

INEQUIDAD SOCIAL Y DISCAPACIDAD



Martínez, Feliz León

M.D. M.S.P.

INVESTIGADOR DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO

—CID—, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.



RESUMEN

Se revisan y comentan algunos de los resultados de la investigación “*La discapacidad, huella de la inequidad social en Bogotá*”, realizada en la Universidad Nacional en el año 2007 por parte del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud para la ciudad de Bogotá. La investigación tuvo como objetivo medir el efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la capacidad-discapacidad de los bogotanos, con base en el “Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en Bogotá” correspondiente al año 2006 (173.587 registros). Se observa el comportamiento diferencial de las variables sobre limitaciones, deficiencias y origen de la discapacidad, en los distintos grupos de edad y sexo, en cada estrato socioeconómico. Los resultados corroboran la hipótesis planteada en la construcción del marco teórico sobre equidad en salud, en el sentido de que las ventajas/desventajas en la posición social condicionan diferencias o desigualdades en salud (inequidad en salud), en este caso expresadas a través de la discapacidad. La presencia demostrada de discapacidades severas, en edades más tempranas, en los estratos más bajos, refleja la inequidad en nuestra sociedad y debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir dicha inequidad.

ABSTRACT

The results of the study entitled “*Disability, a scar of social inequity in Bogotá*” are revised and commented in this paper. This research was conducted in 2007 by the Observatory for Equity in the Quality of Life and Health for the City of Bogota – Universidad Nacional.

The aim of the study was to measure the effect and impact of social inequalities on the abilities and/or disabilities of people in Bogota, and was based on the “Register for the Location and Characterization of the Disabled Population in Bogota”, corresponding to the year 2006 (173,587 records).

We observed a differential behaviour of the variables of limitations, deficiencies, and origins of disabilities in the diverse sex and age groups, within the various economical stratus (Divisions according to income by the government). The results corroborated the hypothesis stated while developing the theoretical framework about equity and impact on Health. The thesis that advantages/disadvantages determine health differences or inequalities which, in this case, found expression through disabilities. The demonstrated presence of severe disabilities in early ages in the lower strata, reflects the inequality of our society and should give rise to political actions directed towards diminishing these factors.

Palabras claves: discapacidad, salud, equidad, posición social, riesgo diferencial.

INTRODUCCIÓN



Este artículo revisa y comenta algunos de los resultados de la investigación *“La discapacidad, huella de la inequidad social en Bogotá”*, realizada en la Universidad Nacional en el año 2007 por el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud para la ciudad de Bogotá, bajo el liderazgo del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo y el apoyo institucional de la Secretaría Distrital, en el marco del convenio entre la Secretaría Distrital de Salud y la Universidad Nacional.

Como se señala en el documento teórico que diera base a la investigación (1), «Los vínculos entre la salud, la equidad y los derechos humanos no han sido examinados de forma sistemática, y quienes se interesan por la pobreza y la salud han considerado a veces que la equidad y los derechos humanos son conceptos abstractos con escasa aplicación práctica. El análisis de los conceptos de pobreza, equidad y derechos humanos y de las relaciones entre ellos y con la salud demuestra que están estrechamente relacionados desde el punto de vista conceptual y operacional y que cada uno de ellos proporciona valiosas orientaciones singulares para el trabajo de las instituciones sanitarias. Las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos pueden contribuir de forma concreta a los esfuerzos de las instituciones sanitarias para abordar la pobreza y la salud, y para operacionalizar estos compromisos es esencial centrarse en la pobreza. Los principios de la equidad y de los derechos humanos

determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido marginación o discriminación»(2).

En la publicación *“Equidad y salud, debates para la acción”*, producto final de la primera fase del Observatorio, se introducía la reflexión teórica con un enfoque y una definición sobre equidad en salud (1) donde, entre otros aspectos, se señalaba:

- Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud.
- La inequidad en salud es fundamentalmente el reflejo y la consecuencia de la inequidad social.
- Interesa por tanto, en el análisis de equidad, la búsqueda de desigualdades en salud asociadas a ventajas o desventajas sociales o atribuibles a diferencias en la condición o posición social.
- La valoración ética debe quedar en el campo de la justicia o injusticia de las relaciones sociales o inequidad social (determinante).

El término *“desigualdad”* hace referencia a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diversas poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema, sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si la diferencia de ocurrencia del fenómeno entre los distintos grupos es justa o injusta (3).

Es claro que existen muchas desigualdades en salud. La edad, el género, condiciones biológicas o geográficas se traducen naturalmente en desigualdades en salud. Hablar de desigualdad, sin embargo, no es lo mismo que hablar de inequidad; esta última incorpora en su concepto el valor de justicia. Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas.

Medir las desigualdades, es decir, obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es apenas el primer paso para identificar las inequidades en salud (3). Se deben, por tanto, analizar las desigualdades en salud a la luz de las condiciones sociales injustas o inequitativas que las generan y no a partir de presuponer la injusticia previa de tales desigualdades.

Concordamos con Braveman, en el 2003 (2), en que la equidad en salud puede ser definida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales claves) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales. Estas relaciones expresan el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su

impacto total sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones (3).

Se señalaba, igualmente, que «Cada vez que se toca el tema de la equidad en salud, se tiende a considerar como aspecto fundamental el acceso a la asistencia sanitaria. De la misma forma, la bioética tiende a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de salud» (2).

El documento teórico sintetizaba: «Analizadas las distintas propuestas, y con base en el desarrollo previo sobre los conceptos de salud y derecho a la salud, se propusieron para el Observatorio las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social:

- Oportunidades desiguales de salud
- Exposición desigual a riesgos
- Respuesta desigual de la sociedad
- Resultados desiguales a largo plazo»

Implica lo anterior la importancia de investigar sobre las oportunidades desiguales de desarrollo humano tomando en cuenta el desarrollo de capacidades–salud, asociado a ventaja/desventaja social. Igualmente, señala la importancia de investigar la discapacidad diferencial en función de las condiciones de vida y trabajo, asociadas a ventaja/desventaja social.

Así mismo, indica la necesidad de investigar también los efectos acumulados, a largo plazo, de las oportunidades desiguales, la exposición desigual a riesgo y la respuesta desigual de la sociedad en acceso a servicios y cobertura del riesgo, en términos de discapacidades acumuladas en los grupos de edad según posición social.

Por otra parte, se aclaraba cómo la relación entre posición social y un determinado efecto en salud no es una relación directa sino que está mediada por causas próximas o riesgos específicos. Sin embargo es posible evidenciar que tanto el efecto en salud como la causa próxima o riesgo específicos tienen relación con la posición social. Por ello —se agregaba—, es necesario buscar siempre la relación de la desventaja social con la causa próxima y no solo con el efecto en salud, recomendación clave para los análisis de equidad en el Observatorio.

Se ha precisado adicionalmente que no se trata de realizar investigación causal en el Observatorio, sino de poner en evidencia el efecto e impacto de las desventajas sociales en salud. De modo que se propone trabajar la relación

de la desventaja social con las díadas causa-efecto reconocidas y aceptadas por la literatura científica (4).

