CONDICIONES SOCIALES Y AMBIENTALES COMO ELEMENTOS QUE DETERMINAN LA SALUD EN COLOMBIA

GERMAN AUGUSTO MENDEZ GARCIA

Universidad Distrital Francisco José de Caldas

Maestría en Desarrollo Sustentable y Gestión Ambiental

Bogotá D.C.

2017

CONDICIONES SOCIALES Y AMBIENTALES COMO ELEMENTOS QUE DETERMINAN LA SALUD EN COLOMBIA

GERMAN AUGUSTO MENDEZ GARCIA

ESPERANZA CERON VILLAQUIRAN
Médica Cirujana Universidad del Cauca
Especialista en Salud y Ambiente, Universidad El Bosque
Terapias Alternativas, Universidad El Rosario
PhD en Educación, Universidad La Salle Costa Rica

Universidad Distrital Francisco José de Caldas

Maestría en Desarrollo Sustentable y Gestión Ambiental

Bogotá D.C.

2017

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS V

RESUMEN 1

PALABRAS CLAVE 3

INTRODUCCIÓN 4

1. EL PROBLEMA 9

1.1. Descripción del problema 9

1.2. Formulación del problema 14

1.3. Hipótesis 15

2. JUSTIFICACIÓN 15

3. OBJETIVOS 18

3.1. Objetivo General 18

3.2. Objetivos específicos: 18

4. ESTADO DEL CONOCIMIENTO 19

4.1. Condiciones sociales y ambientales de la población. 19

4.2. Inequidades en salud 26

4.3. Determinantes de la salud 29

4.4. Encuesta de Calidad de Vida del DANE. 32

4.4.1 Descripción de la ECV. 33

4.5. Justicia social 36

4.6. Política pública de salud 39

4.7. Población vulnerable en salud 42

5. METODOLOGÍA **45**

5.1. Depuración y Organización **46**

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS **50**

6.1. Indicadores provistos en la Encuesta de Calidad de Vida ECV-DANE **51**

6.1.1. Resultados por indicadores de las Variables Independientes **50**

6.2. Resultados descriptivos. **51**

6.2.1. Condiciones ambientales de la vivienda **54**

6.2.2. Condiciones de la vivienda **57**

6.2.3. Nivel educativo **62**

6.3. Correlación entre variables **63**

6.3.1. Condiciones ambientales de la vivienda **63**

6.3.2. Nivel educativo **68**

6.3.3. Condiciones de la vivienda **75**

6.3.4. Nivel de ingresos **88**

6.4 Análisis comparativo de resultados. **96**

6.4.1 Incidencia de las determinantes sociales y ambientales en la salud. **103**

7. CONCLUSIONES **110**

8. RECOMENDACIONES **112**

9. BIBLIOGRAFÍA **114**

ANEXOS **118**

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Tabla 1. Nivel de Ingresos 47

Tabla 2. Componentes de las variables 51

Tabla 3. Condiciones ambientales de la vivienda-indicador 1 54

Tabla 4. Condiciones ambientales de la vivienda-indicador 2 56

Tabla 5. Condiciones de la vivienda-indicador 1 57

Tabla 6. Condiciones de la vivienda-indicador 2 59

Tabla 7. Condiciones de la vivienda-indicador 3 60

Tabla 8. Condiciones de la vivienda-indicador 4 61

Tabla 9. Nivel educativo 62

Tabla 10. Porcentaje de poblacion urbana expuesta a ruido 67

Tabla 11. Cifras de desastres naturales en Colombia entre 2006 y2014 80

Tabla 12. Servicios básicos 82

Figuras

Figura 1. Modelo Socioeconómico de Salud. Dalgren y Whitehead 22

Figura 2. Incidencia por variable independiente 52

Figura 3. Condiciones ambientales de la vivienada-indicador 1 55

Figura 4. Condiciones ambientales de la vivienada-indicador 2 56

Figura 5. Indicador alcantarillado 60

Figura 6. Indicador inundaciones, desbordamientos, crecientes y arroyos 61

Figura 7. Tasa global de fecundidad y promedio de nacidos vivos en mujeres de 40 a 49 años, según nivel educativo 71

Figura 8. Edad mediana al primer nacimiento según nivel educativo e índice de riqueza 72

Figura 9. Mortalidad según el nivel educativo 72

Figura 10. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según nivel educativo 73

Figura 11. Prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol según nivel educativo 74

Figura 12. Porcentaje de actividad fisica según nivel educativo 74

Figura 13. Servicios basicos 83

Figura 14. Indices de vivienda inadecuada 86

Figura 15. Mortalidad materna 90

Figura 16. Mortalidad neonatal 91

Figura 17. Mortalidad infantil 92

Figura 18. Mortalidad infantil en menores de 5 años 92

Figura 19. Mortalidad por EDA en menores de 5 años 93

Figura 20. Mortalidad por IRA en menores de 5 años 94

Figura 21. Mortalidad por desnutricion en menores de 5 años 95

Figura 22. Nacidos vivos a termino con bajo peso al nacer 96

RESUMEN

En la presente investigación se argumenta que las condiciones sociales y ambientales son elementos que determinan la salud, para lo cual se plantea un análisis conceptual en donde se definen las diferencias y relaciones entre determinantes de salud y condiciones sociales y ambientales de la población; además de un examen de los indicadores desarrollados en la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, relacionados con el tema. Se argumenta, a nivel general, que la salud no sólo depende de las condiciones individuales de las personas, ni del nivel de ingresos que posean para acceder a los beneficios de un sistema de salud de calidad, sino también de las características del entorno en el que viven, de las condiciones ambientales que los rodean, y de los rasgos que determinan el desarrollo social.

Particularmente, los determinantes sociales y ambientales de la salud se entienden, en el contexto de la investigación, desde una perspectiva dual, en la cual se comprenden, por un lado, como el conjunto de condiciones sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos, y por el otro lado, como los procesos relacionados con la distribución inequitativa de dichas condiciones entre los grupos sociales más vulnerables y menos favorecidos a nivel económico.

Por otro lado, las condiciones sociales hacen referencia a la forma en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos dependiendo de las políticas adoptadas; y las condiciones ambientales son los factores físicos, químicos y biológicos externos a la persona, que hacen parte del entorno y del espacio en el cual desarrollan todas sus actividades vitales, sociales y productivas. De esta manera, las condiciones sociales y ambientales están relacionadas con la salud integral de las personas, y están definidas

y establecidas por factores estructurales como la justicia social, la distribución del poder, los ingresos y recursos.

Por tanto, para complementar el análisis que existe entre las condiciones sociales y ambientales de la población como determinantes de la salud, se analizan conceptos relacionados con las políticas públicas de salud, como medio para garantizar el acceso universal a un servicio de calidad; la salud ambiental, como el conjunto de factores que hacen parte del entorno y que pueden llegar a afectar la salud de las personas; y las condiciones y necesidades de la población vulnerable, como aquellos que por sus diferencias socioculturales, económicas y biológicas, han permanecido excluidos de los diferentes sistemas de vida. Los resultados tienen la finalidad de desarrollar estrategias que permitan mejorar la situación de salud de esta población, a partir de estrategias y políticas públicas efectivas que ayuden a mejorar de forma significativa sus condiciones sociales y ambientales.

A nivel metodológico, con el fin de determinar las condiciones de salud y su relación con las condiciones ambientales, el saneamiento básico, la disponibilidad de agua potable, el acceso a servicios de salud, el hacinamiento en el que se encuentran viviendo las familias, las condiciones de la vivienda, la percepción de seguridad del lugar donde se encuentra su domicilio, y el nivel educativo de los hogares, se utilizan datos proporcionados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) tomados de Microdato Anonimizado, correspondientes a la encuesta de Calidad de vida realizada del año2012.

Para el análisis y presentación de resultados, en primer lugar se realiza una descripción general y un análisis de los hallazgos. En segundo lugar se establece una inferencia estadística, en donde se amplía por cada variable la incidencia en salud con los datos registrados. En la

tercera parte se desarrolla una comparación entre los resultados obtenidos con el análisis planteado por otros autores. De esta forma, se pueden explicar correlaciones donde se exponen en cada caso la incidencia en la salud de cada uno de los determinantes observados.

PALABRAS CLAVE

Salud, Determinantes de salud, Condiciones sociales, Condiciones ambientales, Población Vulnerable.

INTRODUCCION

Todas las personas desarrollan sus actividades cotidianas en un ambiente específico, y al estar constantemente involucradas con un entorno, se genera una serie de interacciones inevitables que traen consigo la necesidad de resolver una cadena de problemas que pueden afectar gravemente la salud de las personas, entre estos, se produce una cantidad de desequilibrios ambientales que inciden directamente sobre el bienestar de toda la población, y según las opiniones expresadas por Galvão, Finkelman y Henao, muchos de estos desequilibrios, debido a los altos índices de contaminación actual y de los fenómenos climáticos que afectan al mundo, corren el riesgo de ser irreversibles e irreparables.

Por lo tanto, es importante que se diseñen políticas públicas de salud, enfocadas como estrategias de prevención que ayuden a reducir los impactos sociales y ambientales sobre el estado de salud de las personas. La intervención en políticas públicas de salud es vital en la medida en que las principales causas del deterioro ambiental se asocian con aspectos como la inequidad social mundial. En este sentido, es fundamental el desarrollo de políticas públicas de salud que permitan generar sociedades más justas y solidarias, y de la articulación de iniciativas para fomentar la preservación y el cuidado ambiental, lo cual no sólo ayudará a disminuir el daño sufrido por la naturaleza, sino también a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población.

Según Sapolsky (2005), a pesar de los avances que se han generado en el plano de la salud, debido al desarrollo tecnológico y la optimización de los procesos de atención y cuidado, en el mundo existen diferencias significativas relacionadas con la esperanza de vida, la tasa de mortalidad y el estado de salud integral de las personas, debido a factores como la desigualdad y

la inequidad, y a la ineficiencia de las políticas públicas para garantizar la accesibilidad, la cobertura y calidad de los sistemas de salud.

El concepto de salud integral hace referencia al hecho que la salud no se relaciona únicamente con la ausencia de enfermedades o invalidez, sino que alude a una condición de desarrollo humano que todos los individuos deben conservar, a través del apoyo del Estado, teniendo en cuenta que la salud integral depende, a su vez, de distintas variables relacionadas con las condiciones sociales, (ingresos económicos, acceso a la educación, empleo, posición social, condiciones de trabajo, redes de apoyo social); y ambientales (condiciones sanitarias, acceso a los servicios de agua, alcantarillado y energía, condiciones del aire y del suelo, acceso a los recursos naturales, condiciones biológicas del entorno,), que hacen parte de la vida de cada grupo poblacional.

En este sentido, teniendo en cuenta la noción de salud integral, el enfoque de la salud ambiental es el de generar ambientes propicios para la salud, con el fin de que las personas no estén expuestas a los diversos riesgos que se han generado por el progresivo deterioro ambiental, y puedan desarrollar una sana relación con su entorno. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En cuanto a las condiciones ambientales que determinan la salud, es importante aludir a las palabras de Robertson (1998), quien expresa que la salud integral sólo puede existir cuando las personas sostienen una relación equilibrada y armónica con el entorno, que debe tener unas características específicas relacionadas con la calidad y estado de los recursos naturales, el acceso a los servicios básicos y la aplicación efectiva de estrategias que reduzcan los daños ambientales y la contaminación.

Por otro lado, en cuanto a las condiciones sociales, es importante tener en cuenta, según las apreciaciones de Villar (2011) que entre más baja es la posición social y económica de un individuo peor será su estado de salud, pues no podrá disfrutar de los beneficios que se ofrecen en los sistemas de salud de cada país. Según Ordóñez (2000), la educación es una condición social que en gran medida determina el estado de salud de las personas, ya que genera efectos que van más allá del aprendizaje, en la medida en que la escuela ayuda a fortalecer una serie de capacidades relacionadas con el mantenimiento de la salud, la higiene y la prevención.

Sin embargo, explica Robertson (1998), el mayor problema que existe en relación a las condiciones sociales y ambientales que determinan el estado de salud de las personas, es que si bien algunas de condiciones dependen de los individuos, como por ejemplo el desarrollo de hábitos y estilos de vida orientados hacia el cuidado de la propia salud, muchas otras se salen del control de las personas, y dependen exclusivamente de la acción del Estado, de las políticas públicas, de la prestación de servicios y de la eficiencia de la atención hacia las necesidades de la población.

Por tal razón, el desarrollo de políticas públicas de salud es fundamental en la medida en que puedan garantizar el acceso universal de las personas al sistema, para que sin importar su nivel de ingresos ni su condición social, puedan contar con una atención especializada en el momento en que sea necesario (Grisales y Giraldo, 2006).

Como se ha podido evidenciar, son múltiples las condiciones sociales y ambientales que determinan la salud de las personas. Por tanto, resulta fundamental analizar los determinantes sociales y ambientales de la salud en Colombia, porque es necesario empezar a construir estrategias que favorezcan el desarrollo de una mayor equidad social y de mejores oportunidades

para que todos puedan acceder a servicios de salud eficientes, mejorando así la expectativa de vida a nivel nacional.

Factores como la inequidad social y económica no sólo impiden el acceso a una educación integral, a las oportunidades laborales y al desarrollo sostenible, sino que además promueven la necesidad de las personas por emplearse en actividades perjudiciales y mal remuneradas, deficiencia en los servicios básicos y sanitarios y hábitat de alto riesgo por catástrofes naturales. En esta medida, el desarrollo de la presente investigación también contribuye al desarrollo de sistemas de información sanitaria que permitan medir y clasificar los diferentes factores que se involucran en la salud de las personas, determinando el impacto que se genera por las condiciones de tipo social y ambiental.

Por tanto, el objetivo central de la presente investigación es analizar la relación entre las condiciones sociales y ambientales de la población colombiana con su estado de salud, considerando las variables e indicadores establecidos sobre el tema en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), desarrollada por el DANE en el año 2012. Se utiliza este instrumento porque ofrece información sobre los factores causales de las condiciones sociales y ambientales de la población, y sobre las relaciones que existe entre ellas. Además, los resultados de esta encuesta han tenido una función relevante para la aplicación y la evaluación de las políticas públicas en el país (DANE, 2012).

En la ECV se incluyen variables de análisis como el acceso a bienes y servicios, ya sean de carácter público, privado o comunal; el acceso a la salud y a la educación, y el cuidado de niños menores de 5 años. En particular, las variables que son tenidas en cuenta en la investigación para el desarrollo del análisis son las condiciones ambientales de la vivienda, las

condiciones de la vivienda, el nivel de ingresos, el nivel de educación y la salud porque reflejan de forma directa el estado de salud.

1. EL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

El panorama de la salud en América Latina es bueno en términos generales. Según la Organización Mundial de la salud (2014), indicadores como la esperanza de vida aumentó de 69 a 76 años en la Región entre los años 1980 a 2011. No obstante, existen aún significativas desigualdades en toda la región, y a pesar de la mejora en el acceso y la cobertura, todavía persisten diferencias alarmantes entre Latinoamérica con el resto del mundo. Por ejemplo, para el año 2010 la esperanza de vida para Canadá era 83 años mientras que en Bolivia solo llegaba a 69 (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La pobreza es una de las principales problemáticas del continente, pues aproximadamente 1 de cada 5 habitantes vive con menos de US$ 2 al día. Las inequidades en lo que respecta a la distribución de las riquezas y el acceso a los recursos o servicios básicos son constantes en la zona y reproducen otro tipo de problemáticas como la exclusión social, racial y de género que agravan la situación y que repercuten negativamente sobre las condiciones de salud de la población (Naciones Unidas, 2011).

Para Goerlich (2012), las desigualdades pueden verificarse entre los países de la región, donde al analizar el ingreso nacional bruto (INB) se puede dar cuenta de la relación proporcional que guardan la tasa de mortalidad con el nivel educativo, que cuando es bajo se convierte en un factor de riesgo de muerte temprana. En palabras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010):

> En Colombia y México, las personas con poca educación presentan un riesgo tres veces mayor de morir que aquellas con un nivel de educación alto, independientemente de la edad o el género. En Bolivia, la mortalidad entre los bebés de las mujeres sin educación supera las 100 defunciones por 1.000 nacidos vivos, en cambio, la mortalidad entre los bebés de madres con al menos educación secundaria es menor de 40 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

Las inequidades de la región de América Latina han ocasionado problemáticas subyacentes que empeoran la situación de riesgo en la salud. Existen grupos poblacionales que debido a su situación de marginación y nulo acceso a servicios básicos, siguen siendo afectados por enfermedades comunes que han sido erradicadas de otras regiones del mundo. Fenómenos como la violencia y el desplazamiento del campo a las ciudades maximizan los riesgos de accidentes, lesiones o de sufrir enfermedades infecciosas y contagiosas. De igual manera, explica el DANE (2013), las desigualdades sociales como la falta de acceso a una educación integral así como el sistema económico vigente reproducen estilos y hábitos de vida perjudiciales que suscitan un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión.

De acuerdo con las apreciaciones de Villar (2011), entre más baja es la posición social y económica de un individuo peor será su estado de salud. Esta relación no solo se presenta en los países conocidos como pobres o de ingresos bajos, sino que es fenómeno mundial que se presenta en todas las sociedades donde las inequidades sociales afectan la salud de la población. La conclusión hasta ahora parece ser que los bajos niveles de salud de la población develan lo injusto de la sociedad y viceversa. En palabras de Frenz (2005):

> La reforma de salud de chile 2005 […] destaca, además, las diferencias significativas en mortalidad infantil, expectativa de vida y discapacidad relacionadas con niveles de instrucción, ingreso y ocupación, que son "producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de la vida de las personas y un aumento en la discapacidad y dependencia" (Frenz: 2005)

Al respecto, Goerlich (2012) señala que las estructuras de organización y desarrollo que rigen en una sociedad son las que forman y orientan las decisiones individuales en lo que respecta al bienestar personal, determinando de esta forma las oportunidades de garantizar el cuidado y la protección que necesitan las personas para mantener un buen estado de salud. A partir de este postulado nace el concepto de determinantes sociales de la salud, reconociendo los factores de riesgo de enfermar reproducidos por la sociedad.

> Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos que impactan sobre la salud. […] De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. (OMS: 2012)

Con este panorama es válido e importante cuestionarse si la salud es responsabilidad exclusiva del individuo o es una cuestión de responsabilidad social. A razón la OMS se dispuso a reunir datos que probaran esta relación de condiciones de salud precarias según las inequidades

sociales, buscando comprender la manera en que actúan estos determinantes sociales sobre la salud, y de esta manera poder recomendar medidas o planes de intervención y acción para el mejoramiento de la situación.

No obstante, una buena prestación de servicios médicos y accesos a centros de salud son fundamentales, esto no garantiza el bienestar de la población y no se alcanzará hasta que no se intervengan y resuelvan las problemáticas sociales de raíz. Para esto, según la OMS (2015) es primordial lograr avances en lo que respecta en al menos 3 aspectos fundamentales:

- ✓ Las condiciones de vida cotidianas. Hábitos, costumbres y estilos de vida: consumo, alimentación, preparación de alimentos, higiene, ejercicio, etc.
- ✓ Igualdad del poder, el dinero y los recursos. Acceso a servicios básicos, educación, cultura, etc.
- ✓ Aceptar y entender el problema, y evaluar la repercusión de las medidas tomadas, políticas públicas, leyes y demás estrategias de mejora de acceso a la salud y disminución de las inequidades.

No obstante, explica Robertson (1988) no son sólo las condiciones sociales las que influyen negativamente en la salud. Las condiciones ambientales también requieren de atención especial en las diferentes estrategias que se propongan y pongan en marcha en pro del mejoramiento de la salud y el bienestar general de la humanidad. Es decir que no sólo es necesario mejorar las condiciones sociales, políticas, económicas y la infraestructura de los servicios sanitarios; así

mismo es urgente que el agua, el aire y los alimentos, como los tres soportes básicos de la vida no se contaminen.

En palabras de Diener (2012), el aumento en los niveles de contaminación de los ríos, los mares, los bosques y el aire, con todo tipo de sustancias tóxicas y materiales no biodegradables, como los metales pesados, residuos radioactivos, insecticidas y plásticos, entre otros, generan consecuencias negativas sobre la salud, poniendo en peligro la subsistencia de la vida. El incremento de los diferentes tipos de cánceres y enfermedades crónicas, principalmente de tipo respiratorias, son un ejemplo de esta problemática que hace manifiesta la relación entre los problemas de salud con las condiciones ambientales.

En este sentido, explica Torres (2010), es posible develar que las condiciones ambientales de una sociedad son en gran parte producto directo de su relación con el ambiente por medio de su sistema económico, uso de recursos, cultura de cuidado, etc. Por tanto no es posible separar los factores medioambientales de los sociales pues se afectan mutuamente.

> Las interacciones entre cada sociedad y su medio biofísico son la expresión material, cultural y tecnológica de un sistema de valores y de unas estructuras sociales que provocan cambios, así como procesos de degradación ecológica que pueden, a su vez, tener consecuencias sobre la salud y el bienestar social. (Sánchez, 1998)

De esta manera se puede indicar que sobre la salud intervienen condiciones sociales que involucran la situación económica, política y cultural de una sociedad; y condiciones ambientales, incluida la relación de la persona con su entorno, la calidad de los recursos ambientales y el acceso a los servicios básicos. La situación en Colombia no es ajena a esta realidad, de hecho, según el análisis planteado por el DANE (2013),el país ha sido catalogado

como uno de los países con mayor desigualdad social en el mundo y con graves problemáticas como el conflicto armado que conlleva a desplazamientos masivos y miseria.

Al respecto surge la pregunta ¿Cómo las condiciones sociales y ambientales de la población colombiana afectan o determinan sus condiciones de salud? Para resolver esta cuestión, es importante apoyarse en estudios referentes al tema que se han realizado en la región, analizando además los datos obtenidos por medio de la ECV, que mide y caracteriza las condiciones de vida generales de los colombianos mediante variables como la vivienda, (tenencia de la misma, tenencia de bienes materiales, personas por casa, etc.), acceso a servicios públicos, educación, cuidado de los niños, fuerza de trabajo, gastos e ingresos, etc., contrastándole con el acceso a la salud, hábitos y situación general de la salud en la población del país.

1.2. Formulación del problema

- ¿Cuáles son los determinantes sociales y ambientales de la salud en Colombia, según indicadores construidos en la Encuesta de Calidad de Vida del DANE?
- ¿Cómo se correlacionan las variables sociales y ambientales que se vinculan con el tema de la salud?
- ¿De qué manera los determinantes sociales y ambientales de la población en Colombia afectan su estado de salud?

1.3. Hipótesis

La condición y calidad de vida de las personas es un fenómeno que depende de varias dimensiones, pues va más allá del plano de los ingresos económicos, y comprende un conjunto amplio de variables que se relacionan entre sí, de tal forma que es importante expandir la perspectiva con la que se analiza la calidad de vida, reconociendo los distintos matices y aspectos que la componen, como el impacto de las dimensiones ambientales, sociales y económicas, además de las relaciones que existen entre ellas.

2. JUSTIFICACIÓN

No cabe duda de la importancia de una buena salud para poder disfrutar plenamente de la vida. Son múltiples los factores que permiten a las personas tener o no una buena salud, estos pueden ser de carácter particular o pueden responder a factores externos. Por ejemplo, existen factores genéticos que predisponen de menor o mayor manera a las personas a padecer ciertas enfermedades, o que afectan su salud de manera especial. Sin embargo, lo que corresponde a esta investigación es centrarse en aquellos factores externos que impactan negativamente la salud de la población, en particular aquellas características de la población colombiana.

