

Estudio de los factores socio-económicos
y de la salud en Colombia*
Study of socio-economic factors and health in Colombia

Carlos Agualimpia¹



* El presente trabajo fue presentado por su autor en la conferencia Internacional sobre recursos humanos para la salud y la educación médica. Organización Panamericana de la Salud, Maracay, Venezuela, junio 22 de 1967. Al final incluimos 2 tablas, las números 1 y 2, que se relacionan directamente con Odontología.

1. M., M.D.M.P.H. Del Ministerio de Salud Pública Colombia en el año 1967

EL HOMBRE Y SU AMBIENTE

Todos los aspectos de la vida del hombre, inclusive su salud, se hallan unidos a su historia y a las estructuras sociales en que vive. El hombre es considerado entonces, como el producto de la herencia y del ambiente en que se desenvuelve. Los atributos humanos se explican por lo que ha llegado a ser, en un complicado proceso formativo de interacciones entre su organismo y las condiciones físicas, biológicas y sociales del ambiente.

Como ha escrito René Dubos:

"... todos los hombres, cualquiera que sea su origen, poseen una constitución biológica, necesidades fisiológicas y respuestas a los estímulos fundamentales iguales; pero no obstante esta uniformidad, sus enfermedades y sus necesidades médicas difieren profundamente en función del "hábitat", las instituciones sociales y las formas de vida" (1).

En las últimas décadas se han dispensado un creciente interés al estudio del ambiente. Probablemente porque los problemas de salud más importantes en el mundo actual tienen su origen en las respuestas del hombre a su ambiente total; por las enormes posibilidades – al menos teóricas– desarrolladas para alterar sus componentes; y por la confirmación de que los complejos factores del ambiente determinan la efectiva aplicación de los progresos científicos.

Esta presentación se relaciona con el complejo de situaciones económicas y sociales que subyacen al estado de salud y a la provisión de los servicios y que se originan en el retraso de los "países en desarrollo" para obtener los medios y facilidades de vida que distinguen a las sociedades avanzadas. De este complejo de situaciones, la pobreza es el rasgo fundamental, común a todos los países en desarrollo; es una pobreza a la vez nacional y personal.

La pobreza nacional obedece a un incremento lento e irregular de la riqueza apenas superior al aumento progresivo de la población y derivado de situaciones nacionales y mundiales, tanto económicas como sociales y políticas. Aunque el producto nacional bruto creció a una tasa anual de 4.7%, entre 1950 y 1962, el aumento de la población determinó un ritmo de solo 1.9% en el ingreso per cápita, llegando en 1962 a presentar 1610 pesos constantes de 1958 (2).

La pobreza personal se origina en la distribución desigual e irregular de la riqueza. La desproporción en las posibilidades de ingreso y de consumo queda elocuentemente expresada en las siguientes estimaciones conjeturales de las Naciones Unidas para Latinoamérica: "... mientras el 50% de la población tiene dos décimos aproximadamente del consumo total de las personas en el otro extremo de la escala distributiva el 5% de los habitantes disfrutaban de casi los tres décimos de aquel total" (3).

Por otra parte, en Colombia, el esfuerzo público en salud, mantenido alrededor del 1.8% del producto nacional bruto en los últimos años no beneficia tampoco equivalentemente a la población: los grupos asegurados y similares que representan tan sólo el 5% de la población, consumen el 43% del gasto público mientras el 80% de la población sólo consume el 57% (4). Una gran proporción de la gente se ve así destituida en sus capacidades para satisfacer sus requerimientos, para ser educada, para atender sus necesidades de salud. Como la pobreza influye en todos los planes de desarrollo, la solución de los problemas de salud, asunto especial de la medicina, deja de ser su dominio exclusivo. Ni los mejores planes pueden superar esta deficiencia de bienes y posibilidades que impide el aprovechamiento por amplios sectores del

país, de los conocimientos de la ciencia y la tecnología. A la pobreza se vinculan en un proceso circular acumulativo de relaciones inextricables, la ignorancia y la enfermedad.

Hace muchos años, Winslow resumía en palabras exactas estas relaciones: "... hombres y mujeres enfermaban porque eran pobres; volvíanse más pobres porque estaban enfermos, y más enfermos porque eran más pobres" (5). Y recientemente, Leona Baumgartner citaba: "Esta mal que un hombre sea ignorante, pues esto lo sustrae del comercio con otras mentes humanas; es quizás peor que un hombre sea pobre, pues esto lo condena a una vida de privación y maquinaciones en la cual no hay tiempo para ilusiones ni descanso a la fatiga. Pero es peor, seguramente, que se sienta mal, pues (su malestar) lo imposibilita para hacer algo en relación a su pobreza o su ignorancia (6).

Se reconoce pues, que dadas ciertas condiciones sociales y económicas, aparecerá una nueva condición de salud y a su vez que las condiciones de salud engendrarán nuevas posibilidades sociales y económicas. Este acuerdo casi unánime desaparece, sin embargo, cuando se trata de establecer el orden de prioridad de los factores para asignar los recursos disponibles. Cada sector comprometido en la empresa del desarrollo económico y del bienestar social se esfuerza por hacer aparecer como exclusivas o principales aquellas acciones relacionadas con su propia esfera de acción.

Algunos economistas argumentan que el desarrollo económico **per-sé**, conducirá al mejoramiento del estado de salud; los educadores, que la educación conducirá a un mejor estado de salud y al desarrollo económico, mientras que los trabajadores de salud, expresan a menudo que sin salud con cierto tipo de influencias sociales, económicas y culturales, se basan más en opiniones y anhelos personales que en información objetiva y exacta. Pero si queremos romper el ciclo de pobreza – ignorancia – enfermedad, debemos encarar los hechos y aceptar la realidad, investigar las relaciones entre la salud y las condiciones de vida e identificar los factores socio-económicos que influyen el nivel de salud en algunos grupos de la sociedad. Y con este conocimiento, acertar en la adecuada selección de medios y medidas destinadas a lograr un ambiente seguro y saludable y la provisión extensiva de servicios con los escasos recursos disponibles.

EL PROBLEMA Y SUS MÉTODOS DE ESTUDIO

El estudio del ambiente social no es fácil, sin embargo, debido a las circunstancias en que se efectúan ordinariamente las observaciones. Los elementos sociales, culturales y económicos, múltiples e interrelacionados, que intervienen en los diversos ambientes experimentados por los grupos humanos, todavía se comprenden con dificultad en su significado y no han podido ser delimitados en su acción ni reducidos en su mayoría a unidades mesurables. Por estas razones, el término "estado socio-económico", de amplia utilización, no puede ser aplicado a casos concretos y específicos.