El análisis de equidad/inequidad en salud se concreta entonces en evidenciar que una condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social o la exclusión del mismo. Por sus características, el análisis de inequidades se realiza en función de variables que expresan el orden social y que permitan hacer (*a posteriori*) un juicio de valor sobre el carácter injusto de las diferencias y el origen de las mismas.

En suma, las diferencias en capacidad-discapacidad asociadas a posición social (ventaja/desventaja social son objetivo prioritario de la investigación sobre equidad en salud, pues permiten mirar el impacto de las desigualdades sociales sobre las cuatro áreas de medición propuestas de la inequidad en salud.

En el mismo documento teórico (1) se introducía una revisión del concepto *salud* y se proponía una definición normativa. Se afirmaba que es prácticamente imposible abordar el tema de igualdad, en el derecho a la salud, en los términos de la inasible definición de la Organización Mundial de la Salud, de la salud como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, como resulta también —por otra parte— estrecho el concepto de ausencia de enfermedad para este propósito, es decir, hablar de salud en términos negativos. Se proponía entonces como alternativa el siguiente concepto normativo de salud:

Una definición normativa de salud, en la línea del pensamiento de Canguilhem (5) permite entenderla como el desarrollo de las capacidades y las potencialidades del cuerpo humano (la capacidad respiratoria, la capacidad cardiovascular, la capacidad neuromuscular, la capacidad inmunológica, la capacidad visual, la capacidad digestiva, la capacidad afectiva, la capacidad intelectual, la capacidad sexual, etc.) desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados; así mismo, la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico (6).

Lo contrario a salud, desde esta perspectiva, es la discapacidad, no la enfermedad. Y la enfermedad solo es importante si deja incapacidades o limitaciones posteriores para la vida. Es lo que preocupa realmente al hombre que hace parte de una sociedad competitiva: que la enfermedad le vaya a dejar alguna limitación para su desempeño social.

Por otra parte, cabe agregar que la pérdida progresiva de capacidades del cuerpo humano, físicas (disminución de la fuerza muscular), cardiovasculares (menor resistencia para el ejercicio), neuromotoras (pérdida de agilidad, de equilibrio), digestivas (intolerancia progresiva a ciertos alimentos), visuales

(disminución de la agudeza visual), sexuales (disminución de la capacidad de erección), afectivas (pérdida de interés o capacidad de relacionarse), intelectuales (pérdida de concentración o memoria), o inmunológicas (menor resistencia a las infecciones), etc. . . , que se presentan normalmente en la edad adulta (más tardía o tempranamente), significan pérdidas progresivas de salud aunque no constituyan propiamente enfermedades.

Claro está que la medicina siempre tiende a rotular estas pérdidas normales y naturales de salud como enfermedades. Igualmente es cierto que las personas demandan respuestas a la medicina para lograr llegar tan lejos como sea posible con el conocimiento y los medios tecnológicos de hoy con el fin de conservar la plenitud de capacidades (lentes, energéticos, medicamentos para la disfunción eréctil, cirugías plásticas o trasplantes). Pero cuando estas capacidades están seriamente disminuidas con el transcurrir de los años, cualquier agente externo es capaz de producir una enfermedad mucho más severa, de hacer mucho más daño, pues el cuerpo ha perdido progresivamente su capacidad para defenderse de las agresiones del medio.

Desde esta mirada, se insiste, la enfermedad solo es importante si deja alguna limitación residual en alteraciones permanentes o disminución de las capacidades, y en este punto se empata con el concepto de discapacidad.

Por otra parte, la discapacidad es una expresión negativa del funcionamiento humano que hace referencia a las deficiencias en las estructuras y funciones corporales, a las limitaciones en la actividad y a las restricciones de la participación. Su exploración puede hacerse a través de dos dimensiones: la capacidad y el desempeño. La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud de la OMS (7) propone el uso de dos calificadores de caracterización de estas discapacidades: uno de desempeño/realización y otro de capacidad.

El calificador de desempeño/realización describe lo que una persona hace en su contexto actual, con los facilitadores y barreras disponibles en su entorno cotidiano, razón por la cual resulta adecuado para el estudio del fenómeno en encuestas poblacionales.

El calificador de capacidad describe la aptitud de un individuo para llevar a cabo una tarea o acción. Indica el máximo nivel probable de funcionamiento y su evaluación exige contar con entornos normalizados que neutralicen la influencia del contexto; de allí viene la dificultad de utilizar este calificador en encuestas poblacionales.

El concepto "discapacidad" se relaciona con la capacidad de las personas para la realización de sus actividades de la vida diaria y en la forma como interactúa con su propio entorno para la ejecución de las mismas. Se pasa de

una visión eminentemente médica a una visión social. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, en el 2001 (7), señala que la participación restringida de las personas con discapacidad en las actividades educativas, laborales y sociales ya no se considera como el resultado de sus limitaciones sino como producto de las barreras sociales, es decir, de la relación de las personas con el entorno.

Cabe aquí acudir a la teoría económica, específicamente citar la corriente del liberalismo social. Para Rawls (8) el bienestar social está dado por la situación de los individuos en mayor desventaja de la jerarquía social, esto es, un incremento del bienestar social solo es posible si se garantizan o mejoran los bienes sociales primarios a los individuos en mayor desventaja. «Plantea un ideal de sociedad como sistema justo de cooperación. El objetivo de la justicia social consiste en garantizar que las instituciones sociales, económicas y políticas básicas funcionen sin exclusiones» (9).

Surge entonces la perspectiva de la prioridad: «Lo que nos hace preocuparnos por las distintas inequidades no es la falta de equidad en sí, sino el problema identificado por el principio subyacente. Es el hambre del hambriento, la necesidad del necesitado, el sufrimiento del enfermo, etc...». «Lo importante es que su hambre es mayor, su necesidad más imperiosa, su sufrimiento más doloroso y, por tanto, es nuestra preocupación por el hambriento, el necesitado, el sufriente, y no nuestra preocupación por la igualdad, lo que nos hace darles prioridad» (9).

Los bienes primarios sociales, para Rawls (8), son entendidos como los medios que permiten a cada persona la realización de sus planes; los bienes sociales incluyen, entre otros, libertades básicas, igualdad de oportunidades y derechos, ingresos y bases sociales para el respeto a sí mismo. Esta definición de bienes primarios ha sido criticada y complementada por el esquema de capacidades de Amartya Sen (10), quien argumenta que lo importante debe ser la libertad de realización de los logros, no los medios en sí mismos (bienes primarios). Es decir, más allá de los logros lo que debe garantizarse es que las personas desarrollen las capacidades o posibilidades de realización de dichos logros.

Las ideas de Rawls y Sen (8, 10) son complementarias en la medida en que los bienes primarios son necesarios pero no suficientes, a pesar de garantizar que las personas tengan acceso a ellos; se requiere que también tengan la “capacidad” de convertir los mismos bienes en realizaciones, aunque tengan metas u objetivos diferentes.