Como se ha podido evidenciar hasta el momento son múltiples los factores de tipo social y ambiental que determinan la salud pública y del individuo. Factores como la inequidad social y económica impiden el acceso a una educación integral, promueven empleos perjudiciales y poco

remunerados, deficiencia en los servicios básicos y sanitarios, así como hábitats contaminados o no recomendados por alto riesgo de catástrofes naturales.

En Colombia, una de las principales problemáticas es el bajo acceso a los sistemas de salud y una deficiente prestación del servicio por parte de las EPS encargadas y en general la crisis hospitalaria producto de una desatención histórica por parte del Estado Colombiano al sector salud. Nada refleja mejor las desigualdades sociales que la problemática de la salud en Colombia. Los sistemas de régimen subsidiado son ineficientes, en lo que respecta a cobertura y calidad. Así mismo los sistemas de régimen contributivo dirigidos por las EPS presentan numerosas quejas de negligencia y deficiencia en la atención; todo esto sin mencionar mala infraestructura y desabastecimiento de los hospitales y centros de salud públicos en todo el país.

No obstante, este es solo una de las problemáticas que afectan el bienestar de la mayoría de la población del país. La falta de acceso a una educación integral y la baja calidad de la educación pública junto con el sistema económico dominante y la globalización han ocasionado que la población de bajos recursos adquiera hábitos y estilos de vida poco saludables. Aspectos como la alimentación es uno de los más importantes y que mayormente descuida el colombiano. Se consumen alimentos poco saludables, se consumen pocas frutas y verduras, y la preparación de los alimentos muchas veces no se realiza con las medidas de higiene necesarias.

Sin duda alguna, estos son problemas que también responde a los precios de los alimentos y la capacidad adquisitiva de las personas, no cabe duda que no hay conciencia del cuidado del cuerpo y su salud y que no solo corresponde al individuo este tipo de decisiones sino que depende de la orden social que termina por estructurar este tipo de comportamientos.

Comprender la manera como este tipo de condiciones influyen en la salud de una población es fundamental para el desarrollo país. De esta manera, para el Estado es posible encaminar los esfuerzos directamente donde se requiere diseñando y ejecutando planes de acción y política públicas que propendan por disminuir o eliminarlas inequidades sociales que reproducen problemas de salud, aumentar la sensibilización y compromiso de los prestadores tanto públicos como privados del servicio de salud, principalmente en tener presentes los determinantes sociales cuando proporcionan servicios a sus pacientes; y promover la disponibilidad y el acceso a los bienes y servicios primarios para la salud y así mejorar la calidad de vida general de la población.

Así mismo permite promover una cultura de cuidado personal y prevención para que los individuos tomen conciencia y sean parte fundamental de la cadena de cuidado de su salud. Al dar cuenta de los factores de tipo ambiental que afectan la salud del ser humano, resulta importante el poder encaminar políticas públicas y promover en las empresas el cuidado del medio ambiente. Generar conciencia sobre la contaminación y métodos de reciclaje o reutilización que permiten una mitigación de los impactos sobre el ambiente que repercuten en la salud de las personas. De igual manera se debe incentivar a los grupos poblacionales, sobre todo aquellos más afectados, a tener una mejor interrelación con su ambiente y a fomentar nuevos mecanismos de aprovechamiento de recursos y cuidado de los ecosistemas.

Además, con todo el panorama que brinda esta investigación es posible que construyan sistemas de información sanitaria que permitan medir y clasificar los diferentes factores (por edad, genero, origen étnico, ocupación, educación, ingresos y empleo, etc.) y tipos de impactos sobre la salud de la población que den cuenta de las inequidades sanitarias existentes en el país y de esta manera mejorar los sistemas de salud.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Analizar la relación entre las condiciones sociales y ambientales de los hogares colombianos con su estado de salud, considerando las variables e indicadores establecidos en la ECV sobre el tema.

3.2. Objetivos específicos:

- Caracterizar las variables e indicadores de la ECV asociadas con las condiciones sociales y ambientales que afectan la salud de los hogares colombianos.
- Establecer posibles correlaciones entre las variables sociales y ambientales con la salud en los hogares colombianos por estratos.
- Analizar la relación existente entre las condiciones sociales y las condiciones ambientales de los hogares con su estado de salud.

4. ESTADO DEL CONOCIMIENTO

Para cumplir con los objetivos de la investigación, es importante enfocarse en el examen de conceptos que permiten orientar el desarrollo del análisis. Por ello, en primer lugar se plantea una construcción teórica en torno a los determinantes de la salud, enfocándose específicamente en los determinantes sociales y ambientales, y en su relación con el estado de salud de las poblaciones.

Posteriormente se analizan las variables e indicadores que se miden y evalúan en la ECV, reconociendo los aportes que se pueden generar por medio de dichas variables a la comprensión de la relación que existe entre las condiciones sociales y ambientales de la población como determinantes de la salud. Como elementos de análisis complementarios se plantea el tema de la justicia social, entendida en este contexto como la posibilidad de que las personas puedan acceder a las mismas oportunidades con el fin de que puedan hacer valer sus derechos, garantizando de esta manera su bienestar. También se analiza el tema de políticas públicas en salud y población vulnerable, como aspectos que permiten generar una comprensión más integral de la situación de salud en Colombia.

4.1. Condiciones sociales y ambientales de la población.

A nivel general, las condiciones sociales se relacionan con las condiciones de vida, el acceso a los productos y servicios públicos, la disponibilidad de recursos y a la posibilidad de utilizarlos para obtener ingresos. Según Gallego et al. (2011), las condiciones sociales se pueden estudiar a través de los datos e indicadores en torno a los niveles de provisión y satisfacción de las necesidades humanas básicas, como la vivienda, la salud, la educación y la seguridad; y de un

análisis subjetivo, basado en la percepción que tienen las personas en torno a las dimensiones de las cuales se compone su bienestar.

En cuanto a las condiciones ambientales, hacen referencia a los factores físicos, químicos y biológicos externos de las personas, que hacen parte del ambiente en el cual viven y desarrollan sus actividades productivas (González, 2002). En este sentido, el enfoque de la salud integral es el de generar ambientes propicios para la salud, con todas las condiciones necesarias para que las personas puedan cuidar de sí mismas y acceder a los beneficios de un sistema de cuidado y atención oportuna. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Para el desarrollo de estrategias que favorezcan la salud ambiental, es importante analizar detenidamente las condiciones ambientales de las comunidades, las características del lugar en donde habitan, los factores de riesgo biológico que existen, las políticas de salud públicas, la contaminación, además del acceso a atención médica y a primeros auxilios.

La salud ambiental abarca aspectos de la salud y enfermedad humanas que son determinados por factores ambientales, y hace referencia al mismo tiempo a la teoría y práctica de la evaluación y control de los factores ambientales que pueden afectar la salud de las personas (Yassi, Kjellström, Dekok y Guidotti, 1988). Principalmente, explica Ordóñez (2000), el contenido de la salud ambiental se clasifica de la siguiente forma:

Saneamiento:

– Agua potable y alcantarillado urbano

– Agua potable y disposición de excretas en el medio rural

– Aseo urbano

– Mejoramiento de la vivienda

– Protección de los alimentos

– Higiene de establecimientos especiales

– Vigilancia y control de calidad del servicio de agua para consumo humano

Riesgos ambientales

– Salud ocupacional

– Plaguicidas

– Toxicología ambiental y del trabajo

– Accidentes

– Evaluación de impacto ambiental y salud

– Desastres naturales y tecnológicos

– Contaminación sonora

Recursos naturales

– Vigilancia de la calidad del aire

– Recursos hídricos

– Suelo, subsuelo, flora, fauna y paisaje

Como se puede observar, en la salud ambiental se involucran los diversos aspectos que hacen parte del entorno físico de las personas y su objetivo principal es diseñar estrategias y políticas públicas que permitan reducir cualquier riesgo que pueda afectar la salud y el bienestar de las personas.

Ya que se ha planteado una conceptualización en torno a las condiciones sociales y ambientales de la población, es importante analizar estudios, tratados mundiales e investigaciones en donde la salud se entiende precisamente a través de su relación con dichas condiciones, entendidas de esta forma como determinantes de la salud. Aunque se han propuesto diferentes teorías que tratan de explicar la correlación proporcional entre las condiciones sociales y ambientales y el estado de salud, una de las más utilizadas es el Modelo Socioeconómico de Salud (Dalgren y Whitehead, 2006), que se muestra en la figura No. 1.

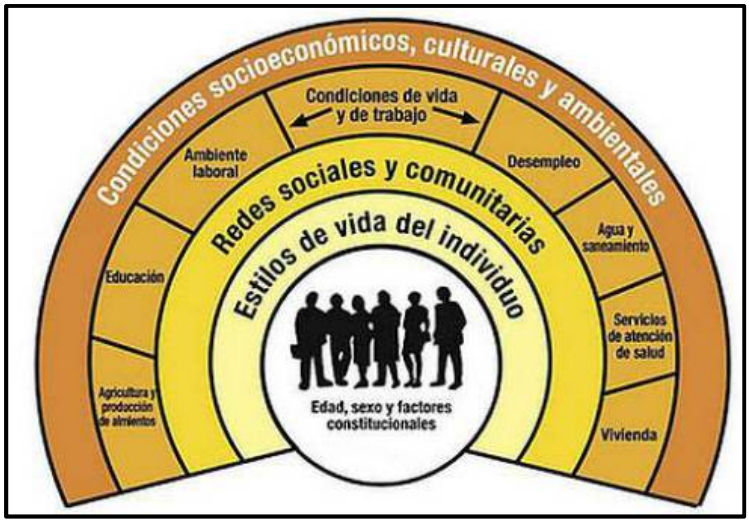

Figura1. Modelo Socioeconómico de Salud. Dalgren y Whitehead
Fuente: Dahlgren G, Whitehead M (2006).

En el esquema se pueden observar los distintos elementos que hacen parte de las condiciones sociales, ambientales y culturales, como los estilos de vida, las redes sociales, la

educación, el trabajo y la vivienda, entre otros. En su entorno inmediato se encuentran los factores culturales que hacen referencia a los estilos de vida, hábitos y costumbres de los individuos. Estos a su vez se encuentran influenciados por la vida en comunidad y las condiciones sociales.

En similar dirección es importante estudiar la declaración de Alma–Ata (URSS), en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978, en donde se hace un llamado urgente a las naciones del mundo para que los gobiernos y los actores de la salud emprendan acciones encaminadas a promover la salud y su cuidado desde la prevención. Lo interesante de esta conferencia, es el enfoque que se le da al tema de la salud, reconociendo su carácter integral, y su relación con las condiciones sociales y ambientales de la población. Por ello, se plantea que las políticas públicas, para generar efectos positivos en la salud, deben considerar las relaciones de las poblaciones con su entorno y garantizar el acceso a los diferentes servicios y beneficios de tipo social:

> La conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. (Declaración de Alma – Ata: 1978)

Además, se recalca que las desigualdades o inequidades sociales, económicas y de distribución del poder influyen en el estado de salud de la población, de lo cual se deriva la importancia de

superar esta problemática, para poder apoyar el bienestar real de las personas y el mejoramiento efectivo de los sistemas de salud.

Por su parte, en la Carta de Ottawa de 1986 se formula un definición de la promoción de la salud como un proceso que incluye la esfera política y social del mundo, y que debe agrupar no sólo acciones encaminadas a fomentar en los individuos hábitos saludables, sino estrategias encaminadas a superar la desigualdad, las negativas condiciones sociales y las problemáticas ambientales, buscando aminorar su impacto en la salud tanto pública como individual.

En específico, en la Carta de Ottawa se propone trabajar sobre cinco campos de acción, que son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud. Por tanto, se puede apreciar cómo desde estas convenciones que se desarrollan a nivel mundial se comprende la salud en relación con las condiciones sociales y ambientales de la población, planteando la necesidad de que las políticas públicas posean también este carácter integral.

En la investigación de Evans, Barrer y Marmot (1996), titulada: *¿Por qué una gente está sana y otra no?,* se presenta un análisis de los procesos de salud y enfermedad según la pertenencia a diferentes grupos sociales yla segmentación social. Principalmente, se establece la relación que existe entre la posición social (que incluye los ingresos económicos, el nivel educativo alcanzado, la ocupación y lugar de residencia entre otros), con los indicadores básicos de salud (esperanza de vida al nacer, tasas de mortalidad, mortalidad infantil, accidentes y lesiones). Sin llegar a desestimar los factores biológicos y genéticos, se hace especial énfasis en las condiciones sociales de la población, y en las heterogeneidades de los sistemas de salud,

entendidas como las diferencias en el acceso y las desigualdades que afectan a los grupos sociales más vulnerables.

La relación entre las condiciones de vida de las personas con su estado de salud es un tema que ha tenido diferentes análisis y aproximaciones desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se hizo evidente que el desarrollo de diferentes tipos de enfermedades estaba asociado con el desarrollo de condiciones sociales y ambientales inadecuadas. En gran medida, explica Whitehead (1991), fue desde la revolución industrial, cuando las personas que más sufrían de enfermedades eran aquellas que debían trabajar largas jornadas en un ambiente contaminado, cuando se hizo necesario el desarrollo de políticas de salud pública y epidemiología, con el fin de controlar enfermedades con altas tasas de mortalidad debido a las condiciones sociales y del ambiente.

Según Sapolsky (2005), cuando se habla de las condiciones sociales como determinantes de la salud, también se hace referencia al conjunto de elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas pueden alcanzar, y que generan un efecto directo en la posibilidad de desarrollar enfermedades, y en las facilidades de acceso a los factores protectores de la salud. Según las palabras de Álvarez (2009):

> … las condiciones de salud no sólo son diferentes entre los grupos más pobres y el resto de la sociedad, sino también que en todas las sociedades la salud, y sobre todo la prevalencia de todas las enfermedades crónicas y agudas, tiene la misma forma que la estructura social; es decir, a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud: la inequidad nos afecta a todos. (p. 73).

En este sentido, resulta vital preguntarse qué es aquello que origina las inequidades en salud y por qué razones las condiciones relacionadas con el contexto social, económico y ambiental pueden convertirse en predictores esenciales de las enfermedades.

4.2. Inequidades en salud

Básicamente, se puede decir con Evans, Barret y Marmot (1996) que las explicaciones que existen en torno a las inequidades en salud causadas por las condiciones sociales, se dividen en tres teorías o aproximaciones, que incluyen diversos elementos de análisis, las cuales son:

- **La teoría psicosocial.** Esta teoría plantea que en una sociedad en donde se presenta una profunda desigualdad e inequidad, la percepción que tienen las personas sobre su propia posición en la jerarquía económica, genera daños considerables a la salud. Por tanto, factores como la discriminación, la falta de oportunidades y de acceso a los servicios básicos, hace que se generen respuestas fisiológicasen aquellas personas que cuentan con menores recursos,que las hacen más susceptibles a contraer distintos tipos de enfermedades

  De esta manera, la teoría psicosocial reconoce el hecho de que las personas que cuentan con menos oportunidades y que tienen que sufrir en mayor medida las consecuencias de la desigualdad, experimentan sentimientos y sensaciones negativas, que generan una baja autoestima y un estado depresivo, los cual produce consecuencias comprobadas en el sistema neuroendocrino.

- **La teoría de la producción social de la enfermedad**. Esta teoría, igualmente, se relaciona con la falta de recursos económicos que les permitan a las personas enfrentar y superar los factores que atentan contra su salud. En medio de un mundo en donde las prioridades son establecidas por el capitalismo, y por lo tanto las políticas y acciones de los Estados se concentran en promover la riqueza y el poder, se sacrifica considerablemente la salud y el bienestar de las personas menos favorecidas, que no tienen los medios ni las facilidades para integrase a los medios de producción de capital.

- **La perspectiva ecosocial.** Esta perspectiva involucra elementos de las dos teorías anteriores, construyendo un enfoque multidimensional, en donde se establece que cada nivel de la organización social y biológica, cada elemento que compone el entorno inmediato de las personas, y cada factor que se relaciona con sus posibilidades de acceso a los factores de protección, condiciona y determina su situación de la salud.

En todas estas teorías se puede apreciar que el contexto social del cual hacen parte las personas, su ambiente físico, sus recursos económicos y posición social, se relacionan directamente no sólo con las posibilidades que tienen de contraer y desarrollas distintos tipos de enfermedades, sino también con las facilidades que tienen para acceder a los sistemas de protección, a las curas y a los tratamientos.

Las desigualdades se presentan de manera constante en un país como Colombia, generando problemas y malestares de tipo emocional y fisiológico en las personas, que se traduce en un mal estado de salud. Si a ello se le suma el hecho de que la desigualdad también la

limita la posibilidad que tienen muchas personas de contar con una atención de calidad en salud, se tiene como conclusión que las condiciones sociales de la población se relacionan en gran medida con su estado de salud (Álvarez, 2000).

Según Frenz(2005), es importante tener en cuenta que las desigualdades se presentan en varios niveles: por ejemplo, entre las regiones rurales y las regiones urbanas en temas referentes a la salud. Las condiciones sociales pueden llegar a impactar de manera más fuerte la salud de las poblaciones campesinas e indígenas que habitan lugares más propensos al desarrollo de enfermedades infecciosas, y que no cuentan con un buen acceso al sistema de salud.

Los residentes rurales también tienen una carga de morbilidad diferente a la de los residentes urbanos, ya que están expuestos a distintos factores de riesgo relacionados con la ocupación y el entorno. Esto se observa en el caso de las enfermedades transmisibles, que siguen aquejando a los habitantes de las zonas rurales de forma alarmante, especialmente si realizan trabajos agrícolas y viven cerca de zonas cada vez más deforestadas (OMS: 2014).

Teniendo en cuenta el análisis que se ha planteado, es importante recalcar quela inequidad genera diferencias considerables entre las condiciones sociales y ambientales de la población, las cuales, a su vez, se establecen como determinantes de salud que afectan considerablemente el bienestar de las personas. Teniendo en cuenta esa situación, explica Diener(2012), en muchos países del mundo, especialmente en Europa y Norte América, se ha iniciado un proceso de cambio de conciencia en donde se le da prioridad a la educación en salud, en la prevención y en la reducción de las desigualdades que generan condiciones sociales y ambientales negativas.

Para Bravo (2000), es importante comprende que los estilos de vida adoptados por los individuos, desde los cuales se determinan aspectos importantes para la salud, como la higiene, el cuidado y la prevención, son a la vez producto delas posibilidades económicas de la población, de la educación que han recibido y de la naturaleza de las actividades productivas.

Ya que se ha analizado el tema de las condiciones sociales y ambientales de salud, y su relación con la inequidad y desigualdad, es importante definir el tema de los determinantes de salud, para analizar cómo es que dichas condiciones se establecen como elementos determinantes que inciden en el estado de la salud de la población.

4.3. Determinantes de la salud

El tema de los determinantes de salud comenzó a desarrollarse desde el estudio presentado en 1974 por Marc Lalonde, en el cual un grupo de epidemiólogos estudiaron las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses, a través de muestras representativas. Con el tiempo, la definición de los determinantes de salud se ha ido profundizado, y se le han ido agregando nuevas variables que se relacionan con el estado de salud de las personas. Una adecuada definición sobre el término es planteada por Villar (2011): “Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones” (p, 1).

Un rasgo particular de los determinantes de la salud, es que no dependen del individuo, sino de la responsabilidad multisectorial del estado y del sector Salud, que deben garantizar el desarrollo adecuado de las condiciones, hábitos y estilos de vida que les permitan a las personas

tener una buena salud, contando además con las posibilidades de acceso al cuidado y a la prevención en los sistemas de salud.

Uno de los principales informes sobre los determinantes de la salud es: “Determinantes e Inequidades en Salud”, de la Organización Mundial para Salud (OMS, 2014). En el informe se realiza una caracterización de los determinantes sociales de la salud y se evalúa su tipo y nivel de impacto sobre la salud pública e individual. También se presentan recomendaciones que están dirigidas a la superación de las desigualdades sociales, económicas y de distribución de poder, como principal camino para el mejoramiento de la salud de la población y de los sistemas prestadores del servicio.

En la investigación se expone la estratificación social como el determinante de las inequidades en la salud, dentro de las cuales se resaltan:

- La exposición diferencial a los riesgos para la salud, Por ejemplo a enfermedades ya superadas en otras regiones del mundo, infecciones, desnutrición, entre otras.
- Las vulnerabilidades diferenciales en cuanto a condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales, es decir, acceso diferencial a los sistemas de salud, a medicamentos y tratamientos.

Al respecto, el informe plantea que los determinantes sociales de la salud pueden agruparse en 3 categorías: la situación socioeconómica y política, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios:

- **La situación socioeconómica y política**: Hace referencia a aquellos aspectos estructurales, culturales y funcionales de la sociedad y establecen los modelos de estratificación social y en consecuencia, las oportunidades de acceso y tenencia de salud de las personas. En este aspecto según la investigación de la OMS se deben considerar como elementos básicos los gobiernos y sus procesos, las políticas macroeconómicas, así como las políticas públicas y sociales, y los valores culturales y sociales.

- **Los factores estructurales**: Entendidos como aquellos elementos de la sociedad que fortalecen la estratificación y definen la posición socioeconómica de las personas. Estos componentes establecen la salud como un elemento de poder, prestigio y que limite el acceso igualitario a los recursos. Entre estos se cuentan la posición social, la condición de género y grupo étnico, acceso a la educación y acceso al empleo.

- **Factores intermedios**: hace referencia a los elementos relacionados con los estilos de vida y situación del entorno inmediato de las personas. Dentro de los factores intermedios se encuentran:

    - **Circunstancias materiales**: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.

    - **Circunstancias psicosociales**: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.

    - **Factores conductuales y biológicos**: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.

- **Cohesión social**: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.

- **Sistema de salud**: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas. (OMS: 2014)

Esta clasificación permite reconocer la gran cantidad de variables que se relacionan con el estado de salud de las personas, que hacen parte de sus condiciones sociales y ambientales. Según Tafani y Caminati (2013), los determinantes de la salud han sido clasificados en torno a cuatro grandes categorías principales, que son: el medio ambiente, el estilo de vida, la genética y los servicios de atención. En particular, los autores le dan una mayor importancia al tema del estilo de vida, el cual no sólo es fundamental para garantizar un buen estado de salud, sino que además se relaciona con las condiciones sociales, acceso a las oportunidades, ingresos económicos, educación y cohesión social.

Luego de haber analizado el tema de las condiciones sociales y ambientales y la forma en que se establecen como determinantes de la salud, es importante traer a colación la ECV, gracias a ésta encuesta es posible reconocer las principales características de las condiciones de vida de loshogares colombianos.

4.4. Encuesta de Calidad de Vida del DANE.

En Colombia, la medición y evaluación de la calidad de vida se organiza a través de la función del Departamento Nacional de Planeación (DNP), a partir de la medición cuantitativa de

los ingresos económicos de las personas, y del estado físico del entorno y de la vivienda que habitan. Uno de los instrumentos utilizados en el país para recoger la información sobre las distintas dimensiones y elementos que componen el bienestar de las personas, es precisamente la Encuesta de Calidad de Vida, la cual es financiada por el DNP, y es aplicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), con base en su función de coordinar, diseñar y adaptar estrategias que permitan generar una información precisa, a partir del desarrollo de datos estadísticos.

El objetivo central de la ECV es dar respuesta a la necesidad de caracterizar la población en los diferentes aspectos involucrados en el bienestar de los hogares, (DANE, 2013) convirtiéndose en una herramienta importante utilizada para medir la calidad de vida en Colombia; ésta constituye una de las principales fuentes para el análisis de datos socioeconómicos que permite calcular los indicadores necesarios para medir dichos datos. Por otro lado, brinda la información necesaria mediante la cual es posible dar cuenta de los factores causales de los datos y de la relación que existe entre ellos, lo cual es relevante para la aplicación y la evaluación de las políticas públicas en el país. (DANE, 2012).