El trabajo epidemiológico confronta la situación sobre la base de un análisis sucesivo de situaciones comparables y de la exploración de relaciones o asociaciones entre dos o más hechos, uno de los cuales tiene que ver con la salud y los demás con variables seleccionadas consideradas en momentos diferentes como causas hipotéticas del primero. Los "índices" sugeridos por algunos que combinan una serie ponderada de variables en fórmulas convencionales, pueden resultar útiles en estudios individuales, pero incorporan habitualmente impresiones subjetivas de su autor y dificultan la comparabilidad de los datos por cuanto rara vez son empleados por más de un investigador (7).

Resulta así más objetivo, como aconseja Mc Mahon describir cada vez las asociaciones entre la salud y una sola variable particular, para facilitar la medición de esta última y su empleo (Gráfico n° 1) práctico como un indicador de la situación total (7). La variable "socioeconómica" seleccionada para describir la relación no es más que un elemento imperfectamente seleccionado dentro de una serie amplia de elementos sociales, con propiedades o diferencias complejas, resultantes a su vez de una genealogía diversa de antecedentes. Por tanto, al manejar el factor "socio-económico" debemos admitir que su tratamiento aislado es artificial, que en su actuación real se encuentra completamente vinculado al contexto social y que es difícil de aislar su participación causal dentro del efecto total (12). La demostración de que existe una asociación o correlación entre un hecho social y uno de salud no necesariamente los vincula casualmente; el problema de la causalidad sólo queda resuelto mediante laboriosos procesos de inferencia científica, conducidos en estudios controlados, recurriendo con frecuencia al análisis de variables múltiples.

GRÁFICO 1

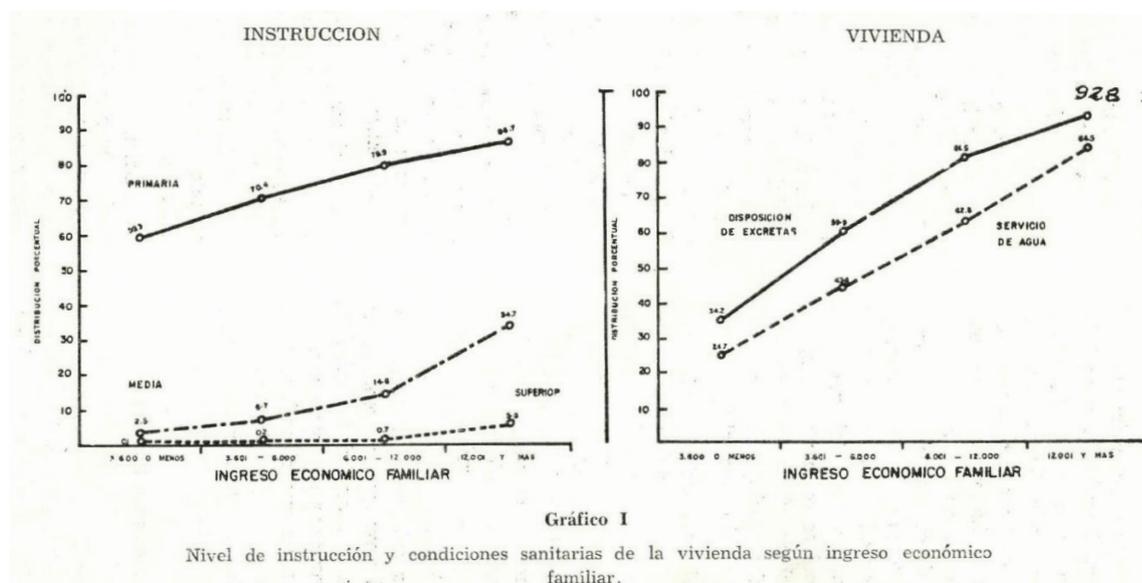


Gráfico 1
Nivel de instrucción y condiciones sanitarias de la vivienda según ingreso económico familiar.

Es todavía más difícil una vez demostrado al nexo causal precisar la dirección de la causalidad. Probablemente las acciones son recíprocas, lo que quiere decir que el ambiente social afecta la salud y en forma similar la enfermedad puede producir impacto en las condiciones sociales.

EL INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR

Los factores del ambiente socio-económico se mueven en cada país con un significativo paralelismo; si bien, cuando ocurren cambios acelerados, pueden resultar desplazamientos considerables entre lo económico y lo social. Con frecuencia los estudios de salud en diversos países han seleccionado las condiciones económicas de la población como indicativas de la situación socio-económica en general. El interés por la relación entre enfermedad y nivel económico se remonta a 1842, con el estudio de Edwin Chawick en Gran Bretaña y se han

continuado, en los Estados Unidos principalmente, con una serie de programas enderezados a evaluar los patrones de morbilidad según las condiciones sociales y económicas de la población que han concluido con la operación continuada de la U.S. National Health Survey desde 1957 (8).

En esta presentación hemos seleccionado el nivel económico como variable "socio-económica" para estudiar los aspectos de la salud en diferentes grupos, por su estrecha relación con los otros factores de orden social y económico, su fácil aplicación a todos los grupos de edad y la posibilidad de comparar los resultados con otros estudios similares. El nivel económico puede ser medido de tres maneras por lo menos: los egresos o gastos, la riqueza y los ingresos, dependiendo el concepto elegido de la facilidad para obtener y manejar los datos en cada caso particular (9).

En Colombia, hemos optado por el ingreso económico estimado como "el valor de todos los ingresos en dinero efectivo y en especies, que se han recibido en forma de pago o producidos por la propia finca o negocio" (10). Pues lo consideramos un indicador más fácil de precisar por el público, incluye todos los recursos materiales de consumo traducibles en bienestar y permite su aplicación uniforme en todos los grupos nacionales.

Clasificamos todas las personas según el ingreso económico familiar anual, referido de una entrevista domiciliar por una muestra representativa de la población del país. El ingreso considera "el de todos los miembros de la familia que contribuyen al sostenimiento del hogar". El concepto de familia es epidemiológico e incorpora "el grupo de personas que comparten la misma vivienda y los alimentos formando una unidad", tengan o no vínculos sanguíneo o políticos con el jefe. Este concepto pretendía lograr la cobertura total de la población del país, cobijar como una unidad los grupos sometidos a similares riesgos de enfermar y permitir la comparabilidad de los datos con los obtenidos por el Censo Nacional de población.

