

Figura 4.5.8.2. Porcentaje de personas con entrega de medicamentos, trabajadores, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008





Referencias

1. Uranga N. Acceso a medicamentos esenciales: un derecho de todos. Rev Pediatría Atención Primaria. 2004;87(263):263–9.

2. Zambrano A. C, Ramírez M., Yepes FJ., Guerra JA., Rivera D. ¿Qué muestran las encuestas de calidad de vida sobre el sistema de salud en Colombia? Cad Saude Publica [Internet]. 2008;24(1):122–30. Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-38349104221&partnerID=40&md5=52110fc7dc93c05568bea6b7348b5287

3. Ayala Garcia J. La salud en Colombia: más cobertura por menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional, Banco de la República. Bogotá, Colombia; 2014.

4. Tobar F. Acceso a los medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Buenos Aires; 2002.

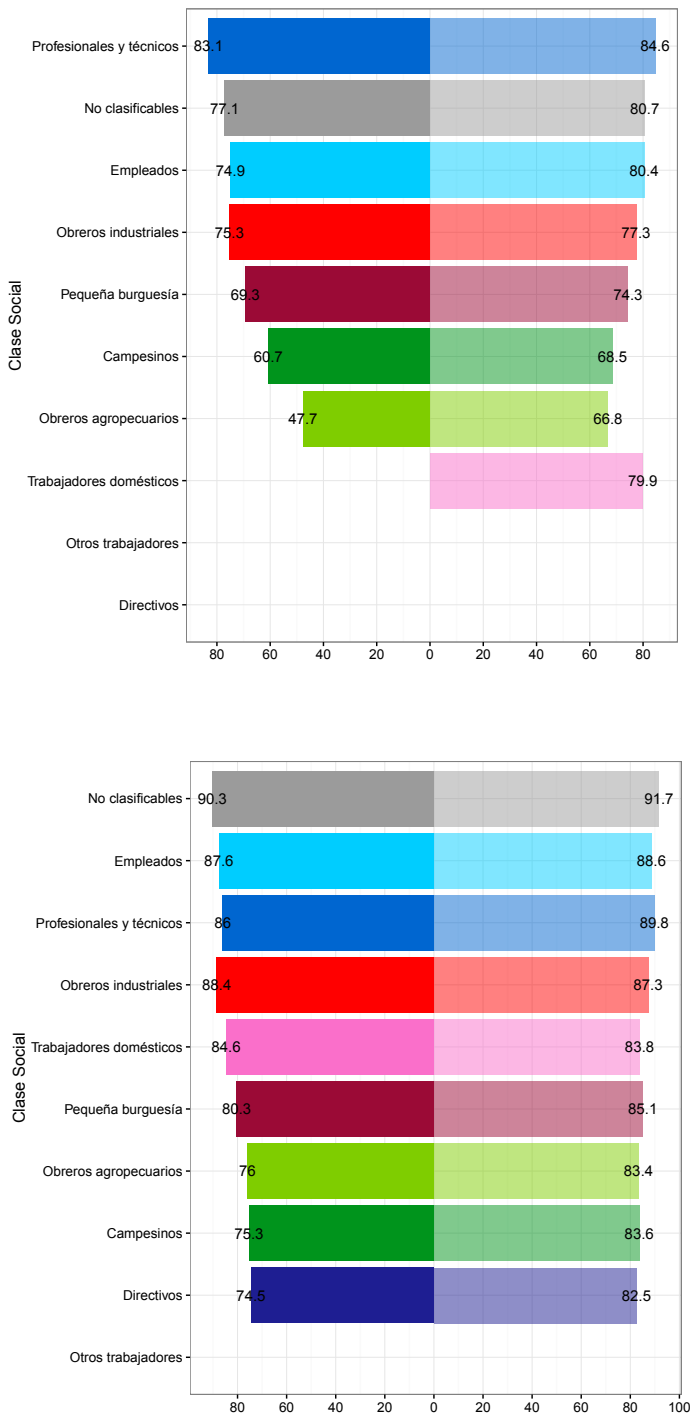
4.5.9. Atención periódica en pacientes con enfermedad crónica

Tendencias como la globalización, la adopción de estilos de vida sedentarios, la industrialización y la migración progresiva hacia zonas urbanas, hace que las enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión, la diabetes y el tabaquismo, sean un problema de salud pública, ya sea en países de ingresos altos, como en aquellos de medianos y bajo (1). Además de la morbilidad generada por este tipo de enfermedades, el impacto económico negativo en las diferentes sociedades es grande y con tendencia al aumento (2).

Siendo un país tropical, Colombia debe enfrentar tanto la carga de enfermedades tropicales, como la creciente carga de enfermedades crónicas, que en su mayoría no resultan en muerte inminente, sino que causan discapacidad y debilitamiento progresivos, especialmente si no son manejadas en forma adecuada, generando desarrollo de complicaciones prevenibles a edades relativamente tempranas, menor calidad de vida y muertes prematuras (3). Dadas estas complicaciones evitables, que derivan de la coexistencia de pobres condiciones socioeconómicas y de la fisiopatología de la enfermedad (4), se analizará a continuación la tendencia de la atención a este tipo de enfermedades en el país, con el indicador de atención periódica en pacientes con enfermedad crónica de la ENCV 2008 y 2015. Este indicador se evaluó con la pregunta: *¿Tiene alguna enfermedad crónica enfermedad de larga duración y prolongados tratamientos como: enfermedades cardiovasculares-hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, gota, leucemia, diabetes, etc.)?*

Figura 4.5.9.1. Porcentaje de personas con enfermedad crónica que reciben atención periódica, por clase social del hogar. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



En 2008, la atención recibida por enfermos crónicos en hombres, tuvo una brecha absoluta de 35,4%, desde 83,1% en la clase de profesionales y técnicos a 47,7% en la clase de obreros agropecuarios, una brecha absoluta de 35,4%. En mujeres, el porcentaje de atención osciló entre 84,6%, también en la clase de profesionales y técnicos y 66,8% en la clase de obreros agropecuarios, siendo la brecha absoluta de 17,8%. En hombres, después de la clase de profesionales y técnicos, las clases que obtuvieron un mayor porcentaje de atención fueron los obreros industriales y los empleados con 75,3% y 74,9%, respectivamente. Las mujeres mostraron un patrón similar, con los profesionales teniendo un mayor nivel de atención, seguidos de los empleados, trabajadores domésticos y empleados. Las personas de hogares campesinos fueron el grupo que tuvo un menor porcentaje de atención, con 66,8%; las diferencias de atención por sexo fueron, en el grupo con mayor atención, de 1,5% adicional recibida por mujeres (Figura 4.5.9.1.). En ambos sexos, las clases con menores porcentajes de atención fueron la de los campesinos (68,5%) y la de obreros agropecuarios (83,4%) (Figura 4.5.9.1.).

En 2015, el rango de atención en hombres osciló entre 88,4% y 74,5%, con una brecha entre la primera y la última clase de 13,9%. Los hombres de las familias clasificadas en la clase de obreros industriales, reportaron el mayor valor de atención periódica, mientras que aquellos en la clase de directivos, tuvieron el menor. En mujeres, el porcentaje de atención periódica para enfermas crónicas varió entre 89,8% en las clases de profesionales y técnicos y 82,5%, en la clase de directivos. Para los hombres, el promedio de atención recibida entre todas las clases de la población general, para este año fue de 82%, mientras que en mujeres ascendió a 86,2%. Las mujeres en familias de clase de profesionales y técnicos tuvieron la mayor frecuencia de atención. A su vez, las mujeres de la clase de directivos, tuvieron el menor porcentaje entre las mujeres, con 82,5%.

En ambos años, las mujeres con enfermedad crónica reportaron el mayor porcentaje de atención periódica con respecto a los hombres con esta misma condición (Figura 4.5.9.1). Es claro que en ambas mediciones se observó una mayor atención de enfermedad crónica en las mujeres que para los hombres del año y clase correspondiente.

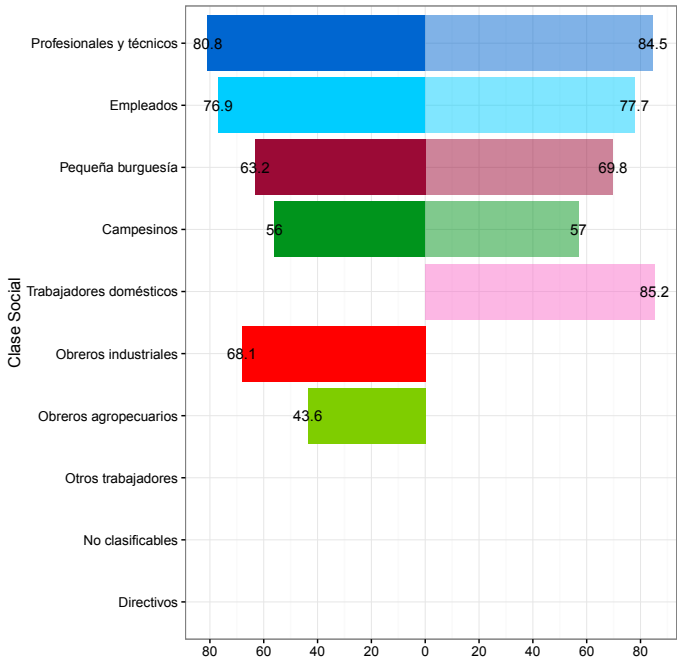
Referencias

1. Maher D, Harries AD, Zachariah R, Enarson D. A global framework for action to improve the primary care response to chronic non-communicable diseases: a solution to a neglected problem. BMC Public Health. 2009;9:355. doi:10.1186/1471-2458-9-355.

2. Suhrcke, Mark; Nugent, Rachel; Stuckler, David; Rocco L. Chronic Disease: An Economic Perspective.; 2006.

3. Epping-Jordan JE, Galea G, Tukuitonga C, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. Lancet. 2005;366(9497):1667-1671. doi:10.1016/S0140-6736(05)67342-4.

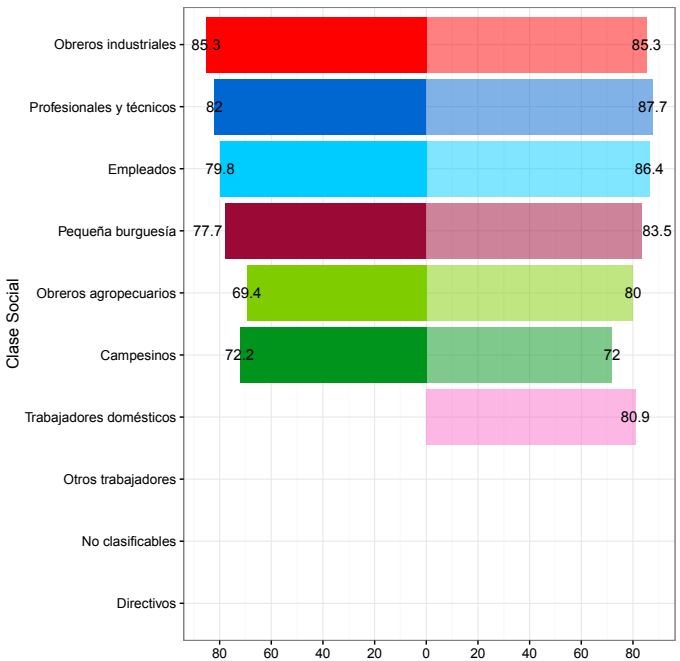
4. Mielck A, Vogelmann M, Leidl R. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. Health Qual Life Outcomes. 2014;12:58. doi:10.1186/1477-7525-12-58.