4.4.1 Descripción de la ECV.

La revisión teórica indica que la salud se relaciona con las condiciones sociales y ambientales de la población, que a la vez definen a calidad de vida de las personas. Según lo afirma Royuela (2011), un aspecto relevante de la calidad de vida es su carácter integral, pues existe una amplia lista de problemas y enfoques que intervienen y afectan la vida de las personas, los cuales pueden verse afectados en medio de la aplicación de los proyectos de crecimiento económico.

Debido a la diversidad de elementos y dimensiones que se integran a la calidad de vida, y al énfasis que se hace en cada uno de ellas, dependiendo de las problemáticas particulares, ha sido necesario crear métodos que permitan medir y evaluar la calidad de vida a partir de variables concretas, en torno a aspectos como la vivienda, la salud y la educación. Dichos métodos, al igual que las interpretaciones que existen sobre este concepto, también varían y se ajustan a las interpretaciones y necesidades de cada zona.

Es importante tener en cuenta que a lo largo de los años la ECV ha evolucionado, incluyendo diferentes tipos de variables y objetivos. Dentro de los antecedentes se encuentra la creación, en 1986, del "ISPA (indicadores de pobreza absoluta), cuya finalidad es la de identificar las condiciones de pobreza, caracterizarla y ubicarla espacialmente(DANE, 2013). Para el diseño de este tipo de indicadores se implementaron dos metodologías distintas:

- La primera de ellas, denominada Necesidades Básicas Insatisfechas,que medía la pobreza estructural, y se basó en la información del Censo de Población y Vivienda, realizado en el año de 1985.

- La segunda, llamada Línea de Pobreza, que mide la pobreza coyuntural, y basa sus datos en la Encuesta de Ingresos y Gastos, que fue diseñada y aplicada entre 1984 y 1985." (DANE, 2013)

Una vez realizados estos estudios, surgió la necesidad de ampliar la información obtenida de los hogares, con el objeto de caracterizarlos en otros aspectos como educación, salud, mercado laboral y tenencia de bienes. En 1991 se aplicó la primera ECV para Bogotá, y en los siguientes años se amplió a las 7 ciudades principales del país, ampliando progresivamente su rango. Finalmente, en 2010 se decidió realizarla para todo el país, abordando variables de

análisis como el acceso a bienes y servicios, ya sea de carácter público, privado o comunal; el acceso a la salud y a la educación, y el cuidado de niños menores de 5 años.

Desde la ECV, la calidad de vida se considera como el conjunto de condiciones en las que habitan, conviven y se desarrollan los miembros del hogar, teniendo en cuenta cuatro elementos específicos, que son:

- El hogar y el medio económico.
- El hogar y su medio social.
- El hogar y su medio cultural y político.
- Relaciones de las personas dentro del hogar.

Con el fin de analizar las relaciones entre las condiciones sociales y ambientales de la población con su estado de salud, las variables que son tenidas en cuenta de la ECV son:

- **Condiciones ambientales:** Se refiere a las características del entorno donde habitan las familias, la contaminación, el estado y acceso a los recursos naturales.
- **Condiciones de la vivienda:** Se estudian las características físicas de viviendas consideradas impropias para el alojamiento humano, los materiales de construcción, el hacinamiento crítico, los servicios públicos, el acceso a condiciones mínimas vitales y sanitarias.
- **Nivel de ingresos:** Se estudia la población económicamente activa (PEA), la población económicamente inactiva (PEI), la ocupación de los miembros de la familia, el tipo de contrato, sitio de trabajo, horas trabajadas, tamaño de la empresa y los ingresos.

- **Nivel de educación:** Se analiza el número de personas por familia que estudian, los niños en edad escolar que asisten a la escuela y el nivel de educación de los padres.

- **Salud:** Se observa como variable dependiente y está compuesta por los afiliados al sistema de seguridad social en salud, si lo han tenido que utilizarlo en los últimos tres meses y como determinan su estado de salud en general.

Teniendo en cuenta el análisis que se ha planteado en torno a la ECV, es importante reiterar que para el desarrollo de la investigación se utilizan los datos correspondientes a la ECV del año 2012, se toman todos los hogares que fueron encuestados en el país reflejados en los Microdato Anonimizado por parte del DANE. Los indicadores que se toman para explicar el estado de salud de los colombianos son: nivel educativo el hogar, ingresos (clasificados por niveles), condiciones de vivienda y ambientales.

Pero antes de proceder a describir la metodología y presentar los resultados, se debe plantear una reflexión en torno a la justicia social, a las políticas públicas en salud y la situación de la población vulnerable, como temas transversales que se relacionan con las condiciones sociales y ambientales de la población.

4.5. Justicia social

La Justicia social se basa en el desarrollo de posibilidades y oportunidades iguales para todas las personas, con el fin de que puedan hacer valer sus derechos, sin ser discriminadas, con el fin de que puedan beneficiarse del progreso económico y social del lugar que habitan. En palabras de la Organización Internacional de Trabajo (2007), la promoción de la justicia social no se reduce al aumento de los ingresos y a la creación de nuevos empleos. Además de ello, significa también

promover los derechos de las personas, y apoyar su desarrollo sostenible a nivel económico, social, cultural y político.

En este sentido, el concepto de justicia social no es unívoco, pues ha adquirido significaciones distintas a través de los diferentes contextos, pues si bien hay un acuerdo en el hecho de que la justicia social integra la igualdad de oportunidades para el desarrollo de las diferentes dimensiones que intervienen en el bienestar de las personas, no existe un consenso para determinar cuáles son las dimensiones que se deben tener en cuenta y cuál es el énfasis que se le debe dar a cada una de ellas (Arellano, Escudero y Moreno, 2008). Por esta razón, este concepto se ha abordado a través de distintas interpretaciones, las cuales parten de las problemáticas más urgentes que se establecen en cada situación y contexto, ya sea la salud, la educación, el cuidado ambiental o los programas de bienestar social.

De acuerdo con Sen (1981), normalmente la principal cuestión que se hacen los gobiernos cuando se entra a analizar temas relacionados con la justicia es determinar cuál es el conjunto de personas que carecen de los beneficios y oportunidades que les permitirían mejorar su situación y garantizar su desarrollar. Ante esta pregunta, se establece que los pobres son aquellas personas cuyo consumo regular es menor al que se ha establecido como mínimo, y cuyos ingresos se encuentran por debajo de un valor establecido, y que para que haya justicia social se deben mejorar sus niveles de ingreso. Sin embargo, el problema de medir y analizar la justicia social a partir de cifras y cantidades, es que no permite ir más allá de los aspectos cuantitativos del asunto, y no hace referencia a las capacidades humanas ni a las diferentes necesidades y dimensiones de las cuales se compone la justicia social en el mundo.

Según las consideraciones de Bravo (2000), un acercamiento profundo en torno a la justicia social, hace evidente que para mejorar la situación y la calidad de vida de las personas, es preciso enfocarse en las diferentes dimensiones que se involucran en el bienestar humano, además de capacidades que tienen para superar la condiciones adversas, y en reconocer las habilidades que poseen para producir bienes y servicios, ayudándoles a superar sus debilidades y a mejorar sus conocimientos a través de campañas y proyectos basados en la participación ciudadana y en capacitaciones que les permitan desarrollar sus conocimientos.

Por lo tanto, construir una visión y un análisis integral de la justicia social debe partir por incorporar distintos enfoques y bases teóricas como el territorio, el ambiente, la educación, la salud y la comunidad, con lo cual se profundice en torno a las particularidades de una región, sus recursos y necesidades. Según el análisis planteado por González (2002), debido a los cambios que constantemente desafían el mundo, a la globalización, a las crisis ambientales y al surgimiento de sistemas democráticos basados en intereses económicos, es necesario que la cuestión dela justicia social vaya mucho más allá de lo económico. Se deben incluir, por lo tanto, una perspectiva integral que combine los diferentes aspectos que motivan el progreso humano y el mejoramiento en la calidad de vida de las comunidades.

En este sentido, teniendo en cuenta que la ECV se ha establecido como un instrumento integral que permite medir las diferentes variables asociadas a las condiciones y a la calidad de vida de la población, se ha establecido como una herramienta importante para la formulación y diseño de políticas públicas efectivas que ayuden a mejorar integralmente el bienestar de la sociedad.

En este sentido, el principal objetivo deeste tipo de encuestas, es identificar las diferentes variables asociadas a la calidad de vida, definiendo la relación que existe entre ellas, y orientando el desarrollo de políticas públicas estratégicas y efectivas. La ECV surge en medio de la necesidad de generar reflexiones multidisciplinares que permitan una visión más completa y contextualizada del desarrollo. Construir una visión y un análisis integral del desarrollo permite incorporar distintos enfoque y bases teóricas como el territorio, el ambiente y la comunidad, con lo cual se profundice en torno a las particularidades de una región, sus recursos y necesidades.

Debido a los cambios que constantemente desafían el mundo, a la globalización, a las crisis ambientales y al surgimiento de sistemas democráticos basados en intereses económicos, que amenazan constantemente la justifica social, es necesario que la cuestión del desarrollo vaya mucho más allá de lo económico, incluyendo una perspectiva integral que estudie los diferentes aspectos que motivan el progreso humano y el mejoramiento en la calidad de vida de las comunidades.

4.6. Política pública de salud

Las políticas públicas de salud en el mundo han atravesado por una serie de transformaciones fundamentales en concordancia con los cambios surgidos no sólo durante las últimas crisis de tipo económico, sino en razón de un replanteamiento sobre los derechos colectivos y universales. Lalonde (1974), quien fuera Secretario de Salud y Bienestar de Canadá, escribió uno de los primeros y más importantes informes sobre la salud con una nueva perspectiva en la época actual. En su informe titulado originalmente “Una Nueva Perspectiva sobre la Salud de los Canadienses” se hace un llamado a tratar la salud más allá de la atención básica de las enfermedades y trabajar por la prevención y promoción de la salud y el bienestar.

El reporte es novedoso una vez que identifica que existen determinantes claves de salud que van más allá de los factores biológicos, genéticos o agentes infecciosos, como el medio ambiente y el entorno en general, el estilo de vida que se lleva y el sistema de salud establecido.

De la misma manera en su informe, Lalonde (1974) destacó la relación entre la mala situación de salud y la inequidad en los recursos y la importancia de aunar esfuerzos de múltiples sectores para superar las desigualdades sociales.

> […] los desafíos que se le presentan a las políticas de salud son pasar de un modelo basado en la curación de las enfermedades para llegar a un modelo basado en la promoción de la salud**,** siendo la mejor herramienta para enfrentarse a las mismas.Destacan entre estos retos la reducción de las desigualdades*,* el incremento del esfuerzo preventivo y la capacitación de las personas para manejar y afrontar aquellos procesos que limitan su bienestar. (Lalonde, 1974).

Las políticas públicas en el sector de la salud fomentan el desarrollo de la justicia social, en la medida en que su intención principal es la de garantizar la salud de las comunidades, estableciéndose como un complemento ideal en las reformas de la cobertura universal y de la prestación de servicios. En general, este tipo de políticas deben garantizar el desarrollo de comunidades y entornos que garanticen y promuevan la salud y el bienestar de las personas, por medio de una atención primaria efectiva, del acceso universal sin restricciones y de la protección social (Goerlich, 2012). En palabras de la Organización Mundial de la Salud (2008):

> Comprenden las políticas necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente y emprender acciones de salud pública muy beneficiosas para todos. Ya fuera del sector sanitario, comprenden las políticas que puedan contribuir a la salud y a la sensación de seguridad y garanticen a la vez el correcto manejo de cuestiones como el desarrollo urbano, el cambio climático, la discriminación por razones de género o la estratificación social. (p, 12)

Por otro lado, según el planteamiento de Obermann, Jowett, Taleon y Mercado (2008), las políticas públicas ayudan considerablemente en el desarrollo sostenible de las regiones, generando cambios positivos en donde se moviliza a toda la sociedad en torno a cuestiones relacionadas con la salud, proporcionando las bases de un entorno jurídico y social favorable, y promoviendo el mejoramiento y en el bienestar de las personas.

Sin embargo, explica la Organización Mundial de la Salud (2015),en la mayoría de las sociedades el potencial de la salud pública se ha desaprovechado en gran medida. Por ejemplo, las reformas en salud pública de los últimos años en Latinoamérica tienden más a tratar de disminuir los costos de la salud, reduciendo los presupuestos, y ofreciendo así la mayor calidad posible a partir de la menor inversión de fondos, debido a las carencias y a las crisis económicas que afronta la región.

Ante esta situación desfavorable, los gobiernos han tenido que elegir entre cobertura o calidad en el servicio, de tal manera que en los países que componen la región existe una aceptable cobertura del sistemasin tener una adecuada calidad o, por el contrario, una buena calidad pero poca cobertura. Por lo tanto, debido al contexto social de los países en

Latinoamérica y a su economía, los sistemas de salud no han podido ser tan eficientes y exitosos como se espera, y no han podido garantizar la justicia y el desarrollo social.

4.7. Población vulnerable en salud

Es importante hacer un importante llamado los gobiernos de todas las naciones del mundo a atender esta problemática de raíz, realizando importantes avances en tema de salud y mejorando indicadores como la esperanza de vida y la mortalidad infantil. La desigualdad social sigue persistiendo en el mundo y es el principal factor que limita las posibilidades de las personas para acceder a unos servicios en salud de calidad.

> Ninguna sociedad ha logrado una reducción amplia de la pobreza sin haber hecho antes inversiones importantes y sostenidas en los derechos de sus habitantes y en el acceso a la salud, la nutrición y la educación básica. El estado de salud refleja una amplia gama de determinantes, que incluyen el acceso a agua de buena calidad, saneamiento y entorno saludable. (OMS: 2014)

Así mismo pide a toda la sociedad, instituciones privadas, públicas y las comunidades que asuman la problemática y tomen medidas que puedan contribuir a la mitigación de los impactos negativos sobre la salud, no solo en lo que respecta a la promulgación de políticas públicas adecuadas y oportunas, sino también al cuidado por ejemplo de nuestro cuerpo, del medio ambiente y de los recursos naturales, factores que afectan igualmente la salud.

La investigación de la autora R. Bravo, denominada *Condiciones de Vida y Desigualdad Social*, se encuentra orientado a identificar y definir los indicadores que dan cuenta de las principales problemáticas sociales de la región de América Latina. Inicialmente el documento

presenta algunos aspectos característicos del desarrollo de América Latina que se encuentran estrechamente relacionados con fenómenos de pobreza y concentración de las riquezas, que configuran un marco de referencia general. Seguidamente define la población, es decir, caracteriza a la sociedad de la región, incluyendo aspectos de la vida cotidiana e indicadores demográficos.

En la investigación se tratan aspectos como la educación y su papel en el desarrollo, el sistema económico, el marcado y la situación de empleo. De estos aspectos estructurales se desprende el estudio del hogar y calidad de vida donde la salud tiene un papel fundamental en donde se busca identificar los principales factores que afectan a la población y se introducen indicadores distintivos de las condiciones de vida.

En el marco de analizar la salud a luz de los problemas sociales, económicos y culturales resulta importante la teoría desarrollada por el profesor Sen (2000), Premio Nobel de Economía y miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, *El desarrollo como libertad.* En su obra el profesor afirma que el desarrollo aunque ha traído progreso en unos aspectos a su vez ha provocado desmejoras para la población.

> […] afirma sobre la equidad que no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica; prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas. La equidad en salud va más allá, por todo ello, de la distribución de la salud y de la asistencia sanitaria o de los recursos (Sen 2000, p 234.).

Resalta como en general la privación de libertades está estrechamente relacionada con la pobreza económica que impide satisfacer a las personas necesidades básicas como una nutrición adecuada, tener vivienda, y poder acceder a medicamentos para enfermedades, agua potable y servicios sanitarios. Para Sen (2000), el acceso a servicios de salud eficientes así como otros servicios básicos, como la educación o la participación política son libertades sustanciales para el bienestar de todo ser humano y deben ser elementos que compongan el desarrollo.

> En otros casos esta ausencia de libertad se une estrechamente a la falta de servicios públicos y asistencia social, tales como la inexistencia de programas epidemiológicos, medidas organizadas para el cuidado de la salud, instalaciones educativas, instituciones efectivas en la preservación de la paz y el orden locales. (Sen 2000).

Así mismo hace referencia a la situación de las naciones y la brechas que hay entre los países desarrollados y los llamados países en vía de desarrollo, con ingresos bajos, en donde la pobreza económica suele ser más aguda y por tanto las libertades y el desarrollo social más limitado. En medio de estos contextos complejos, el tema de los determinantes de la salud se convierte en un tema transversal que se relaciona con cada uno de los elementos que componen la vida de las personas, sus posibilidades de desarrollo, oportunidades y conjunto de capacidades.

5. Metodología

Para determinar las condiciones de salud y su relación con las condiciones ambientales, el saneamiento básico, la disponibilidad de agua potable, el acceso a servicios de salud, el hacinamiento en el que se encuentran viviendo las familias, las condiciones de la vivienda, la percepción de seguridad del lugar donde se encuentra su domicilio, y el nivel educativo de los hogares, se utilizan datos proporcionados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) tomados de Microdato Anonimizado, correspondientes a la encuesta de Calidad de vida, realizada en el año 2012, y que se aplica cada 5 años.

El trabajo toma como unidad de medida el hogar, definido por el DANE como "La persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas, con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas" (Dane, 2012, p, 12). La importancia de esta interpretación radica en entender al hogar como una organización, en la cual confluyen un conjunto de variables de tipo interno y externo que determinan su bienestar y desarrollo.

A continuación, se presenta el procesamiento de los datos realizado para observar la manera en que las condiciones ambientales, condiciones de la vivienda, nivel de ingreso y nivel educativo inciden sobre la salud de los hogares. El análisis comprende dos etapas, la primera consiste en la depuración de las variables estudio y la segunda consiste en un análisis por medio de un modelo empírico.

5.1. Depuración y Organización

Es importante aclarar el procesamiento de los datos y su estado antes de realizar el análisis empírico. En particular, este proceso se determina a través de los siguientes pasos:

a) Selección de preguntas: En cada aparte de la encuesta se determinan las preguntas que indagan a los hogares sobre cada una de las variables propuestas en la investigación (condiciones ambientales, condiciones de la vivienda, nivel de ingresos, nivel de educación y salud). Los subsidios son sumados dentro de los ingresos, pues se consideran como subsidios de demanda o de consumo, También cabe resaltar que se tienen en cuenta toda clase de ingresos, ya sean formales o informales(Ver Anexo No. 1).

b) Detección de datos atípicos: Una vez seleccionadas las preguntas, se realiza un análisis de frecuencia para cada pregunta, identificando valores alejados de la mayoría de datos que distorsionan la información, debido a que los hogares encuestados tienen diferentes opciones de responder, como “no sabe” o “no responde”. También cabe reconocer que en varias ocasiones se pueden presentar problemas por errores de digitación del encuestador.

Ahora bien, existen diferentes formas de solucionar los datos atípicos. Una es realizar un modelo de regresión por cada dato atípico encontrado. Esta opción, por simplicidad del modelo no se realiza, ya que sería muy costoso en relación al tiempo. Por lo tanto, se realiza una imputación por medio del promedio de la variable. Teniendo en cuenta que existen muchas preguntas que los encuestados respondieron con “no sabe/ no responde”,

punteado como “99” y “98”, se genera una inconsistencia en la frecuencia, para lo cual se toma el promedio y se reemplaza en dichos casos.

c) Sumatoria: Se evidencia que existen diferentes tipos de preguntas en las encuestas, algunas dirigidas únicamente a los jefes de hogar, como aquellas referidas a los ingresos, y otras para el resto del hogar. Lo anterior generó mayores respuestas en las variables que corresponden a todo el hogar. Por lo tanto, se realiza una sumatoria en la cual las respuestas de los diferentes gastos empaten con el hogar que representan, homogenizando de esta manera las respuestas.

d) Organización de los valores: Se organizan los valores que refieren a salarios, rentas, arriendos, intereses, cesantías y otros conceptos por los cuales los hogares recibieron dinero. De acuerdo con el salario mínimo de 2012, se realiza una organización para poder observar la relación entre el nivel de ingresos y su estado de salud, que se muestra en la tabla No. 1.

Tabla 1. Nivel de Ingresos

2012	
SALARIO MENSUAL	$ 566.700
SALARIO ANUAL	$6.800.400

Salario 1	$ 17.551.522
Salario 2	$ 35.103.044
Salario 3	$ 52.654.566

Salario 4	$ 70.206.088
Salario 5	$ 87.757.610
Salario 6	$ 105.309.132
Salario 7	$ 122.860.654

Salario 8	$ 140.412.176
Salario 9	$ 157.963.698
Salario 10	$ 175.515.220
Salario 11	$ 193.066.742

Salario 12	$ 210.618.264
Salario 13	$ 228.169.786
Salario 14	$ 245.721.308
Salario 15	$ 263.272.830

La escala denota cuatro valores críticos que distinguen a los hogares por niveles de ingreso para realizar el análisis propuesto sobre esta variable. Es importante aclarar que la variable ingresos no sólo está definida por el salario mínimo legal vigente, sino que suma diferentes conceptos como arriendos y juegos de azar, entre otros.

El modelo planteado es:

$Y=C + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + u$

Donde,

Y= Estado de salud

C= Constante

B_1X_1= Condiciones ambientales de la vivienda

B_2X_2= Nivel educativo del hogar

B_3X_3= Condiciones de la vivienda

B_4X_4= Nivel de Ingresos

U= cuota de error

Es un modelo lineal, y se realiza con tres variables dicótomas, es decir, variables que tienen la opción de encontrarse o no correlacionadas con la salud, además de una variable cuantitativa. A continuación se realiza un análisis descriptivo de cada variable en el que se pueden apreciar las preguntas seleccionadas. Luego se realizan las pruebas de correlación entre ellas para determinar si existe una correlación significativa entre las variables explicativas y la explicada, obteniendo los siguientes resultados:

- Se fusionan los archivos y se da paso a realizar la prueba de correlación para datos ordinales, ya que el tipo de preguntas con las que se realiza la investigación, no son numéricas pero sí existe relación entre los atributos, por ejemplo nivel educativo (primario, secundario, universitario).

- Se utiliza una tabla de contingencia donde se aplica el test chi-cuadrado que permite observar la independencia de cada variable, y el estadístico Phi cramer´s V y el coeficiente de Contingencia de Pearson.

- Estas pruebas se miden de 0 a 1, entre más cercano se encuentre a 1, se evidencia mayor correlación.

- Para la variable ingresos se utiliza el estadístico Pearson para observar la correlación entre una variable cuantitativa y una cualitativa, su medida está entre (-1 y 1), siendo -1 la ausencia de correlación y 1 denota correlación.

Es importante aclarar que cada variable analizada está compuesta por indicadores. Las correlaciones se realizan a los indicadores con el objeto de obtener valores más robustos para cada variable, con el fin de realizar un análisis más preciso.

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para comprender la incidencia de las condiciones ambientales, de la vivienda y del ingreso con respecto a la Salud de los hogares, primero se realiza una lectura descriptiva de los resultados. Luego se presenta el análisis inferencial, por medio de las correlaciones de las variables y sus respectivos indicadores. Finalmente, se realiza la comparación de los resultados con otros autores.

6.1. Indicadores provistos por la Encuesta de Calidad de Vida del DANE.

A continuación se presenta el resumen de las correlaciones hechas a partir del modelo planteado, donde salud (Y) es la variable dependiente objeto de estudio, que se pretende explicar a través de su relación con las variables independientes planteadas: condiciones ambientales de la vivienda (X_1), nivel educativo (X_2), condiciones de la vivienda (X_3) y nivel de ingresos (X_4).