El ingreso económico familiar adjudica mayores ingresos a las familias más numerosas por la oportunidad que estas tienen de contar con un mayor número de contribuyentes al mantenimiento familiar (Gráfico n°1). Por esta razón el ingreso per cápita puede ser un dato menor, aunque tiene el inconveniente de considerar que cada persona que se agrega a una familia, incrementa los gastos en igual medida que la unidad inicial, contrariando una vieja impresión universal de que tres personas pueden vivir casi con el mismo costo de dos.

Todos los indicadores económicos adolecen de algunos inconvenientes. En primer lugar, la fluctuante situación económica hace variar su magnitud una época a otra, por lo cual los datos se pierden valor descriptivo a medida que se alejan del periodo al cual hace referencia. En segundo lugar su expresión en valores monetarios nacionales, dificulta la comparación del verdadero poder adquisitivo entre diversos países. En tercer lugar, la pobreza concentra una considerable parte de la población dentro de grupos con ingresos precarios, de status similarmente bajos lo cual limita la significancia de las diferencias a las que ocurren entre los grupos extremos. Un 40% de la población colombiana percibe menos de 3.601 pesos al año; un 62% menos de 6.001 pesos y un 84% menos de 12.001 pesos, para un promedio de 6 personas por familia. El ingreso económico per cápita mediano, llega alrededor de 800 pesos al año. Por último, la formulación de preguntas directas sobre estos capítulos puede suministrar en grupos, información inflada o disminuida falazmente por temor a imposiciones o anhelos de protección y ayuda. Otros grupos rechazan la pregunta o ignoran su respuesta.

En Colombia un 16.3% de la población entrevistada no informó el ingreso económico. Sin embargo, la comparación entre el grupo de población que no informó su ingreso y la población total del país por otras características conocidas, indica que, por lo menos en cuanto a ellas,

no existe una diferencia apreciable. Esto reduce el sesgo que podría resultar si la población no informante se apartara muchos de los promedios nacionales.

Esta presentación relaciona la situación de salud con la distribución de la población según ingreso económico familiar durante la entrevista. Es una primera aproximación a otros estudios que investiguen el efecto que se produce en las asociaciones descritas al convertir el ingreso familiar a ingreso per cápita, al adoptar otras definiciones de familia y al utilizar otros indicadores del nivel económico diferentes del ingreso.

LA POBLACIÓN SEGÚN INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR

Para comprender mejor las relaciones de salud con el ingreso económico familiar, es indispensable conocer otras características de la población que pueden influir en las condiciones de salud y están frecuentemente asociadas al ingreso económico.

ZONA

En Colombia el desarrollo desigual entre los centros urbanos en constante crecimiento y modernización y los amplios sectores rurales atrasados, se manifiesta en todo orden de hechos políticos, demográficos, culturales y sanitarios. Las razones son sociales y políticas y reflejan la organización casi feudal de la sociedad rural, con pobre mecanización, escasa productividad y competencia económica casi ausente.

Esta inequidad ha reducido el beneficio obtenido de la incipiente prosperidad sanitaria en la zona urbana, pues la constante migración del campo a la ciudad traslada a ésta última las condiciones inconvenientes del ambiente rural. Hemos adoptado como población "urbana" aquella que habita en concentraciones de 1500 habitantes o más. Este criterio tiene obvias limitaciones; la más evidente radica en que el ambiente "urbano" no es homogénea, pues se han establecido importantes diferencias dentro de él: pequeñas poblaciones con más de 1500 habitantes ("urbanas") difieren tanto o más de los grandes centros urbanos que de las zonas "rurales".

A pesar de sus limitaciones, este criterio tiene para Colombia la ventaja de facilitar la comparación con otros datos demográficos y sociales del país obtenidos mediante los censos y registros ordinarios de estadística. Agrupaciones adicionales sobre la información recogida, no disponibles todavía, permitirán clasificaciones más funcionales al dividir los grupos "urbanos" según el tamaño de su población.

Durante la Investigación Nacional de morbilidad el 51,5% de la población vivía en poblados de 1500 habitantes y más; el resto o sea un 48.5% residía en lugares más pequeños. La población rural ha pasado del 71% en 1938 al 49% en 1964; la población que vive en ciudades de 100.000 habitantes y más, se ha duplicado en cada periodo intercensal y pasó de 7% en 1938 a 27% en 1964. Existen marcadas diferencias en el ingreso económico familiar anual, según el lugar donde habita la población. Un 22.6% de la población urbana y un 58% de la rural, percibe el ingreso más bajo (3600 pesos o menos). Por otra parte, un 26.7% de la población urbana y apenas un 5.7% de la rural pertenece al grupo más alto (12.001 pesos y más). En la zona urbana residen un 29.6% de las personas con el menor ingreso y un 83.5% de las personas con el ingreso mayor.

Las diferencias entre las zonas urbana y rural según el ingreso económico se reflejan en los otros indicadores de bienestar. El 19.7% de la población urbana de 6 años y más, no han

recibido grado alguno de instrucción contra el 41.9% de la población rural. Un poco más de 2/3 partes de las viviendas urbanas tiene agua y servicio de excretas contra al menos 1/5 y 1/10 de las viviendas rurales.

Los ingresos medianos anuales de la población urbana casi doblan los de la rural independientemente de las otras características sociales que se investiguen. Las dispares condiciones sociales y económicas, indujeron al examen sistemático de los factores de salud separadamente por la zona urbana y rural. La diferente significación que un mismo ingreso económico llega a tener en la ciudad y en el campo por el número de exigencias del ambiente social y los costos de vida, es un argumento adicional para esta decisión.

SEXO

Los diferentes grupos de ingreso económico familiar muestran apenas ligeras diferencias respecto a esta característica.

EDAD

Además de determinar en gran medida el patrón de enfermedad, la estructura estaría de la población puede ser a la vez causa y efecto de la condición económica y social de los grupos. La edad es quizá la variable mejor establecida y más ampliamente estudiada. Estudios en diferentes épocas y lugares señalan que las personas en los grupos extremos de edad (0-14 años y 45 y más) tienen una tasa de enfermedad sustancialmente más alta que las personas de edad media. En Colombia los grupos extremos de edad, constituían 43.8% en el grupo de más alto ingreso y 53.6% en el grupo más bajo (Gráfica n°2). Por estas divergencias en la edad, ajustamos los datos para cada grupo de ingreso refiriéndolos a la población Standard del país, a fin de eliminar la distorsión que la diferente estructura etaria pudiera tener sobre cualquiera de las condiciones analizadas. Al hacer ajuste para todas las condiciones, las tasas ajustadas por edad no mostraron variaciones significativas, razón por la cual se presentan únicamente los datos originales.