Este esquema de capacidades y realizaciones, específicamente aplicado al campo de la salud, busca argumentar que la sociedad justa debe garantizar

unos niveles mínimos de asistencia sanitaria y permitir el buen estado de la salud para todos los individuos. En sentido estricto, la economía del bienestar, que sustentó la expansión de los Estados nacionales para garantizar los derechos ampliados de ciudadanía, se basa en la idea de que para ejercer la libertad se requieren condiciones y medios materiales garantizados por la organización social como deberes del Estado y derechos ciudadanos.

En nuestro país, «Las personas en situación de discapacidad enfrentan los niveles más altos de exclusión social en el aspecto económico (ingresos, trabajo, consumo); del capital humano (salud, educación); del capital social (control social, antecedentes personales y culturales, compromisos cívicos) y del acceso físico (infraestructura, movilización)». . . «La discriminación directa y la injusticia distributiva se manifiestan en el acceso restringido a la educación, la salud, la vivienda y el empleo para la gente con deficiencias en países en vías de desarrollo» (11).

De acuerdo con una de las más avanzadas investigaciones europeas en el campo de la equidad y la discapacidad (12), «Una consecuencia importante de la conceptualización de la discapacidad en esta vía es el reconocimiento de que la discapacidad (comprendida como desventaja social y económica) no es necesariamente la consecuencia de un daño. En consecuencia, un daño o lesión no necesariamente llegará a convertirse en discapacidad. Idealmente, podríamos ver la diferencia entre el daño y la limitación».

Por tanto, el objetivo de este estudio fue medir el efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la capacidad-discapacidad de los bogotanos, con base en los resultados del registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en Bogotá, correspondiente al año 2006; determinando: a) las diferencias (desigualdades) en el desarrollo de capacidades de los niños, según variables de posición social (ventaja/desventaja social), b) las diferencias (desigualdades) en el tipo y origen de las discapacidades de los adultos, originadas en riesgos específicos asociados a las condiciones de vida, según variables de posición social (ventaja/desventaja social), c) las diferencias (desigualdades) en la respuesta desigual de la sociedad en acceso a servicios y cobertura del riesgo de discapacidad, según variables de posición social (ventaja/desventaja social), y d) las diferencias (desigualdades) en el efecto acumulado de largo plazo en discapacidad de los adultos, de las oportunidades desiguales, la exposición desigual a riesgo y la respuesta desigual de la sociedad en acceso a servicios y cobertura del riesgo, en términos de discapacidades acumuladas en distintos grupos de edad según posición social.

MATERIALES Y MÉTODOS

Limitación del análisis y la investigación de inequidad a partir de la representatividad de los estratos en la muestra

- Posibilidad restringida de establecer diferencias en comportamiento de la discapacidad al interior de cada estrato.

La variable de posición social sobre la cual se contrastaron las variables de capacidad/discapacidad seleccionadas es el estrato. Sin embargo, la base de datos resultante de información del registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en Bogotá correspondiente al año 2006 (173.587 registros), aunque es enorme y recoge cuando menos el 60% de la información sobre discapacidad en la capital, plantea la dificultad de una mínima cobertura en los estratos altos (5 y 6) y aun presenta una cobertura baja en el estrato 4.

TABLA 1.
NÚMERO DE ENCUESTADOS EN CADA ESTRATO SOCIOECONÓMICO

| Estrato | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|----------------|------------|
| 1 | 22.769 | 13,12 |
| 2 | 81.098 | 46,72 |
| 3 | 63.381 | 36,51 |
| 4 | 5.378 | 3,1 |
| 5 | 424 | 0,24 |
| 6 | 83 | 0,05 |
| 7 (SIN) | 454 | 0,26 |
| Total | 173.587 | 100 |

Fuente: Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en Bogotá. 2006 (13).

Esta limitación, a su vez, plantea dificultades a la investigación en el sentido de que el máximo contraste por posición social se logrará entre los estratos I y 4, frente al contraste máximo entre los estratos I y 6, condición ideal de los estudios de inequidad, de conformidad con el marco teórico.

Consideraciones para el análisis en función de variables de edad y sexo

Estas variables han sido planteadas como de estructura para el análisis de todas las demás que se contrastarán con las variables de posición social. Su utilización en términos de discapacidad resulta fundamental por cuanto:

- Capacidades/discapacidades específicas tienen mayor relevancia en función de la edad en que se alcanza la capacidad en la etapa de crecimiento, o que se inicia la discapacidad en la edad adulta.
- Las variables de discapacidad tienden a concentrarse en unos grupos de edad determinados, y esta desviación es independiente de la variable ventaja/desventaja social.
- La desigualdad encontrada en una variable según la posición social puede ser más grave o injusta dependiendo de los grupos de edad o sexo en que se incrementa la desigualdad.

El censo 2005 reporta una prevalencia mayor de limitaciones permanentes en la población adulta. Este comportamiento, al evaluarlo por sexo, es mayor en hombres, excepto en el grupo de 85 años y más. Así, en el grupo de 50 a 54 años, el 10,6% de los hombres y el 10,1% de las mujeres presentan limitaciones permanentes, mientras que en el grupo de 80 a 84 años el 38,3% de los hombres y el 37,6% de las mujeres presentan esta condición (13).

Consideraciones del análisis y la investigación en función de la muestra

La investigación, igualmente, estaba limitada en función del desconocimiento del universo real de discapacitados de la ciudad y por tanto de la cobertura del registro, en función de poder construir denominadores para trabajar tasas en variables de ventaja/desventaja social. De acuerdo con los datos preliminares del Censo general del 2005, la tasa de prevalencia para el total de la población (6,3%) es mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%).

Entendida esta limitación originada en el desconocimiento del universo para el Distrito, se orientó la investigación hacia la búsqueda de gradientes significativos en el comportamiento proporcional de las variables en función

del estrato. Como quiera que se observe el comportamiento diferencial de las variables de discapacidad en los distintos grupos de edad y sexo, por estrato, se encuentra un análisis cerrado que siempre suma 100% en las preguntas de diversas opciones causales de tipo o causa de la limitación o discapacidad.

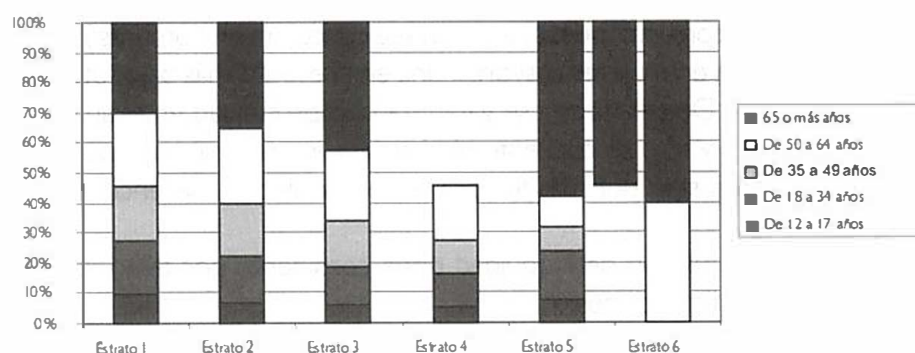
En consecuencia, no resulta relevante seleccionar algunas variables, sino observar todo el conjunto, pues si una causa se concentra en hombres jóvenes, otra se concentra en mujeres mayores, una en el estrato más bajo, otra en el estrato más alto. De esta forma se garantiza la imparcialidad en el análisis de las desigualdades y sólo se concentrará el análisis intencional en aquellas que considere más injustas, por más tempranas, o por afectar diferencialmente a un grupo.