VARIABLE INDEPENDIENTE / VARIABLE DEPENDIENTE	CONDICIONES AMBIENTALES DE LA VIVIVIENDA. (B_1X_1) 0 – 1	NIVEL EDUCATIVO. (B_2X_2) 0 – 1	CONDICIONES DE LA VIVIENDA. (B_3X_3) 0 - 1	NIVEL DE INGRESOS. (B_4X_4) 0 - 1
SALUD (Y)	0,29	0,122	0,17	1

6.1.1. Resultados por Indicadores de las Variables Independientes.

En la tabla No. 2 se muestran los componentes utilizados para cada una de las variables.

Los indicadores que se observan en el cuadro son los que mayor significancia tienen dentro de cada variable y con los cuales se explica la variable dependiente.

Tabla 2. Componentes de las variables

Variable Independiente.	Componentes de la Variable Utilizados.
CONDICIONES AMBIENTALES DE LA VIVIVIENDA. (B_1X_1)	❖ Presencia de insectos, roedores, animales molestos y basuras. Correlación = 0.26 ❖ Ruidos molestos, invasión del espacio público y contaminación del aire. Correlación = 0.18
NIVEL EDUCATIVO. (B_2X_2)	❖ Número de años estudiados. Correlación = 0.122
CONDICIONES DE LA VIVIENDA. (B_3X_3)	❖ Material predominante de las paredes exteriores. Correlación = 0.140 ❖ Material predominante de los pisos de la vivienda. Correlación = 0,16 ❖ Alcantarillado. Correlación = 0,152 ❖ Inundaciones, desbordamientos, crecientes y arroyos. Correlación = 0,152.
NIVEL DE INGRESOS. (B_4X_4)	❖ Ingresos totales. Correlación = 1 ❖ Nivel de ingresos. Correlación= 1

6.2. Resultados Descriptivos

La correlación presentada entre el nivel de ingresos y las condiciones ambientales del hogar afectan en una mayor proporción el estado de salud de los hogares con menor ingreso. En la figura No. 2 se muestra la incidencia por variable dependiente.

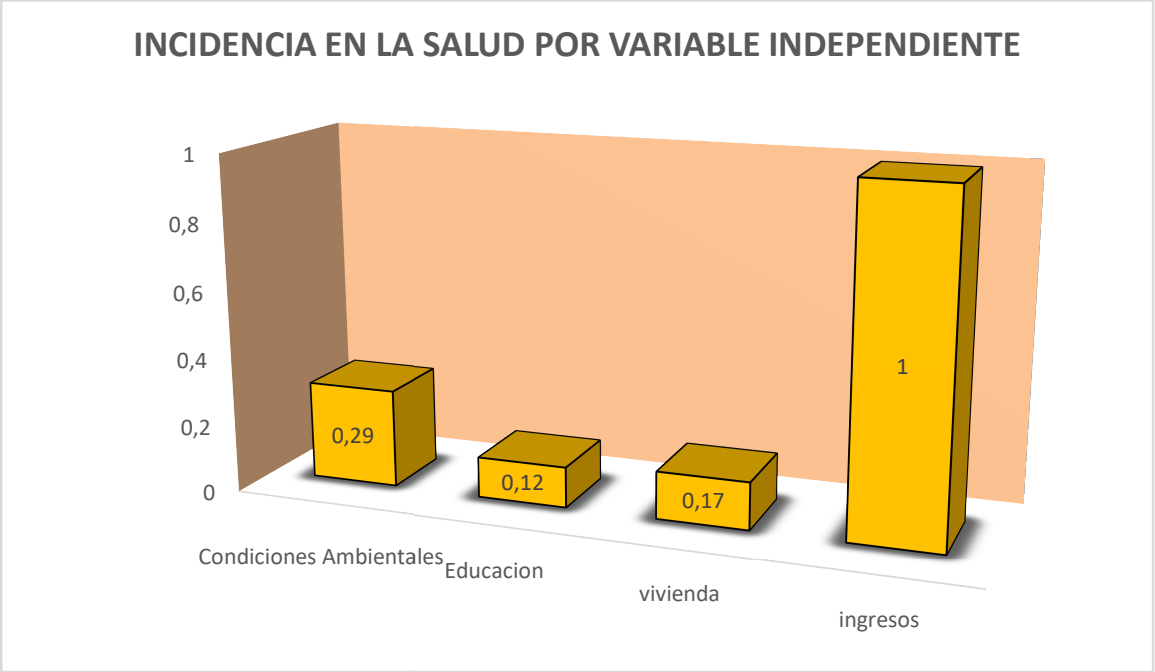

Figura 2.Incidencia por variable independiente.
Fuente: ECV 2012-DANE

De acuerdo con lo anterior es pertinente abordar nuevamente el concepto de justicia social y plantear una discusión de acuerdo con los resultados. El concepto de justicia social surgió después de la segunda mitad del siglo XIX como un referente necesario para hallar una distribución equitativa de los bienes en la sociedad. De acuerdo con Colmenajero (2013), hoy en día la justicia social no es tanto una teoría sino un complejo procedimiento que reconoce la naturaleza de las relaciones humanas, con el fin de comprender aquello que genera injustica.

Para llegar a materializar este concepto, Sen (2000) plantea que los individuos deben establecer una argumentación pública razonada, en la que exponen de manera clara lo que creen que es injusto. Además, se debe tener en cuenta la idea de la imparcialidad para no caer en circunstancias que favorezcan un beneficio particular, además de la estrecha relación con la idea de objetividad, con el fin de promover ideales inalcanzables. La manera más fácil de lograr lo

anterior es a través de la democracia, generando consensos útiles que permitan reparar las injusticias en la sociedad.

> Las oportunidades sociales se refieren a los sistemas de educación, salud, entre otros, que tiene la sociedad y que influyen en la libertad fundamental del individuo para vivir mejor. Estos servicios son importantes tanto para la vida privada de los individuos para tener una vida sana y larga, como para participar más eficazmente en las actividades económicas y políticas (Sen, 2000, p, 33).

De otro lado, en su obra "Teoría de la justicia" Rawls(1979) tiene como propósito analizar la estructura básica de la sociedad. Su punto de partida es la adecuada reasignación de los bienes y recursos, incluyendo los bienes primarios básicos, los derechos, libertades de movilidad, de elegir un trabajo en condiciones de igualdad con respecto a ingreso, méritos y puestos de responsabilidad. De aquí surge lo que Rawls (1979) llama justicia como equidad. Sus principios son:

- **Principio de igual libertad:** Se comprenden todo tipo de libertades fundamentales para el ser humano.
- **Principio de la igualdad equitativa de las oportunidades:** contempla la igualdad de posibilidades que tienen todos acceder a los bienes, sea cual sea su origen.
- **Principio de la diferencia:** Se enmarca en la estructura social y vela para que los menos favorecidos sean incluidos de mejor forma en la sociedad.

Ahora bien, la justicia distributiva no sugiere de forma evidente la autonomía de las personas, sino que surge de una base moral sobre cómo deben ser tratadas las personas, protegiendo y

garantizando su libertad. Lo anterior evidencia que la justicia social depende de la responsabilidad del Estado, quien debe subsanar las desigualdades que resultan de las variaciones en el mercado y en otros mecanismos propios de la sociedad. Los gobiernos deben brindar las condiciones para que toda la sociedad pueda desarrollarse en términos económicos. Dicho de otro modo, la distribución de la riqueza en una sociedad no debería encontrarse en las manos de unos pocos hogares sino, por el contrario, en la mayoría o en todos los hogares.

En la actualidad, el mundo globalizado ha desdibujado el ideal de justicia social, ubicando a los hogares de menores ingresos en situaciones desfavorables que los perjudican, por estar en condiciones de necesidades básicas insatisfechas. Como se observa en este trabajo, aquellos hogares que presentan un indicador menor de condiciones de vivienda, condiciones ambientales y nivel educativo, tienen una mayor probabilidad de enfermedad, como se muestra a continuación, para cada una de las variables analizadas.

6.2.1 Condiciones ambientales de la vivienda.

Teniendo en cuenta que esta variable está compuesta por dos indicadores, se plantea la discriminación en cada uno de ellos, como se muestra a continuación:

Tabla 3. Condiciones ambientales de vivienda- indicador 1

INDICADOR	NIVEL SOCIOECONOMICO (ESTRATO)									
	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Presencia de insectos, roedores, animales molestos y basura.	1006	15619	182	2670	29	537	20	184	10	181
%	4.9	76.4	0.9	13.1	0.1	2.6	0.1	0.9	0	0.9

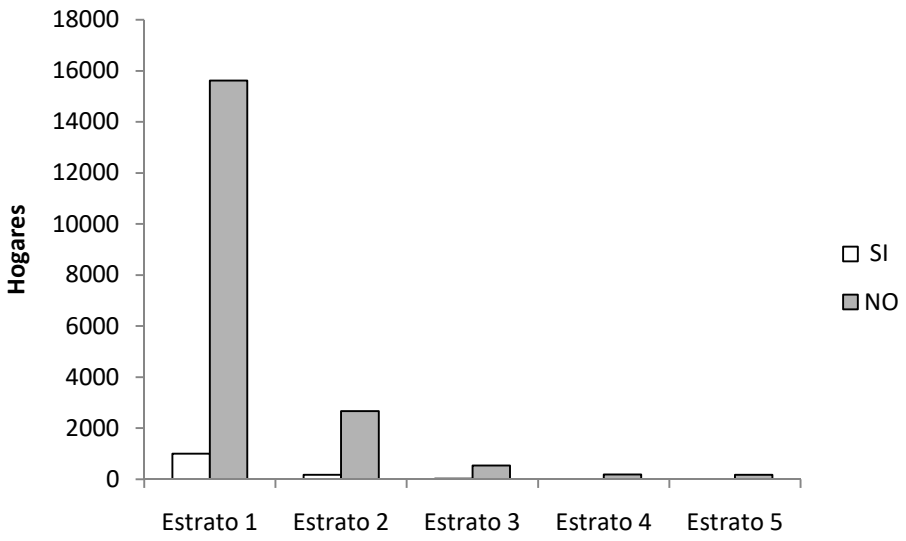

Figura 1. Condiciones ambientales de vivienda- indicador 1
Fuente: ECV 2012

De acuerdo con los cinco niveles socioeconómicos, la presencia de insectos, roedores, animales molestos y basura está correlacionada con la salud. Así mismo se infiere que, aunque es un fenómeno que está presente no es tan elevado: el 76.4 % de los encuestados de estrato 1 contestó que no hay presencia de estos componentes en los hogares. De igual forma, la presencia más alta de este indicador se sitúa en el estrato 1, con una incidencia del 4.9%, lo que se puede considerar aceptable teniendo en cuenta que este grupo es el más grande en cuanto a hogares encuestados, además que el 22,1% de la población colombiana no tiene el servicio de recolección de basuras. Lo anterior indica que se deben implementar otras estrategias, como puntos de acopio, frecuencia de recolección, horarios accesibles, entre otros, en zonas con mayor población de pobreza con el fin de disminuir el porcentaje para este indicador.

Ahora se plantea el mismo análisis para el segundo indicador.

Tabla 4. Condiciones ambientales de vivienda- indicador 2

INDICADOR	NIVEL SOCIOECONÓMICO (ESTRATO)									
	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ruidos molestos, invasión del espacio público y contaminación del aire.	589	16036	94	2758	37	529	11	193	14	177
%	2.9	78.5	0.5	13.5	0.2	2.6	0.2	0.9	0.1	0.9

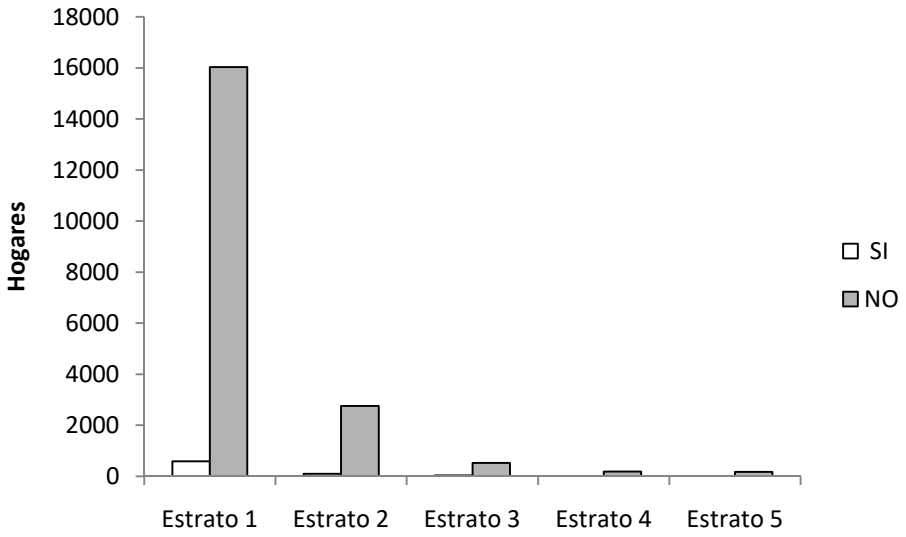

Figura 2. Condiciones ambientales de vivienda- indicador 2
Fuente: ECV 2012

La estadística refleja que para la mayoría de los hogares hay una incidencia baja de los ruidos molestos, la invasión del espacio público y la contaminación, ya que el porcentaje afirmativo más alto se encuentra en 2.9%, lo que indica que es en el estrato uno donde se presenta esta problemática. También es clave anotar que el 78.5% de los hogares de este mismo estrato no se ven afectados por este indicador.

6.2.2 Condiciones de la Vivienda.

En la tabla No. 4 se muestra la correlación entre estrato y material predominante de las paredes exteriores

Tabla 5. Condiciones de la vivienda - indicador 1

NIVEL SOCIOECONOMICO (ESTRATO)	MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES EXTERIORES								
	Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida.	Tapia pisada, adobe	Bahareque revocado	Bahareque sin revocar	Madera burda, tabla, tablón	Material prefabricado	Guadua, caña, esterilla, otro vegetal	Zinc, tela, carbón, latas, desechos, plástico	Sin paredes
1	13492	584	699	508	1112	48	119	60	3
2	2339	83	111	79	196	10	16	18	0
3	463	15	24	19	36	2	3	3	1
4	172	4	7	12	9	0	0	0	0
5	150	11	9	4	16	0	0	0	0
%	81.3	3.4	4.2	3.0	6.7	0.3	0.7	0.4	0

Para la variable condiciones de la vivienda se analizó, en primera medida, los materiales de los que se componen las paredes exteriores de las casas. Se pudo observar que los materiales predominantes son el ladrillo, bloque y madera en un 81.3 %. La mayor cantidad de hogares se encuentran en los tres primeros estratos, debido a que en estos sectores las viviendas son más densamente pobladas. Se presenta una porción mínima de hogares en cuyas viviendas no hay paredes.

Para el nivel de ingreso 1 se identifica que, aunque la mayoría de los hogares cuentan con paredes de bloque o ladrillo, existe un porcentaje del 6,68%, correspondiente a 1112 de 16625 hogares en donde el material predominante es madera burda, lo cual puede generar el acercamiento de roedores y peligro de incendios. De igual forma, los 60 hogares que representan el 0.37% viven entre carbón, desechos, telas o sin paredes lo que no es una vivienda digna para seres humanos, haciendo más facil la contaminación y propagación de enfermedades.

En el nivel de ingreso 2 continúa con la tendencia del ladrillo o bloque como material predominante de las casas. Sin embargo, la madera burda se sitúa en segundo lugar con el 6,87%,con 196 hogares de 2852 en total, sobrepasando la tapia y el bareque que preservan más la seguridad en salud para los hogares, también se observa que 18 hogares viven en miseria, lo que además de facilitar enfermedades representa enormes problemas de justicia social.

En el nivel de ingreso 3 se evidencia que el recuento de hogares disminuye aproximadamente en un 80% con relación al nivel anterior, lo cual deja entrever una brecha en los ingresos. Además, se observa que aún existe una minoría correspondiente al 0,70% que cuentan con una vivienda inadecuada.

En el nivel de ingreso 4 no se evidencian hogares que tengan paredes de material prefabricado, guadua, tela o sin paredes, lo que les permite no estar expuestos a situaciones que los hagan vulnerables a contraer enfermedades. La diferencia de hogares en que disminuye con respecto al nivel anterior es del 64%.

Finalmente, se observa que la tendencia de materiales en las paredes continúa siendo el bloque y el ladrillo para el ingreso 5. Es importante resaltar que a medida que el nivel de ingreso aumenta, disminuyen los hogares encuestados, lo cual implica que hay menor densidad poblacional por vivienda, lo que no limita sus posibilidades de una mejor calidad en los materiales de su vivienda. Sin duda, esto genera importantes cuestionamientos sobre la forma como se está realizando la distribución del ingreso en el país.

En la tabla No.6 se muestran los resultados para el indicador de material predominante de los pisos.

Tabla 6. Condiciones de la vivienda - indicador 2

NIVEL SOCIOECONOMICO. (ESTRATO)	MATERIAL PREDOMINANTE DE LOS PISOS DE LA VIVIENDA.						
	Alfombra o tapete de pared a pared	Madera pulida y lacada, parqué	Mármol	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo	Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal	Cemento, gravilla	Tierra, arena
1	67	227	118	7744	766	6441	1262
2	9	39	16	1389	136	1058	205
3	0	4	0	305	24	204	29
4	0	2	0	103	6	76	17
5	1	1	1	99	10	63	16
%	0.4	1.3	0.7	47.2	4.6	38.4	7.5

El material predominante en los pisos de la vivienda es un 47.2% en baldosa, vinilo tableta y ladrillo, seguido por cemento y gravilla en todos los niveles con un 38.4%. Los pisos en tierra y

arena tienen un 7.5%, estos pisos limitan el aseo adecuado y conllevan a la posibilidad de convertirse en focos insalubres, principalmente en los hogares de menor ingreso.

En la tabla No.7 se muestran los resultados para el indicador de alcantarillado.

Tabla 7. Condiciones de la vivienda - indicador 3

INDICADOR	NIVEL SOCIOECONOMICO (ESTRATO)									
	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Alcantarillado.	10361	6264	1783	1069	346	220	127	77	117	74
%	50.7	30.6	8.7	5.2	1.7	1.1	0.6	0.4	0.6	0.4

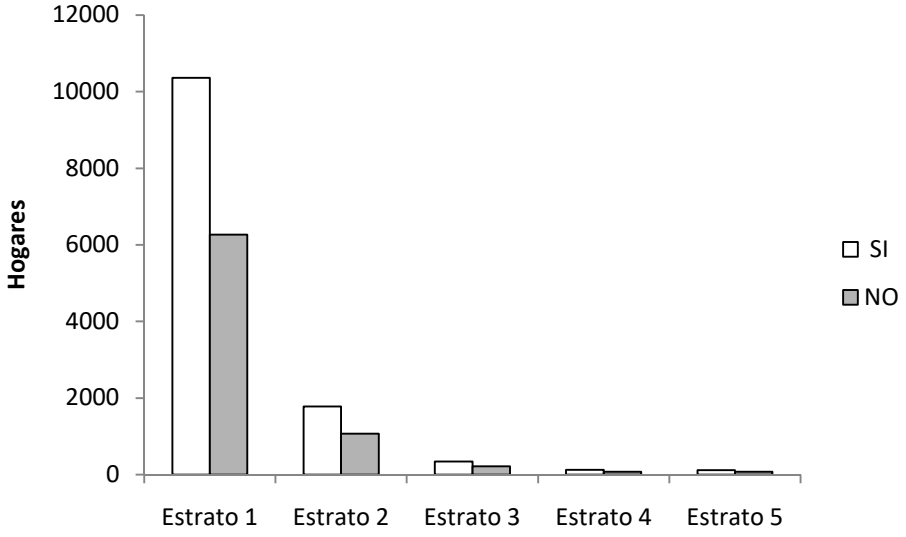

Figura 3. Indicador alcantarillado.
Fuente: ECV 2012

Este indicador a pesar de mostrar una tendencia positiva, ya que se encuentra presente en todos los niveles socioeconómicos, principalmente en el estrato 1 donde alcanza el 50.7%, la cantidad

de hogares que presentan este servicio es alta con respecto a los que no. Sin embargo la ausencia de este servicio en los hogares y regiones que no lo presentan conlleva un alto riesgo para la salud debido a la presencia de lodos con agua servida que a su vez permite la generación de transmisores de enfermedades y a la exposición de la población más vulnerable a la contaminación de las fuentes de agua potable y al contagio de enfermedades como el cólera, y otras de índole gastrointestinales.

Tabla 8. Condiciones de la vivienda - indicador 4

INDICADORES	NIVEL SOCIOECONOMICO (ESTRATO)									
	1		2		3		4		5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Inundaciones, desbordamientos, crecientes y arroyos.	2111	14514	361	2491	83	483	31	173	30	161
%	10.3	71.1	1.8	12.2	0.4	2.4	0.2	0.8	0.1	0.8

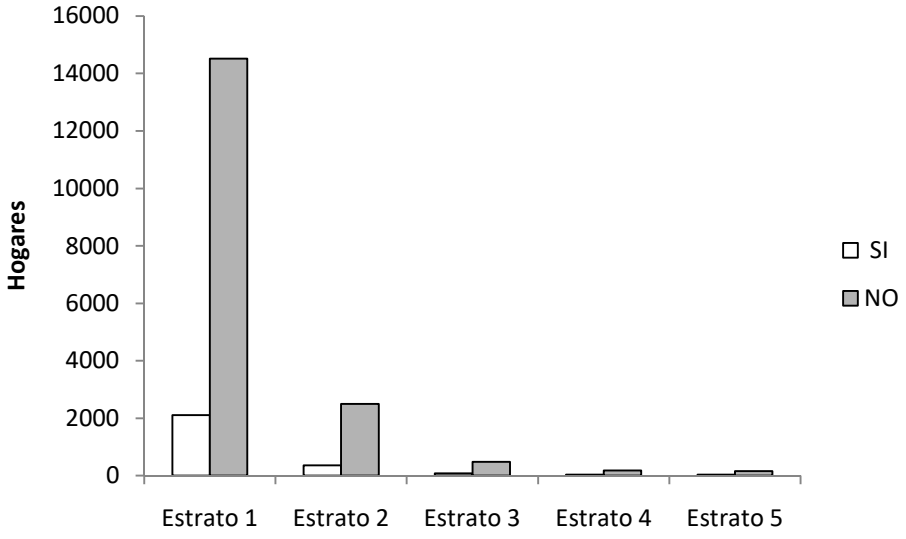

Figura 4. Indicador Inundaciones, desbordamientos, crecientes y arroyos
Fuente: ECV 2012

Las inundaciones, desbordamientos, crecientes y arroyos se presentan en forma moderada en los hogares de los colombianos. Aunque las calamidades de este tipo ponen en eminente peligro la vida y la salud de las personas, se puede explicar su mediana tendencia debido a que son respuestas influenciadas por la situación climática. Es decir, en época de invierno los hogares son más vulnerables, pero mucho más aquellos de estratos inferiores debido a los asentamientos que hacen las personas en zonas de alto riesgo para este tipo de fenómenos naturales que se presentan.

6.2.3. Nivel educativo

Ya que se ha hablado sobre el tema del estado de las viviendas y las condiciones ambientales del hogar, es importante analizar datos e indicadores en lo relacionado al nivel educativo.