EDUCACIÓN

Se ha considerado que el desarrollo económico de los grupos conduce mejoramiento del nivel de vida, que tiende a elevar el nivel cultural, el cual a su vez incrementa las posibilidades económicas. En los países donde la evolución ocurre en forma gradual, los tres aspectos guardan una relación más o menos estrecha. En cambio, en regiones donde el desarrollo es rápido, se observa muchas veces un dislocamiento notable entre lo social, económico y cultural. Aproximadamente la cuarta parte de la población con 15 años o más nunca había asistido a la escuela. Un 55% no había pasado la escuela primaria, 13% la secundaria y 2% había recibido alguna educación superior.

En el grupo de ingreso más alto, un 34.7% había recibido alguna educación media o superior contra un 2.5% en el grupo de ingreso más bajo. Por otra parte, un 40.7% en el grupo de ingreso más bajo y un 13.3 en el grupo más alto no había recibido instrucción alguna (Gráfica n° 2). El ingreso mediano anual informado, varió también con el nivel de instrucción en las zonas urbana y rural. Por ejemplo, el ingreso mediano de los que no habían recibido instrucción de ningún tipo, fluctuaba entre 3 y 5 mil pesos. Los valores ascienden desde 22 a 30 mil pesos en las personas con educación superior (Gráfico n°1).

Un 5.6% de las personas entrevistadas no conocían o no manifestaron cuál era su nivel educativo. Este grupo fue omitido en los cálculos que se comentan. Lo más probable es que la mayoría de ellos no hubiera tenido educación formal, o la hubiera tenido muy limitada.

OCUPACIÓN

El 42.6% de trabajadores eran agricultores o pescadores, el 17.5% artesanos, el 17.8% trabajadores de los servicios y del transporte y el 8.4% comerciantes y vendedores. Hay una estrecha relación entre lo que la gente hace y su ingreso económico. En el grupo de ingreso más bajo, un 62.8% de las personas con ocupación definida, eran agricultores y sólo un 15.6% en el ingreso más alto. Existía un 27.6% de empleados, administradores y profesionales en el nivel más alto de ingreso y sólo un 1.5% con esta ocupación en el menor ingreso (Gráfica n°2).

El ingreso mediano mayor era el de los técnicos y profesionales, alrededor de 20.000 pesos y el menor, el de agricultores, pescadores y mineros, alrededor de 3.500 pesos.

CONDICIONES DE VIVIENDA

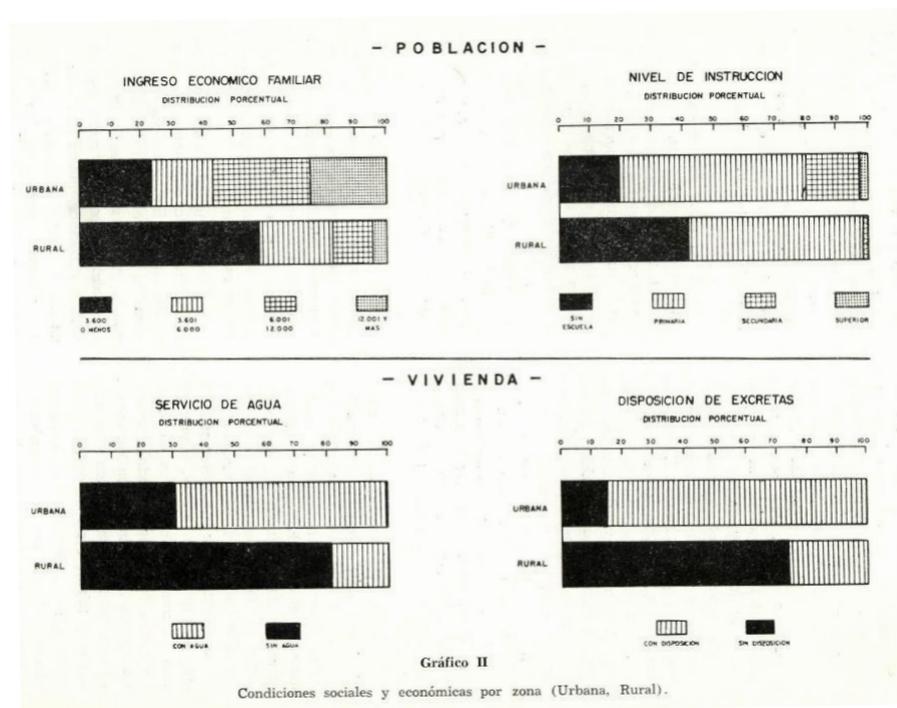
Las condiciones sanitarias de la vivienda guardan una relación estrecha con el ingreso económico familiar. En el grupo con ingreso menor, un 25% de las viviendas tienen servicios de agua y un 35% disposición de excretas. En el grupo de mejores ingresos un 85% de las viviendas tienen servicio de agua y un 93% disposición de excretas (Gráfica n° 2).

OTRAS CARACTERÍSTICAS

La Investigación Nacional de Morbilidad, recolectó además información sobre otras características que pueden estar asociadas con la pobreza, tales como áreas geográficas del país, categoría en la ocupación y características del jefe de familia. Su estudio será motivo de posteriores publicaciones.

Como la población colombiana es relativamente homogénea desde el punto de vista étnico, constituyendo los grupos raciales diferenciados, una fracción reducida del total de la población, no ha parecido procedente investigar esta característica.

GRÁFICO 2



EL INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR Y LAS CONDICIONES DE SALUD

Con el propósito de establecer las relaciones entre el ingreso económico familiar y las condiciones de salud, centramos el análisis sobre la enfermedad, un elemento medible y no sobre la salud que es una abstracción. Para ilustrar estas relaciones se seleccionaron algunas características que miden la extensión de la enfermedad y el uso de los servicios de salud: prevalencia de enfermedad sentida, efectos de la enfermedad en términos de incapacidad y atención médica recibida.

Como la información fue lograda en una entrevista familiar, su detalle y exactitud dependen necesariamente de la persona interrogada, siendo además, expresión de un conjunto de actitudes, creencias y prácticas sobre la salud y la enfermedad. El componente psicológico y social sobre impuesto a la base fisiológica de la enfermedad, vinculado a la distinta conformación social y cultural de los grupos varía con el lugar, el momento y el ambiente: lo que es mirado como comportamiento patológico en una situación social puede ser aceptable como comportamiento normal en otra; lo normal en un niño puede no serlo en un adulto; lo aceptado en un estrato rural puede resultar inaceptable en las grandes ciudades (11).