El análisis en función de inequidad debe considerar, por tanto, aquellas discapacidades o limitaciones:

- Con mayor frecuencia de aparición consistente en los estratos bajos que en los altos y viceversa, para estimar si tal desigualdad se constituye en inequidad, en función, por ejemplo, de la gravedad del fenómeno o de la aparición muy temprana en términos del comportamiento de un problema de salud determinado (verbigracia, afecciones cardiovasculares).
- Con mayor frecuencia de aparición en los grupos de edad menores. Ante cualquier discapacidad puede considerarse inequitativa la aparición más temprana en un estrato más bajo que en otro, respecto de riesgos distintos asumidos en función de la posición social.

La discapacidad en función de la edad y el estrato, en el registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en Bogotá, correspondiente al año 2006, se evidencia en el gráfico 1.

GRÁFICO 1.
DISCAPACITADOS ENCUESTADOS. PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LOS GRUPOS DE
EDAD EN CADA ESTRATO (> 12 AÑOS)



Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

Esta diferencia en la composición por grupos de edad en cada estrato se constituye en el primer hallazgo importante de la investigación, pues demuestra que el grueso de las discapacidades de los adultos se presenta más temprano cuanto más bajo es el estrato. Igualmente, las discapacidades se concentran en personas de mayor edad cuanto más alto es el estrato. Es decir, en los estratos bajos las personas pierden sus capacidades más temprano y en los estratos altos más tarde, lo que constituye la primera prueba de que la ventaja o desventaja social determina una mayor o menor probabilidad de discapacidad.

Fijados los objetivos en la línea señalada, comenzó la investigación con el análisis descriptivo de las variables seleccionadas en la base de datos resultante de la información del "Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en Bogotá" correspondiente al año 2006 (173.587 registros), que se pretenden correlacionar con las variables de posición social contenidas en la misma encuesta y en la base de datos producto de su aplicación, de acuerdo al documento conceptual sobre inequidad.

Posteriormente se analizaron las principales relaciones entre las variables más importantes para el estudio, en relación con desarrollo/no desarrollo de capacidades de los niños, tipo y origen de las discapacidades de los adultos, acceso a servicios y cobertura del riesgo de discapacidad y las variables de posición social (ventaja/desventaja social).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se resumen en este artículo únicamente los correspondientes al segundo y tercer objetivo específico (b, c, d): exposición desigual a riesgos y resultados desiguales a largo plazo:

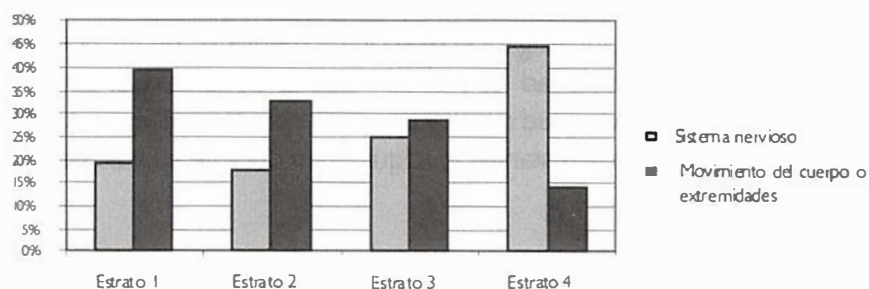
- *Exposición diferencial al riesgo. Enfermedad y discapacidad relacionadas con condiciones de vida y trabajo asociadas a desventaja social.*
- *Resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o mayor por ciertas patologías, asociadas a desventaja social.*

Estos dos objetivos de la investigación se trabajaron conjuntamente, pues ambas tienen relación con la aparición temprana de la discapacidad o limitación en los adultos y adultos mayores, como lo demuestran los estudios ingleses (12).

Con el fin de medir las diferencias (desigualdades) en el tipo y origen de las discapacidades de los adultos, según variables de posición social (ventaja/desventaja social), asociadas a condiciones de riesgo específico ligadas a las condiciones de vida, se observó el comportamiento de una serie de variables por grupos de edad y sexo que permitan visualizar su concentración en relación con la variable estrato. Como se indicó previamente, no es relevante seleccionar las variables sino observar todo el conjunto, pues si una causa se concentra en hombres jóvenes, otra lo hace en mujeres mayores, una en el estrato más bajo, otra en el estrato más alto, como puede observarse en el gráfico 2.

GRÁFICO 2.

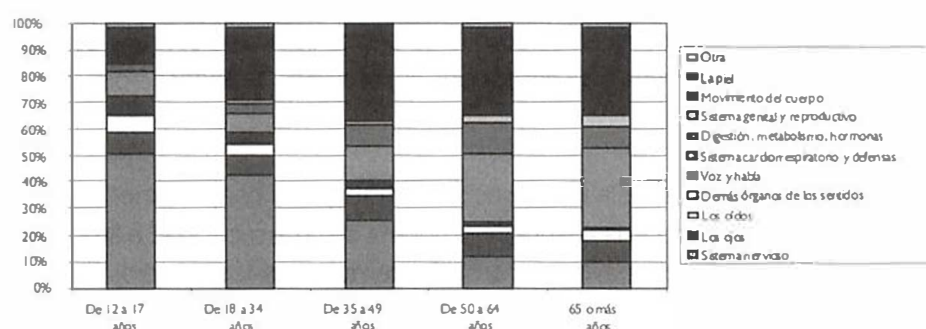
COMPORTAMIENTO SEGÚN ESTRATO DE DOS ALTERACIONES PERMANENTES MÁS FRECUENTES EN LOS DISCAPACITADOS DE 35 A 49 AÑOS.



Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

De esta forma se garantiza la imparcialidad en el análisis de las desigualdades y sólo se concentrará el análisis intencional en aquellas que considere más injustas, por más tempranas, o por afectar diferencialmente a un grupo (Gráfico 3).

GRÁFICO 3.
TOTAL DE HOMBRES DISCAPACITADOS.
ALTERACIONES PERMANENTES, PORCENTAJE POR GRUPOS DE EDAD.