Tabla 6. Nivel educativo

ESTRATO	NIVEL EDUCATIVO												
	Ninguno	preescolar	Básica primaria	Básica secundaria	media	técnico sin titulo	Técnico con titulo	tecnológico sin titulo	tecnológico con titulo	universitario sin titulo	universitario con titulo	posgrado sin titulo	Posgrado con titulo
1	813	18	3783	1899	2802	100	664	45	220	167	718	13	226
2	137	0	628	338	498	18	106	6	57	27	111	0	41
3	25	1	114	75	97	3	27	0	9	3	26	1	7
4	6	0	42	24	49	0	6	2	2	4	4	0	2
5	10	0	46	25	38	1	8	1	1	2	4	0	3
%	7.0	0.1	32.7	16.7	24.7	0.9	5.8	0.4	2.0	1.4	6.1	0.1	2.0

En cuanto a la variable educación también se evidencia la desigualdad en los hogares, pues sumado al bajo ingreso de los mismos son muy pocos los estudiantes que alcanzan el nivel superior en educación, dado que los picos más altos se encuentran en los niveles de básica primaria, media y básica secundaria respectivamente, lo que muestra una situación preocupante para un país que está en proceso de desarrollo y necesita que su población alcance estándares educativos mayores.

En los hogares colombianos existe una inequidad muy marcada, especialmente por la desigualdad en los niveles de ingreso, como se ha mostrado en las condiciones de la vivienda y en el nivel educativo.

6.3. Correlación entre variables

Para el análisis de las tres primeras variables se tomó el coeficiente de contingencia, que permite medir el grado de asociación entre la variable dependiente (SALUD) y sus explicativas, a saber (Condiciones ambientales de la vivienda, Nivel educativo y condiciones de la vivienda). En este coeficiente los resultados arrojados se miden entre 0 y 1; cuando el P-value sea igual o cercano a 0, demuestran una correlación nula o insignificante, mientras que los resultados cercanos o iguales a 1 evidencian una fuerte correlación o una correlación perfecta. Se tomó este coeficiente ya que es el más indicado para explicar la relación de las variables cualitativas.

6.3.1. Condiciones Ambientales de la Vivienda

1. $H_{o=}$ Las variable Salud y Condiciones ambientales NO se encuentran correlacionadas

H_a= Las variable Salud y Condiciones ambientales SI se encuentran correlacionadas

El estado de salud de los hogares en general es * insectos, roedores, animales molestos, no recolección de basuras

SymmetricMeasures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,298			,000
	Cramer's V	,298			,000
	ContingencyCoefficient	**,285**			,000
IntervalbyInterval	Pearson's R	-,274	,003	-77,537	,000[c]
Ordinal by Ordinal	SpearmanCorrelation	-,278	,003	-78,689	,000[c]
N of Valid Cases		74172			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Se observa que el P-value es de 0,29 mayor a 0.05 en los tres estadísticos, por lo anterior se puede rechazar la hipótesis nula y se acepta que existe correlación entre las variables y demuestra que la presencia o ausencia de insectos, roedores, animales molestos, la acumulación de basuras permite explicar cambios en la SALUD de los individuos.

El estado de salud de los hogares en general es * Ruidos molestos, invasión del espacio público y contaminación del aire

SymmetricMeasures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,163			,000
	Cramer's V	,163			,000
	ContingencyCoefficient	**,161**			,000
IntervalbyInterval	Pearson's R	,155	,007	22,606	,000[c]
Ordinal by Ordinal	SpearmanCorrelation	,161	,006	23,501	,000[c]
N of Valid Cases		20698			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Se observa que el P-value es de 0,163 mayor a 0.05 en los tres estadísticos, por lo anterior se puede rechazar la hipótesis nula y se acepta que existe correlación entre las variables y demuestra que los ruidos molestos, la invasión del espacio público y la contaminación del aire permiten explicar cambios en la SALUD de los individuos.

Para estos indicadores se ve que entre los años 2008 y 2010 la incidencia de dengue aumentó en 480,27 casos por cada 10.000 habitantes, debido a insectos vectores; y alcanzó una letalidad de 2,26 muertes por cada 100 personas diagnosticadas con la enfermedad para el año 2010 (Análisis de Situación de Salud (Asis), 2013, p, 148-150)

De esta manera las afecciones relacionadas al saneamiento básico pueden generar enfermedades como diarreas, vómitos, gastroenteritis, dengue, paludismo, etc., provocados por insectos y microbios que son trasladados muchas veces por las mascotas, convirtiéndose en

vectores de enfermedades; de igual forma, en las heces de estos animales frecuentemente se hallan parásitos que pueden transmitirse a los habitantes de la vivienda, principalmente a la población infantil, la cual se ve afectada, reflejándose esta situación tanto en la morbilidad como en la mortalidad, es así como "entre los años 2005 y 2013 el Distrito Capital de Bogotá registró 12.721 muertes infantiles para un promedio anual de 1.413; pero dada su gran densidad poblacional la tasa estuvo dentro de las doce más bajas del país (10,19). Lo opuesto sucedió en Vaupés, donde se registraron 173 decesos en el periodo, para un promedio anual de 19 y una tasa de 47,29 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2013, lo cual corresponde a que es 4,11 veces mayor que la nacional (11,51) y la más alta del país. La tasa en Guainía fue un 2,58veces mayor (29,70) que la nacional; por su parte la de Amazonas fue 2,22 veces mayor (25,53). Chocó (22,81), y Guajira (18,38) y Vichada (18,33) tuvieron tasas de un 98% y 59% respectivamente mayores que la del país". Mostrando esto además, que las zonas marginadas o con baja presencia del estado son las más afectadas en la salud (Análisis de Situación de Salud (Asis), 2015, p, 101-222).

Otro fenómeno que muestra la incidencia de las condiciones ambientales de la vivienda sobre la salud, es la mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años, debido a contaminantes del aire de tipo biológico, químico y físico que afectan directamente el sistema respiratorio de los niños generando la muerte, en donde la tasa a nivel nacional fue de 14,33 en el periodo de 2005 a 2013. Bogotá registró una tasa de 12,49, que está dentro de los valores bajos en comparación con los 5 departamentos que mostraron mayor tasa de mortalidad por IRA, ellos son: Guaviare (28,17), Guajira (30,11), Guainía (77,85), Amazonas (96,60) y Vaupés (167,17), (Análisis de Situación de Salud (Asis), 2015, p, 222-223).

De otra parte, los ruidos inesperados en la vivienda y la presencia inmoderada de sonido externo pueden convertirse en una violación a la privacidad, dificultando la comunicación interpersonal y las diferentes tareas realizadas por los integrantes del hogar, como la lectura, juegos o un sencillo reposo. Además, "el efecto del ruido desde el punto de vista fisiológico puede afectar, en razón de sus características, a gran parte del organismo humano. Actúa sobre la audición, el sueño, sistema respiratorio, sistema digestivo, sistema neurovegetativo, sistema circulatorio. Pero si se entiende la salud, no solo como la ausencia de enfermedad, sino como sinónimo de bienestar físico y psíquico, habrá que unir a todos los efectos anteriormente indicados, aquellos que se deben evaluar en función de la personalidad del sujeto, su sensibilidad al ruido, su estado emocional e incluso su estado psíquico" (Informe base para la elaboración del plan nacional de salud y medio ambiente, 2007, p, 18).

Es así que se ha definido como meta o estándar el valor recomendado por la OMS de 65 decibeles (dB) correspondientes al cálculo del Nivel equivalente de ruido ambiental Día-Noche, por encima del cual las probabilidades de sufrir afectaciones en la salud se incrementa.

De acuerdo con lo anterior, se encontró en Colombia la distribución de población urbana expuesta a ruido por encima del valor recomendado por la OMS, según se muestra en la tabla 10.

Tabla 10. Porcentaje de población urbana expuesta a ruido

Porcentaje de población urbana expuesta a ruido por encima del nivel de referencia	Mayor al 4% del total de población urbana (cabecera) expuesta a ruido ambiental por encima del valor de referencia	0 (muy bajo)
	Entre el 3,1 y el 4% del total de población urbana (cabecera) expuesta a ruido ambiental por encima del valor de referencia	0,3 (bajo)
	Entre el 2,1 y el 3% del total de población urbana (cabecera) expuesta a ruido ambiental por encima del valor de referencia	0,5 (medio)
	Entre el 1,1% y el 2% del total de población urbana (cabecera) expuesta a ruido ambiental por encima del valor de referencia	0,8 (alto)
	Menor o igual al 1% del total de población urbana (cabecera) expuesta a ruido ambiental por encima del valor de referencia	1 (muy alto)

Tomado de: Índice de calidad ambiental urbana (Icau), 2016, p, 19)

6.3.2. Nivel Educativo

1. $H_{o=}$ Las variables Salud y Nivel educativo NO se encuentran correlacionadas

   H_a= Las variables Salud y Nivel educativo SI se encuentran correlacionadas

SymmetricMeasures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,123			,000
	Cramer's V	,071			,000
	ContingencyCoefficient	**,122**			,000
IntervalbyInterval	Pearson's R	-,048	,013	-3,920	,000[c]
Ordinal by Ordinal	SpearmanCorrelation	-,051	,013	-4,180	,000[c]
N of Valid Cases		6746			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Con un 95% de confianza, se observa que el P-value es mayor a 0.05 en los tres estadísticos, por lo anterior se puede rechazar la hipótesis nula y se acepta que existe correlación entre las variables.

Al determinar esta correlación se obtiene s igual a 0,122 y cercana a 1 por lo que se concluye que la variable Nivel Educativo está relacionada y permite plantear explicaciones para la variable dependiente Salud. En otras palabras, el grado de educación de las personas contribuye a la explicación de los descuidos o cuidados que se tengan frente a la protección en salud de la vida de los individuos.

La relación existente entre salud y educación fue estudiada por Grossman (Grossman 1972), quien sostiene que "la educación es un factor de eficiencia dentro de la función de producción de salud" (p, 44). De esta forma, la salud depende de una serie de factores relacionados con aspectos económicos, ambientales, de educación, etc. De otra parte Fuchs (1982) considera que las personas que poseen una mayor preferencia por el futuro, invierten su dinero más en capital humano, incluido educación y salud. Estos puntos de vista sostienen que un mayor nivel de educación conduce a una mejor calidad de vida y por tanto a mejor salud.

Actualmente, Colombia trabaja para aumentar la cobertura en secundaria y en la educación profesional, igualmente se busca mejorar la calidad hacia estándares internacionales. La privatización hace que el acceso a la educación sea desigual y que sólo hijos de familias con mayores ingresos puedan asistir a colegios con mejor calidad, los demás deben asistir a instituciones que cuentan con menores recursos. Esto implica la reproducción de desigualdades que se incrementan a medida que los niños crecen. Por tal razón, quienes contaron con mejores oportunidades serán quienes tengan el poder social, político y económico.

En Colombia, de sus 48 millones de habitantes, el 25% vive en zonas rurales, el 30% son afrodescendientes o afrocolombianos, el 1% es indígena, y 8.000 son gitanos. Además, el 5% se encuentra en situación de desplazamiento forzado, el 13% vive en zonas de frontera, el 7.5% son mayores de 15 años que no saben leer y escribir, y el 10% presenta algún tipo de discapacidad, sumando estas características y las condiciones en las que viven estos tipos de población hacen que el acceso a la educación no se esté garantizando y sea "deficitaria", tanto como que el 62% de los jóvenes de las zonas rurales no se matriculan en la educación media.

Por otro lado, apenas el 1% de las matrículas universitarias que se registraron en 2016 provienen de población rural. En 2015 esta cifra se estableció en el 2%. Además en el país hay 40.000 jóvenes de la zona rural que se están quedando por fuera del sistema educativo, y dos millones y medio de jóvenes que estando en edad universitaria no han podido acceder a las instituciones de educación superior. La cobertura es deficiente y el sistema educativo no está bien financiado; también hay que tener en cuenta que la cantidad de niños por educador es alta si se compara con estándares internacionales que están entre 16 y 19 niños por educador. En Colombia se tienen cifras entre 40 y 50 niños por docente.

De esta manera se vislumbra que son muchos los obstáculos que limitan el acceso de los jóvenes a la educación, entre otros, la falta de oportunidades educativas, la pobreza, la presión por empezar a trabajar, el conflicto y la violencia; por lo que es fundamental apoyar a los estudiantes en todos los niveles, en particular durante la transición de primaria hasta terminar educación básica secundaria, para garantizar que los estudiantes adquieran el nivel mínimo de conocimientos y competencias necesarios para participar económica y socialmente.

La desigualdad social ha contribuido a profundizar las disparidades en el acceso a la educación y el cumplimiento de logros en Colombia. Según la Encuesta Demográfica y de Salud de Colombia 2009-2010, un estudiante del nivel socioeconómico más bajo (estrato 1) tiene una esperanza de vida escolar de 6 años, es decir, la mitad en comparación con un niño del nivel socioeconómico más alto (estrato 6), y es mucho más probable que esté fuera del sistema escolar (García Villegas et al., 2013; UNESCOUIS, 2015)

De otra parte, el sistema de salud colombiano se encuentra en crisis luego de las políticas de privatización implementadas en la década de los 90. Por tanto, tal como sucede con la

educación, sólo quienes cuentan con mayores ingresos pueden acceder a mejor calidad en el servicio de salud.

Existe asociación entre la tasa de **fecundidad** y la escolaridad de la madre, la primera entre más alta sea, se relaciona con pobreza, la cual es mayor en áreas con altos niveles de deterioro social. La fecundidad es inversamente proporcional al nivel educativo. La tasa global de fecundidad es 3,1 veces más alta en las mujeres sin educación que en las mujeres con nivel educativo superior, con una diferencia de casi tres hijos más por cada mujer sin educación. Además los nacimientos en mujeres entre 40 y 49 años son más frecuentes en aquellas sin educación.

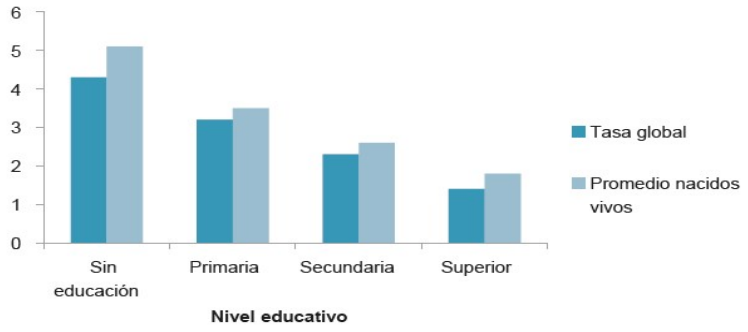

Figura 7. Tasa global de fecundidad y promedio de nacidos vivos en mujeres de 40 a 49 años, según nivel educativo
Fuente: ECV 2012-DANE

La **edad mediana al primer nacimiento** entre las mujeres de 25 a 49 años es de 22,1 años en el área urbana y de 20,2 en el área rural. Se comporta de manera directamente proporcional al nivel educativo y al índice de riqueza, siendo un 14% mayor entre las mujeres que tienen secundaria que en las que no tienen educación, para una diferencia de 2,6 años; y un 27% mayor en el índice de riqueza más alto que en el más bajo para una diferencia de 5,2 años.

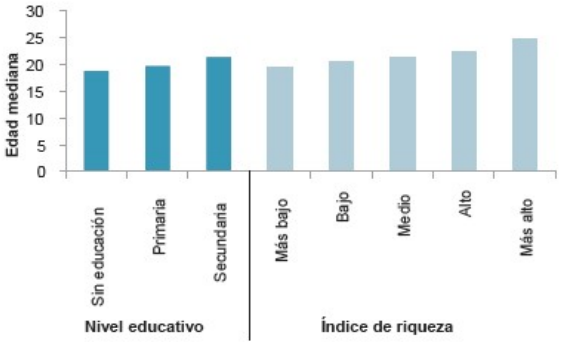

Figura 8. Edad mediana al primer nacimiento según nivel educativo e índice de riqueza
Fuente: ECV 2012-DANE

La **mortalidad** según el nivel educativo presenta un 49,95% (449.435) de las muertes en aquellos que con básica primaria, seguido del 25,27% (227.401) con ningún nivel educativo o preescolar y del 19,19% (172.711) con básica secundaria, media o normalista. Los niveles profesional, técnico, tecnológico y posgrado presentan los porcentajes menores en ese orden.

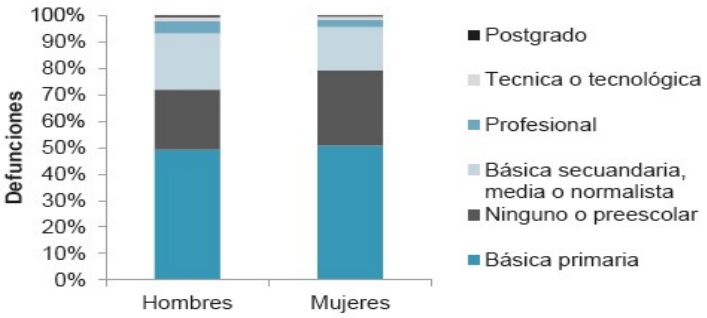

Figura 9. Mortalidad según nivel educativo
Fuente: ECV 2012-DANE

El porcentaje de **obesidad** según el nivel educativo, en las personas entre 18 y 64 años ha incrementado; la prevalencia para 2010 es un 20% mayor que en 2005, pasando de 13,70 a 16,50

casos por cada 100 personas. La obesidad es un 26% mayor en las personas con ningún nivel educativo con respecto a los de grado superior, para una diferencia 3,6 personas obesas más. Sin embargo, el porcentaje de obesidad es menor en los niveles superiores en el transcurrir del tiempo.

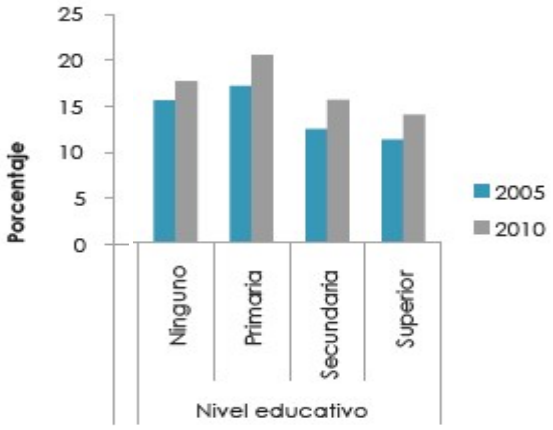

Figura 10. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según nivel educativo
Fuente: ECV 2012-DANE

La prevalencia de **trastornos mentales relacionados con el abuso de alcohol** es de 6,70, indicando que se presentan 11,6 más sucesos por cada 100 personas en los hombres que en las mujeres, obteniendo prevalencias de 13,20 y 1,60, respectivamente. Además, por nivel educativo se evidencia que las personas que terminan el nivel universitario (67%) y las que tienen secundaria incompleta (50%) muestran prevalencias de trastornos mentales relacionados con el abuso de alcohol más altas que la prevalencia de las personas de los demás niveles educativos.

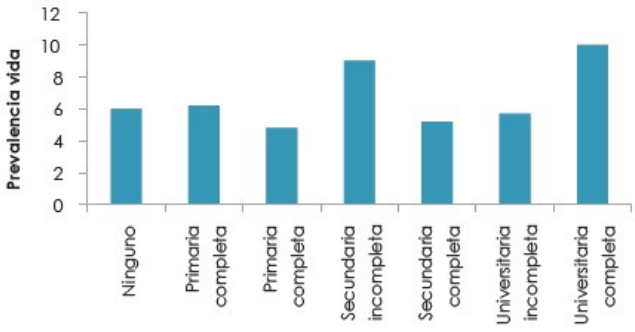

Figura 11. Prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol según nivel educativo
Fuente: ECV 2012-DANE

El porcentaje de **actividad física** es del 53,50% en las personas entre 18 y 64 años que viven en zonas urbanas y que cumplen con los requerimientos para la actividad física. En hombres, la prevalencia es un 37% más alta que en las mujeres; por cada 100 personas 17,4 hombres más cumplen las recomendaciones frente a las mujeres. Más del 50% de las personas entre 18 y 54 años con primaria o mayor nivel educativo cumplen con actividad física; así mismo, el porcentaje de las personas que realizan actividad física es un 15% mayor en el nivel superior de educación que en los que no tienen nivel educativo.

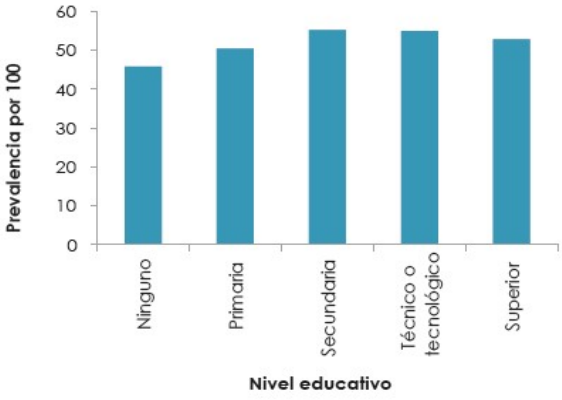

Figura 12. Porcentaje de actividad física según nivel educativo
Fuente: ECV 2012-DANE

Todo lo anterior evidencia que la educación efectivamente es determinante en la salud de la población, dados los diferentes factores que se relacionan con ella y que permiten alcanzar una mejor calidad de vida, dado que con un nivel educativo alto se puede romper la cadena de pobreza y todo lo que ello acarrea, permitiendo mejorar de esta manera el acceso a los servicios de salud, la calidad de la misma y una longevidad más sana.

6.3.3. Condiciones de la Vivienda

1. $H_{o=}$ Las variables Salud y Condiciones de la vivienda NO se encuentran correlacionadas

   H_a= Las variables Salud y Condiciones de la vivienda SI se encuentran correlacionadas

El estado de salud de los hogares en general es * Material predominante de las paredes exteriores

SymmetricMeasures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,145			,000
	Cramer's V	,084			,000
	ContingencyCoefficient	,144			,000
IntervalbyInterval	Pearson's R	,088	,007	12,746	,000[c]
Ordinal by Ordinal	SpearmanCorrelation	,112	,007	16,250	,000[c]
N of Valid Cases		20698			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Con un valor de 0,145, se puede rechazar la hipótesis nula y decir que existe correlación entre el estado de salud de los hogares y los materiales con que está hecha la casa.

El estado de salud de los hogares en general es * Material predominante de los pisos

SymmetricMeasures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,186			,000
	Cramer's V	,108			,000
	ContingencyCoefficient	,183			,000
IntervalbyInterval	Pearson's R	,171	,007	24,974	,000[c]
Ordinal by Ordinal	SpearmanCorrelation	,176	,007	25,759	,000[c]
N of Valid Cases		20698			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Con un P valor de 0,186, y un 95% de confianza se puede rechazar la hipótesis nula y decir que existe correlación entre las variables.

El estado de salud de los hogares en general es * Alcantarillado

SymmetricMeasures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,154			,000
	Cramer's V	,154			,000
	ContingencyCoefficient	,152			,000
IntervalbyInterval	Pearson's R	,141	,007	20,556	,000[c]
Ordinal by Ordinal	SpearmanCorrelation	,147	,007	21,436	,000[c]
N of Valid Cases		20698			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Se reconoce la importancia del alcantarillado, en la salud, ya que con un P-value de 0,154 se observa la correlación existente entre ambas variables, por lo tanto, se puede rechazar la hipótesis nula.