2008

Figura 4.5.9.2. Porcentaje de trabajadores con enfermedad crónica que recibieron atención periódica por clase social. Colombia, 2008 y 2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2015

Comparando los porcentajes de atención en la población general con los de los trabajadores, se pudo observar que en forma global, estos últimos tienen un menor nivel de atención obtenido, que las personas de su sexo y clase correspondiente (Figura 4.5.9.2.).

De acuerdo a lo observado en los datos previos, en los individuos de la población general para ambos años, se observó que las clases de profesionales, empleados, así como la de obreros y técnicos reportaron sistemáticamente un mayor porcentaje de atención en ambos sexos, mientras que los campesinos y obreros agropecuarios reportaron los peores valores de este indicador. Otro hecho para resaltar, es la presencia de la clase de directivos en las clases de menor proporción de atención en el año 2015, hecho que también se observó en ambos sexos.

En cuanto a las tendencias observadas en el periodo 2008-2015, resalta que, aunque los obreros agropecuarios y campesinos obtuvieron en ambos años los menores porcentajes de atención, en 2015 incrementaron sus proporciones de atención, llegando a 28,3% y 14,6% en hombres, y 16,6% y 15,1% en mujeres, para cada una de las clases. También es importante recordar que la población trabajadora presenta una brecha de atención en comparación a la población general, mostrando en general, peores porcentajes de consulta periódica en enfermedades crónicas. Esto es particularmente claro en los trabajadores de la clase de directivos, que no reportaron asistencia a consulta periódica por enfermedad crónica. Los datos muestran la tendencia a mayor utilización de los servicios de consulta periódica por enfermedad crónica en las mujeres que en los hombres.

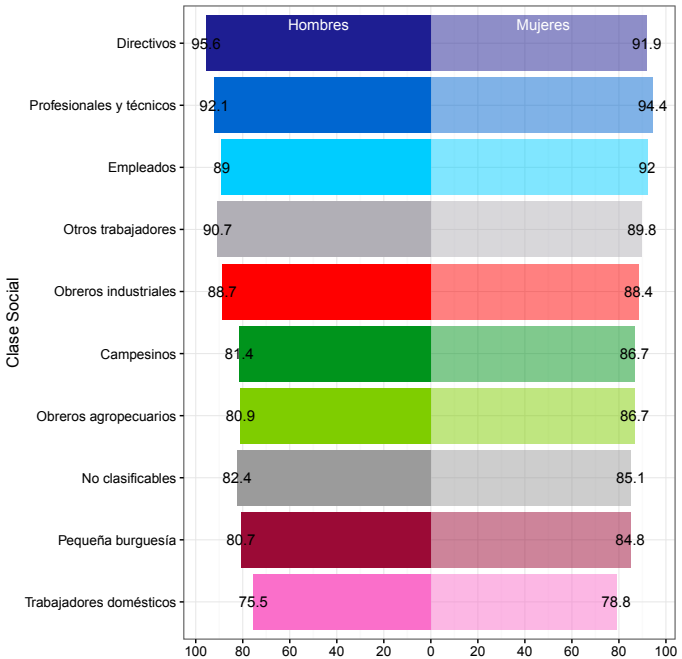
4.5.10. Clase social y afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud

Este indicador mide el porcentaje de personas afiliadas al SSSS, que sirve para registrar la cobertura del régimen de seguridad social en salud en el país, tanto de cotizantes como de beneficiarios. La cobertura es una medida utilizada comúnmente para evaluar el acceso que tiene la población al sistema de salud; sin embargo, es importante resaltar que la cobertura por sí misma, aunque es importante para generar acceso, no lo garantiza (1). Se realizó el análisis de estos indicadores a partir de las ENCV de 2008 y 2015.

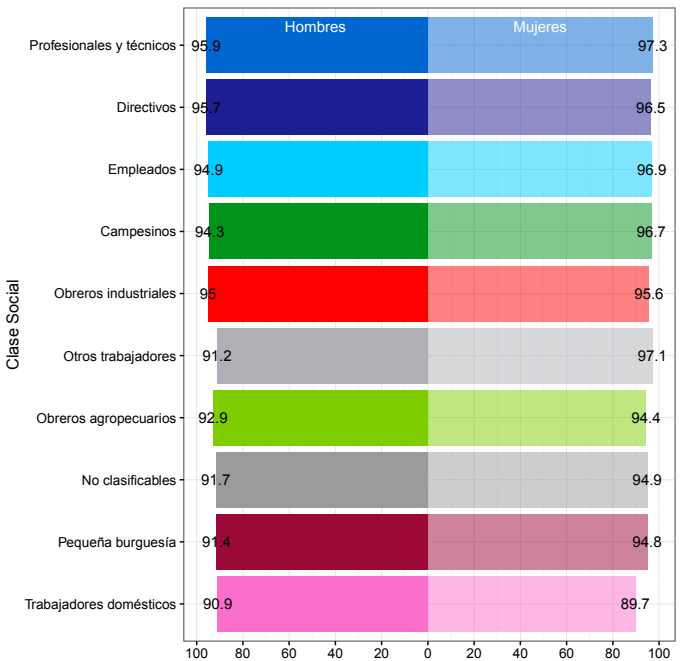
Figura 4.5.10.1.
Porcentaje de personas afiliadas al sistema de seguridad social en salud por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008

2008



2015



La Figura 4.5.10.1., compara los porcentajes de afiliación al SSSS por clase social en hombres y mujeres de la población general. El análisis permitió encontrar que, en los hombres, fueron los directivos y los profesionales y técnicos los que presentaron los valores más altos de esta variable, tanto en 2008 con valores de 95,6% y 92,1%, respectivamente, como en 2015 con valores de 95,7% y 95,9%; a su vez, en ambos años fueron los trabajadores domésticos (75,5% en 2008 y 90,9% en 2015) y la pequeña burguesía (80,7% en 2008 y 91,45 en 2015), los que mostraron los niveles más bajos de afiliación. Para el caso de las mujeres, las tasas de afiliación más altas se encontraron en las profesionales y técnicas en ambos años, con valores de 94,4% en 2008 y de 97,3% en 2015, seguida por la clase de las empleadas, con afiliaciones del 92,9% y 96,9% en el 2008 y 2015, respectivamente.

En cuanto a disparidades de género en 2008, en la gran mayoría de las clases sociales, el porcentaje de afiliación fue mayor en las mujeres, con la excepción de los directivos y los obreros industriales. En el 2015 este patrón se mantuvo, aunque esta vez, sólo en el caso de los trabajadores domésticos se presentaron menores tasas de afiliación en mujeres que en hombres.

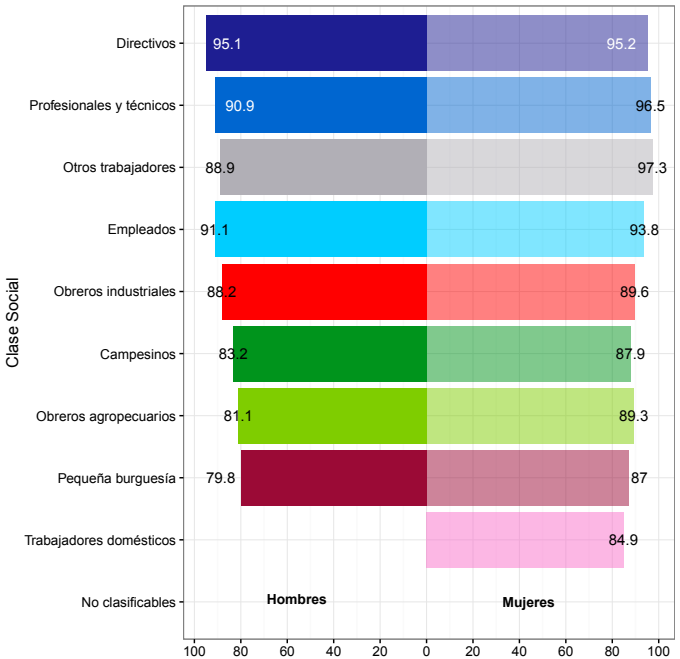
Un factor a resaltar del análisis es la clara convergencia entre los porcentajes de afiliación de las diferentes clases sociales. En 2008, la diferencia absoluta de afiliación entre las clases con mayores porcentajes (directivos en hombres y profesionales y técnicas en mujeres) y las de menores tasas (la clase de los y las trabajadoras domésticas), fue 20% para hombres y de 16% para mujeres, mientras que en el año 2015 esta misma diferencia en hombres entre directivos y trabajadores domésticos fue de 5% y, en mujeres, la diferencia entre profesionales y técnicas y trabajadoras domésticas fue de 8%.

Al comparar las tasas de afiliación a través del tiempo, se observó un aumento sustancial en los promedios de afiliación en ambos sexos y en todas las clases sociales. La clase que más aumentó la afiliación en ambos sexos, fue la de trabajadores domésticos. Mientras en 2008 el porcentaje de afiliación de trabajadores y trabajadores domésticas era de 75,5% y 78,8% respectivamente; en el 2015 este porcentaje había alcanzado el 90,9% y 89,7%. A su vez, la clase que menos aumentó su porcentaje de afiliación fue la de los directivos, en el caso de los hombres, que pasó de 95,6% en 2008 a 95,7% en 2015 y, en el caso de las mujeres, fue la de las profesionales y técnicas, quienes pasaron de una tasa de afiliación de 94,4% en el 2008 a 97,3% en el 2015.