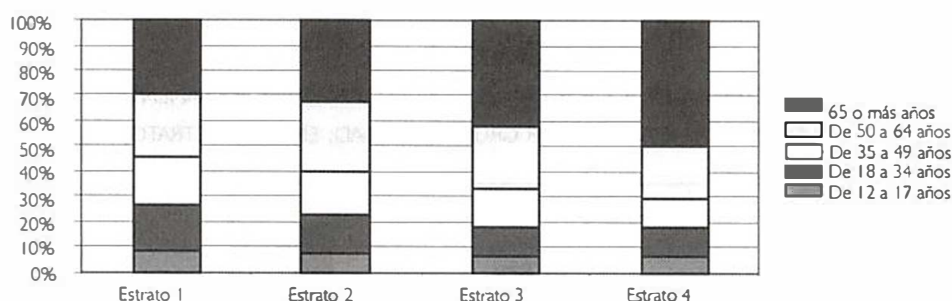
Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

Para el análisis por grupos de edad se tomó en cuenta fundamentalmente la perspectiva laboral, que enmarca las necesidades sociales de capacidad y la gravedad de la discapacidad/limitación. Se considera, por tanto, el trabajo antes y después de la edad adulta (18 años) considerada por la ley, así como el límite máximo de edad de trabajar (65 años) establecido en diversas normas legales, aunque no constituya una norma obligatoria ni general. Entre los 18 y los 64 años se establecieron tres grupos, que cabe considerar desde el punto de vista laboral, así: jóvenes, entre 18 y 34 años; adultos maduros, entre 35 y 49 años; y adultos mayores, entre 50 y 64 años (Gráfico 4).

«La mayoría de la gente con alguna limitación o discapacidad funcional experimenta el comienzo de su problema de salud o limitación en la edad adulta. De acuerdo a una investigación realizada a mediados de los noventa, del total de los adultos en edad laboral con alguna discapacidad, un 11% nacieron con el problema de salud o limitación; el 12% la desarrollaron durante la infancia, y los tres cuartos restantes la adquirieron durante su vida laboral» (12).

GRÁFICO 4.

DISTRIBUCIÓN DE LOS DISCAPACITADOS MAYORES DE 12 AÑOS POR GRUPOS DE EDAD EN CADA ESTRATO.



Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

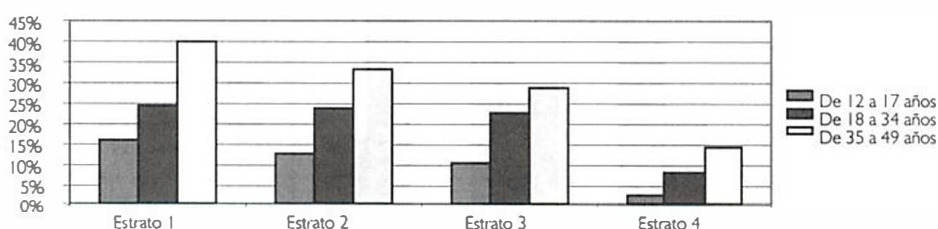
La anterior agrupación no descarta que para el análisis de algunas variables se consideren tan solo algunos grupos, dada la relevancia específica de la variable capacidad/discapacidad en ese grupo de edad específico, o que se unan nuevamente algunos grupos para contrastar resultados de otra variable.

Gradiente en contra de los estratos bajos

Se puede observar en el gráfico 5 la mayor proporción de discapacitados respecto al movimiento del cuerpo o extremidades en cada grupo de edad de cada estrato, es decir, un gradiente de desigualdad en contra de los estratos bajos.

GRÁFICO 5.

DISCAPACITADOS DE 12 A 49 AÑOS,
CON ALTERACIONES PERMANENTES PARA EL MOVIMIENTO DEL CUERPO:
MANOS, BRAZOS, PIERNAS, POR GRUPOS DE EDAD, EN CADA ESTRATO.



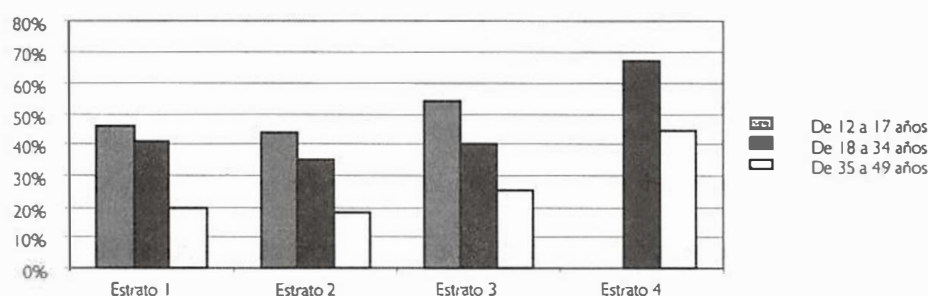
Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

Gradiente en contra de los estratos altos

Sin embargo, como se había señalado, mientras que una discapacidad se concentra en los estratos más bajos, otras lo hacen en los más altos (Gráfico 6).

GRÁFICO 6.

DISCAPACITADOS DE 12 A 49 AÑOS CON ALTERACIONES PERMANENTES EN EL SISTEMA NERVIOSO, POR GRUPOS DE EDAD, EN CADA ESTRATO.

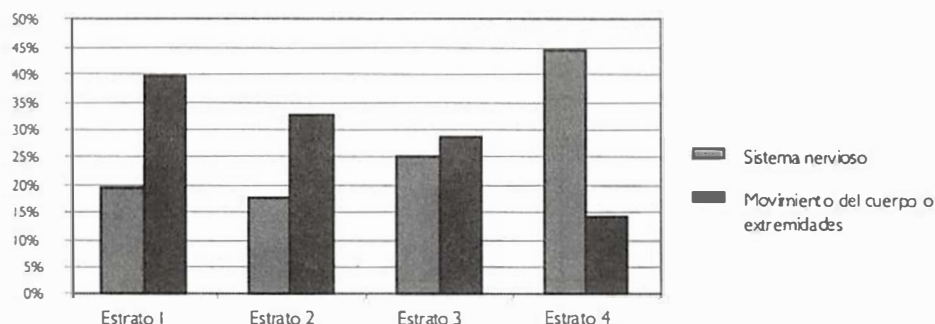


Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

Al mirar en conjunto estas dos discapacidades en un grupo de adultos de edad intermedia, donde ya se ha acumulado un riesgo diferencial y un nivel importante de discapacidad, se encuentra el siguiente comportamiento que explica la desigualdad entre los estratos, mas no demuestra que esta desigualdad constituya una inequidad social, simplemente una diferencia, pues ambos estratos se muestran afectados por la discapacidad, aunque en diferente forma (Gráfico 7).

GRÁFICO 7.

COMPORTAMIENTO SEGÚN ESTRATO DE DOS ALTERACIONES PERMANENTES MÁS FRECUENTES EN LOS DISCAPACITADOS DE 35 A 49 AÑOS.



Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

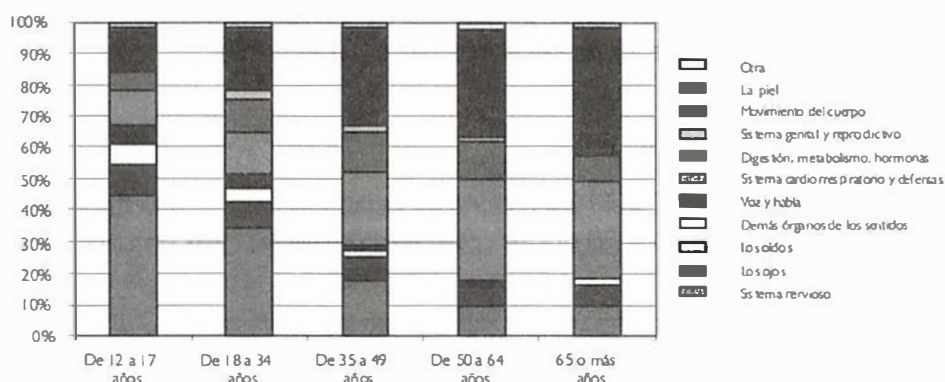
Dado que el análisis en porcentaje de las discapacidades siempre suma 100, en esta metodología de comparación de porcentajes de discapacidad al interior de los distintos grupos de edad en diferentes estratos se garantiza la imparcialidad en el análisis de las desigualdades y sólo se concentrará el análisis intencional en aquellas que considere más injustas, por más tempranas, o por afectar diferencialmente a un grupo.

En este orden, apenas el observar el comportamiento conjunto de todos los tipos de alteraciones permanentes y su distribución en cada grupo de edad permite comprender el comportamiento secuencial de los variados tipos de incapacidad. Las discapacidades que se acumulan con los años son las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo o las extremidades y las del sistema cardiovascular. Las alteraciones nerviosas, por el contrario, tienen un comportamiento residual, en la medida en que estas, más graves, van tomando espacio en el espectro, con los años (Gráfico 8).

GRÁFICO 8.

TOTAL DE MUJERES DISCAPACITADAS.

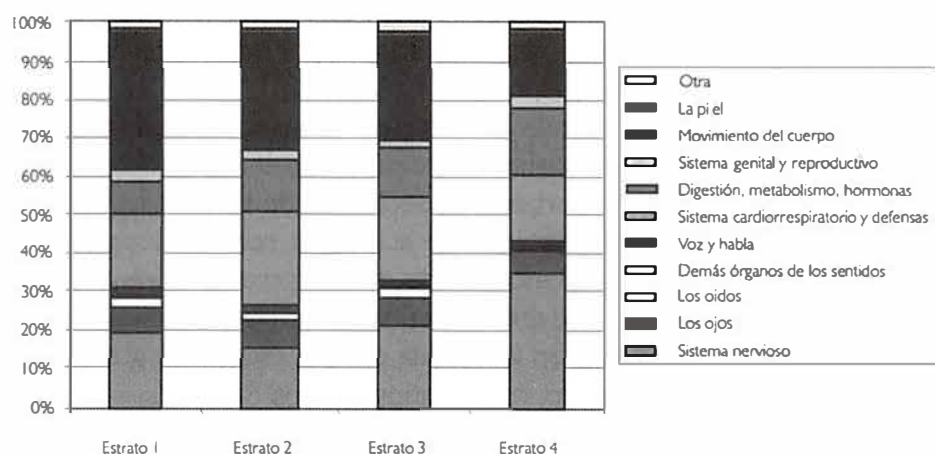
ALTERACIONES PERMANENTES REGISTRADAS POR GRUPOS DE EDAD.



Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

En síntesis, si los estratos más bajos adquieren más temprano estas dos discapacidades, que significan limitaciones más graves, la relación de inequidad basada en la desventaja social queda demostrada (Gráfico 9).

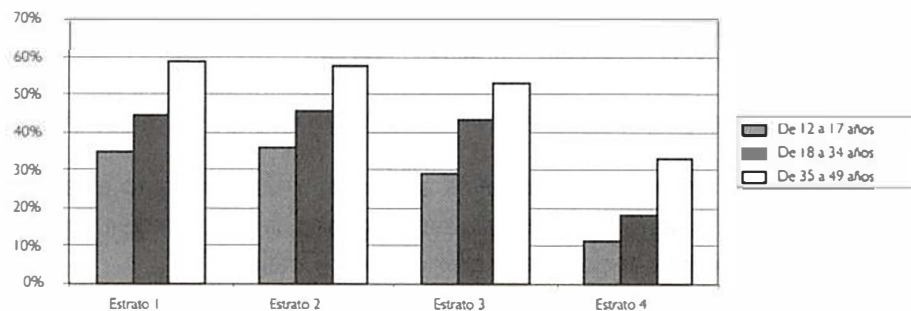
GRÁFICO 9.
MUJERES DISCAPACITADAS DE 35 A 49 AÑOS. PROPORCIÓN DE ALTERACIONES PERMANENTES POR ESTRATO.



Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

Por otra parte, las dificultades permanentes registradas permiten, igualmente, observar un mayor porcentaje de discapacidades severas en los grupos más jóvenes de los estratos más bajos (Gráfico 10).

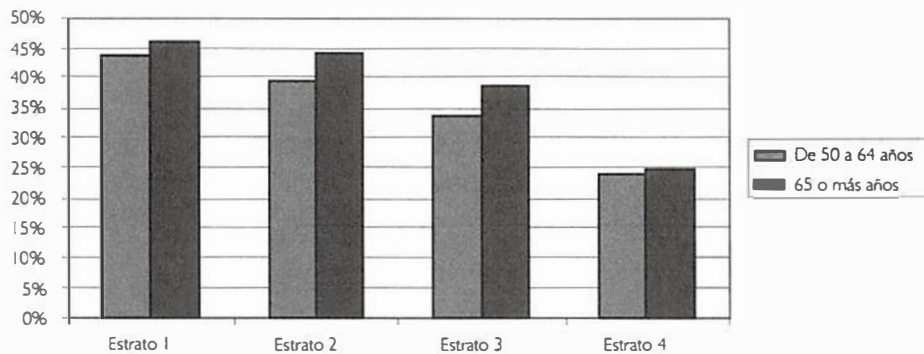
GRÁFICA 10.
DISCAPACITADOS DE 12 A 49 AÑOS CON DIFICULTAD PERMANENTE PARA CAMINAR, CORRER, SALTAR, POR GRUPOS DE EDAD, PORCENTAJES EN CADA ESTRATO.



Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

Así mismo, muestran como resultado la pérdida más temprana de la capacidad en los estratos bajos (Gráfico 11).

GRÁFICO 11.
DISCAPACITADOS MAYORES DE 50 AÑOS CON DIFICULTAD PERMANENTE
PARA PERCIBIR LA LUZ, POR GRUPOS DE EDAD EN CADA ESTRATO.