El estado de salud de los hogares en general es * Inundaciones, desbordamiento, crecientes, arroyos

SymmetricMeasures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,056			,000
	Cramer's V	,056			,000
	ContingencyCoefficient	,056			,000
IntervalbyInterval	Pearson's R	-,049	,007	-7,122	,000[c]
Ordinal by Ordinal	SpearmanCorrelation	-,050	,007	-7,239	,000[c]
N of Valid Cases		20698			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Se evidencia que el riesgo de inundaciones, desbordamientos y arroyos afectan la salud de los hogares con un 95% de confianza, ya que el P-valor es de 0,56 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

El análisis de esta correlación sugiere que entre la variable dependiente salud y la explicativa (condiciones de la vivienda, explicada a través de sus indicadores, Material predominante de las paredes exteriores, Material predominante de los pisos de la vivienda, Alcantarillado, Inundaciones, desbordamientos, crecientes y arroyos) existe una relación de 0,17.

Dicho valor está por encima de 0,05, es decir más cercano a 1, por lo que es posible afirmar que los materiales con los que está construida la vivienda inciden de manera importante en el estado de salud de las personas.

Inundaciones y deslizamientos

Tres de cada 10 colombianos están potencialmente amenazados por deslizamientos e inundaciones, una razón de ello se debe a que las alcaldías y gobernaciones han permitido la construcción de barrios y caseríos en laderas y rondas de ríos, generando cinturones de pobreza y todo lo que ello implica, como ausencia de servicios públicos, construcción de casas sin las normas básicas de salubridad, la acumulación y manejo inadecuado de basuras, contaminación ambiental y producción de vectores de enfermedades, entre otros.

Del total de colombianos, el 12 por ciento vive en zonas de alto riesgo de inundaciones, lo cual pone en alerta principalmente a los habitantes de las rondas de ríos y quebradas. Las regiones más vulnerables a las inundaciones son la pacífica y el caribe, así como las ubicadas en las vertientes del río Magdalena y Cauca, los municipios de las regiones de la Orinoquía y la Amazonia.

Con riesgo alto de inundaciones se encuentran 79 municipios del Valle, Atlántico, Cundinamarca, Magdalena, Antioquia, Córdoba, Cesar, Cauca y Meta, igualmente no se apartan de esta situación las capitales Bogotá, Cali y Barranquilla.

Las inundaciones afectan las cuencas bajas de los ríos Magdalena y Cauca, en la cuenca media y baja de los ríos San Juan, San Jorge y Sinú. En la llanura del Pacífico se presentan a

diario inundaciones por efecto de las mareas: la marea alta produce represamiento de los ríos que drenan al Pacífico y hacen que se desborden hacia las áreas más bajas y planas. En algunas ciudades de la región andina son frecuentes las inundaciones debido a sus características topográficas lo que permite que las aguas lluvia en las partes alta y media de las cuencas confluyan en puntos comunes, además la cobertura vegetal insuficiente y suelos con baja capacidad de filtración no ayudan a disminuir dicho fenómeno.

La población colombiana que sufrió algún tipo de afectación en el período 2006-2014 por desastres de origen natural fue del 26% de la población nacional, proyectada por el DANE para 2015, la cual fue calculada en 48.203.405 habitantes, de estos la cuarta parte ha resultado damnificada: 12.298.849. Sólo por inundaciones el número de personas afectadas fue del 19% de la población calculada total: 9.390.554 de personas.

De acuerdo con esta información, para el período estudiado se reportaron en el país 21.594 emergencias generadas por eventos de origen natural, de los cuales 14.853 corresponden a eventos hidrometeorológicos, como se conocen a los generados por la acción violenta de los fenómenos atmosféricos, la principal causa de ellos son las inundaciones y los deslizamientos.

Tomando la cifra de 21.594 eventos que generaron emergencias, el promedio de reportes anuales fue de 2.399 eventos. De ellos, 14.641, que corresponden al 67,8%, se concentraron en el período 2011-2014.

Los departamentos que reportaron mayor número de personas afectadas han sido Bolívar (1.509.730), Chocó (1.305.965) y Magdalena (1.026.579).

Teniendo en cuenta que una misma persona puede ser afectada varias veces por diferentes eventos, en el caso de Chocó, que proyecta una población de 500.000 habitantes a 2015, esto implicaría que cada habitante se vio afectado en el período cerca de tres veces ante una situación de emergencia. Esto pone de manifiesto la relación entre los desastres y su contribución a perpetuar las condiciones de pobreza de la población, y lógicamente a ver afectado su estado de salud.

Así mismo como consecuencia de los eventos ocurridos, se reportaron 3.181 personas fallecidas. Antioquia, con 586 muertos (414 de ellos por inundaciones y deslizamientos), es el departamento con más víctimas en el país a diciembre de 2014 (Departamento Nacional de Planeación (DNP) 2015, comunicado mayo 25).

Tabla 11. Cifras de desastres naturales en Colombia entre 2006 y 2014

	Departamento	Población 2015	Eventos	Muertos	Afectados
1	Antioquia	6.456.299	1.384	586	490.459
2	Cundinamarca	2.680.041	2.206	243	264.539
3	Caldas	987.991	507	223	130.914
4	Tolima	1.408.272	1.576	215	269.395
5	Cauca	1.379.169	1.105	198	784.384
6	Santander	2.061.079	1.581	195	420.405
7	Norte de S.	1.355.787	669	167	176.992
8	Valle	4.613.684	1.262	151	461.840
9	Boyacá	1.276.407	1.252	150	414.286
10	Nariño	1.744.228	1.110	141	586.152
11	Chocó	500.093	666	137	1.305.965
12	Huila	1.154.777	1.164	105	113.873
13	Risaralda	951.953	907	101	219.712
14	Magdalena	1.259.822	493	91	1.026.579
15	Bogotá D.C.	7.878.783	367	68	89.087

16	Meta	961.334	367	57	108.834
17	Atlántico	2.460.863	561	50	457.887
18	Bolívar	2.097.161	604	45	1.509.730
19	La Guajira	957.797	267	44	552.451
20	Cesar	1.028.890	579	35	564.632
21	Caquetá	477.642	298	35	123.430
22	Quindío	565.310	657	33	45.071
23	Córdoba	1.709.644	465	24	848.346
24	Putumayo	345.204	274	22	317.974
25	Casanare	356.479	563	20	116.787
26	Sucre	851.515	358	17	709.138
27	Arauca	262.315	176	11	67.778
28	Guainía	41.482	31	7	29.576
29	San Andrés y Prov.	76.442	32	4	2.641
30	Vichada	71.974	37	2	23.239
31	Amazonas	76.243	21	2	32.482
32	Guaviare	111.060	40	1	33.424
33	Vaupés	43.665	15	1	848
TOTAL		**48.203.405**	**21.594**	**3.181**	**12.298.849**

Fuente: Departamento Nacional de Planeación (DNP) 2015, comunicado mayo 25

Acueducto y alcantarillado

De acuerdo con la encuesta de Calidad de Vida para el año 2012, en Colombia el 87,3% de la población tiene acceso a acueducto y el 72,3% a alcantarillado. Se observa que la población restante cuenta con menor acceso a los diferentes servicios, lo cual los hace más vulnerables a ser objeto de enfermedades. En la tabla No. 10 se muestran los datos en torno al cubrimiento de servicios básicos, según la ECV del 2012.

Tabla 12. Servicios básicos

Servicio	Cabecera	Resto	Total
Energía eléctrica	99,8	90,0	97,6
Gas natural	71,3	8,0	57,3
Acueducto	97,0	53,3	87,4
Alcantarillado	92,2	15,6	75,3
Recolección de basuras	97,2	18,3	80,0
Teléfono	44,6	3,8	35,6
Ningún servicio	0,1	8,2	1,9

Fuente: DANE ECV 2012

Según el censo del año 2005, el 7,4% de la población habita una vivienda con servicios inadecuados. El porcentaje que vive con estas condiciones varía entre los departamentos siendo mayor en Chocó, Vichada, y Guainía con un 71,13%, un 39,14% y un 35,34% respectivamente. Asimismo, los departamentos con menor porcentaje de personas que no acceden a servicios adecuados son Bogotá, Quindío, y Caldas, donde el porcentaje no supera el 1,5%, como se muestra en la figura No.13.

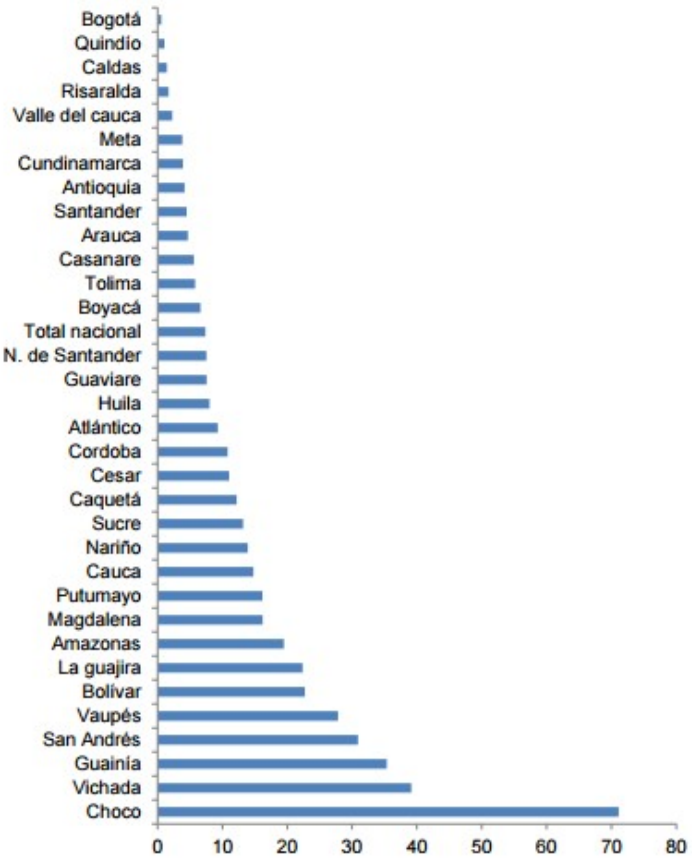

Figura 13. Servicios básicos
Fuente: ECV 2012-DANE

En Colombia, para el periodo 2009 a 2014, del total de niños menores de cinco años hospitalizados, entre el 8,76% y el 11,91% fueron diagnosticados con enfermedad diarreica aguda (EDA), generada principalmente por la ausencia de agua potable, el mal manejo de basuras y aguas residuales permitiendo que el rotavirus sea el principal agente etiológico productor de diarrea en la infancia, que se asocia a una forma de enfermedad más grave e infecta prácticamente a todos los niños en los cuatro primeros años de vida, dándose la enfermedad especialmente entre los 6 y 24 meses de edad.

En Colombia la mortalidad por EDA en menores de cinco años ha tendido al descenso, entre 1998 y 2013 las tasas disminuyeron en un 90% pasando de 33,8 a 3,4 muertes por cada 100.000

menores de cinco años. El aceleramiento del descenso para el segundo periodo puede soportar la hipótesis que atribuye el descenso de la morbilidad y la mortalidad a la implementación de la vacuna contra el rotavirus en 2009, mas no a la disminución de las condiciones sanitarias en que vive la población infantil en riesgo. Durante 2005 y 2013 se registraron 2.931 muertes en menores de cinco años atribuidas a la EDA, para un promedio anual de 326 muertes; el número de muertes osciló entre 147 y 581, para un rango de 434.

Esta enfermedad muestra la incidencia de las condiciones de la vivienda sobre la salud, es la mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años, debido a la deficiencia en acueductos, mal manejo de aguas residuales y basuras que afectan directamente el sistema digestivo de los niños generando la muerte, en donde la tasa a nivel nacional fue de 3,42 en el periodo de 2005 a 2013. Bogotá registró una tasa de 1,00, que está dentro de los valores bajos en comparación con la gran mayoría de departamentos que mostraron altas tasas de mortalidad por EDA, ellos son: Vaupés (33,43), Vichada (20,54), Amazonas (19,32), San Andres (15,74), Choco (10,59), Risaralda (10,48), Caquetá (9,31) y Guajira (8,14), (Análisis de Situación de Salud (Asis), 2015, p, 222-223).

En la figura No. 14 se observa que los departamento con mayores tasas de EDA se asocian con mayores tasas de no acceso a agua mejorada y a inadecuada eliminación de excretas.

Pisos y paredes

En la figura No. 14 se observa que en Colombia el 10,41% de la población total habitaba una vivienda inadecuada, siendo Vichada (47,74), Guajira (46,25), Córdoba (41,56) y Guainía (39,03) los departamentos con mayores índices de vivienda inadecuada, también hay departamentos que presentan pisos y paredes inadecuados predominantes en las construcciones,

ellos son: Vichada (46,54), Córdoba (45,67), Guajira (41,65), y Vaupés (55,62), Amazonas (29,35), Choco (27,61) respectivamente. Esta situación hace que los hogares, principalmente de estos departamentos, se encuentren predispuestos a contraer enfermedades más fácilmente, como IRA y EDA, mencionados anteriormente. Así mismo, lo departamentos con menor porcentaje de personas que habitaban viviendas inadecuadas son Bogotá, Caldas, San Andrés y Quíndio donde el porcentaje no supera el 1,5%." (Análisis de Situación de Salud (Asis), 2015, p, 166-167)

En América Latina, de acuerdo con los datos de ONU Hábitat, 1 de cada 4 personas en zonas urbanas vive en asentamientos informales o precarios. Esto significa que 113,4 millones de personas -el equivalente a las poblaciones de Colombia, Argentina y Venezuela juntas- carecen de un lugar adecuado donde vivir.

La vivienda inadecuada se caracteriza, entre otros factores, por la baja calidad de la construcción, la carencia de servicios básicos, la inseguridad de la tenencia y la precaria situación de los atributos urbanos de los barrios; lo cual, en conjunto, acarrea una alta vulnerabilidad social y económica, frente a los riesgos naturales y ante varios tipos de enfermedades asociados a las malas condiciones habitacionales, (DANE 2005).

Departamento	Sin acceso a agua mejorada	Inadecuada eliminación de excretas	Servicios inadecuados	Vivienda inadecuada	Pisos inadecuados	Paredes inadecuadas
Choco	79,57	79,37	71,13	11,50	6,06	27,61
Guainía	71,98	63,93	35,34	39,03	35,02	19,94
San Andrés	68,55	60,30	30,91	1,42	1,79	12,31
Guaviare	58,70	45,16	7,58	13,64	11,57	22,18
Vichada	57,35	77,85	39,14	47,74	46,54	24,67
Putumayo	56,47	32,70	16,18	3,97	4,22	10,42
La Guajira	48,57	57,59	22,36	46,26	41,65	14,90
Amazonas	48,09	37,18	19,48	6,56	4,78	29,35
Córdoba	46,69	54,96	10,81	41,56	45,67	16,95
Cauca	36,67	28,95	14,76	28,72	31,08	6,50
Magdalena	34,03	45,78	16,19	22,88	25,31	8,51
Caquetá	32,07	28,21	12,19	13,63	13,21	11,80
Nariño	29,14	32,14	13,92	16,03	19,94	6,54
Bolívar	28,94	45,44	22,70	22,34	23,69	10,86
Vaupés	28,13	42,79	27,82	30,37	26,82	55,62
Sucre	27,24	40,31	13,18	32,15	36,75	17,22
Casanare	27,19	19,67	5,61	13,36	12,28	4,88
Boyacá	23,21	22,46	6,61	11,92	15,23	1,56
Meta	22,02	9,88	3,80	8,80	8,13	5,09
Huila	21,59	17,86	8,00	12,29	12,34	3,84
Cundinamarca	20,43	11,14	3,91	5,47	6,74	2,83
Tolima	19,54	16,04	5,79	9,69	9,56	3,82
Cesar	19,07	27,25	11,03	20,82	21,28	6,16
Santander	17,44	13,05	4,48	6,73	7,61	2,57
Arauca	17,34	22,73	4,66	19,01	16,79	11,51
Norte de Santander	17,22	13,56	7,55	9,55	9,85	3,55
Antioquia	14,75	12,17	4,15	6,97	6,25	3,39
Caldas	13,27	6,07	1,45	1,35	1,35	5,27
Atlántico	10,83	20,24	9,28	4,92	5,10	2,51
Risaralda	8,21	4,86	1,68	1,55	1,44	4,44
Valle del Cauca	6,68	5,44	2,26	2,26	2,01	4,08
Quindío	3,89	2,04	1,06	1,49	1,25	4,73
Bogotá D.C.	1,46	1,99	0,57	0,97	0,67	0,81
Total general	17,19	16,98	7,36	10,41	10,02	4,83

Figura 14. Índices de vivienda inadecuada
Fuente: DANE, Censo 2005, NBI.

Sin lugar a dudas, la prevalencia de distintos tipos de enfermedades, en especial la IRA y la EDA, además de otras enfermedades infecciosas y parasitarias como la tuberculosis, las transmitidas por vectores, o muertes o deficiencias en la nutrición tienen mayor incidencia en grupos de personas que presentan limitaciones y privaciones en la calidad de sus viviendas, y en sus condiciones de vida.

Es así como se puede apreciar que la tasa de *mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales* a nivel nacional es de 1,3, y los 5 departamentos que tienen tasas más altas frente a esta problemática son: Vaupés (12,81), Amazonas (10,30), Guainía ((5,05), Risaralda (2,25) y Cauca (2,08). Con respecto a la tasa de *mortalidad causada por tuberculosis* a nivel nacional es de 2,04, y los 5 departamentos que tienen tasas más altas son: Amazonas (16,58), Casanare (6,40), Vaupés (6,23), Guainía (5,19) y Meta (3,72). También está la tasa de *mortalidad causada por enfermedades transmitidas por vectores* a nivel nacional es de 0,95, y los 5 departamentos que tienen tasas más altas son: Amazonas (8,77), Casanare (8,48), Arauca (7,64), Vichada (5,27) y Meta (3,42). Y la tasa de *mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores* a nivel nacional es de 27,72, y los departamentos con mayores tasas son: Quindío (50,59), Cundinamarca (34,27), Caquetá (33,62), Meta (32,88), Antioquia (32,73) y Guaviare (23,86)

La problemática por deficiencias en nutrición es bien compleja, de tal manera que la tasa de *mortalidad por desnutrición en menores de 5 años*, a nivel nacional es de 6,74, y los departamentos con tasas más altas son: Guainía (155,70), Vichada (82,17), Vaupés (66,87), Amazonas (48,30), Choco (34,80) y Guajira (32,55). Igualmente la tasa de *desnutrición en menores de 5 años* a nivel nacional es de 13,20, y los departamentos con tasas más altas son: Vaupés (34,70), Amazonas (28,70), Guajira (27,90), Guainía (23,40) y Cauca (23,10). Mientras que la tasa de *mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales* a nivel nacional es de 3,75, y los departamentos con tasas más altas son: Vaupés (25,54), Amazonas (22,86), Guainía (13,80), Guaviare (9,78) y Vichada (8,37) (Análisis de Situación de Salud (Asis), 2015, p, 222-223).

Con todo lo anterior se evidencia que no solo las condiciones de la vivienda, sino también el nivel educativo de los individuos y las condiciones ambientales de los hogares son determinantes para la buena salud de las personas, las cuales si se encuentran en zonas rurales alejadas y además se encuentran dispersas en la geografía nacional van a mostrar una tendencia totalmente deficitaria en salud.

6.3.4. Nivel de Ingresos

1. $H_{o=}$ Las variables Salud y el Ingreso NO se encuentran correlacionadas

   H_a= Las variables Salud y el Ingreso SI se encuentran correlacionadas

Para esta estimación, teniendo en cuenta que hay una variable cuantitativa (ingresos) y una cualitativa (salud), el estadístico que se utiliza para observar la correlación entre las variables es Pearson que se mide entre (-1 y 1), siendo 0 la ausencia de correlación y 1 denota correlación muy alta.

El estado de salud de los hogares en general es * ingresos totales.

Correlations

		El estado de salud de los hogares en general es	Antes de descuentos , ¿cuánto ganó el mes pasado en este empleo? (incluya propinas y comisiones y excluya viáticos y pagos en especie)
El estado de salud de .. en general es	Pearson Correlation	1	-,115**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	74172	14129
Antes de descuentos , ¿cuánto ganó el mes pasado en este empleo? (incluya propinas y comisiones y excluya viáticos y pagos en especie)	Pearson Correlation	-,115**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	14129	14129

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Con un 99% de confianza, se puede decir que existe una correlación alta ya que el P-valor es de 1, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

El estado de salud de los hogares en general es * el nivel de ingresos

Correlations

		El estado de salud de .. en general es	constantesingresos2012_sum_1
El estado de salud de .. en general es	Pearson Correlation	1	,002
	Sig. (2-tailed)		,758
	N	74172	24557
constantesingresos2011_sum_1	Pearson Correlation	,002	1
	Sig. (2-tailed)	,758	
	N	24557	24557

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Se observa que con un nivel de significancia del 99%, se puede rechazar la hipótesis nula y afirmar que el nivel de ingresos si incide en el estado de salud de los hogares, ya que el P-valor es de 1. En esta correlación se toma el coeficiente de Pearson, ya que las variables que se van a medir son cuantitativas.

El análisis de este coeficiente se hace con base en un intervalo entre -1 y 1; entonces como el resultado de la correlación es igual a 1, existe una correlación positiva perfecta entre la variable dependiente salud y su explicativa nivel de ingresos, lo cual muestra una dependencia total entre las dos variables o dicho de otro modo una relación directa: cuando el nivel de ingresos aumenta, las condiciones de salud mejoran o por el contrario si el nivel de ingresos disminuye, automáticamente las condiciones de salud decrecen o empeoran.

Esta relación, nivel de ingresos y salud, es la más significativa, porque de acuerdo con el nivel de ingresos que pueda tener una persona o grupo de personas, así mismo va a tener acceso a condiciones de vivienda y educación, entre otros, que le permitirán desarrollar una mejor calidad de vida y por ende una mejor salud. De esta manera, dicha relación se puede observar en las siguientes situaciones:

La **mortalidad materna**, analizada por quintiles, se presenta más alta en el quintil 1, correspondiente a la población con menores ingresos; por lo tanto, la dispersión de la población es determinante para este tipo de mortalidad. La cual es 4,7 veces más alta en los más pobres con respecto a los menos pobres. En 2014 se produjeron 54,98% más muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales y la brecha de desigualdad osciló entre 1,6 y 2,7 indicando que la mortalidad fue 1,2 veces más alta en el área rural dispersa que en las cabeceras, es decir, donde la distribución del ingreso es menor.

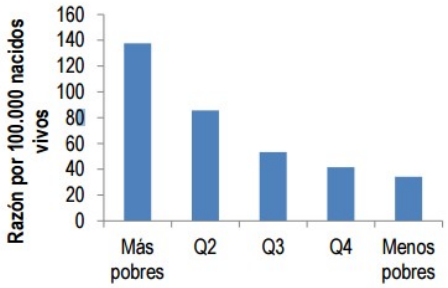

Figura 15. Mortalidad materna
Fuente: ECV 2012-DANE

La **mortalidad neonatal** analizada por quintiles, se presenta más alta en el quintil 1, correspondiente a la población con menores ingresos; dicha mortalidad es 1,44 veces más alta en los más pobres con respecto a los menos pobres.

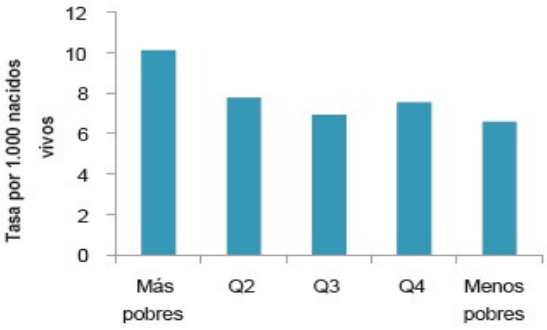

Figura 16. Mortalidad neonatal
Fuente: ECV 2012-DANE

La mayoría de las muertes en menores de un año se han considerado inequitativas ya que tienen características que se pueden evitar, son injustas e innecesarias. De igual manera se reflejan las condiciones de salud y desarrollo de cada país, y evidencia el nivel de importancia que dan los gobiernos al derecho a la salud.