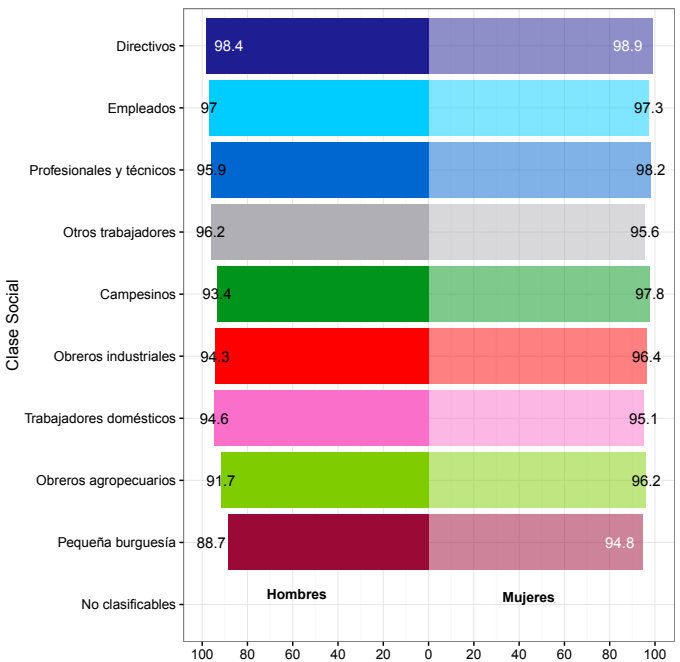
En la Figura 4.5.10.2. se compara la afiliación al SSSS por clase social en el subgrupo de los trabajadores. A nivel general se encontró que, en hombres, la clase de los directivos y empleados mostraron los valores más altos de esta variable, mientras que en mujeres, fueron las directivas y las profesionales y técnicas, las que tuvieron las mayores tasas. Al mismo tiempo, las clases con menores niveles de afiliación fueron, en el 2008, las trabajadores domésticas en mujeres y la pequeña burguesía en hombres; en 2015 esta última fue la misma clase tanto en mujeres como en hombres.

Figura 4.5.10.2. Porcentaje de trabajadores afiliados al sistema de seguridad social en salud por clase social. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



2008



2015

Si bien se encontraron desigualdades por clase social en este indicador, se pudo ver que las brechas entre clases se han reducido para las personas, esto acompañado de un sustancial aumento en las tasas de afiliación en todas las clases sociales. En cuando a disparidades de género, se encontró que en la mayoría de las clases y en todos los años, fueron las mujeres las que presentaron los porcentajes más altos de afiliación.

Referencias

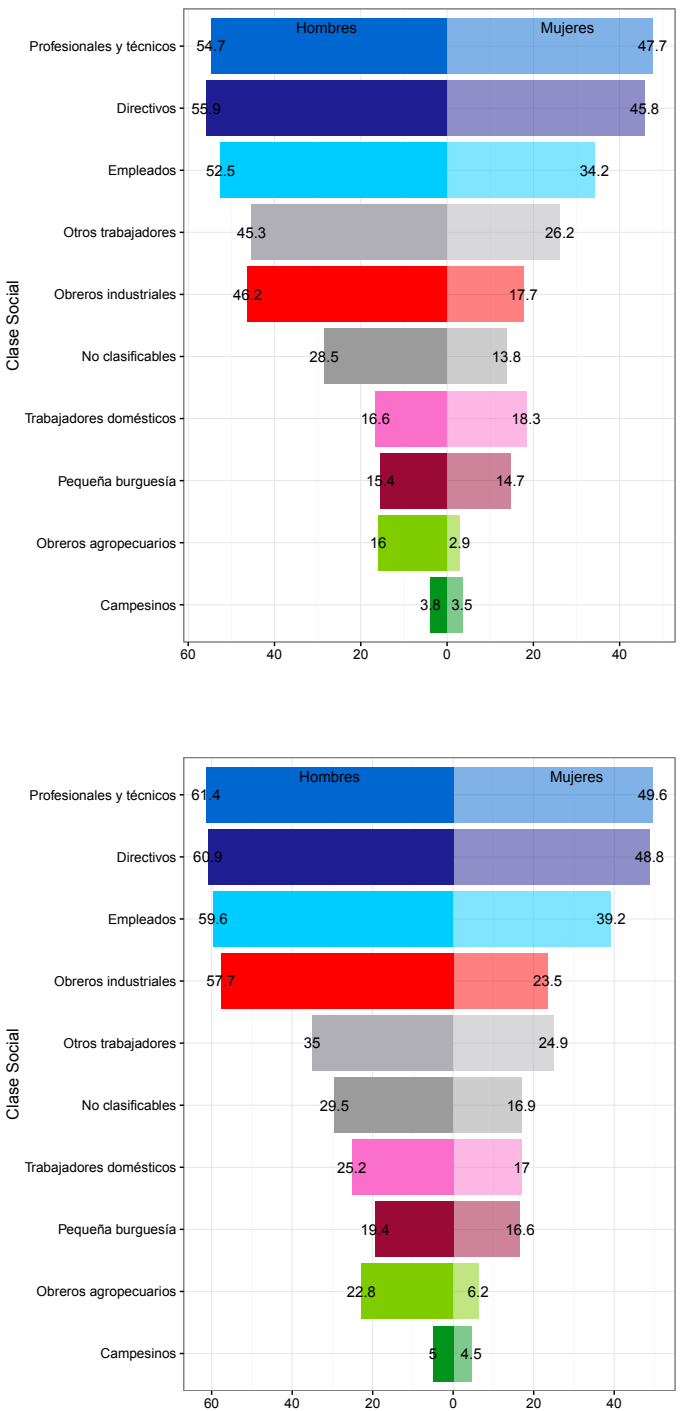
1. Ayala Garcia J. La salud en Colombia: más cobertura por menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional, Banco de la República. Bogotá, Colombia; 2014.

4.5.11. Clase social y acceso al sistema pensional

El indicador de porcentaje de personas afiliadas a un fondo de pensiones, mide el porcentaje de personas mayores de edad, ya pensionadas o afiliadas a una administradora de fondos de pensiones (AFP). Este indicador sirve para medir la cobertura del régimen de pensiones en el país, y a su vez permite establecer el riesgo de que una parte de la población esté desprotegida, frente a la pobreza en la vejez o en los periodos de invalidez (1,2). Se realizó un análisis por clase social de este indicador a partir de información de la ENCV de 2008 y 2015.

Figura 4.5.11.1. Porcentaje de personas pensionadas o afiliadas a una AFP, por clase social del hogar. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015



En la Figura 4.5.11.1., se comparan las coberturas del régimen pensional por clase social en hombres y mujeres mayores de 18 años, de la población general. Se evidenció la existencia de diferencias sustanciales en cobertura por clase social. En general, se apreció que algunas clases contaban con valores superiores al resto. Es el caso de los directivos, profesionales y técnicos y empleados tanto hombres como mujeres, que en los años analizados su nivel de afiliación nunca fue inferior del 34% y, en algunos casos, como en directivos y profesionales y técnicos hombres en 2015, este valor llegó al 60,9% y 61,4%, respectivamente.

Se pudo evidenciar que los campesinos han sido la clase social que ha tendido los valores más bajos de cobertura a través del tiempo. En el 2008, tan solo el 3,5% de las campesinas y el 3,8% de los campesinos, estaban pensionados o afiliados a una AFP, y en el 2015, este valor se ubicó en 4,5% y 5%, respectivamente, valores muy bajos que se relacionan con la ausencia de una mesada pensional en algunos individuos.

Aunque existen desigualdades en cobertura del régimen de pensiones por clase social, se ha presentado un aumento en cobertura en la mayoría de clases a través del tiempo. En el caso de los hombres se observó una mejoría en esta variable en todas las clases sociales, siendo los obreros industriales la clase que más aumentó en cobertura, pasando de un valor del 46,2% en 2008 a 57,7% en el 2015. A su vez, la clase que menos mejoró su cobertura fue la de los campesinos con una variación absoluta de 1,2%, pasando de 3,8% en 2008 a 5,0% en 2015. En el caso de las mujeres, si bien en los años analizados la mayoría de las clases mostraron un aumento en la cobertura, en el caso de las trabajadoras domésticas se presentó una disminución absoluta de 1,3%, pasando de 18,3% en 2008 a 17,0% en 2015.

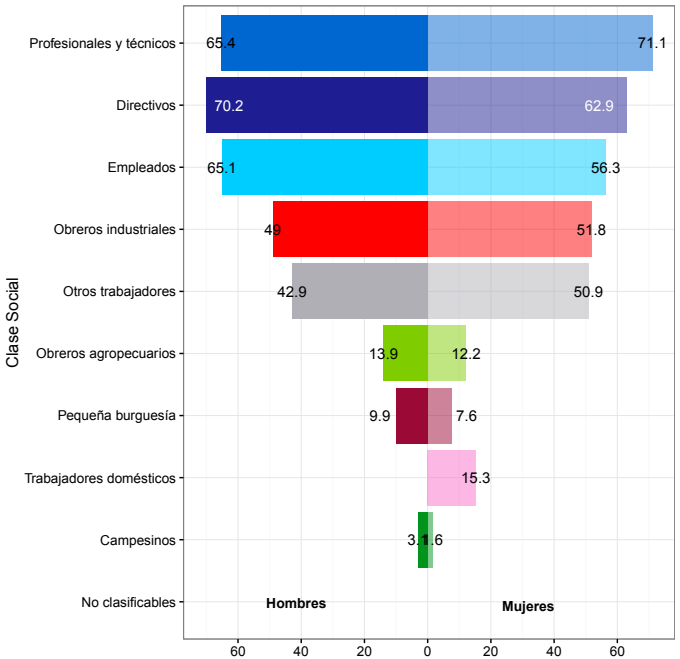
En el análisis se encontró que junto con la mejora en la cobertura, se presentó también una reducción en las brechas entre las clases de mayor y de menor valor, en esta variable en ambos sexos. En el caso de los hombres, en 2008 el porcentaje de cobertura de los directivos fue 14,51 veces el porcentaje de cobertura de los campesinos, mientras que en el 2015 esta razón entre profesionales y técnicos y campesinos (la clase de mayor y menor cobertura ese año respectivamente), se había reducido a 12,23. Para las mujeres, en 2008 las profesionales y técnicas tenían 16,24 veces el porcentaje de las obreras agropecuarias, mientras que en el 2015 una profesional y técnica tenía 11,00 veces el porcentaje de las campesinas.

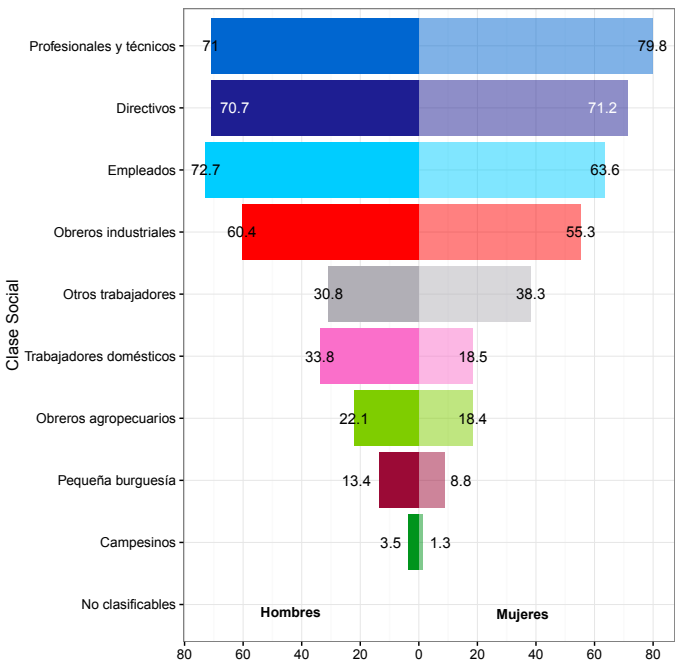
En lo referente a las disparidades de género, con muy contadas excepciones, en todas las clases y en los dos años el porcentaje de mujeres cotizantes a alguna AFP o beneficiarias de pensión, fue menor que el de los hombres. Además, las brechas absolutas han mostrado una tendencia al alza en todas las clases cuando se compara el 2008 con el 2015.