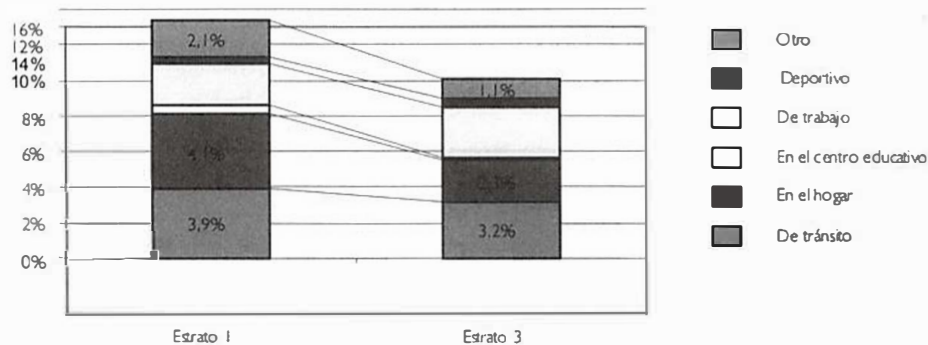


Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

Exposición diferencial al riesgo

Además, la información sobre causa de la discapacidad permite observar con claridad la exposición diferencial al riesgo, tanto en el porcentaje de accidentes que originan la discapacidad en cada estrato, como en el tipo de los mismos. El gráfico 12 muestra la diferencia de proporciones presente en los adultos jóvenes.

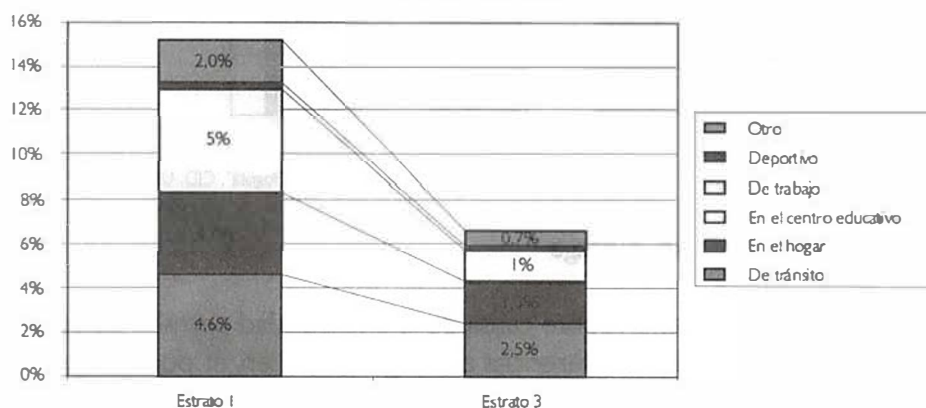
GRÁFICO 12.
COMPARACIÓN DE DISCAPACITADOS DE 18 A 34 AÑOS
CUYA DISCAPACIDAD SE ORIGINÓ EN ACCIDENTE.



Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS.

La diferencia de proporciones se incrementa sensiblemente en los adultos mayores de 50 años (Gráfico 13). Cabe anotar que para esta desagregación, con porcentajes de accidentalidad por grupos de edad muy bajos, la base de datos no permite estimar resultados discriminados para los estratos superiores al 4.

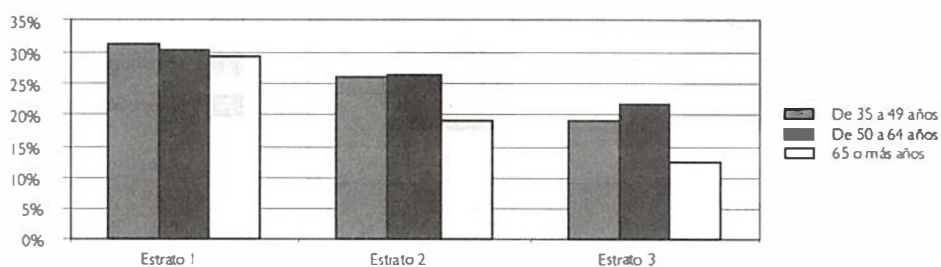
GRÁFICO 13.
COMPARACIÓN DE DISCAPACITADOS DE 50 A 64 AÑOS CUYA DISCAPACIDAD SE ORIGINÓ EN ACCIDENTE.



Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS.

Si se toma en cuenta la causa del accidente que originó la discapacidad, los adultos de estratos bajos resultan proporcionalmente más afectados por los accidentes de trabajo, lo que significa una mayor exposición al riesgo en sus actividades laborales (Gráfico 14).

GRÁFICO 14.
DISCAPACIDAD ORIGINADA EN ACCIDENTE DE TRABAJO, EN DISCAPACITADOS DE 35 A 64 AÑOS, EN CADA ESTRATO.

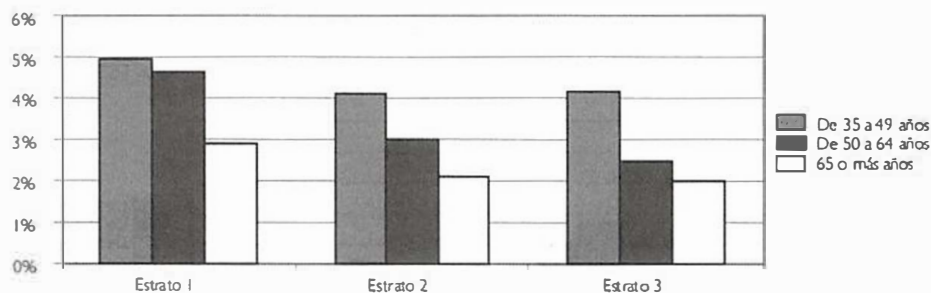


Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

Igualmente, se aprecia un gradiente de discapacidad originada en accidente de tránsito, en contra de los estratos bajos (Gráfico 15).

GRÁFICO 15.

DISCAPACIDAD ORIGINADA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN DISCAPACITADOS DE 35 A 64 AÑOS, EN CADA ESTRATO.

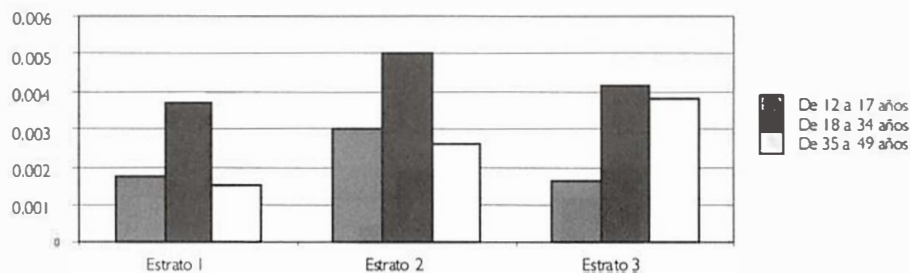


Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

En los estratos altos, por el contrario, resultan proporcionalmente más frecuentes los accidentes deportivos, los que tendrían la característica de residualidad descrita anteriormente ante la menor exposición a los dos riesgos mencionados, cuando se analiza la discapacidad originada en accidentalidad como un 100% (Gráfico 16).

GRÁFICO 16.

DISCAPACIDAD ORIGINADA EN ACCIDENTE DEPORTIVO, EN DISCAPACITADOS DE 12 A 49 AÑOS, EN CADA ESTRATO.