La **mortalidad infantil** analizada por quintiles, se presenta más alta en el quintil 1, correspondiente a la población con menores ingresos; dicha mortalidad es 1,64 veces más alta en los más pobres con respecto a los menos pobres. Las causas en orden de mayor a menor afectación son: afecciones originadas en el periodo perinatal (5,76), malformaciones congénitas (3,00), enfermedades del sistema respiratorio (0,83), enfermedades nutricionales, metabólicas y endocrinas (0,35), enfermedades infecciosas y parasitarias (0,31), enfermedades del sistema nervioso (0,17), enfermedades del sistema circulatorio (0,16), enfermedades del sistema digestivo (0,13), tumores (0,06), enfermedades del sistema genitourinario (0,05), enfermedades de la sangre (0,04), otras enfermedades (0,01).

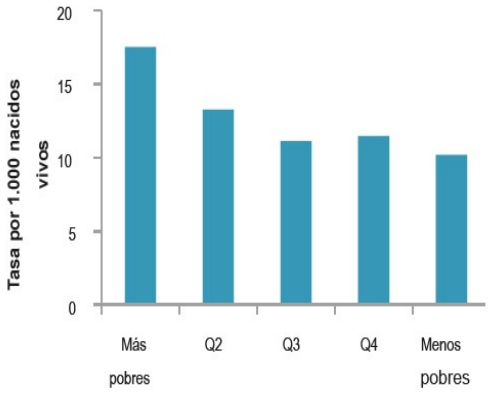

Figura 17. Mortalidad infantil
Fuente: ECV 2012-DANE

La **mortalidad en menores de 5 años** analizada por quintiles, se presenta más alta en el quintil 1, correspondiente a la población con menores ingresos; dicha mortalidad es 1,83 veces más alta en los más pobres con respecto a los menos pobres. Las causas en orden de mayor a menor afectación son: afecciones originadas en el periodo perinatal (88,87), malformaciones congénitas (49,86), enfermedades del sistema respiratorio (18,49), enfermedades nutricionales, metabólicas y endocrinas (8,26), enfermedades infecciosas y parasitarias (7,471), enfermedades del sistema nervioso (5,51), tumores (5,09), enfermedades del sistema circulatorio (3,72), enfermedades del sistema digestivo (3,16), enfermedades de la sangre (1,44), enfermedades del sistema genitourinario (1,12), otras enfermedades (0,53).

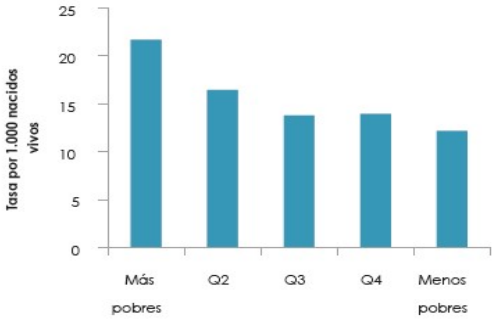

Figura 18. Mortalidad infantil en menores de 5 años
Fuente: ECV 2012-DANE

Entre 2005 y 2013 las tasas de mortalidad infantil estuvieron entre un 43% y un 58% más altas en el régimen subsidiado (SISBEN) que en el contributivo (POS), igualmente en ambos regímenes las tasas tendieron al descenso, aunque la diferencia se mantuvo constante.

La **mortalidad por EDA en menores de 5 años** analizada por quintiles, se presenta más alta en el quintil 1, correspondiente a la población con menores ingresos; dicha mortalidad es 4,00 veces más alta en los más pobres con respecto a los menos pobres. En Colombia, para el periodo 2009 a 2014, del total de niños menores de cinco años hospitalizados, entre el 8,76% y el 11,91% fueron diagnosticados con EDA

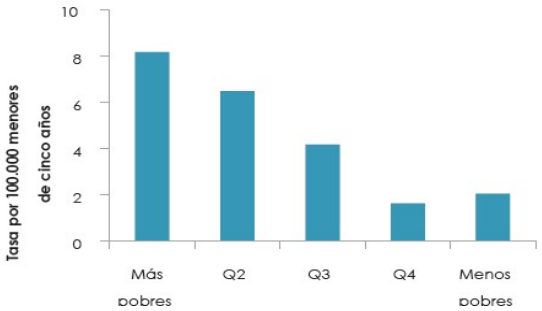

Figura 19. Mortalidad por EDA en menores de 5 años
Fuente: ECV 2012-DANE

En Colombia, para el periodo 2009 a 2014, del total de niños menores de cinco años hospitalizados, entre el 8,76% y el 11,91% fueron diagnosticados con EDA, lo cual es preocupante a pesar de las campañas contra el rotavirus, que es el principal causante de esta enfermedad.

La **mortalidad por IRA en menores de 5 años** analizada por quintiles, se presenta más alta en el quintil 1, correspondiente a la población con menores ingresos; dicha mortalidad es 2,50 veces más alta en los más pobres con respecto a los menos pobres. En Colombia, las infecciones respiratorias agudas son una causante tanto de morbilidad como de mortalidad en

niños menores de 5 años, y dentro de estas, la neumonía es la mayor generadora de muertes principalmente en niños menores de un año

Durante el periodo 2009 a 2014, del total de niños menores de cinco años hospitalizados, entre el 31,73% y el 36,45% fueron diagnosticados con IRA

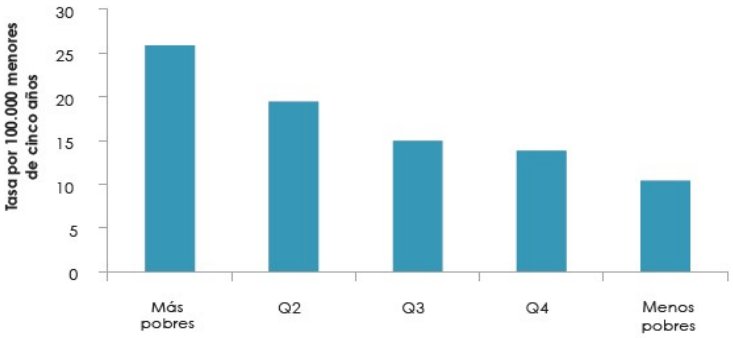

Figura 20. Mortalidad por IRA en menores de 5 años
Fuente: ECV 2012-DANE

La **mortalidad por desnutrición en menores de 5 años** analizada por quintiles, se presenta más alta en el quintil 1, correspondiente a la población con menores ingresos; dicha mortalidad es 9,00 veces más alta en los más pobres con respecto a los menos pobres. Durante el periodo 2005 a 2013 se produjeron 3.756 muertes por desnutrición en menores de cinco años, para un promedio de 417 muertes anuales. En 2013 la tasa de mortalidad por desnutrición en el Guainía alcanzó un valor de 155,70 y fue 22,10 veces más alta que la nacional. Vichada, Vaupés, Amazonas, Guajira, Chocó, Guaviare, Magdalena, Caquetá, Meta y Putumayo tuvieron tasas significativamente mayores que la nacional. El 72% de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años se concentra en el 50% de la población que tiene menor porcentaje de acceso a fuentes de agua mejorada, relacionándola también con la EDA.

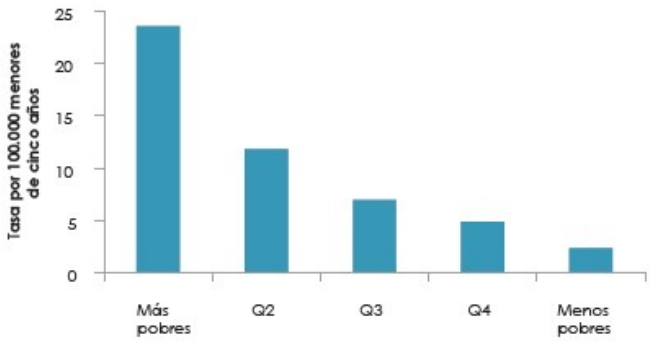

Figura 21. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años
Fuente: ECV 2012-DANE

También se relaciona la nutrición infantil y por ende la salud con el nivel educativo, ya que las madres con mayor escolaridad tienen más conocimientos del cuidado de sus hijos y de la prevención de enfermedades. Mujeres con mayor educación están en capacidad de brindar mejores condiciones de vida a sus hijos con altos niveles de sanidad.

La tasa de **nacidos vivos a término, con bajo peso al nacer** analizada por quintiles, se presenta más alta en el quintil 5, correspondiente a la población con mayores ingresos; dicha tasa es 1,2 veces más alta en los menos pobres con respecto a los más pobres; los factores que explican en general esta situación son la amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, presencia de preeclampsia, infecciones urinarias, vaginosis, hemorragias, deficiencia en el incremento de peso durante la gestación, periodo intergenésico corto y determinantes psicosociales como el estado civil de la madre y el embarazo no planeado. También influyen el no acceso a los servicios de salud y la situación económica que impide tener una adecuada alimentación durante la gestación. Los factores que inciden para que la tasa sea mayor en el quintil 5, son principalmente los aspectos psicológicos, fisiológicos y estéticos que tienen las mujeres de este grupo, las cuales tienen mayor presión social frente a la belleza.

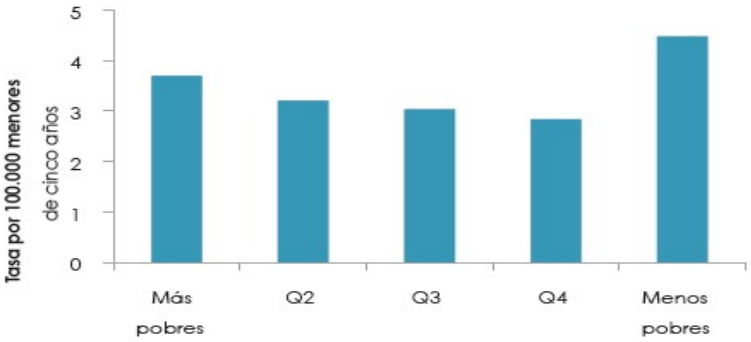

Figura 22. Nacidos vivos a término con bajo peso al nacer
Fuente: ECV 2012-DANE

6.4. Análisis comparativo de resultados.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir del estudio cuantitativo de los indicadores incluidos en la Encuesta de la Calidad de Vida, se comprueba que las circunstancias materiales, como la calidad de la vivienda y del vecindario, las posibilidades de consumo y el entorno físico determinan directamente el estado de salud de las personas, pues al no contar con los recursos necesarios para vivir en un entorno que posea circunstancias materiales adecuadas, en donde no haya acopios cercanos de basura (que atraen gran cantidad de insectos y roedores), las personas tienen que vivir con el riesgo constante de adquirir distintos tipos de infecciones y enfermedades, a los cuales no estarían expuestas si vivieran en zonas más aptas, cómodas y seguras.

Los datos analizados permiten comprobar las palabras de Garriga et al. (2010), quienes afirman que existen determinantes sociales, entre los que se incluyen los factores ambientales, que influyen de manera negativa en la salud pública y del individuo. Además, factores culturales como los hábitos y estilos de vida que adoptan los individuos, como evitar el consumo de drogas y alcohol, hacer ejercicios regularmente, consumir alimentos sanos que sean preparados de

manera correcta y tener buenas prácticas de higiene, dependen en gran medida del ambiente y en entorno social en el que viven las personas (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004).

Por lo tanto, en un entorno en donde hay contaminación, donde hay una invasión del espacio, ruidos molestos y, en general, un conjunto de elementos que afectan negativamente la calidad de vida de las personas, es mucho más difícil que puedan desarrollar hábitos sanos que les permitan cuidar y prevenir enfermedades. En este sentido, es importante considerar las palabras de Sánchez (1988), quien afirma que los determinantes de la salud se relacionan entre sí de manera inevitable, pues si las personas no cuentan con los ingresos económicos suficientes, no pueden vivir en zonas aptas y seguras para su salud; y la vez, el hecho de vivir en este tipo de zonas hace que sea muy difícil llevar unos buenos hábitos culturales, relacionados con la higiene, el ejercicio, y el manejo del estrés y la presión.

De manera similar, en el Modelo Socioeconómico de Salud de Dalgren y Whitehead (2006), se establece que en el entorno inmediato de las personas se encuentran los factores culturales, que hace referencia a los estilos de vida, hábitos y costumbres; los cuales se encuentran influenciados por la vida en comunidad, que a la vez determinan las condiciones de vida, el acceso a servicios básicos de agua potable, energía, salud, educación. En síntesis, los resultados obtenidos permiten confirmar que todos los aspectos que hacen parte del contexto social, ambiental y económico de las personas confluyen directamente en el estado de su salud.

Por lo tanto, se reitera con Castaño y Stella (2009), que las desigualdades o inequidades sociales, económicas y de distribución del poder influyen considerablemente en el estado de salud de la población. Desarrollar estrategias y políticas que permitan reducir la inequidad social

es fundamental para que las personas puedan alcanzar un bienestar real, y para garantizar un mejoramiento continúo de los sistemas de salud.

En la actualidad, explica el DANE (2013) es muy preocupante el alto índice de la población en Colombia que no es cubierta por los programas de educación, razón por la cual es necesaria una mayor inversión en este aspecto, teniendo en cuenta que la educación representa el camino hacia la prosperidad, y que desde ella se posibilita una mayor equidad, bienestar y calidad de vida para las personas. El Ministerio de Educación Nacional reporta que entre 2002 y 2013 la tasa de analfabetismo ha tendido ligeramente al descenso, decayendo 0,83 puntos porcentuales en la población entre 15 y 24 años y 1,35 en los mayores de 15 años, sin embargo aun existe población sin este servicio.

La educación no sólo representa mayores oportunidades de desarrollo e ingreso para las personas, con lo cual tengan la posibilidad de habitar viviendas aptas y seguras, y de vivir en un entorno que no represente riesgos para su salud, sino que además ayuda a fortalecer factores de tipo cultural que llevan a las familias a adquirir buenos hábitos de higiene, que mejorarán considerablemente su bienestar.

En este sentido, explican Palomino, Gascón y Linares (2004), es necesario que el gobierno diseñe y aplique programas que aseguren la permanencia de los menores en el sistema educativo, de tal manera que puedan alcanzar el título de bachiller y puedan acceder a la educación superior. Esto representaría unas grandes ventajas para las personas, disminuyendo así los indicadores de pobreza, mejorando la creación de empleo y las oportunidades laborales, lo cual permitiría alcanzar un mayor progreso, desarrollo, expectativa de vida y salud. Entre 2005 y 2013 la tasa de deserción anual y la de repitencia disminuyeron pasando de 6,05 a 3,62 la primera y de 3,41 a 2,09 la última, sin embargo aun hay población por atender. Igualmente, la

tasa neta de cobertura de educación fue de 87,55%; así mismo, existe disparidad por niveles en este aspecto, un 58,94% para transición, un 85,39% para primaria, un 72,14% para secundaria y un 41,29% para media

En este punto es importante considerar las palabras de Sen (2000), quien plantea que una buena educación es fundamental para propiciar el desarrollo de un enfoque de capacidad, entendida como la posibilidad que tienen las personas de alcanzar las cosas que les resultan valiosas ser o hacer. Las personas deben saber primero qué desean y qué valoran, para luego aplicar un conjunto de capacidades indispensables para llegar a lograr sus objetivos. Por lo tanto, una sociedad libre y justa es aquella en la cual la población tiene un conjunto de capacidades que pueden explotar y aplicar por medio de la educación, con la intención de tener el tipo de vida que consideran valioso.

La variable nivel educativo muestra que la mayor parte de los hogares se encuentran en el nivel socioeconómico de más bajos ingresos. Así mismo, se evidencia que en el nivel uno el nivel más alto de educación es básica primaria seguida de la básica media y la secundaria. En el nivel 1 se observa que hay 226 profesionales con posgrado, lo cual puede explicase por dos motivos; primero porque el rango del nivel de ingresos es amplio o segundo están subempleados o percibiendo un ingreso inferior a sus capacidades lo que Amartya Sen define como un factor de inequidad.

De acuerdo con los análisis desarrollados se identifica que efectivamente Colombia es un país con marcados síntomas de injusticia social, dado que al agrupar los hogares por niveles socioeconómicos partiendo de sus niveles de ingreso encontramos el primer y más grave detonante de desigualdad, quedo demostrado que la mayoría de los hogares colombianos se encuentran situados en los niveles 1 y 2 lo que explica que los porcentajes en todos los

indicadores sean altos; no solo, por que estén correlacionados con la salud sino que además de esto al ser mayoría aumenta la tendencia creciente.

Si bien es cierto que la desigualdad persiste, también se debe mencionar que en cuanto al acceso a servicios públicos y alcantarillado y prevención del riesgo el estado ha hecho un esfuerzo importante para brindar la cobertura necesaria, por ejemplo, el alcantarillado es un indicador que mostro un desempeño adecuado tanto en los estratos altos como en los niveles de ingresos más bajos.

De esta manera queda demostrado entonces, que la salud de los hogares colombianos está fuertemente ligada con las variables explicativas del modelo, especialmente con el nivel de ingresos, por lo tanto, al darse cualquier cambio en el ingreso la salud también cambiara, dicho esto, la principal amenaza de la salud más que las condiciones físicas o las condiciones ambientales de las viviendas es el nivel de ingreso de los miembros del hogar, se demuestra que la injusticia social por bajo nivel de ingresos predomina en los hogares y que es una amenaza latente para los individuos del hogar.

Según las palabras de Torres (2010), la falta de viviendas adecuadas para las personas más pobres ha sido uno de los principales motivos por los cuales tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades que las personas que pueden costear una vivienda en un lugar y en un espacio apto. La falta de oportunidades laborales y, por consiguiente, de ingresos económicos básicos, además de la incidencia de cuestiones de tipo social como el desplazamiento y la violencia que sufre el país, han hecho que muchas familias no tengan las condiciones para acceder a una vivienda adecuada, y que hagan sus casas en terrenos que no son aptos para la construcción, en donde además no hay servicios de agua potable ni de electricidad.

Por lo tanto, en Colombia, el tema de la vivienda se ha convertido en un asunto sobre el cual se deben generar los mayores esfuerzos para desarrollar programas de apoyo a familias que necesitan ser reubicadas, puesto que sus casas no cumplen los requisitos básicos de comodidad, materiales, servicios ni seguridad. Es importante tener en cuenta que la salud ambiental hace alusión a los factores físicos, químicos y biológicos externos de las personas, de tal manera que engloba todos aquellos factores ambientales que podrían incidir en la salud. En este sentido, se comprueba que a nivel de salud ambiental, el material del cual están construidas las casas si influye en el estado de salud de las personas.

Como se puede observar, la calidad de las casas en la zona es muy precaria, debido a que los materiales con los cuales se realiza su construcción no son los más adecuados ni los más resistentes. Estas condiciones no sólo se reflejan en una muy mala seguridad para las familias, sino también en el riesgo de contraer enfermedades debido a la incidencia de factores climáticos y del entorno ante los cuales la vivienda no presenta una protección adecuada.

Si una persona no vive en unas condiciones adecuadas, si sus hogares no están fabricados con materiales seguros, y si en su entorno no se desarrollan buenos hábitos para evitar la contaminación, la acumulación de basuras, los ruidos y la presencia de roedores e insectos que traen una cantidad de virus e infección, no puede tener las mismas posibilidades de contar con un buen estado de salud que otra personas que vive en un entorno apto y seguro (Wilkinson, Marmot y Páramo, 2003).

En este caso, el alcantarillado también hace parte de los factores externos que puedan llegar a afectar la salud de las personas, por lo cual es importante que se tengan en cuenta procesos de saneamiento y limpieza de las vías del acueducto, con el fin de que el servicio de

agua sea de calidad para las personas, evitando así el desarrollo de posibles enfermedades, virus o infección.

A pesar que se ha demostrado que los estilos de vida en donde no se tiene en cuenta el valor de la higiene y de la limpieza, ocasionan gran parte de las enfermedades, es importante recalcar con Caballero et. al (2010) que, a su vez, estos hábitos son originados por condiciones económicas desiguales, que no permiten a las personas el acceso a servicios básicos de educación, salud y saneamiento. Por la misma desigualdad y falta de ingresos, las personas tienen que instalar sus viviendas en zonas que no son aptas y seguras, con una alta presencia de inundaciones y desbordamientos que no sólo atentan contra su seguridad, sino también contra su condición de salud.

La llegada de miles de personas a las principales ciudades del país, se ha traducido en una grave situación de emergencia humanitaria, social y ambiental, pues los asentamientos se generan de forma desordenada y no planeada, en algunos casos invadiendo espacios naturales de protección y conservación de los ríos (Robles, 2009). El Registro Único de Víctimas para el mes de febrero de 2016 tenía un total de 9’747.706 acciones victimizantes registradas en 6’634.620 personas, para un promedio de 1,47 acciones por persona. El 79% de las acciones se encontraban tipificadas como desplazamiento forzado en 5’919.156 personas. Por otro lado, dos fenómenos poblacionales del país, asociados a las migraciones internas por el conflicto armado colombiano y la búsqueda de oportunidades económicas, han determinado la ocupación de laderas, montañas y riberas de ríos, que deterioran las líneas de protección natural. Esta situación no sólo genera inseguridad, pobreza y un deterioro constante de la calidad de vida, sino también el riesgo de malas condiciones de salud, aumento en las tasas de mortalidad y reducción de la esperanza de vida.

6.4.1. Incidencia de las determinantes sociales y ambientales en la salud.

Como se ha venido mostrando, los determinantes de la salud tienen una relación indirecta entre sí, de tal forma que bajos ingresos implican que las personas no puedan vivir en lugares aptos y seguros, y que el hecho de vivir en condiciones negativas impide que puedan desarrollar hábitos de higiene y limpieza adecuados. La vida humana se disminuye y se maltrata de distintas maneras, por lo cual es indispensable reconocer que las privaciones que deben soportar las personas tienen que ajustarse a un marco global e integral desde el cual se puedan medir.

Sin duda alguna, el concepto de calidad de vida se encuentra ligado a la posibilidad de tener una casa digna en donde vivir, con una buena distribución del espacio, ubicada en un terreno estable y que les brinde a las personas la seguridad y la tranquilidad necesarias. Por lo tanto, sin una vivienda adecuada no puede haber calidad de vida, y si las personas no tienen una adecuada calidad de vida no pueden contar con un buen estado de salud.

Para el desarrollo de estrategias que favorezcan la salud ambiental, es importante analizar detenidamente las condiciones ambientales de las comunidades, las características del lugar en donde habitan, los factores de riesgo biológico que existen, las políticas de salud públicas, la contaminación, además del acceso a atención médica y a primeros auxilios.

Principalmente, el panorama actual de la política de salud pública en Colombia se establece a partir del Plan Decenal en Salud 2012-2022, formulado por el Ministerio de Salud (2014), en el cual se establecen las estrategias e iniciativas que se deben emprender a nivel público para cumplir con tres objetivos centrales, que son:

- **Alcanzar mayor equidad en salud:** Teniendo en cuenta las enormes inequidades sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales que existen en el país, el camino

más efectivo para lograr resultados en salud, es generar acciones que eliminen las desigualdades y que favorezcan el desarrollo humano sostenible. Por equidad en salud se entiende el beneficio que requieren las personas para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias injustas. Por lo tanto, es importante garantizar una mayor equidad en salud, pues es un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado.