PREVALENCIA E INCIDENCIA DE ENFERMEDAD SENTIDA

La prevalencia e incidencia de enfermedad sentida corresponden a la percepción subjetiva que hace cada individuo de su estado de salud. La prevalencia e incidencia subjetivas de la enfermedad, traducen cuando menos el volumen de la enfermedad que afecta a una población, la demanda potencial de atención médica que deberían satisfacer los servicios de salud e indirectamente, el costo de la mala salud en términos de pérdida económica y sufrimiento personal.

PREVALENCIA E INCIDENCIA TOTAL

La prevalencia total de enfermedad considera a todas las personas "que se encontraban enfermas durante las dos semanas inmediatamente anteriores a la entrevista, debido a cualquier clase de enfermedad, accidente o condición, independientemente del tiempo de iniciación y de la gravedad y precisión de la misma" (10).

La prevalencia total de enfermedad por cualquier causa, no presenta variaciones sistemáticas entre la zona urbana y la zona rural para los diferentes grupos económicos, aunque en todo el país parece ligeramente superior en la zona rural. La incidencia por cualquier causa muestra cifras sensiblemente iguales en ambas zonas. En el país y en cada una de las zonas de prevalencia e incidencia tienen tendencia a disminuir a medida que aumenta el ingreso. La reducción es especialmente significativa para el grupo de 12.000 pesos y más; un 25% menos de incidencia, respecto al grupo con ingreso de 3.600 pesos o menos (Gráfico nº3).

CONDICIONES CRÓNICAS

Se preguntó sobre 12 condiciones crónicas específicas, seleccionadas sobre la base de su menor reconocimiento por la gente, prevalencia esperada e intereses en salud pública. Se hizo referencia al año previo a la entrevista. Se observa una proporción baja de condiciones crónicas cuando el ingreso sobrepasa 12.000 pesos. En familias con ingreso menor la proporción de

personas con una o más condiciones crónicas es del 7.7%. El dato se mantiene casi igual en los ingresos intermedios pero cae a 4.8% en personas con ingreso mayor (Gráfico n°3).

PROBLEMAS DENTALES

La pregunta fue formulada para las personas de 3 años y más, e incorporaba "dolor de diente u otro problema con la dentadura, durante el último año, relativos a dientes naturales y artificiales (10). Las tasas de prevalencia son mayores en la zona urbana que en la rural y aumentan ligeramente a medida que se incrementa el ingreso económico de las personas. En el grupo de 3600 pesos o menos las tasas son de 430.7 (zona urbana) y 428.8 (zona rural) y en el de 12.001 pesos y más 451.0 (zona urbana) y 443.8 por mil (zona rural) (Gráfico n°3).

GRÁFICO 3

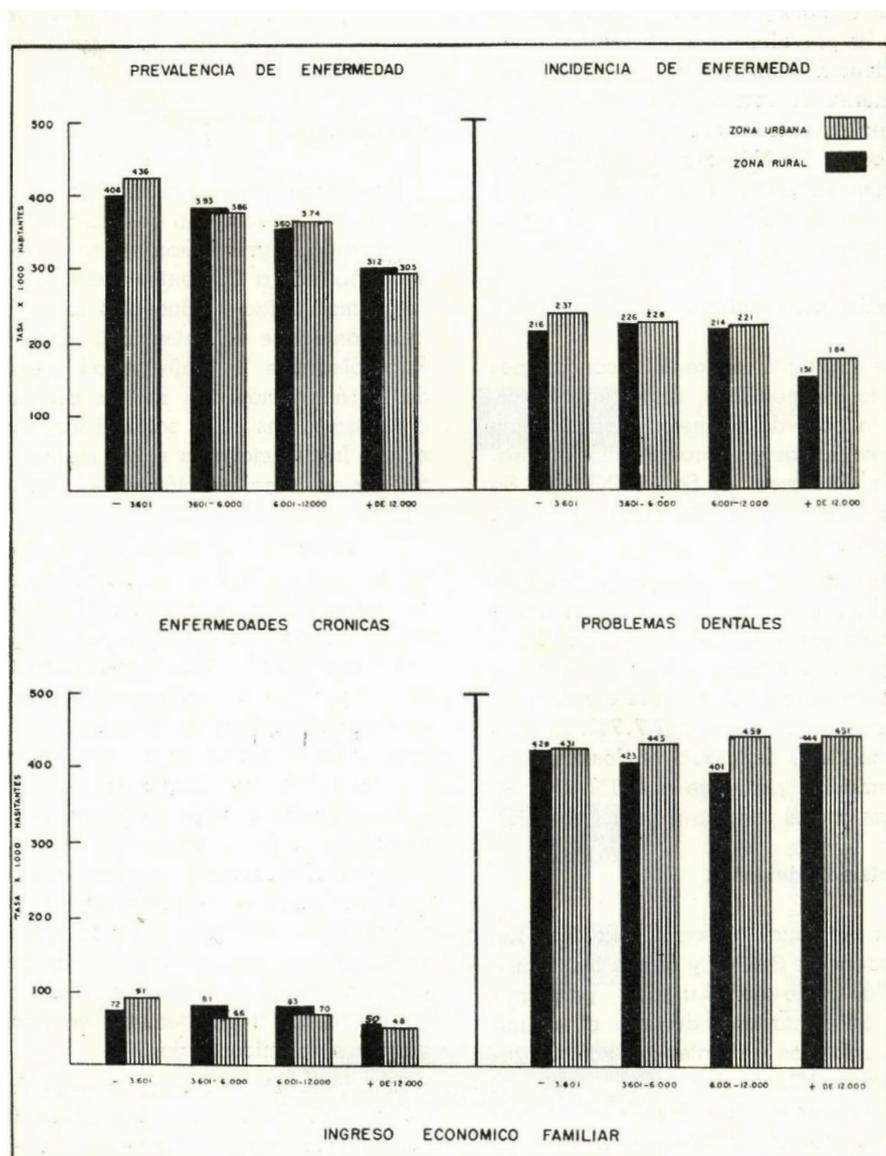


Gráfico III

Condiciones de salud según Zona (Urbana, Rural) e ingreso económico familiar.

COMENTARIOS

Una cierta proporción de estas relaciones entre frecuencia de enfermedad y elevado ingreso económico puede ser atribuible a diferentes definiciones de morbilidad y conceptos sobre la importancia de atención médica. Probablemente la enfermedad referida hará relación con mayor frecuencia a trastornos en la salud física, con menor frecuencia a la salud mental y tal vez no haga relación a la salud social.