El ejercicio incluyó el análisis de la cobertura del régimen pensional por clase social en hombres y mujeres mayores de 18 años del subgrupo de los trabajadores (Figura 4.5.11.2.). Para este subgrupo se evidenció la existencia de desigualdades por clase social, muy similares a las observadas para la población en general, en particular, fueron también los campesinos y las campesinas, en ambos años, la clase con menor valor de esta variable, mientras los directivos y profesionales y técnicos y empleados tendieron a tener los niveles más altos de cobertura, año tras año en ambos sexos.

Figura 4.5.11.2. Porcentaje de trabajadores pensionados o afiliados a una AFP, por clase social. Colombia, 2008-2015

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud basado en datos ENCV 2008 y 2015





Se evidenció la existencia de diferencias sustanciales en cobertura del régimen pensional, por clase social tanto para la población general como para el subgrupo de los trabajadores. Para la población general, se mostró también un aumento en cobertura en la mayoría de clases a través del tiempo y una reducción de brechas de cobertura entre clases sociales. En cuanto a disparidades de género, no solo en la mayoría de las clases, el porcentaje de mujeres cotizantes a alguna AFP o beneficiarias de pensión, fue menor que el de los hombres, las mujeres mostraron una tendencia al alza en todas las clases a través del tiempo.

Referencias

1. Acosta OL. ¿Cómo financiar los programas del primer pilar? Protección del riesgo de vejez en Colombia. Bogotá; 2005.

2. Elwan A. Poverty and disability: A survey of the literature. 1999.

Discusión y Conclusiones

Este Informe describió, la relación de la categoría clase social, concebida desde un enfoque relacional, con aspectos asociados a la salud y las condiciones de vida en el contexto del estudio de los determinantes de las desigualdades en salud en Colombia. En este sentido, este Informe se suma a los esfuerzos que se han aproximado a la comprensión de esta relación en el país (1-5). No obstante, el análisis realizado puede considerarse como pionero, en la medida en que exploró un amplio espectro de indicadores en el contexto nacional y *puso de manifiesto inequidades* según clase social en algunos de los indicadores.

Si bien este estudio no profundizó en las vías específicas de producción y reproducción de las desigualdades asociadas a la clase social, el uso de esta categoría permite propiciar la discusión acerca de vías distintas, a las ya vinculadas con indicadores individuales de estratificación que tienen un alcance explicativo limitado (6). En ese sentido las hipótesis explicativas que se presentan en esta discusión vinculan las desigualdades según clase social en los indicadores analizados, con elementos relacionados a procesos sociales estructurales del país. Sin embargo, como afirma Fresneda, citando a Wright, es necesario establecer la forma como se producen y reproducen a través de un conjunto de factores y mecanismos intermedios, que están determinados por la forma como está constituida la estructura de clases sociales y como se relacionan las clases (7). En este proceso, en un nivel "*microsocial*", se requiere tomar en cuenta las motivaciones y formas de acción, individual y colectiva que, relacionadas con la ubicación en las posiciones de clase y el contexto institucional, conducen a las situaciones de desigualdad (7). Estudios de mayor alcance serán necesarios para tales propósitos.

Sin embargo, los hallazgos descritos y las hipótesis explicativas que se exponen, plantean importantes reflexiones en torno a los beneficios, ventajas y desventajas en condiciones de vida y salud derivados de la posición de clases, inmersas en una estructura especifica de clase, lo que se encuentra en la base de las desigualdades sociales y de salud y cuya comprensión tiene importantes implicaciones en términos de intervenciones públicas.

Entre los principales hallazgos de este Informe se encuentran: *la evidencia de amplias desigualdades según clase social en los indicadores de condiciones de vida, salud autopercibida, discapacidad y aspectos relacionados con la protección social, tanto en población general como en trabajadores*. Asimismo, se observaron mejorías en la mayoría de indicadores con respecto a los dos años analizados (2008-2015), en casi todas las posiciones de clase, pero con aumento de brechas entre las posiciones de clases con los peores y mejores valores en cada indicador. Se evidenciaron también desigualdades de género, particularmente en lo referente a la salud autopercibida y enfermedad crónica declarada, y se establecieron elementos para entender la estructura de clases actual del país en el marco del horizonte marcado por el régimen de acumulación, los que se explicaron con detalle en el segundo capítulo.

Condiciones de vida: *desigualdades de clase en lo básico*

Con respecto a las desigualdades en condiciones de vida, que incluyen aspectos esenciales mínimos para el logro de bienestar, se observó de manera estable que obreros agropecuarios, campesinos y trabajadores domésticos, mantuvieron para los dos años de estudio las peores estimaciones en los indicadores de esta dimensión. Se evidenciaron además amplias brechas entre estos y los directivos que, junto con los profesionales y técnicos, presentaron los mejores resultados para estos indicadores.

En esta dimensión se incluyeron aspectos relacionados con las condiciones de la vivienda, como el *piso de tierra, la adecuada eliminación de excretas, el acceso a acueducto, recolección de basuras y el hacinamiento crítico*, que junto con aspectos como la percepción de insuficiencia de ingresos para el gasto y la falta de alimentos por falta de dinero, promueven capacidades básicas de supervivencia y actúan, a su vez, como determinantes de satisfacción de necesidades que garantizan la vida misma (1,8).

En este sentido, estos resultados son expresión de que la ubicación en posiciones objetivas de clases sociales puede determinar los derechos y las potencialidades diferenciales de las personas y las familias en diversos escenarios de la vida. A su vez, las posiciones de clase están atadas a mecanismos estructurales que condicionan la distribución de los recursos y las capacidades dentro de la sociedad y por esa vía, están vinculadas a elementos que explican una parte importante de las desigualdades económicas, culturales y sociales, así como en las condiciones de salud (7).

Por otra parte, el hecho de que para la mayoría de los indicadores de esta dimensión, los campesinos y obreros agropecuarios hayan tenido las peores estimaciones y que la mayor proporción de estos, casi el 80%, habiten en el área rural, puede ser el resultado de una interrelación entre la clase y las precarias condiciones de vida del campo y las amplias brechas entre el área urbana y rural que históricamente han caracterizado al país. Por ejemplo, en cuanto a servicios como el de acueducto y alcantarillado, según el Departamento Nacional de Planeación (DNP), para 2013 la cobertura de acueducto en el área urbana fue de 97,16% y de 73,34% en el área rural, incluyendo soluciones alternativas. En el servicio de alcantarillado la cobertura alcanzada en el área urbana fue de 91,18% y de 69,93% para la rural (9). Por otra parte, la proporción de viviendas con pisos inadecuados fue considerablemente más alta en la zona rural (18%), mientras que en la urbana fue de 3% (10); con relación a otros indicadores de esta dimensión, según el Sexto Informe del ONS para 2008, el porcentaje de hogares que habitaban viviendas con servicios inadecuados fue de 6,44% en el área rural y 1,77% en la urbana, y para 2014 de 6,24% y 1,89%, respectivamente (11).

Adicional a los aspectos relacionados con las necesidades básicas, las condiciones de tenencia y uso de tierras en Colombia, pueden estar asociadas también a la manifestación de desigualdades en contra de las posiciones de clase, de los que habitan en mayor proporción en el área rural. Al respecto, se afirma, *que en un país como Colombia, la tierra no es sólo un factor de producción o un activo de inversión, sino que sigue siendo una fuente de riqueza, poder y prestigio, desempeña un papel de renta y de especulación, es en un instrumento de la guerra, del lavado de activos del narcotráfico y de generación de poder político ligado a la violencia ejercida por grupos armados ilegales* (12), por lo tanto, es un generador y una de las formas de expresión más claras de la desigualdad, así como de conflictos sociales, atravesados estos, por la confrontación entre clases.

En este contexto la tenencia de la tierra en Colombia, tiene un impacto en las condiciones de desarrollo y de vida de los habitantes del campo. De acuerdo con el Informe sobre Desarrollo Humano del 2011, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el 52% de tierra en Colombia le pertenecía al 1,5% de población, lo que ratifica la alta concentración de la tierra. Según el índice del *Gini* de tierras, de los 32 departamentos con información, 18 tenían un *Gini* superior a 0,80. De tal manera, que el problema agrario no resuelto y, en particular, la extrema desigualdad en el acceso a la propiedad de la tierra, ha sido considerado como una de las condiciones propicias para la persistencia del conflicto armado interno y este a su vez ha contribuido a desmejorar las condiciones de vida y de trabajo de la población rural (12), situación que como se mencionó, puede estar evidenciada en los resultados de estos análisis.

En relación con el uso de la tierra, según datos del Censo Agropecuario de 2015, el 80% de la tierra en Colombia está principalmente dedicado a actividades ganaderas, seguido de los bosques con 10% y actividades agrícolas en 7,6% (13). Las tierras ganaderas son básicamente amplias zonas deforestadas, con pocos árboles, largos pastales y hierbas para el consumo de los animales (14) cuyas inversiones iniciales para la producción son considerablemente altas con retornos visibles a mediano plazo, razón por la que es más común que los grandes propietarios con amplios recursos, inviertan en este tipo de economía a que lo hagan los pequeños propietarios (14). La ganadería requiere grandes recursos tecnológicos, tanto físicos como técnicos para la producción y distribución de cárnicos, por otra parte se ha demostrado que entre mayor sea la concentración de la tierra para la ganadería, menor es su uso para otros fines, y se emplea menor mano de obra, lo que afecta las dinámicas de empleo en zonas de ganadería (12).

En este sentido, las oportunidades de empleo en el área rural son bastante limitadas dado el uso del suelo y el tipo de trabajo que se desarrolla en las zonas, además las posibilidades de movilidad social también se ven limitadas por los aspectos ya mencionados, manteniendo una estructura de clases bastante rígida.

Con referencia a las condiciones de trabajo y empleo de los trabajadores rurales asalariados, un reciente Informe del Centro de Memoria Histórica (CMH), afirma que existe información muy dispersa sobre salarios, niveles educativos y NBI, y que además se sabe muy poco sobre las condiciones de trabajo y las relaciones laborales, particularmente en los cultivos y plantaciones agroindustriales, así como sobre las relaciones de las personas asalariadas con el resto de la población rural. De los datos disponibles, se puede concluir, según los mismos autores, que en comparación con los trabajadores independientes, aquellos tienen niveles educativos más altos y perciben mayores ingresos, por lo que no sorprende entonces que los hijos de los campesinos y campesinas, en general mucho más educados que sus padres, prefieran emplearse como asalariados, ya sea en el campo, en el casco urbano o en la ciudad, a ser trabajadores familiares sin remuneración o con muy baja remuneración (15).