- **Mejorar las condiciones de vida y salud de la población:** Las condiciones de vida son los medios materiales necesarios para la supervivencia, evitar la miseria y contribuir al desarrollo humano sostenible y saludable. A su vez, dichas condiciones se determinan por los estilos de vida, entendidos como las formas sociales culturalmente aceptadas por las personas. La sinergia entre condiciones y estilos de vida se conoce como el modo de vida, el cualestán directamente influenciado por el acceso a los servicios básicos de salud.

  Desde el Plan Decenal de Salud Pública, la calidad de vida se entiende como un aspecto multidimensional, pues existe una amplia lista de problemas y enfoques que intervienen y se relacionan con la vida de las personas, los cuales pueden verse afectados en medio de la aplicación de los proyectos de crecimiento económico.

Sin embargo, el concepto de calidad de vida no es unívoco, pues ha adquirido significaciones distintas a través de los diferentes contextos. Esto se debe, principalmente, a que si bien hay un acuerdo en el hecho de que la calidad de vida integra las diferentes dimensiones que intervienen en el bienestar de las personas, no existe un consenso para determinar cuáles son las dimensiones que se deben tener en cuenta y cuál es el énfasis que se le debe dar a cada una de ellas. Por esta

razón, el concepto de calidad de vida se ha abordado a través de distintas interpretaciones, las cuales parten de las problemáticas más urgentes que se establecen en cada situación y contexto, ya sea la salud, la educación, el cuidado ambiental o los programas de bienestar social. (Royuela, 2011).

- **Cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables:** Los servicios de salud de calidad son necesarios pero no suficientes para disminuir la morbilidad y la mortalidad. El aporte de este tipo de servicios para reducir la mortalidad es de un máximo de 25%, mientras que los determinantes sociales aportan el 50%, los biológicos el 15% y los ambientales el 10%. Reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable implica que los servicios de salud cuentan con la calidad y tecnología necesaria, con el fin de no generar fallas en el proceso de atención, y de establecer un enfoque preventivo, desarrollando servicios que prevengan enfermedades y ayuden mantengan la salud.

Como se puede apreciar, la política pública de salud en Colombia se enfoca en mejorar la cobertura y la equidad, tratando de reducir las brechas sociales y la desigualdad, por medio de un enfoque en donde se comprende la importancia de promover los diversos determinantes que se relacionan con la salud, dentro de los cuales se destacan los aspectos sociales y medioambientales. Sin embargo, como se muestra a continuación, en el país existen problemas que dificultan y limitan la posibilidad de generar un sistema de salud que potencie de manera efectiva el desarrollo social.

Sólo mejorando los distintos componentes que hacen parte del contexto social, ambiental y económico de las poblaciones, es posible mejorar su condición de salud, disminuyendo así la tasa de mortalidad por enfermedades naturales, incentivando las capacidades de las personas para superar sus situaciones negativas, y apoyando el desarrollo del país.

La principal función de un sistema de salud exitoso está en cubrir a la totalidad de la población, en prestar un servicio de calidad para todas las personas, sin importar su condición social ni la cantidad de ingresos que reciban. Para ello, los gobiernos deben diseñar políticas públicas para cubrir a la mayor parte de la población con el sistema de salud pública, dejando la salud privada sólo para aquellas personas que tienen muy altos ingresos al año. Para lograr esto, la salud se debe planificar con base en objetivos claros, de tal manera que las organizaciones que controlan el sistema puedan prever y solucionar a tiempo las dificultades de carácter administrativo y financiero que se puedan presentar.

De acuerdo con Grisales y Giraldo (2012), es un hecho considerable que en Colombia el enfoque de las políticas públicas en salud se ha enfocado más en prevenir que en curar, de tal manera que la educación en salud es una de las funciones más importante del sistema, pues se desarrollan constantemente campañas y actividades dirigidas a la población, que buscan fortalecer el conocimiento de la ciudadanía en los asuntos de salud, prevención, tratamiento y primeros auxilios. Gracias a una buena educación en salud, el número de personas que acuden al médico o a los diferentes especialistas es menor, de tal manera que el sistema puede prestar un servicio más eficaz y ágil.

Por otro lado, el desarrollo del sistema de salud parte de premisas básicas que son la accesibilidad, la solidaridad, la reducción de la desigualdad, la universalidad y la calidad. Sin

embargo, las diferencias estructurales de orden político y social, los problemas que se atraviesan en el país a nivel económico, hacen que la salud sea administrada para los usuarios de una manera muy distinta, y que no se pueda garantizar una mayor equidad. Por lo tanto, explican Gallego, Guerrero, Becerril y Vázquez (2011), aunque el sistema de salud en Colombia estén inspirados por principios de acceso igualdad, no se ha podido llegar al mismo nivel de eficiencia y de cobertura que otros países líderes, debido básicamente a problemas de tipo económico.

Un aspecto que señala Agudelo, Cardona, Ortega y Robledo (2012) es que las reformas en salud de los últimos años en Colombia tienden más a tratar de disminuir los costos de la salud, reduciendo los presupuestos, y ofreciendo así la mayor calidad posible a partir de la menor inversión de fondos, debido a las carencias y a las crisis económicas que afronta la región. Ante esta situación desfavorable, los gobiernos han tenido que elegir entre cobertura o calidad en el servicio, de tal manera que se genere una aceptable cobertura del sistema sin tener una adecuada calidad o, por el contrario, una buena calidad pero poca cobertura. Por lo tanto, debido al contexto social que atraviesa el país, el sistema de sistemas de salud no ha podido alcanzar la eficiencia, cobertura, calidad y equidad que se requiere.

Teniendo en cuenta el análisis que se ha planteado, Grisales y Giraldo (2006), expresan que los principales requisitos que se deben alcanzar en Colombia para que las políticas públicas en salud apoyen verdaderamente al desarrollo humano sostenible, el bienestar y calidad de vida de la población, son los siguientes:

- **Promover la intersectorialidad e interinstitucionalidad.**Teniendo en cuenta que la salud es un fenómeno multidimensional que implica el desarrollo de estrategias amplias

de desarrollo y reducción de la pobreza, se debe facilitar la participación de diferentes sectores y entidades, generando una interdependencia de las metas.

- **Apoyar la descentralización del sistema de salud:** descentralizar el sistema se puede lograr creandodiferentes organizaciones a lo largo de los municipios y regiones que componen al país, de tal manera que los autoridades locales puedan examinar de manera más detallada la necesidades de la población, considerando las enfermedades más comunes, los medicamentos más utilizados y los especialistas a los cuales deben acudir las personas generalmente.

- **Mejorar la equidad y extender la protección social en materia de salud.** Para cumplir con este objetivo, es fundamental que las políticas de salud pública fomentan estudios y análisis que permite replantear los temas de financiamiento, eficiencia y efecto distributivo del gasto. Mejorar la equidad implica, ante todo, equilibrar el uso yconsumo de los bienes o servicios que repercuten en la salud, como la alimentación, la vivienda, educación, saneamiento;y mejorar el bienestar individual y social de la población.

- **Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.** Se debe mejorar la atención en programas específicos, así como el desarrollo de los sistemas y servicios de salud indispensables para que los programas y las intervenciones lleguen a todos losciudadanos en todas las zonas del país.

Cumplir esta serie de objetivos es vital para que la política pública en salud en Colombia pueda ayudar a potenciar y a fortalecer los demás aspectos y determinantes que se relacionan de manera directa con la condición de salud y el bienestar de la población, como los determinantes

sociales y ambientales que los rodean, logrando generar las bases para el desarrollo sostenible e integral del país.

7. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que se extraen a partir del análisis de los resultados son las siguientes:

- La condición y calidad de vida de las personas es un fenómeno que depende de varias dimensiones, pues va más allá del plano de los ingresos económicos, y comprende un conjunto amplio de variables que se relacionan entre sí.

- Es importante expandir la perspectiva con la que se analiza la calidad de vida, reconociendo los distintos matices y aspectos que la componen, como el impacto de las dimensiones personales, sociales y económicas, además de las relaciones que existen entre ellas. Esto es posible mediante una visión integral, útil para alcanzar los retos y las metas que se han propuesto los gobiernos en los últimos años, en torno a la eliminación de aspectos negativos como la pobreza, la desigualdad, la inequidad y la exclusión social.

- Factores como la vivienda, la salud y la educación inciden directamente en la calidad de vida, además de aspectos relacionados con el entorno social y ambiental. De esta manera, cada uno de estos factores y elementos se relaciona entre sí, de tal manera que mejorar o disminuir el nivel en uno de ellas, genera consecuencias para todos los demás.

- Si las personas son tienen una vivienda apta y segura, su salud se va a ver amenazada; si carecen de educación, tendrán menos oportunidades de fortalecer sus procesos de desarrollo y por lo tanto su salud y bienestar también se van a ver afectados.

- Si el entorno ambiental de las personas está contaminado, si hay presencia de riesgos por desastres naturales y si hay un mal manejo de las basuras y desechos, la salud también se verá drásticamente afectada.

- Todos los aspectos que se involucran en la calidad de vida de las personas afectan también, de manera directa su estado de salud. Por tanto, el desarrollo óptimo de los sistemas de salud a nivel nacional sólo es posible en la medida en que se tengan en cuenta los contextos sociales y ambientales de la población, con el fin de diseñar y aplicar estrategias, acompañadas de políticas públicas, que permitan establecer campañas de prevención para reducir los riesgos a los cuales se encuentran expuestas las poblaciones debido a las condiciones del ambiente y a los factores culturales que, como se ha visto, dependen también de los determinantes sociales, generándose así un círculo que obliga a mejorar todos y cada uno de los elementos que hacen parte de la calidad de vida de las personas.

8. RECOMENDACIONES

. Los datos que se obtengan en torno a la calidad de vida deben ser abordados por el gobierno como una manera de entender los diferentes aspectos y determinantes desde los cuales se construye el bienestar personal y social, para desde allí ejecutar estrategias que permitan comprender y mejorar la implementación de las políticas y los proyectos sociales entre la población. Es importante para la sociedad generar proyectos de crecimiento social que, reflejen la percepción de la población, y que tengan en cuenta los diferentes elementos de los cuales depende su bienestar y desarrollo.

Teniendo en cuenta la salud no sólo depende de las condiciones individuales de las personas, ni del nivel de ingresos que posean para acceder a los beneficios de un sistema de salud de calidad, sino también de las características del entorno en el que viven y de las condiciones ambientales que los rodean, las políticas diseñadas para promover el desarrollo social deben tener un carácter integral, que permita mejorar la situación de las personas en relación a los diversos aspectos que se involucran en su calidad de vida.

En este sentido, los estudios desarrollados para superar las condiciones desfavorables de la población, que en conjunto afectan su estado de salud, además de determinar cuáles son las familias o las personas menos favorecidas, partiendo de análisis sobre los ingresos que reciben, deben incluir un estudio sobre la percepción que tienen dichas familias sobre su situación y sus necesidades, y de las diferentes variables de tiempo ambiental y social que les afectan en su cotidianidad.

Limitar el asunto de la salud a los aspectos económicos impide notar cuáles son las consecuencias que genera la falta de un servicio efectivo de salud para las personas, y a la vez

hace difícil saber cuáles son las estrategias que adoptan para hacerle frente a la situación y tratar de superar las condiciones desfavorables. Por lo tanto, mejorar la cobertura y calidad del sistema de salud depende de considerar las diferentes variables, dimensiones y determinantes que afectan la calidad de vida de la población, y que pueden incidir de manera negativa en su estado de salud.

Por otro parte, instrumentos como la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, reiteran la importancia de escuchar la voz de las personas que deben sufrir las consecuencias y los efectos negativos de la pobreza, y de no tener las suficientes oportunidades para mejorar las condiciones ambientales y sociales que los rodean. En este sentido, la evaluación de los determinantes de la salud, reconociendo la percepción de la población, debe convertirse en imperativo necesario para el desarrollo social, y en un instrumento vital para mejorar el diseño de las políticas públicas ejecutadas para superar las condiciones adversas, vinculando la participación, las capacidades y las necesidades de la población.

En síntesis, la principal recomendación es que al medir la situación, el estado de salud y el acceso al sistema de salud por parte de una población determinada, se debe partir del desarrollo de una visión multidimensional, incluyendo distintas variables que van más allá de una consideración sobre los ingresos, y enfocándose en distintos determinantes a nivel ambiental y social, como lo son la calidad de la vivienda, el acceso a la educación y a los servicios básicos, las condiciones de la niñez, el empleo y las características físicas del entorno.

9. BIBLIOGRAFÍA

Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J.,y Robledo, R. (2012). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Bogotá- D.C. Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia.

Álvarez, L. (200). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista de Gerencia Política y Salud, 8* (17), 69-79,

Arellano, O. L., Escudero, J. C., & Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. Medicina Social, 3(4), 323-335.

Borrell, C., García-Calvente, M. D. M., & Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta sanitaria, 18, 02-06.

Bravo Barja, R. (2000). Condiciones de vida y desigualdad social: una propuesta para la selección de indicadores. En: Sexto Taller Regional sobre Indicadores sobre el Desarrollo Social-LC/R. 2046-2000-p. 51-76.

Caballero, G. E., Moreno, G. M., Sosa, C. M. E., Mitchell, F. E., Vega, H. M., & Columbié, P. L. A. (2010). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos.

Castaño, L. S. Á., & Stella, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. RevistaGerencia, 69-79.

Dahlgren G, Whitehead M (2006). Levelling up: a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health.Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No.3).

DANE. (2009). Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Bogotá D.C.

Diener, E. (2012). New Findings and Future Directions for Subjective Well-Being Research.Estados Unidos: University of Illinois at Urbana.

Evans, RG., Barrer, MI., & Marmot, TR. (1996). ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones. Madrid: Díaz de Santos.

Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. RevChil Salud Pública, 9(2), 103- 110.

Gallego, R., Guerrero, A., Becerril, B.,y Vázquez, J. (2011). Sistema de salud en Colombia. *Salud Publica, 53*(2), 144-155.

Galvão, Finkelman y Henao (2010). Determinantes ambientales y sociales de la salud. Organización Panamericana de la Salud.

Garriga, Y., Navarro, J., Saumell, A., Serviat, T., León, H. J., & García, S. (2009). Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud.

Goerlich, F. (2012). Esperanzas de vida y causas de muerte. Fundación BBVA. Universidad de Valencia.

González, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Revista cubana de salud pública, 28(2), 157-175. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006

Grisales, L., y Giraldo, L. (2006). Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud. *Revista de Temas, 2(*3), 28-45.

Hernández, M., Hernández, Mauri, P & García F, V. (2012). La filosofía, el proceso salud-enfermedad y el medio ambiente. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 11, 727-735. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000500019&script=sci_arttext&tlng=pt

Hernández, R. Fernández, C & Baptista, P.(2003). México D.F. Metodología de la investigación. McGraw- Hill.

Lesky, E. (1985). Medicina social. Estudios y testimonios históricos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Media, F., y Galván, M (2007). Imputación de datos: teoría y práctica. Santiago: CEPAL.

Ministerio de Salud (2014). Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Colombia.

Naciones Unidas. (2011). Objetivos de Desarrollo Del Milenio. Informe 2011.Nueva York.

Obermann, K., Jowett, M., Taleon, J. & Mercado, M.(2008) Lessons for Health Care Reform from the Less Developed World: The Case of the Philippines. EnThe European Journal of Health Economics, 9 (4), pp. 343-349. Recuperado: http://www.jstor.org/stable/40283735, 26/02/2013.

Ordóñez, G. (2000) Salud ambiental: conceptos y actividades. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 7(3), 2

Organización Internacional de Trabajo. (2007). ¿Qué es la justicia social?. Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Estadísticas sanitarias mundiales. [En línea]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). Políticas públicas para la salud pública. En: http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2014). Determinantes e Inequidades en la Salud. En: http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?view=article&catid=24%3Achapters&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com_content&lang=es#ref2

Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología, 72(Extra_1), 45-70.

Robertson, A. (1998). Critical Reflexions on the Politics of Need: Implications for Public Health, Social Science and Medicine, 47(10), 1419-30.

Robles, J. (2009). Impactos del reasentamiento por vulnerabilidad en áreas de alto riesgo. Bogotá,1991-2005. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Artes, Maestría en Hábitat.

Royuela, V. (2011). Modelling Quality of Life and Population Growth.The Case of the Barcelona Metropolitan Area. Spatial Economic Analysis, 6:1, 83-109.

Sánchez, J. (1998). Salud y medio ambiente, La perspectiva sociológica. México: Universidad Autónoma.

Sánchez, J. Salud y Medio Ambiente. La Perspectiva Sociológica. En: http://www.ua.es/personal/antonio.aledo/docs/libro/cap7.pdf

Sapolsky R. (2005). Sick of poverty.*Sci Am, 293*(6), 92-9.

Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. Gaceta Ecológica, (55), 14-20.

Tafani, R., y Caminati, R. (2013). Factores de riesgo y determinantes de la salud. *Revista de Salud pública, 17*(4), 53-67.

Tamayo, M. (1999) La investigación. Colombia: ICFES.

Torres, C. (2010). Calidad de vida: realidad y percepción. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Bitácora 17 (2) 2010: 7 – 12.

Villar, M. (2011).Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per, 28(4), 21-42.

Wilkinson, R., Marmot, M., & Páramo Gómez del Campo, R. (2003). Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. In Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. OMS.

Whitehead, M. (1991).The Concepts and principles of equity and health. *Health Promot Int, 6*(3): 217-28.

Yassi A, Kjellström T, Dekok T, Guidotti T. (1988). Basic Environmental Health. Ginebra: WHO/ UNEP/UNESCO/CRE.

Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med Per 28*(4), 115-143.

ANEXOS

DescriptiveStatistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
El estado de salud de los hogares en general es	74172	1	4	2,17	,597
Moverse o caminar?	1282	1	1	1,00	,000
Usar sus brazos o manos?	504	1	1	1,00	,000
Ver, a pesar de usar lentes o gafas?	1137	1	1	1,00	,000
Oír, aún con aparatos especiales?	530	1	1	1,00	,000
Entender o aprender?	598	1	1	1,00	,000
Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales?	412	1	1	1,00	,000
Bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo?	316	1	1	1,00	,000
Otra limitación permanente?	480	1	1	1,00	,000
Valid N (listwise)	1				

Condiciones del Hogar

DescriptiveStatistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
¿cómo se siente en el barrio, pueblo o vereda donde vive?	21382	1	2	1,19	,396
Durante los últimos doce meses, ¿de cuáles de los siguientes hechos ha sido victima usted o algún miembro del hogar?	0				
Atracos o robos	21382	1	2	1,89	,308
Otro hecho violento (homicidios, asesinatos, secuestros, lesiones personales, violaciones, extorsiones y desalojos)	21382	1	2	1,97	,180

Condiciones ambientales de la vivienda

DescriptiveStatistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Material predominante de los pisos	20698	1	7	5,01	1,174
Energía eléctrica	20698	1	2	1,04	,187
Acueducto	20698	1	2	1,21	,407
Alcantarillado	20698	1	2	1,38	,487
Recolección de basuras	20698	1	2	1,30	,458
Inundaciones, desbordamiento, crecientes, arroyos	20698	1	2	1,87	,332
Avalanchas, derrumbes, deslizamientos	20698	1	2	1,96	,186
Hundimiento de terreno	20698	1	2	1,94	,238
Ventarrones, tormentas, vendavales	20698	1	2	1,87	,339
Ruidos provenientes del exterior	3889	1	1	1,00	,000
Malos olores procedentes del exterior	5232	1	1	1,00	,000
Presencia de basuras en las calles	2952	1	1	1,00	,000
Contaminación del aire	2681	1	1	1,00	,000

Invasión del espacio público (calles o andenes)	781	1	1	1,00	,000
Presencia de animales que causan molestias	3735	1	1	1,00	,000
Presencia de insectos, roedores etc.	8728	1	1	1,00	,000
Valid N (listwise)	99				

Nivel Educativo

DescriptiveStatistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
¿sabe leer y escribir?	68146	1	2	1,10	,295
¿cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por ... Y el último año o grado aprobado en este nivel?	47157	1	13	4,34	2,482
Cuántos años de estudios superiores ha realizado y aprobado	6746	1	15	4,05	2,266
Valid N (listwise)	6746				

Ingresos

DescriptiveStatistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Cuánto ganó el MES PASADO en este empleo? (incluya propinas y comisiones y excluya viáticos y pagos en especie)	15784	0	45000000	741310,54	980024,166
Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO_____recibió alimentos como parte de pago por su trabajo?- Valor Mensual $	1697	98	2500000	132429,24	139489,554
Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO_____recibió vivienda como parte de pago por su trabajo? - Valor Mensual $	1041	98	1500000	119914,02	108942,302
Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)? - Valor Mensual $	161	98	1930000	152767,06	203984,114

El MES PASADO¿_____ recibió subsidio de alimentación en dinero? - ¿Valor $ _____	550	98	3000000	89157,56	173603,808
El MES PASADO¿_____ recibió auxilio de transporte en dinero? - ¿Valor $ _____	3285	98	1500000	66209,03	60051,334
El MES PASADO¿_____ recibió subsidio familiar en dinero?- ¿Valor $ _____	1802	98	3500000	45366,00	105462,475
El MES PASADO¿_____ recibió primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero?- ¿Valor $ _____	409	98	7000000	689816,00	808930,330
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió: - Prima de servicios? - ¿Cuánto recibió?(Si recibió pero no sabe el monto, Escriba 98)	4245	98	15000000	736395,70	871634,348

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió: - Prima de navidad? - ¿Cuánto recibió?(Si recibió pero no sabe el monto, Escriba 98)	4009	98	10005000	877604,21	858028,902
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió: - Prima de vacaciones? - ¿Cuánto recibió?(Si recibió pero no sabe el monto, Escriba 98)	2310	98	15000000	763315,06	928602,335
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió: - Bonificaciones anuales? - ¿Cuánto recibió?(Si recibió pero no sabe el monto, Escriba 98)	1018	98	15000000	869214,98	1789916,771
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió: - Pagos por accidentes de trabajo - Cuánto recibió?(Si recibió pero no sabe el monto, Escriba 98)	42	98	4850000	655596,74	1089656,774
¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO ?	20414	0	55000000	440377,20	1089662,354

¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los ÚLTIMOS 12 MESES?	9690	0	96000000	2365795,24	4041049,205
El mes pasado _____recibió ¿algún ingreso por concepto de trabajo? - ¿Valor $ _____	1142	5000	15000000	346383,65	803267,199
El mes pasado _____recibió ¿algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez? - ¿Valor $ _____	2091	98	75510840	1120764,32	2083224,725
El mes pasado _____recibió ¿algún ingreso en dinero para el sostenimiento de hijos menores de 18 años?(incluya pensión de alimentación y contribución de padres ausentes) - ¿Valor $ _____	2134	98	8400000	238858,49	378790,588
El mes pasado _____recibió ¿algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipo?- ¿Valor $ _____	1966	98	20000000	462144,64	817814,905

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____recibió ¿primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional? - ¿Valor $ _____	1517	98	45000000	1589204,26	2206747,730
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____recibió ¿algún ingreso por concepto de ayudas en dinero proveniente de otros hogares o instituciones?(padres, hijos, familiares, amigos): - Valor $_____	7022	98	20000000	997755,40	1857605,271
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____recibió ¿dinero por venta de propiedades? (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.) - ¿Valor $ _____	336	98	205000000	16924055,03	30271095,080
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES _____recibió ¿dinero por otros conceptos? (cesantías, intereses de cesantías, intereses por préstamos o CDT, rifas, etc.) - ¿Valor $ _____	1731	98	100000000	1943322,99	5492124,856

Factor de expansión	70292	10	6199	504,08	705,459
Valor$ Subsidio En Dinero O En Especie Para Estudiar?	2579	99	10000000	121916,32	467342,545
Valid N (listwise)	0				