La mayor frecuencia de enfermedad entre las personas de menores ingresos resulta más significativa si se tiene en cuenta que estos grupos hacen uso menor de la atención médica y de los procedimientos diagnósticos y por esta razón pueden tener menor conciencia de la presencia de sus trastornos de salud. Puesto que la persona informante va a relatar solo aquellos episodios de la enfermedad de los cuales está consciente y a los cuales se atribuye su reciente importancia, no es sorprendente que las condiciones menores, que no han causado efectos importantes sobre el individuo, sean referidas menos frecuentemente en estos grupos económicos bajos.

En la asociación entre ingreso familiar bajo y mayor frecuencia de condiciones crónicas, la reducción en el ingreso puede ser debida a la incapacidad para trabajar impuesta por la naturaleza de las enfermedades crónicas y que limitan de alguna manera la cantidad de ingreso familiar. Es también probable que el bajo nivel de vida, asociado con el menor ingreso, sea responsable a su vez de una mayor frecuencia de enfermedad. El ambiente afecta no solo la frecuencia sino también el tipo y severidad de las enfermedades. La información suministrada por los exámenes clínicos de la Investigación Nacional de Morbilidad, ofrecerá importantes perspectivas complementarias en el estudio de la morbilidad "Real" y de la variación del patrón de enfermedad según las características socioeconómicas.

INCAPACIDAD.

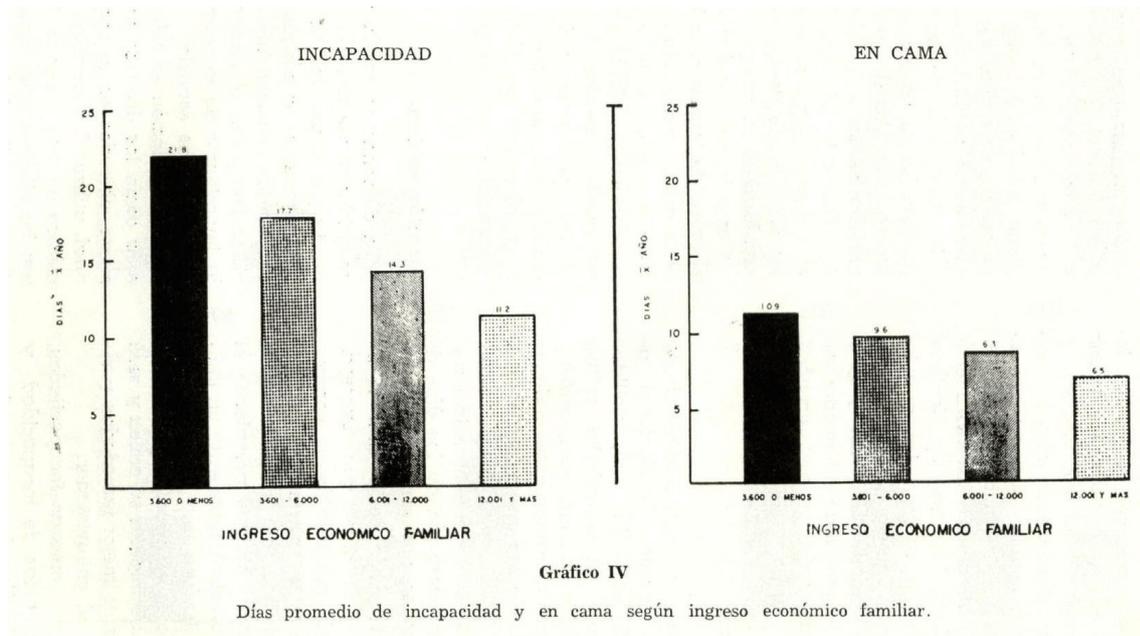
El concepto de incapacidad adoptado por la Investigación Nacional de Morbilidad indica la "imposibilidad para efectuar las actividades ordinarias, debido a enfermedades, accidentes o lesiones ocurridas antes o dentro del periodo de las dos semanas delimitadas" (10). Los datos que se presentan son anuales y fueron obtenidos mediante la ponderación de los días de incapacidad en dos semanas.

La cuantificación de los días de incapacidad y en cama que expresan una reacción mensurable de comportamiento ante la enfermedad, resultan así un indicador menos subjetivo de la morbilidad. Aunque prevalece el elemento subjetivo, representa un indicador que traduce una consecuencia concreta de la enfermedad sobre los individuos, no importa su causa y será probablemente mejor recordadas y referidas por el entrevistador.

La tasa de personas incapacitadas, el promedio de días de incapacidad y promedio de días de permanencia en cama fueron más bajas en ambas zonas a medida que aumentaba el ingreso (Gráfica n°4). Una persona con ingreso familiar de menos de 3.600 pesos tenía un promedio, 10,7 días de incapacidad y 4,4 días más de permanencia en cama que una persona con ingreso de 12.000 pesos y más. La declinación de los días de incapacidad fue similar en los diversos ingresos; entre los dos grupos con ingresos más bajos, la diferencia fue de 4.2 días; entre el segundo y el tercero 3.4 días; entre el tercero y el mejor 3.2 días. En forma similar declinan los días en cama.

Como la incapacidad es mayor en el grupo de ingreso más bajo, es aparente que la mala salud agrava la situación económica de estos grupos. El comportamiento de la persona enferma puede depender del ingreso económico: los individuos de familias con ingreso económico bajo no pueden faltar al trabajo fácilmente como las personas con ingreso económico alto.

GRÁFICO 4



ATENCIÓN MÉDICA.

La demanda y satisfacción de las necesidades de atención médica no refleja por entero las necesidades de salud, pues en la búsqueda y utilización de los servicios influyen la capacidad financiera, el reconocimiento de la importancia de la salud y la accesibilidad a los servicios.

Esta descripción se refiere a la manera como los diversos grupos económicos, ubicados en la zona urbana y rural, utilizan los servicios de atención médica en tres aspectos fundamentales: hospitalizaciones, consulta al médico y consulta al dentista.

Cuando es imposible se presenta el análisis de la atención médica relacionándola con las necesidades de la gente, expresadas en la entrevista domiciliaria. La relación entre las dos, expresa la proporción de la demanda subjetiva (potencial) que es satisfecha por los servicios (Gráfica n°5).