Existen otros temas que configuran relaciones complejas vinculadas con las condiciones de las posiciones de clase características del área rural, pero desborda la intención de este Informe analizarlos. No obstante, vale la pena mencionar que aspectos que han sido abordados por diversos autores, incluyendo el más reciente Informe del CMH, como la distribución de la propiedad agraria en Colombia, las políticas de tierras del Estado, los usos del suelo, el mercado de tierras y el abandono y despojo de tierras en las zonas de conflicto armado, las luchas y reivindicaciones de los trabajadores del campo, son de vital importancia en estas relaciones.

Luego de los campesinos y obreros agropecuarios las clases con los peores valores en los indicadores para esta dimensión fueron los trabajadores domésticos y la pequeña burguesía. Como se mencionó en Capítulo 2, la pequeña burguesía es una posición de clase muy heterogénea, compuesta por un grupo amplio de trabajadores auto empleados o pequeños propietarios y artesanos con o sin empleados de la industria, comercio o servicios (16). Otro rasgo distintivo de esta clase es el grado de informalidad laboral que trae como consecuencia falta de garantías en la posibilidad de un trabajo digno y, por tanto, limitaciones en condiciones básicas de bienestar, como se evidencia en este análisis.

En relación con los trabajadores domésticos, la mayoría de ellos mujeres (97%), se ha señalado que a pesar de los esfuerzos normativos por mejorar las garantías laborales (17), se encuentran en una profunda precariedad en cuanto a sus condiciones de trabajo y empleo (18), que implican no solo ingresos insuficientes e inestabilidad laboral, sino que al ser ejercido por mujeres de sectores populares, aumenta y potencia su subvaloración. La presencia de mujeres de origen rural, indígena y afrodescendiente también es importante (19).

La salud autopercibida y su relación con la clase social: manifestación de las desigualdades según clase social y su interrelación con el género

Los hallazgos de desigualdad por clase social y por género, en el estado de salud autopercibido, son de gran importancia dada la asociación ampliamente descrita entre el estado de salud, el estado objetivo de salud, la mortalidad y la magnitud de las desigualdades observadas. Los resultados de este estudio muestran que las personas pertenecientes a las clases sociales menos favorecidas como los campesinos y obreros agropecuarios, tienen peores niveles de salud autopercibida que otras clases sociales. Lo anterior no solo indica que estén sufriendo enfermedades o padecimientos de salud inespecíficos, sino que, como se ha demostrado en numerosos estudios, las personas pertenecientes a estas clases sociales tendrían un riesgo de mortalidad varias veces más alto del que tendrían directivos, profesionales o empleados. El mal estado de salud, no solamente es un predictor importante de mortalidad, sino que la asociación se mantiene aun controlando por variables de comorbilidades, sexo y nivel socioeconómico o clase social (20-22).

En Colombia se han realizado pocas investigaciones con relación al estado de salud y la clase social. En Bogotá, D.C. se realizó un análisis en 2012 sobre el estado de salud autopercibido con relación a una estructura de clase social, similar a la usada en este Informe. Los resultados mostraron un aumento en la percepción positiva del estado de salud entre 1997 y 2011, y una reducción en las brechas entre los directivos y trabajadores domésticos a partir del año 2007 (8). Otro estudio que utilizó datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2007, encontró asociación entre el mal estado de salud percibido y la categoría de ocupación, siendo los sujetos del sector informal los que presentaron un mayor riesgo de mala salud comparados con los trabajadores del sector formal (23). Para el ASIS (Análisis de Situación de Salud) sobre desigualdades e inequidades en salud en Colombia, se hizo un análisis sobre la autopercepción de salud con datos de la ENS 2007, en el que se describió una asociación directa entre el estado percibido de salud, el estrato socioeconómico y el nivel educativo. En los análisis multivariados se encontró una asociación entre la percepción de un estado de salud malo o regular y tener entre 55 a 69 años, ser mujer o habitar en zonas rurales (24).

Con relación al estrato se encontró que pertenecer al estrato 1 o 2, se relaciona con la mala percepción de salud, mientras que pertenecer al estrato 5 sería un factor protector (24). El ONS en su Informe sobre desigualdades en salud también llevó a cabo un análisis de desigualdades en el estado de salud percibido usando los datos de la ENDS de 2000, 2005, 2010. En este estudio también se describió una relación directa entre el mal estado de salud percibido y el nivel de riqueza y nivel educativo. Las mujeres presentaron mayores prevalencias de mal estado de salud que los hombres y los habitantes de zona rurales mayores prevalencias que los habitantes de zonas urbanas. En análisis de brechas mostró que estas disminuyeron por sexo y edad pero aumentaron por nivel educativo, mientras que la desigualdad en salud percibida entre el área urbana y rural se mantuvo estable (11).

En otros países se ha estudiado más ampliamente la relación entre la percepción de salud y la clase social. En el estudio de Bones, se exploró la asociación entre la clase social, los factores de riesgo psicosocial laboral y el estado de salud autopercibido y de salud mental en Chile. El estudio demostró que la salud autopercibida y la salud mental se encuentran fuertemente relacionadas a los factores de riesgo psicosociales en el entorno laboral. Aspectos como la mayor exposición a factores de riesgo físicos en el trabajo (altas temperaturas, ruido y agentes químicos), la percepción de la necesidad de doble presencia (de estar en el hogar tanto como en el trabajo) y falta de control y autonomía en el trabajo, fueron factores que se encontraron directamente relacionados con el mal estado de salud y la clase social (25).

En este Informe las clases más afectadas por un mal estado de salud autopercibido son los campesinos y obreros agropecuarios, quienes pueden presentar similares factores de riesgo psicosocial en sus trabajos, estando expuestos a largas jornadas laborales y a múltiples factores de riesgo físicos al trabajar al aire libre o en ambientes difíciles, además con poca autonomía y libertad sobre su trabajo. De hecho, según las propias estimaciones de la Federacion de Aseguradoras Colombianas (FASECOLDA), los trabajadores del sector agrícola se encuentran entre los que tienen mayores tasas de accidentalidad, siniestralidad y enfermedad laboral en el país (26) incluso para algunos subsectores de la agricultura las tasas de mortalidad son superiores a las reportadas para trabajadores de la minería (26,27).

En este análisis no parece haber una correspondencia entre la distribución del mal estado de salud y la enfermedad crónica declarada. El estado de salud percibido no solo se asocia con la mortalidad (28) sino que también se asocia con la presencia de enfermedad objetiva, que es un factor predictor de la letalidad por enfermedades crónicas e incluso se ha asociado con marcadores bioquímicos de inflamación (20). A pesar de esto, considerando que la declaración de enfermedad crónica podría corresponder a una valoración más objetiva del estado de salud, la prevalencia de mal estado de salud fue mucho mayor que la prevalencia de enfermedad crónica y la distribución de esta no parece afectar más a las clases sociales con peores indicadores

de salud autopercibida. Además, la prevalencia de enfermedad crónica aumentó entre 2008 y 2015, mientras que el mal estado de salud disminuyó en el mismo periodo. El comportamiento del indicador de salud autopercibida a través de las clases sociales tampoco parece tener relación con el comportamiento del aseguramiento o del acceso a servicios de salud. Aun cuando no se observan grandes desigualdades en estos indicadores, entre las diferentes clases sociales, las cifras de aseguramiento al sistema de salud mejoran y las desigualdades en aseguramiento disminuyen, esto no parece impactar las desigualdades en las prevalencias de mal estado de salud autoreportada.

Al hablar de género, también son notables las desigualdades entre hombres y mujeres, las mujeres presentaron una proporción más alta de mal estado de salud para todas las clases sociales. Este hallazgo, es frecuente cuando se usan medidas de salud autoreportadas, en las que generalmente las mujeres tienden a reportar más problemas de salud que los hombres. Estas diferencias se han encontrado asociadas a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas entre las mujeres y también a inequidades de género relacionadas con brechas en empleo y educación. Vale la pena mencionar que desigualdades por género se han descrito para otros indicadores analizados en este Informe, frecuentemente se pudo observar, una ampliación de las brechas entre mujeres de clases sociales más y menos privilegiadas al comparar los resultados del 2015 con el 2008, especialmente para indicadores de condiciones de vida, aun cuando la mayoría de indicadores presentaron reducciones para ambos sexos.

En el análisis de clases sociales, también se han descrito diferencias en la manera en la que factores relacionados con la posición social afectan a hombres y mujeres. En el estudio de Bones, los factores de riesgo de exposición laboral y psicosociales no solo se distribuyen diferencialmente por clase social sino también por sexo. Las mujeres se encuentran más afectadas por la doble presencia, anteriormente descrita, y por problemas con la calidad del liderazgo, que afecta a mujeres en posiciones de poder como gerentes y supervisoras y que también indica dificultades en las relaciones con los jefes. El problema de la doble presencia refleja en parte las desigualdades existentes en la distribución del trabajo en el hogar (25).

Una valoración del estado de salud como bueno o muy bueno, no implica que exista un buen estado de salud objetivo (20), en cambio el mal estado de salud subjetivo, si debe ser motivo de preocupación, más aun cuando se observan desigualdades entre clases sociales como las descritas en este Informe. Siendo que el estado de salud autopercibido se considera como una de las medidas de salud más inclusivas e informativas, sobre el estado de salud para estudios poblacionales (20), encontrar tan importantes desigualdades entre clases sociales y entre hombres y mujeres, debe impulsar la profundización en la investigación y una juiciosa discusión acerca de los mecanismos subyacentes y las medidas, para intervenir a las clases sociales más afectadas y revertir la tendencia a la profundización de las desigualdades.

Diferencias claras de género también se manifestaron en el indicador de enfermedad crónica declarada, que no mostró correspondencia con un patrón esperado, en relación con las proporciones que presentó cada posición de clase, hallazgo similar al reportado por Fresneda en Bogotá, D.C. (8). En relación con las diferencias de género estudios en otros países reportaron similares resultados (29). Estás diferencias puede ser explicadas, entre otros aspectos, por los múltiples roles que cumplen socialmente las mujeres, entre los que se encuentra implícito el de cuidadora de su grupo familiar, por lo que debe estar atenta a identificar aquellos síntomas de orden fisiológico que atenten no solo contra su propia salud sino contra la de los suyos.

Sobre la prevalencia de discapacidad y las diferencias de clases: *la doble discriminación*

Con respecto a la discapacidad, la prevalencia calculada en este Informe fue mayor en 2008 (8,1%) y menor en 2015 (4,9%), en comparación con la estimada en el Censo 2005 (6,3%) (30). Aunque los tipos de limitaciones permanentes de la ENCV 2015 son similares a las del censo 2005, no es posible concluir que la prevalencia de la discapacidad disminuyó de 2005 a 2015, dado que la representatividad de la encuesta no ha sido establecida para discapacidad (31). Dicha diferencia podría estar explicada porque la ENCV, se realizó en población no institucionalizada y en Colombia, el 3% de las personas con discapacidad registran vivienda institucionalizada (32).En el Informe las mayores prevalencias de discapacidad se observaron en posiciones de clase con mayores desventajas, sin embargo, de manera similar a lo descrito para al enfermedad crónica declarada, no se observó un orden esperado en las posiciones de clase, según sus oportunidades y el nivel socioeconómico, hallazgos similares a los de Fresneda para Bogotá, quien también atribuye las aparentes inconsistencias, a las posibles limitaciones de las encuestas de hogares para obtener estimaciones confiables en fenómenos relativamente escasos, como la discapacidad (8).