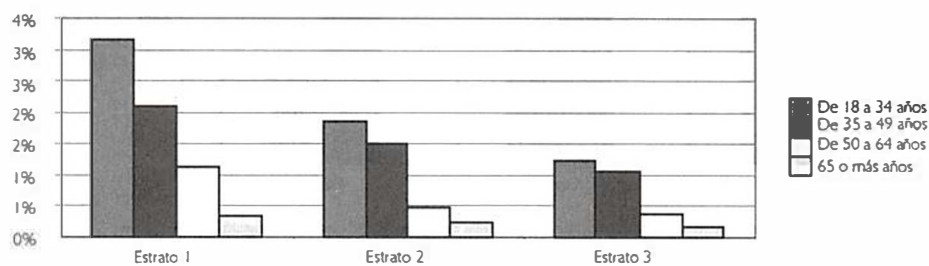


Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá", CID, UNAL, SDS (14).

La violencia como origen de la discapacidad permite una mirada individualizada en la base de datos resultante del Registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en Bogotá. Puede apreciarse en el gráfico 17, por ejemplo, el enorme diferencial en proporción de discapacidades originadas en violencia por delincuencia común en contra de los estratos bajos.

GRÁFICO 17.

DISCAPACIDAD ORIGINADA POR DELINCUENCIA, > DE 18 AÑOS, EN CADA ESTRATO.

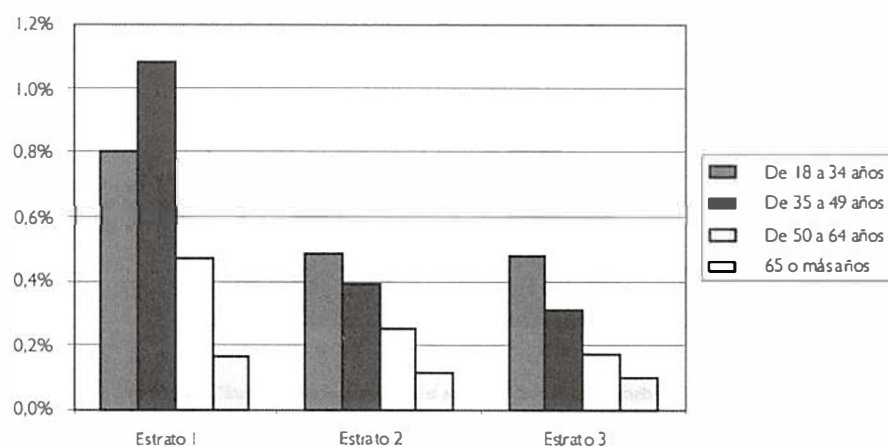


Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá". CID, UNAL, SDS (14).

Además, la proporción de discapacidad por este origen es mucho mayor en el estrato 1 con respecto al 2 y al 3 (Gráfico 18).

GRÁFICO 18.

DISCAPACIDAD ORIGINADA POR VIOLENCIA EN EL HOGAR, > DE 18 AÑOS, EN CADA ESTRATO.



Fuente: Cálculos de la investigación "La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá". CID, UNAL, SDS (14).

CONCLUSIONES

La investigación, de acuerdo con los resultados aquí presentados, corrobora la hipótesis planteada previamente, en la construcción del marco teórico sobre equidad en salud, de que las ventajas/desventajas en la posición social condicionan diferencias o desigualdades (inequidad) en salud, en este caso expresadas a través de la discapacidad. La discapacidad, que se encuentra concentrada en grupos más jóvenes en los estratos más bajos, es, en este sentido, una huella de la inequidad en nuestra sociedad.

Las discapacidades más relevantes, que se acumulan con los años, son las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo o las extremidades, y las alteraciones del sistema cardiovascular. Las alteraciones nerviosas, por el contrario, tienen un comportamiento residual en la medida en que estas, más graves, van tomando espacio en el espectro, con los años. Como los estratos más bajos adquieren más temprano estas dos discapacidades, que conllevan limitaciones más graves, la relación de inequidad basada en la desventaja social queda demostrada.

Las dificultades permanentes registradas permiten, igualmente, observar un mayor porcentaje de discapacidades severas en los grupos más jóvenes de los estratos más bajos. También muestran como resultado la pérdida más temprana de la capacidad, en los estratos bajos.

Paralelamente, la información sobre causa de la discapacidad permite deducir con claridad la exposición diferencial al riesgo, tanto en el porcentaje de accidentes que originan la discapacidad en cada estrato, como en el tipo de los mismos. Si se toma en cuenta la causa del accidente que originó la discapacidad, los adultos de estratos bajos resultan proporcionalmente más afectados por los accidentes de trabajo, lo que significa una mayor exposición al riesgo en sus actividades laborales. Un análisis simultáneo que realizara el Observatorio sobre lesiones de causa externa (15) confirma este hallazgo y especifica la desprotección en riesgos profesionales de los trabajadores de estratos bajos en las empresas informales. Finalmente, la discapacidad como resultado de la violencia, particularmente delincuencia común y violencia en el hogar, es significativamente superior en los estratos más bajos.

La OPS (3) reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud debe traducirse en acciones por parte de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad.

REFERENCIAS

1. MARTÍNEZ F. Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad/ inequidad en salud. Revisión conceptual". En: Restrepo D. *Equidad y salud. Debates para la acción*. Colección *La seguridad social en la encrucijada*. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Secretaría Distrital de Salud, Unibiblos, Gente Nueva Editorial; 2007.
2. BRAVEMAN P, GRUSKIN S. Defining equity in health; theory and methods. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57:25-258.
3. OPS. *La situación de salud en la región de las Américas*. Washington: Informe Anual del Director; 1998.
4. OMS. *The solid facts. Social determinants of health*. 2ª ed. Ginebra; 2003.
5. CANGUILHEM G. *El conocimiento de la vida*, Barcelona: Anagrama; 1976.
6. MARTÍNEZ F. Aportes a la discusión sobre el concepto de salud y enfermedad. Medellín: Universidad de Antioquia, *Revista Facultad de Salud Pública*. 1988; 11(1).
7. OMS. *Clasificación internacional del funcionamiento, de las discapacidades y de los estados de salud*. Ginebra: OMS Ed.; 2001.
8. RAWLS J. *Teoría de la justicia*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica [1971]. 2ª. ed. en español [cuarta reimpresión]; 2003.
9. PETER F, EVANS T. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller [Publicación Científica y Técnica No. 585]. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
10. SEN A. *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial; 1997.
11. BICKEENBACH ET AL. [1999]. Citado en Cruz L y Hernández J. *Exclusión social y discapacidad*. Colección *Textos de rehabilitación y desarrollo humano*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2006.
12. BURCHARDT T. Being and becoming: Social exclusion and the onset of disability. ESRC Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics [Report prepared for the Joseph Rowntree Foundation]. CASE report 21; 2003.
13. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). *Boletín Discapacidad Colombia. Actualización censo general 2005. Resultados sobre limitaciones permanentes*; 2006.

14. CÁLCULOS DE LA INVESTIGACIÓN LA DISCAPACIDAD COMO HUELLA DE LA INEQUIDAD SOCIAL EN BOGOTÁ. Bogotá: CID, UNAL, SDS [s. d.].
15. MARTÍNEZ F. Lesiones de causa externa. Investigación del Observatorio de Equidad en Salud y Calidad de Vida en Bogotá. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia, Secretaría Distrital de Salud [documento para publicación]; 2008.