HOSPITALIZACIONES

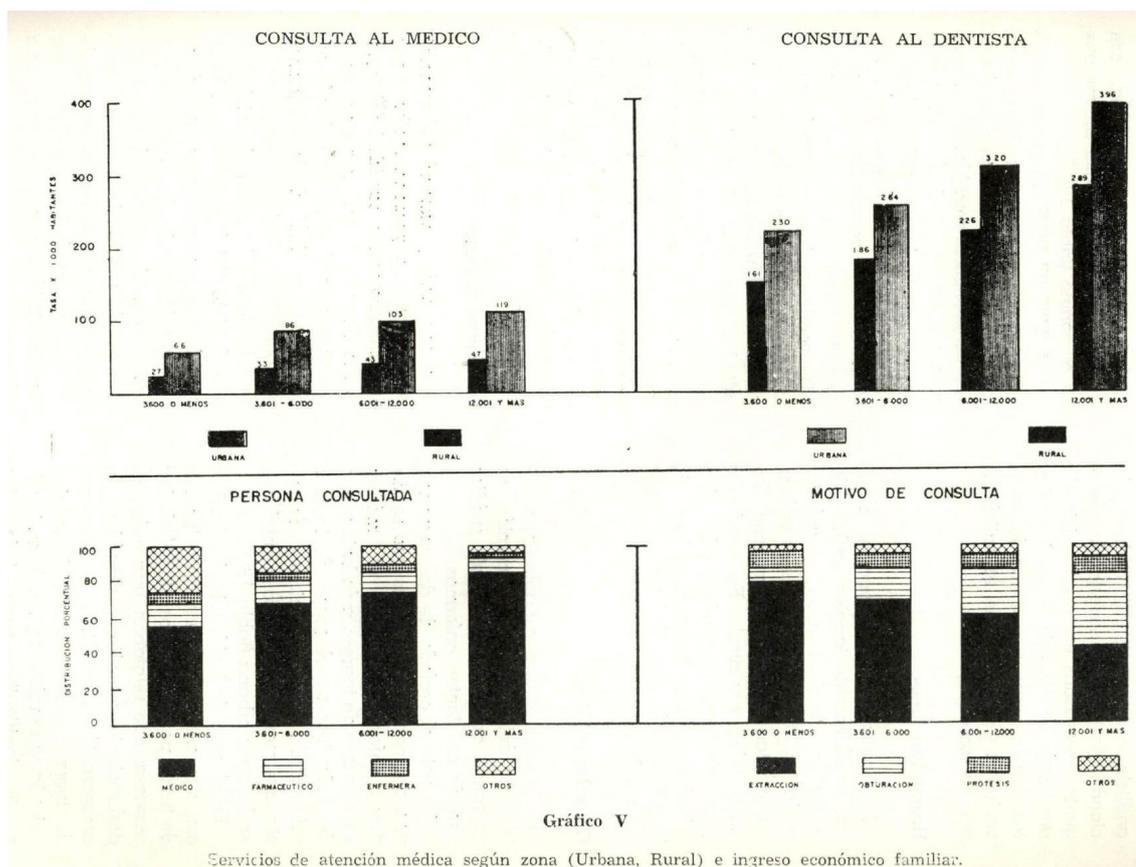
Las tasas de hospitalización resultan sensiblemente iguales en los diferentes grupos de ingreso económico, los habitantes urbanos tienen una tasa de hospitalización de 50 a 70% más alta que los rurales (Gráfica n°5).

CONSULTA MÉDICA

El ingreso es una variable importante para determinar la proporción de personas que consultan al médico cuando se sienten enfermas. Durante el periodo de 2 semanas, una de cada 10 personas que se sintieron enfermas, consultó al médico en el grupo de ingreso más bajo y una de cada tres en el grupo de ingreso más alto. Las proporciones fueron siempre menores en la zona rural que en la zona urbana (Gráfica n°5).

En el caso de incidencia, los hechos son similares. En el grupo de ingreso de 3.600 pesos o menos, 17.5% de las personas que relataban una enfermedad reciente, consultaron al médico, en comparación a un 58.8% en el grupo de ingreso más alto. Las diferencias entre la zona urbana y rural son igualmente significativas para todos los grupos de ingreso, pues la gente en la ciudad recibe atención médica con una frecuencia 2-3 veces mayor que en el campo (Gráfica n°5).

GRÁFICO 5



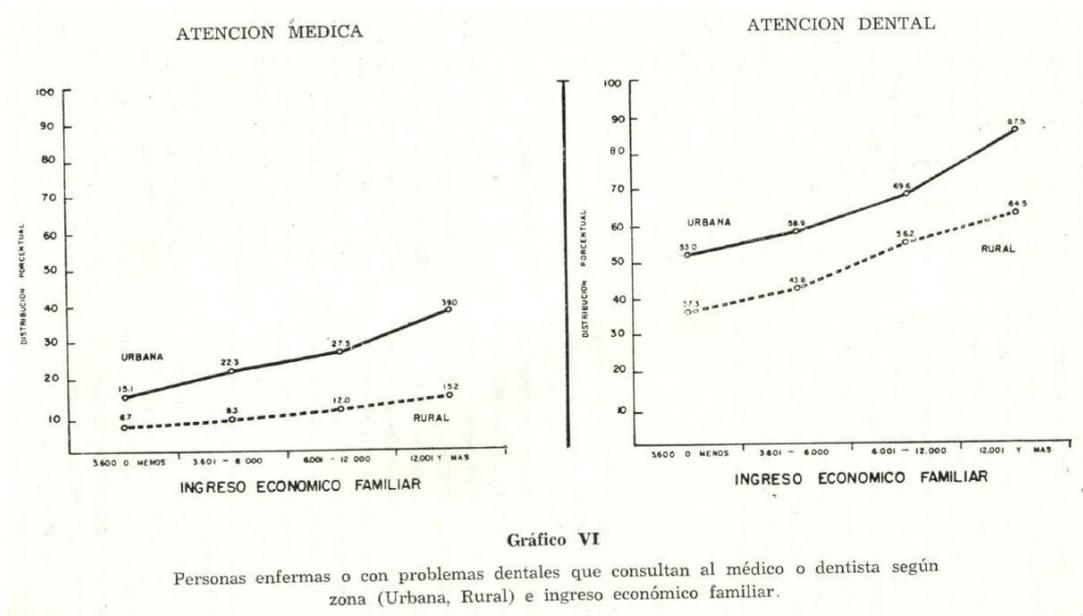
Las diferencias establecen no solo en cuanto a las proporciones generales de consulta sino en relación al tipo de asistencia recibida. De los consultantes, un 56% lo hacen al médico en el grupo de ingreso más bajo y un 87% en el grupo de ingreso más alto. En la zona rural la gente consulta al médico entre un 50 y 70% según el ingreso económico, en la zona urbana esto varía entre un 63 y un 89% (Gráfico n°6).