Los resultados en población general plantean la necesidad de conocer el efecto de la presencia de personas con discapacidad, sobre la posición de clase de los miembros del hogar. Algunos estudios han encontrado menoscabo en la condición económica de hogares con miembros con discapacidad (33). En trabajadores, se observó una menor proporción de personas con discapacidad comparada con población general, lo que podría estar asociado con las profundas limitaciones que hay en el país para la vinculación laboral de personas con esta condición, sumado al hecho de las menores posibilidades de alcanzar niveles educativos favorables, que les permitan mejores opciones laborales.

Un estudio describió la distribución de variables de posición social en personas con discapacidad, encontrando que en su mayor proporción reportan los niveles educativos más bajos (68%) y con incapacidad para trabajar (33%) (34).

El acceso a los servicios de salud

Para los denominados indicadores de acceso, no se observaron jerarquías claras para la mayoría de clases sociales, ni patrones similares durante los dos años analizados. Para la mayor parte de estos indicadores, la posición de clase social directivos, no tuvo estimaciones, así como la de trabajadores domésticos. No obstante, para alguno de los dos años se observaron desigualdades en contra de las clases menos favorecidas en indicadores como el de proporción de personas con enfermedad crónica, que reciben atención periódica y proporción de personas atendidas remitidas a especialista. Por ejemplo, para el primero en el año 2008, los campesinos y obreros agropecuarios tuvieron las proporciones más bajas en hombre y mujeres, tanto en población general como en trabajadores, mientras que los profesionales y técnicos tuvieron las proporciones más altas. Sin embargo, en 2015 estas dos posiciones de clase compartieron las proporciones más bajas con la clase social directivos, en hombres y mujeres en población general, mientras que en población trabajadora se mantuvo un patrón similar al año 2008.

De manera similar para el indicador de proporción de personas atendidas remitidas a especialista, para el año 2008, se observó en población general una proporción más baja en campesinos y obreros agropecuarios y, en general, un orden esperado de las proporciones según las posiciones de clase tanto en hombre como en mujeres. En población trabajadora, no hubo estimaciones en mujeres para tres de las posiciones de clase que incluyó a las obreras agropecuarias, sin embargo, las campesinas tuvieron la proporción más baja. Para 2015, en hombres en población general, los empleados tuvieron la proporción más baja seguidos de campesinos y obreros agropecuarios, en mujeres las obreras agropecuarias y trabajadoras domésticas tuvieron las proporciones más bajas, mientras las campesinas tuvieron una proporción similar a la de la pequeña burguesía. En población trabajadora, obreros agropecuarios y campesinos tuvieron las proporciones más bajas, mientras que en mujeres las trabajadoras domésticas, tuvieron la proporción más baja seguida de empleadas y obreras agropecuarias.

No hubo estimaciones para campesinas ni directivas. En todos los años los profesionales y técnicos tuvieron las proporciones más altas.

Estos resultados dan indicios de posibles desigualdades en relación con el acceso a la salud, lo que ha sido descrito en algunos estudios. De manera similar a los indicadores de condiciones de vida, los campesinos y obreros agropecuarios y trabajadores domésticos, tuvieron los peores indicadores, lo que se puede asociar a la interrelación del territorio con la clase, condiciones de vida en general y condiciones de trabajo y empleo. En cuanto al acceso a salud se han documentado distintos tipos de barreras, entre ellas las geográficas, que pueden tener mayor impacto en el área rural y ser parte de esta interrelación (35-39).

La protección social y las desigualdades de clase, en las garantías para el bienestar presente y futuro

Al describir los indicadores que hacen referencia a los mecanismos de respuesta social, como la afiliación al SGSS, se evidenciaron diferencias pequeñas según clase social, además de un aumento de la proporción de la afiliación para todas las posiciones de clase en 2015 con respecto a 2008, que fue mayor entre las posiciones de clase menos favorecidas, lo que contribuyó a la disminución de la brechas. No obstante, se mantienen las desigualdades según régimen de afiliación, por ejemplo, en 2015 el 86% de los directivos y el 85% de los profesionales y técnicos, estaban afiliados al régimen contributivo, mientras que entre los campesinos y obreros agropecuarios sólo el 10% y el 29% respectivamente, estaban afiliados a este régimen. En cuanto a la relación del aumento de la cobertura con la mejoría de los indicadores de acceso, varios estudios han mostrado que no existe una correspondencia entre estos (40).

Al respecto, en este análisis se observó, que a pesar del aumento y la disminución de brechas en la afiliación entre los dos años analizados en indicadores de acceso, como el de la proporción con enfermedad crónica que reciben atención periódica, no se hizo manifiesta la disminución de brechas, de tal manera, que campesinos, obreros agropecuarios y trabajadores domésticos, mantienen las peores proporciones, particularmente en población trabajadora. Es importante mencionar también, que la pequeña burguesía, posición que para 2015 presentó el porcentaje más bajo de afiliación, tiene proporciones de atención periódica por encima del promedio, lo que podría estar señalando el uso de otros recursos en la búsqueda de atención. Es importante anotar que para el año 2015, solo el 38% de las personas pertenecientes a esta posición de clase, estaban afiliadas al régimen contributivo.

En cuanto a la afiliación a pensiones o tener pensión, vale la pena señalar que el sistema pensional tiene como objetivo garantizar a la población la protección, frente a la pobreza en la vejez o en los periodos de invalidez (41). Aunque hay algunas mejoras en cobertura pensional y en reducción de brechas, se observó que hay clases sociales que se encuentran muy desprotegidas, como es el caso de los campesinos, obreros agropecuarios, pequeña burguesía y trabajadores domésticos, posiciones que mostraron en general los peores estimaciones para la mayor parte de los indicadores analizados, lo que pone de manifiesto que las clases más vulneradas en sus derechos, también son las más desprotegidas y esto puede implicar el aumento de riesgos futuros para la salud y la calidad de vida y, por tanto, el mantenimiento o aumento de las desigualdades en salud.

De acuerdo con el *Informe de Trabajo Digno y Decente en Colombia*, el mercado laboral colombiano está segmentado, según las cifras de porcentajes de cotizantes a salud y pensiones por déciles de ingreso, concluyen los autores del Informe de Trabajo, que el 40% de la población más pobre pertenece a un segmento de la población que encuentra grandes dificultades para engancharse en el mercado laboral formal. Dado que la desigualdad de ingresos que existe entre los trabajadores asalariados y los cuenta propia va creciendo con el tiempo, esta segmentación del mercado laboral tiende a reproducir la exclusión social. En este análisis, se observó también está segmentación por posiciones de clase social, lo que da indicios claros de la mencionada segmentación, así como de la reproducción de la exclusión por posiciones de clase (42).

En general, estos resultados invitan a su vez a una reflexión sobre los principios y la estructura que orientan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones y su impacto en el mantenimiento de las desigualdades y consecuencias futuras para ciertos segmentos de la población.

Intento de síntesis de desigualdades de condiciones de vida y salud según clase social

Con el propósito de enriquecer esta discusión, a partir de una mirada general sobre el comportamiento de las desigualdades según clase social en los indicadores analizados, se efectuó una comparación entre posiciones de clase a través del cálculo de un índice, combinando las posiciones de cada clase en cada uno de los indicadores presentados en este Informe. El índice se obtuvo a partir del promedio del puesto de cada clase en cada indicador. Los valores bajos, representan mejores posiciones de clase, en términos de los mejores valores reportados para las dimensiones evaluadas. Los resultados se muestran en el **Anexo 4.**

Este intento de síntesis muestra un patrón con pocas variaciones que pone a las clases "*menos favorecidas*" con los índices más altos y por tanto peores posiciones, tanto en población general como en trabajadores, en hombres y mujeres en los dos años observados. Es decir campesinos, obreros agropecuarios y trabajadores domésticos, se encuentran con los peores índices. El análisis permitió distinguir tres grupos con similares resultados: *un primer grupo donde se ubican las posiciones de clase antes mencionadas, que se caracterizan por tener los peores índices, un segundo grupo donde se encuentran pequeña burguesía y obreros industriales con un índice intermedio y un tercer grupo del que hacen parte los empleados, profesionales y técnicos y directivos con los mejores índices.*

Estos resultados afianzan algunos de los planteamientos realizados en esta discusión y confirman las posibles interralaciones entre diversos ejes, como el área de residencia, el género y, las condiciones de trabajo y empleo, así como las condiciones de vida y salud con la clase social.

Sobre las implicaciones para intervenciones

El análisis de desigualdades en salud según clase social, tiene importantes implicaciones en el escenario político, aunque no exclusivamente en política pública. Contribuye al debate entre las políticas de focalización y las de universalización. De acuerdo con el blanco poblacional, es posible identificar políticas de tipo universalista, focalizadas y mixtas. Dentro de esta clasificación, l*as políticas focalizadas* han sido, en gran medida, las más utilizadas para la disminución de desigualdades sociales (43), situación que ha llevado a que las poblaciones que no se encuentran en los extremos inferiores de la relación de desigualdad muchas veces queden desatendidas.

En esta medida, en el país, diferentes programas y políticas sociales establecieron mecanismos focalizados hacia los grupos poblacionales más vulnerables debido a las restricciones fiscales que imponían los bancos multilaterales por razones de eficiencia. Sin embargo, la focalización tiende a debilitar la adecuada solidaridad social entre grupos, clases y generaciones (44). Ante una estructura de clases heterogénea como la colombiana, es importante que las políticas tengan la capacidad de considerar esta complejidad en sus objetivos y metas a alcanzar.

Adicionalmente, este tipo de análisis pone de presente otros temas, que los indicadores usuales de estratificación diluyen, por ejemplo, lo ateniente a las relaciones de trabajo y empleo. Como se mencionó en los aspectos conceptuales, la clase social se define a partir de las relaciones de control sobre medios productivos, más precisamente, sobre relaciones de trabajo en las que algunas clases se benefician del trabajo de otras, y esas relaciones están mediadas por condiciones de empleo, que definen las características de cada una de las clases utilizadas en este documento.

El tipo de trabajo define, igualmente, la cantidad de preparación, tiempo y esfuerzo que debe invertir una persona para la realización de su trabajo. De acuerdo a Solar e Irwin, hipotéticamente el vínculo entre clase social y salud, tiene que ver con que algunos miembros de alguna organización laboral gastan menos

energía y esfuerzo y reciben mayores beneficios (en forma de pagos, promociones, seguridad laboral, etc.), mientras que otros trabajadores reciben menos e invierten mayor esfuerzo (45). En ese aspecto, los autores consideran que los menos poderosos tienen mayor riesgo de acabar sus provisiones de energía y terminar en un "*déficit de salud*" físico o psicológico (45). Motivo por el que las relaciones de trabajo y empleo, cobran gran relevancia en términos de la reducción de las desigualdades sociales y de salud.

Para las relaciones de trabajo y empleo en el país, se ha planteado la necesidad de adoptar una *Política Nacional de Trabajo Decente*, en el marco del actual Plan de Desarrollo Nacional. Sin embargo, esta no ha sido aún desarrollada y se delega a los entes territoriales la formulación de políticas de trabajo decente en los planes de desarrollo territoriales (46). El Ministerio de Trabajo ha señalado que la *Política Nacional de Trabajo Decente*, deberá articular los ejes de oportunidades de empleo e ingresos, derechos de los trabajadores, protección social y, diálogo social, de acuerdo a los estándares de trabajo decente fijados por la OIT (47).

A pesar de la falta de implementación, este avance en términos de políticas es de gran relevancia, sin embargo, no alcanza a incluir dimensiones que impacten realmente en los determinantes estructurales. Muntaner, *et al.*, consideran que el abordaje de la clase social desde una perspectiva de política pública, podría implicar la redistribución de la riqueza, o la discusión profunda de la democracia o la justicia laboral en términos de relaciones de empleo (48). En este sentido, este Informe debe ser considerado un insumo para la toma de decisiones en salud pública que apunten a la disminución de desigualdades sociales en salud, e igualmente para la discusión de condiciones de empleo y trabajo y su relación con desigualdades sociales, en general. Este tipo de análisis, invitan también al fortalecimiento de la organización y participación de movimientos y organizaciones sociales, que representan intereses relacionados con la posición y condición de clase y que puedan contribuir a definir prioridades de política, que permita disminuir la desigualdades relacionadas con esta condición, (49), articuladas a reivindicaciones de otros ejes de desigualdad, como *la etnia, el género y el territorio*, incluso.

Las limitaciones

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentran las de información, relacionadas con la fuente utilizada. La ENCV no está diseñada para el análisis de clase social, ni su objeto principal son las condiciones de salud. De tal manera, la falta de codificación de algunas ocupaciones y ramas de actividad, impidió la clasificación de una parte importante de los participantes en las encuestas, lo que favoreció la presencia de categorías residuales. En cuanto a los indicadores de salud, es posible que algunas de las preguntas no se aproximen de manera precisa a los aspectos relevantes para el análisis de desigualdades. Como se mencionó, en este análisis no sé indagó sobre los factores o determinantes intermedios o mecanismos específicos relacionados con las desigualdades por clase social. Análisis más profundos serán necesarios en los futuros estudios de la relación clase social y salud.

Las estimaciones de esta primera aproximación de clase social y salud no incluyeron rangos de incertidumbre, de los indicadores analizados, que podrían haber sido calculados a partir del diseño muestral, y que permitirían evaluar la significancia estadística de las diferencias. Sin embargo, como el objetivo de este análisis buscaba identificar las diferencias gruesas entre clases sociales, en un número importante de indicadores, este ejercicio no valoró dicha significancia. En las iteraciones posteriores de este análisis, se incluirá el análisis de la incertidumbre para los indicadores que han demostrado desigualdades, que por los tamaños poblacionales incluidos en las encuestas analizadas, muy seguramente caerán en los rangos de significancia estadística usualmente implementados en salud.

Conclusiones

Este capítulo permitió poner de manifiesto desigualdades tanto en condiciones de vida, como de salud y protección social, según clase social. A pesar de que no se profundizó en mecanismos explicativos específicos que permitieran identificar con claridad, aquellos elementos o factores intermedios de esta relación, el uso de esta categoría brinda elementos de análisis adicionales para la comprensión de las causas de las profundas desigualdades sociales y de salud en el país. No obstante, como afirma Fresneda, citando a Wright (1979, 1985), las posiciones en clases sociales, aunque juegan un papel determinante para explicar la desigualdad, no dan cuenta de todas sus formas de expresión. Dentro los diversos factores que influencian la desigualdad, se encuentran otras formas de discriminación como el sexo, la etnia y la ubicación regional en el contexto nacional. Las desigualdades de clase tienden a reforzar las provenientes de esas otras formas de discriminación social (7).

En la comprensión de los mecanismos, es necesario avanzar en la identificación y profundización de estrategias de explotación y dominación que están en la base de la generación, mantenimiento y aumento de las desigualdades, según el marco teórico en que el que se inscribió este análisis. Sin embargo, algunas de las consideraciones expuestas permiten iniciar el camino de la profundización en dichas estrategias.

En este sentido, una mirada socio histórica más profunda, a la que contribuye el uso de esta categoría, es requerida para la comprensión de esta materia. No obstante, el esfuerzo empírico realizado tiene un gran valor y permite la apertura de un camino hacia investigaciones que profundicen el tema, pero dejan en cuestión, la discusión sobre la necesidad de pensar en la introducción de variables que permitan la medición de la clase social, en un sentido relacional, en las encuestas de salud. Los resultados de este estudio, invitan al avance en investigaciones integrales sobre la relación de las condiciones de trabajo y empleo, con las desigualdades en salud.

Referencias

1. Rodriguez Ó. La seguridad social en la encrucijada. Bogotá, D.C., Colombia: Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID, Universidad Nacional de Colombia, Ministerio de Salud, programa de apoyo a la Reforma; 2002.

2. Arrivillaga M, Ross M, Useche B, Alzate ML, Correa D. Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2009 Dec [cited 2016 Nov 16];26(6):502–10. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en

3. Mayerli Espitia Castellanos B, Amparo Pérez Fonseca Candidata Directora L. Tesis para optar por el título de: Magister en Psicología.

4. Pérez-Fonseca LA. Condiciones de Empleo, Trabajo, y Salud en Trabajadores no Asalariados de Bogotá, 2013: Un Estudio con Perspectiva de Clase Neomarxista. 2015;

5. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV [Internet]. Bogotá, D.C.; 2015 [cited 2016 Nov 16]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf

6. Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al. Clase social y salud en América Latina.

7. Fresneda O. Regímenes de acumulación, estructura de clases sociales y desigualdad en Colombia-1810-2010. Universidad Nacional de Colombia; 2016.

8. Restrepo DI, Hernández M. Inequidad en Salud en Bogotá. Convocatoria: para la acción colectiva [Internet]. Primera Ed. Restrepo D, Hernández M, editors. Bogotá, D.C., Colombia´: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo; 2012. 431 p. Available from: http://www.cid.unal.edu.co/cidactual/archivos/proteccion_social/seguridad_social_tomoVII.pdf

9. Departamento Nacional de Planeación. Evolución de las coberturas de los servicios de acueducto y alcantarillado (1985-2013). 2015.

10. Departamento Nacional de Planeación. El campo colombiano: un camino hacia el bienestar y la paz. Bogotá, D.C.,; 2015.

11. Observatorio Nacional de Salud. Informe Nacional de Desigualdades en Salud [Internet]. Bogotá, D.C.,; 2015 [cited 2016 Nov 16]. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/6to informe ONS.pdf

12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo humano, Colombia Rural: razones para la esperanza. Bogotá; 2011.

13. Mauricio Perfetti del Corral Subdirector Carlos Felipe Prada Lombo D. Informe de contexto del 3er Censo Nacional Agropecuario. 2014.

14. Walker R, Moran E, Luc A. Deforestation & CattleRanching in brazilian Amazon.pdf. World Dev. 2000;28(4):683–99.

15. Centro Nacional de Memoria Histórica. Tierras y Conflictos Rurales. Historia, políticas agrarias y protagonistas. Bogotá D.C, Colombia; 2016.

16. Organización Internacional del Trabajo. Medición de la economía informal: Dificultades Estadísticas [Internet]. 2015. Available from: http://www.ilo.int/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_229450.pdf

17. Hablemos de empleadas domésticas. Empleadas Hogar - Legislación laboral en Colombia [Internet]. [cited 2016 Oct 25]. Available from: http://www.trabajadorasdomesticas.org/la-ley/legislacion-laboral-en-colombia.html

18. Valenzuela ME, Mora C. Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente [Internet]. Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente. Organización Internacional del Trabajo; 2009. 304 p. Available from: http://desarrollo.sociologia.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2012/01/Mora__Valenzuela_-_Tabajo_domestico_Un_largo_camino_hacia_el_trabajo_decente.pdf

19. León M. Proyecto de Investigación-acción: trabajo doméstico y servicio doméstico en Colombia. Rev Estud Soc. 2013;(45):198–211.

20. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med. 2009;69(3):307–16.

21. Burström B, Fredlund P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? J Epidemiol Community Health [Internet]. 2001;55(11):836–40. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1763304&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

22. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Does the association between self-rated health and mortality vary by social class? Soc Sci Med. 2009;68(2):275–80.

23. Tuesca-Molina R de J, Amed-Salazar EJ. Capital social y su relación con la percepción de salud. Encuesta nacional de salud, Colombia 2007. Colomb Med [Internet]. 2014;45(1):7–14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342014000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

24. Ministerio de la Protección Social, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Analisis de la situación de salud en colombia. Tomo IV, Análisis de desigualdades e inequidades en salud en Colombia. [Internet]. Bogotá D.C, Colombia; 2010. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/ASIS-Tomo VI--An%C3%A1lisis de desigualdades e inequidades.pdf

25. Rocha KB, Muntaner C, Solar O, Borrell C, Bernales P, Gonzalez MJ, et al. [Social class, psychosocial occupational risk factors, and the association with self-rated health and mental health in Chile]. Cad Saude Publica. 2014;30(10):2219–34.

26. Zambrano Solarte AM. El Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia Una mirada a las locomotoras de la economía desde la perspectiva de los riesgos laborales. In: La industria aseguradora en Colombia. 2013. p. 203–44.

27. Aristizábal JC, FASECOLDA. Riesgos Laborales y el Agro en Colombia. Rev FASECOLDA [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 27]; Available from: http://www.fasecolda.com/files/1814/4909/2479/Aristizabal._2012._Riesgos_laborales_y_el_agro_colombiano.pdf

28. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med [Internet]. 2006 Mar [cited 2016 Nov 17];21(3):267–75. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16336622

29. Koller KR, Wilson AS, Asay ED, Metzger JS, Neal DE. Agreement Between Self-Report and Medical Record Prevalence of 16 Chronic Conditions in the Alaska EARTH Study. J Prim Care Community Health. 2014;5(3):160–5.

30. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín Censo General 2005 [Internet]. 2005 [cited 2016 Oct 29]. Available from: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/00000T7T000.PDF

31. Dirección de Metodología y Producción Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida- ENCV 2015. Bogotá D.C: DANE; 2016.

32. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD [Internet]. 2016. Available from: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCapacidad_RLCPD.aspx

33. Gjonça E, Tabassum F, Breeze E. Socioeconomic differences in physical disability at older age. J Epidemiol Community Health. 2009;63(11):928–35.