Las personas consultadas diferentes al médico disminuyen, pues en forma proporcional, a medida que aumenta el ingreso económico. Este tipo de atención, exceptuando pocos casos de enfermería profesional, no diferenciables por el público ni diferenciados en la entrevista, pueden clasificarse como atención no científica.

PROBLEMAS DENTALES

La cantidad y calidad y atención dental que una persona recibe, varía directamente con la cantidad de ingreso familiar y el lugar de residencia. Mientras en el grupo con más bajo ingreso, un 42% de las personas con problemas dentales, reciben un periodo de 9 a 15 meses atención del "dentista", en el otro extremo los demás alto ingreso son atendidos con una frecuencia 2 veces mayor. Este incremento se reproduce según el lugar de residencia, pues los habitantes urbanos independientemente de su ingreso económico, reciben una atención 30% mayor en frecuencia. Indirectamente podemos calificar la atención dental que los pacientes reciben de acuerdo al motivo de consulta. Mientras el 20% de los de más bajo ingreso consultan para tratamiento preventivo y de rehabilitación (no extracciones), un 57% en el grupo económico más alto consulta por esta causa. Las diferencias entre la zona urbana y rural ocurre en el mismo sentido, pero en menor intensidad, con una mayor proporción de individuos en la zona urbana que recibe atención de tipo preventivo o de rehabilitación (Gráfica n°6).

GRÁFICO 6



COMENTARIOS

El patrón de utilización de servicios médicos muestra cifras crecientes en la zona urbana con relación a la zona rural y en ambas, a medida que aumenta el ingreso económico. Como afirma Milton Roemer: "Existe una numerosa población rural pobre que en definitiva solo disfruta de una pequeña parte de los recursos médicos totales de la nación. En el otro extremo

de la escala de ingresos, hay un pequeño número de personas que habitan en las ciudades y tienen a su servicio una proporción muy elevada de los recursos médicos de la nación. Entre ambos extremos se encuentran diversas agrupaciones de trabajadores urbanos y rurales y sus familias, que tienen acceso a una parte mayor o menor de los recursos generales según su exacta ubicación geográfica, sitio de empleo, protección de seguridad social y otros factores” (13).

No hemos realizado pues la aspiración del grupo asesor en Atención Médica de la Organización Panamericana de la Salud para América Latina: “Todas las personas, sin cuales fueran sus ingresos o fuentes financieras, su lugar de residencia y su raza, religión o convicción política, deben recibir atención médica inmediata y apropiada” (14). Ideal fundamentado en el principio desveladamente preconizado por su director, Abraham Horwitz:

“La salud es un fin en sí misma para cada ser humano, pero es a la vez, como servicio social, un medio, un requisito que influencia el desarrollo en la medida que mejora la productividad, la capacidad de consumir e invertir y modifica favorablemente el ambiente, facilitando la explotación de recursos naturales” (15).

CONCLUSIONES

Los hallazgos confirman en términos cuantificados la idea generalmente aceptada de que existe una relación positiva entre la salud y las condiciones económicas familiares. Los patrones “morbilidad–nivel económico” pueden sin embargo, presentar cambios apreciables según los métodos de medición del nivel económico y de la enfermedad.

La disminución de la enfermedad percibida y de incapacidad en los grupos de ingreso económico más alto, no es efecto de un solo factor sino que está íntimamente asociada con cambios sociales sumamente complejos, relacionados con distintas esferas del desarrollo económico y social. La gente con más bajos ingresos a pesar de su nivel creciente de enfermedad y por consiguiente de sus mayores necesidades de atención médica, recibe menos servicios de salud que la gente con mejores ingresos. Estas diferencias en los grupos son excesivas al tipo de atención médica recibida o el motivo de la consulta odontológica.

A pesar de los riesgos conocidos en el área urbana y de la migración reciente de los sectores rurales que traslada a estas últimas condiciones inconvenientes del campo, los residentes urbanos en cada uno de los ingresos están en condiciones de salud más favorables que los residentes de zonas rurales.

Las relaciones indicadas por este estudio ilustran, solamente algunos problemas generales que merecen posterior investigación. Cada observación en este sentido origina múltiples interrogantes. Sobre la base de su resolución pueden ser aplicados más eficientemente los avances científicos y tecnológicos para mejorar la salud total del país.

REFERENCIAS

1. **DUBOS R.** El hombre y su ambiente. Boletín de la oficina sanitaria Panamericana. 1965;59:471-480.
2. **ICETEX.** Recursos y requerimientos de personal de alto nivel. Talleres gráficos del Banco de la República. Bogotá. 1965.
3. **CONSEJO ECONÓMICO SOCIAL DE LAS NACIONES UNIDAS.** "Hacia una dinámica del desarrollo latinoamericano". Décimo periodo de sesiones de la Comisión Económica para la América Latina. Documento E/CN. 12/68°. 1963:6.
4. **COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** Estudio de Recursos Humanos para la salud y la Educación Médica. Análisis del gasto público en Salud. Imprenta PES. Bogotá. 1966.
5. **WINSLOW C.** The cost of sickness and the Price of health. Monograph Series N°7. Geneva, World Health Organization. 1951:9.
6. **KIMBALL G.** Tropical Africa. New York. Twentieth Century Fund. 1960. Baumgartner, Leona. Health Ethnic. Minorities in the sixties. Editorial A.J.P.H. 1965;55(4): 495.
7. **MAC MAHON B, PUGH T, IPSEN J.** Epidemiologic Methods. Boston Little Brown – 1960.
8. **LINDER E.** National Health interview Survey. Trends In the study of morbidity and mortality. Public Health paper n° 27. Geneva, World Health Organization, 1965:78-111.
9. **BAKER D.** Problems in measuring tne influence of economic levels on morbidity. A.J.P.H.. 1966;56:499-507.
10. **GÓMEZ A.** Investigación Nacional de morbilidad. Manual de entrevistas Domiciliarias. Bogotá. Imprenta PES.1965.
11. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Enviromental determinants of community Well-being. Scientific Publication. PAHO, Washington. 1965:123.
12. **MAC IVER R.** Causación social. Versión Española de Moisés González y Eugenio Imaz. México. Fondo de Cultura Económica.1949.
13. **ROEMER M.** La atención Médica en América Latina. Estudios y Monografía XV. Unión Panamericana. Washington D.C. 1964
14. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Atención Médica: Bases para la Formulación de una política continental. Wasington. D.C. Noviembre 1962:39.
15. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Programación de la Salud: Problemas conceptuales y metodológicos. Publicación Científica N°111. PAHO, Washington, D.C. Abril de 1965:ii.