34. Cobo-Mejía EA, Sandoval-Cuellar C, Alvarado-Rojas YM. Magnitud de la discapacidad en Boyacá, Colombia The scale of disability in the Boyacá Department in Colombia. Rev salud públicaEnviado para Modif. 2012;14(14):776–88.

35. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Rev salud pública. 2007;9(91):26–38.

36. Carolina Reina YA. Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). Banco la República, Cent Estud. 2008;1–47.

37. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Gerenc y Políticas Salud. 2013;12(25).

38. Vargas-Lorenzo I, Luisa Vázquez-Navarrete M, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Orig Artic Rev salud pública. 2010;12(5):701–12.

39. Constanza Charry L DE, Roca S, Carrasquilla G. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad? Colomb Med. 2008;39(1).

40. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. 2014;1–45.

41. Barr N, Diamond P. The economics of pensions. Oxford Rev Econ Policy. 2006;22(1):15–39.

42. Procuraduría General de la Nación C de E de DJ y S-D. Trabajo digno y decente en Colombia. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 27]. Available from: http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Trabajo digno y decente en Colombia_ Seguimiento y control preventivo a las pol%C3%ADticas p%C3%BAblicas(1).pdf

43. Borrell C, Artazcoz L. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 17]. Available from: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf

44. UNRISD. Combatir la pobreza y la desigualdad. Cambio estructural, política social y condiciones políticas. 2011.

45. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Soc Determ Heal Discuss Pap 2 (Policy Pract. 2010;79.

46. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo, Todos Por un Nuevo País 2014- 2018. 2015 p. 1689–99.

47. Gobierno de la República de Colombia, Ministerio de Trabajo. Política Pública de Empleo en el marco del Trabajo Decente [Internet]. 2015. Available from: http://www.mintrabajo.gov.co/empleo/empleo-local/programa-de-asistencia-tecnica/politica-publica-de-empleo-en-el-marco-del-trabajo-decente.html

48. Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al. Clase social y salud en América Latina. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2012;31:166–75. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=es

49. Muntaner C, Ng E, Chung H, Prins SJ. Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. Soc Theory Health [Internet]. 2015;13(3-4):267–87. Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84939499229&partnerID=tZOtx3y1

Anexo 1. Preguntas de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2008-2015 respecto a ocupación, posición ocupacional y rama de actividad

VARIABLE	NRO. DE PREGUNTA EN ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA	PREGUNTA	RESPUESTA	
			2008	2015
Ocupación	P6370S1	¿Qué hace en este trabajo?	Codificación según clasificación CNO-70	Codificación según clasificación CNO-70
Posición ocupacional	P6435	¿En este trabajo es?	1. Obrero o empleado de empresa particular 2. Obrero o empleado del Gobierno 3. Empleado doméstico 4. Profesional independiente 5. Trabajador independiente o por cuenta propia 6. Patrón o empleado 7. Trabajador de finca, tierra o parcela propia en arriendo, aparcera, usufructo o posesión 8. Trabajador sin remuneración 9. Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.) 10. Jornalero de peón	1. Obrero o empleado de empresa particular 2. Obrero o empleado del Gobierno 3. Empleado doméstico 4. Profesional independiente 5. Trabajador independiente o por cuenta propia 6. Patrón o empleador 7. Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo o aparcera 8. Trabajador familiar sin remuneración 9. Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.) 10. Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares 11. Jornalero o peón
Rama de actividad	P6390S1	¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que realiza su trabajo?	Codificación según clasificación CIUO 3.1	Codificación según clasificación CIUO 3

Fuente: ENCV del DANE 2008 y 2015

Anexo 2. Preguntas utilizadas para clasificación de trabajadores, ENCV 2008-2015

VARIABLE	NRO. DE PREGUNTA EN ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA		PREGUNTA	RESPUESTA
	2008	2015		
Posición ocupacional	P6435	P6435	¿En qué actividad ocupó la mayor parte del tiempo la semana pasada?	1. Trabajando 2. Buscando trabajo 3. Estudiando 4. Oficios del hogar 5. Incapacitado permanentemente para trabajar 6. Otra actividad
Actividad secundaria	P6250	P6250	¿Además de lo anterior, realizó la semana pasada alguna actividad paga por una hora o más?	1. Sí 2. No
Actividad remunerada pese a no trabajar en la semana de referencia	P6260	P6260	¿Aunque no trabajó la semana pasada, por una hora o más en forma remunerada, tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?	1. Sí 2. No
Trabajo no remunerado	P6270	P6270	Trabajó la semana pasada en un negocio por una hora o más sin que le pagaran?	1. Sí 2. No

Fuente: ENCV del DANE 2008 y 2015

Anexo 3. Definición operativa de los indicadores incluidos en el análisis de Clase Social a partir de las ENCV por dimensión de análisis. Colombia, 2008 y 2015

DIMENSIÓN	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Condiciones de vida	Porcentaje de personas en viviendas con piso de tierra.	Personas que habitan en viviendas donde el material predominante de los pisos es tierra y/o arena.	Personas
	Porcentaje de personas en viviendas sin acueducto.	Personas que habitan en viviendas donde no se cuenta con el servicio de acueducto.	Personas
	Porcentaje de personas en hogares sin eliminación adecuada de excretas.	Personas que habitan en viviendas donde no se cuenta con inodoro conectado a alcantarillado o a pozo séptico.	Personas
	Porcentaje de personas en hogares sin recolección adecuada de basuras.	Personas que habitan en viviendas donde no se cuenta con el servicio de recolección de basuras.	Personas
	Porcentaje de personas en hogares con hacinamiento crítico.	Personas que habitan en viviendas donde la relación de personas por cuartos es mayor a tres (3).	Personas
	Porcentaje de personas en hogares con hacinamiento crítico.	Personas que habitan en viviendas donde hay alguno de estos problemas: ruidos provenientes del exterior, malos olores provenientes del exterior y/o presencia de basura en las calles.	Personas
	Porcentaje de personas en hogares que se consideran pobres.	Personas que se consideran pobres.	Personas
	Porcentaje de personas en hogares sin ingresos suficientes para gastos.	Personas que manifiestan que los ingresos de su hogar no alcanzan para cubrir los gastos mínimos.	Personas
	Porcentaje de personas en hogares dónde uno de sus miembros no consumió alguna de las tres comidas.	Personas que manifiestan que por falta de dinero, algún miembro del hogar no consumió alguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida) uno o más días de la semana pasada.	Personas
	Porcentaje de personas en hogares dónde alguna vez se quedaron sin alimentos.	Personas que manifiestan que en los últimos 30 días, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos.	Personas
Estado auto-percibido de salud	Prevalencia de autopercepción de salud negativa.	Personas que manifiestan que su estado de salud es en general malo.	Población mayor de 18 años

Prevalencia de la enfermedad declarada	Prevalencia de enfermedad crónica percibida.	Personas que manifiestan que tienen alguna enfermedad crónica.	Personas
	Prevalencia de problema de salud en los últimos 30 días.	Personas que manifiestan que en los últimos 30 días han tenido alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización.	Personas
Prevalencia de discapacidad declarada	Prevalencia de personas con discapacidad.*	Personas que manifiestan tener limitaciones permanentes.	Personas
	Prevalencia incapacidad laboral en personas de 12 años o más.	Personas que manifiestan estar incapacitadas permanentemente para trabajar.	Personas
Acceso de la población a los servicios de salud y seguridad social	Porcentaje de personas con problemas de salud no atendidas por profesionales de la salud por falta de dinero.	Personas que manifestaron que la razón para no recibieron atención médica fue por falta de dinero.	Personas que en los últimos 30 días manifestaron tener alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización y que no fueron atendidas por el servicio de salud.
	Días promedio entre solicitud de cita y momento de consulta.	Promedio de días transcurridos entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontólogo de las personas que tuvieron enfermedad, accidente o problema de salud.	No aplica
	Porcentaje de personas atendida con calificación negativa del servicio de salud.	Personas que manifiestan que la calidad del servicio fue mala.	Personas que asistieron a recursos institucionales de salud.
	Porcentaje de personas atendidas que fueron remitidas a especialista.	Personas que manifiestan haber sido remitidas a un especialista.	Personas que fueron atendidas por el sistema de salud.
	Días promedio para obtener cita con especialista.	Promedio de días transcurridos entre el momento de pedir la cita y el comento de la consulta con el especialista de las personas con enfermedad, accidente o problema de salud.	
	Porcentaje de personas que asistieron a urgencias y fueron atendidas.	Personas que manifiestan haber acudido al servicio de urgencias en una IPS.	Personas que manifiestan haber sido atendidas en el servicio de urgencias.
	Porcentaje de personas que tardaron más de una hora en ser atendidas en urgencias.	Personas que manifiestan que el tiempo transcurrido entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido fue más de una hora.	Personas que manifiestan haber acudido al servicio de urgencias.
	Porcentaje de personas a los que se les formularon y entregaron medicamentos.	Personas que manifiestan que se le formularon y entregaron medicamentos.	Personas que en los últimos 30 días manifestaron tener alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado

		hospitalización y se les formularon medicamentos.
Porcentaje de personas afiliadas al SGSS.	Personas que manifiestan estar afiliadas a alguna entidad de seguridad social en salud.	Personas
Porcentaje de personas mayores de edad afiliadas a un fondo de pensiones.	Personas que manifiestan estar cotizando a un fondo de pensión o ser pensionadas.	Personas

Fuente: análisis y elaboración Equipo de Trabajo ONS

**Con el fin de permitir la comparabilidad entre años, para el año 2008 no se tuvieron en consideración las personas discapacitadas para salir solas a la calle.*

Anexo 4. Índice de clases sociales construido a partir de los indicadores analizados

Año, Población y Sexo por Clase social	2008				2015			
	General		Trabajadores		General		Trabajadores	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Directivos	2,41	1,88	2,71	1,71	2,68	1,95	1,61	1,83
Profesionales y técnicos	2,83	2,78	2,32	2,64	2,96	3,04	2,42	2,71
Empleados	3,21	3,92	2,67	2,77	4,04	4,20	3,36	3,26
Obreros industriales	4,42	4,25	3,71	3,61	5,00	4,16	3,84	4,08
Pequeña burguesía	5,79	5,46	5,54	4,79	5,84	6,12	5,52	5,32
Trabajadores domésticos	7,23	8,59	5,64		7,67	8,32	6,19	6,50
Obreros agropecuarios	6,88	6,29	7,06	5,74	5,96	5,64	6,26	5,29
Campesinos	7,21	7,00	6,41	6,00	6,44	7,04	6,73	6,44
Otros trabajadores	4,41	4,94	4,00	4,71	4,78	5,06	4,28	4,33
No clasificables	6,83	6,35			6,60	6,32		

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ONS observatorio nacional de salud

Clase y Social Salud

Informe Técnico ONS
Octava Edición
2016-2

Instituto Nacional de Salud
Avenida calle 26 No. 51-20- Zona 6 CAN.
Bogotá, D.C.
Tel: (57+1) 220 7700 ext 1389- 1390
Línea Gratuita: 018000113400

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN