

# reseñas

## Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá. Avances y reflexiones Colección La seguridad social en la encrucijada

Óscar Fresneda B. (ed.), 2012. Tomo VI. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. ISBN 978-958-761-169-4.\*

Por Amparo Hernández-Bello\*\*

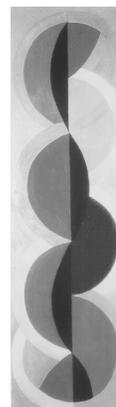
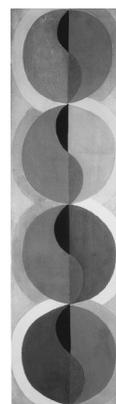
Este libro recoge los resultados de recientes estudios para la medición de la equidad en salud con base en la encuesta de calidad de vida para Bogotá del año 2007, del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud; una iniciativa conjunta que desde el año 2006 adelantan el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID de la Universidad Nacional y la Secretaría Distrital de Salud, bajo la dirección del profesor Darío Indalecio Restrepo Botero. El Observatorio busca aportar al logro de una sociedad más justa y democrática reduciendo las inequidades en salud

en la ciudad, para lo cual, medir las inequidades entre grupos sociales y compararlas territorialmente, evaluar y promover cambios o adecuaciones en las políticas pro-equidad, divulgar los resultados de las investigaciones y propiciar el debate público informado que apoye la movilización social e institucional por el derecho a la salud, constituyen sus objetivos centrales (1).

La publicación es la tercera del Observatorio cuyos resultados previos están recogidos en los tomos IV y V de la Colección *La seguridad social en la encrucijada* titulados

\* Construida con base en los comentarios al libro hechos por la autora en el lanzamiento de las publicaciones del Grupo de Protección Social del CID, Auditorio Principal, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional, marzo 21 de 2012.

\*\* MD. Magíster en Administración de Salud, Universidad Javeriana; Candidata a Doctora en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Profesora Asociada de los Posgrados en Administración de Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. Coordinadora del Grupo de Investigación "Gerencia y Políticas de Salud". Correo electrónico: ahernand@javeriana.edu.co.



“Equidad y salud. Debates para la acción” (2) e “Inequidad social en salud. El caso de Bogotá” (3). En el primero se definen el marco interpretativo para evaluar las inequidades en salud, los indicadores para su medición y el programa de investigación que lo apoya. El segundo presenta los resultados de distintas experiencias de investigación y evaluación en salud materno-infantil, discapacidad y salud ocupacional.

### La estructura y sus contenidos

El texto está organizado en seis secciones que de conjunto pretenden dar sustento a los debates teóricos sobre la equidad, con una mirada general de los resultados desiguales en calidad de vida y salud de la población de la ciudad a partir de la información disponible.

En la introducción “Un nuevo esfuerzo de medición de la inequidad en calidad de vida y salud”, escrita por el profesor Darío I. Restrepo, se sintetizan el enfoque y el modelo de análisis asumidos por el grupo para discutir los avances y resultados de los estudios empíricos. Se parte de diferenciar la igualdad, una construcción política referida al ejercicio de los derechos que implica tanto la libertad como el respeto por las diferencias, de la noción de equidad, un concepto más normativo relacionado con la ausencia de disparidades a la luz de una determinada perspectiva de la justicia social. La inequidad se entiende así como la existencia de desigualdades entre grupos o personas que son el resultado de desventajas producidas por la posición social que ocupan y se deriva de las relaciones de poder en la sociedad.

La propuesta es mostrar no sólo la existencia de las desigualdades en salud y cómo éstas se corresponden con las desigualdades

sociales, sino explicar sus causas inmediatas y profundas, y los mecanismos a través de los cuales se reproducen: las oportunidades desiguales, la exposición desigual a riesgos, la respuesta desigual de la sociedad y los efectos a largo plazo de los resultados desiguales sobre la salud, calidad de vida y el desarrollo. Para ello se proponen aproximaciones conceptuales y metodológicas precisas alrededor de las interrelaciones entre calidad de vida, salud y posición social, mediante la construcción de cuatro índices: de salud (resultados), calidad de vida (oportunidades), riesgo (exposición y vulnerabilidad diferenciales) y protección (respuesta). Coherentemente para un grupo de estudios sobre la protección social, la salud no se reduce a la enfermedad, la calidad de vida determina la salud y el bienestar, y el riesgo requiere medidas de protección.

“Evaluación de la calidad de vida: aspectos conceptuales y metodológicos” se titula el primer capítulo cuyos autores son Óscar Fresneda y Jorge Martínez. En éste se da cuenta de una forma de entender y medir la calidad de vida que recoge el enfoque de capacidades y funcionamientos para una vida buena (y saludable) de Amartya Sen, al que incorpora el marco de derechos para establecer las metas socialmente aceptadas de realización, con el fin de superar las restricciones de las capacidades basadas en las libertades individuales y no en amplios consensos sociales. Luego de definir seis dimensiones vinculadas con sus respectivos derechos, diseñan un índice compuesto cuya medición por posición social les permite estimar la distribución entre grupos.

La posición no se define ya como equivalente al estrato o el nivel de ingresos, sino en términos de clase social, una categoría que desarrolla y operacionaliza el profesor Fresneda en el segundo capítulo titulado



“Las desigualdades en la calidad de vida por posiciones sociales”. Con apoyo en la tradición del pensamiento marxista y en las corrientes neoweberianas, se construyen diferentes posiciones de clase según características que expresan las relaciones sociales de producción a partir de variables como la ocupación, la posición ocupacional, rama de actividad y número de trabajadores de la empresa. De esto resulta una estructura de ocho clases y diferentes fracciones de clase.

El ejercicio siguiente es la caracterización de las clases en la ciudad y por localidad, su evolución en el tiempo, su relación con los estratos, ingresos y nivel educativo y la medición de las desigualdades en calidad de vida según posiciones sociales.

Evidencias adicionales son aportadas por los procesos y resultados de la investigación de Félix Martínez, correspondientes al capítulo III “Índices de riesgo y protección. Medición posible de la equidad en salud a través de grandes encuestas”. Inicia con la identificación de variables en la encuesta de referencia y los procesos metodológicos para la construcción de los índices de salud (en términos de enfermedad aguda y crónica, discapacidad, daño o deterioro); riesgo y vulnerabilidad social (a partir de variables sobre inseguridad alimentaria, riesgos de vivienda, movilidad, violencia, pobreza) y protección (afiliación a la seguridad social, subsidios, acceso y uso de servicios de salud). Luego se presenta la puesta en práctica mediante contrastación, comparación, desagregación-agregación y combinación de índices conforme distintas aproximaciones sobre posición social: estrato, ingresos, afiliación y clase social.

El capítulo cuarto es el estudio “Desigualdad en la respuesta social en salud en Bogotá” escrito por Decsi Arévalo, cuyo objetivo es examinar la respuesta institucional frente

a las desigualdades sociales: análisis de la oferta (disponibilidad de servicios, formas de organización, programas y financiamiento); de las políticas que la soportan, y la medición de las desigualdades en acceso y uso de servicios, afiliación a la seguridad social y posibilidad de recibir tratamiento según ingreso, sexo, edad y posición de clase. Con base en la evidencia se discute el carácter pro-equidad de las políticas, o sea, sus posibilidades de contribuir a la eliminación de las disparidades.

Cierra el libro el profesor Mario Hernández con la reflexión sobre los aportes de este nuevo esfuerzo investigativo y la experiencia acumulada a la luz de las corrientes presentes en el debate actual sobre salud y equidad: la epidemiología multicausal, la tradición latinoamericana de la determinación social y la corriente de los determinantes sociales de las desigualdades de la OMS, en la que el autor identifica encajan mejor los desarrollos del Observatorio, aunque reconoce que la supera por los avances en la construcción de clases y las medidas compuestas. Su llamado final indica que se ha acumulado importante evidencia y que es necesario, además de la investigación, pasar a la acción.

### Apuestas, aportes, resultados

Visto como un todo, el libro hace contribuciones muy importantes en términos de su modelo de análisis y de los resultados.

En relación con el enfoque de equidad destacan dos aspectos centrales: 1. El reconocimiento del carácter relacional de la inequidad, es decir, que la injusticia de una desigualdad se define en la comparación entre grupos en mejor posición y grupos en desventaja (brecha o gradiente), y que ello depende de las relaciones sociales que vinculan a cada grupo con una posición social. 2. La premisa según la cual las

desigualdades sociales son medibles y tienen efectos también medibles en los resultados en salud, lo que se vincula estrechamente con la puesta en práctica de las dimensiones definidas para el análisis.

Esta apuesta teórica y metodológica que apunta a mostrar las desigualdades en calidad de vida y salud y develar los factores y mecanismos que explican y reproducen las inequidades que subyacen, tiene el valor de hacer visible la injusticia y contribuir, como lo afirman los autores, a desnaturalizar (y transformar) la desigualdad que sociedades muy inequitativas han terminado por no considerar como problema.

Tal demanda por desnaturalizar puede ser entendida en el sentido del sociólogo español Josep-Vincent Marqués (4) en su texto *No es natural. Para una sociología de la vida cotidiana*. Según este escritor, “las cosas no son necesariamente, naturalmente, como son ahora y aquí”. Se puede juzgar si algo es bueno o no, pero no es bueno *per se* porque se le considere natural, y aún si se reconoce que no es natural, no significa que la manera de vivir sea resultado del azar, sino claramente resultado de la estructura fundamental de la sociedad. Podría añadirse que no es natural y tampoco inevitable.

Las cosas podrían ser de otra manera. De allí la pertinencia del reclamo de los investigadores: la desigualdad injusta en la salud producto de la estructura de clases de la sociedad, no es natural ni inevitable y debemos cambiarla. Es necesario entonces desnaturalizar la inequidad.

El segundo aporte relevante es el rescate de la categoría de clase social para dar cuenta de los factores estructurales que definen la posición social y sistemáticamente producen y reproducen las desigualdades. Una postura particularmente valiosa frente a las críticas

según las cuales la sociedad de hoy no es la típica sociedad industrial de clases - capitalista y proletaria-, sino una sociedad en la que la lucha de clases no tiene lugar. En respuesta los autores son tajantes: hay que caracterizar cómo son las clases actuales y cuáles las disputas en juego.

A juzgar por el número creciente de trabajos que en la literatura han venido mostrando la vigencia de la clase y su utilidad para análisis más profundos y comprensivos, la propuesta de los autores resulta más que oportuna. De ello da cuenta, por ejemplo, el trabajo de Clement y Myles en su libro *Relations of ruling. Class and Gender in Postindustrial Societies* (5) que tiene un punto de partida similar, la caracterización de las clases en un ejercicio comparativo de estructuras de clase en países desarrollados, y conclusiones también semejantes; esto es, que la nueva estructura de clases se caracteriza por una ‘masificación’ de la clase media en el sector servicios, resultado en últimas de las transformaciones del régimen de acumulación.

Lo interesante de operacionalizar la posición social clase es que evidencia los factores más estructurales y supera las formas tradicionales de valoración de la salud en términos de necesidad-acceso-uso-calidad según variables demográficas y socioeconómicas, que tienen como limitación desconocer que los indicadores de estratificación como ingreso, educación o afiliación a la seguridad social no son la causa última de las desigualdades, sino expresión de la estructura de clases de la sociedad que limita el acceso a recursos y poder para cada escala social. Además, cada indicador medido independientemente, poco dice de la experiencia global sobre el bienestar o la calidad de vida.

Ahora bien, como se menciona en algunos apartes, una evaluación completa de la equidad requiere incluir los distintos meca-



nismos que definen la posición social y sus interacciones e imbricaciones. No sólo la clase, también el género y la etnia establecen cómo se distribuyen beneficios y poder en la sociedad, se distribuye socialmente el trabajo, se asignan y controlan los recursos, y se crean niveles múltiples de exclusión.

Por supuesto la discusión de si las relaciones étnicas o de género se derivan o no de las relaciones de clase es asunto de fuerte debate teórico y político. No obstante, resulta más comprensiva la idea que los mecanismos de reproducción de las desigualdades se interrelacionan en un mismo nivel y no jerárquicamente. Como lo menciona Jaime Breihl: “La fuente primigenia de toda inequidad es la apropiación de poder: la apropiación privada de la riqueza que dio origen a las clases sociales; la apropiación patriarcal del poder, y la apropiación de poder por parte de grupos étnicos históricamente situados en ventaja estratégica” (6).

Puede ayudar a entender la importancia de cómo se intersectan sistemas de dominación un ejemplo: el caso de la producción doméstica de salud. Más del 80 por ciento de los cuidados en salud se prodigan en los hogares. Sin embargo, la tajante división entre trabajo productivo masculino y reproductivo femenino, soslaya la enorme importancia que en las oportunidades, los riesgos, las respuestas y los resultados tiene el trabajo no remunerado de cuidar la salud, invisible en las categorías referidas sólo al empleo u ocupación. Por supuesto son las mujeres de los estratos más pobres sobre las que recae en mayor medida la carga del cuidado explicitando las articulaciones entre la clase y el género, pero se requiere develar además las inequidades entre hombres y mujeres en virtud de la división sexual del trabajo (7), asunto para el que el enfoque de género tiene en sí mismo gran poder explicativo.

Una tercera contribución de interés es que el marco está construido alrededor del derecho a la salud y de concepciones amplias de la calidad de vida y la salud-enfermedad, sus riesgos y determinantes (que los autores declaran cercana al enfoque de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS). En primer lugar el marco reconoce la interdependencia entre los derechos sociales y, para dar salida a la abstracción de las formulaciones jurídicas y jurisprudenciales en su medición, se considera la ‘dimensión prescricional’ de cada derecho para establecer el nivel de su realización y poder analizar las diferencias entre grupos. Segundo, define una noción de calidad de vida que supera la visión utilitarista del capital humano al privilegiar la noción de derechos sobre la libertad de elección individual. Tercero, recupera los factores de riesgo en su justa dimensión, como causas próximas y no causas finales de las explicaciones sobre los resultados en salud. La consecuencia práctica es una propuesta de construcción de índices sobre resultados (de salud) y medios (oportunidades, riesgos y protección) según posición social de clase, los cuales, de manera independiente y conjugada, dan cuenta de las desigualdades en calidad de vida y salud en tres de los ámbitos propuestos. Como bien se aclara, falta información para explorar la cuarta dimensión del análisis de inequidades: los efectos de la mala salud sobre la calidad de vida, el bienestar y la posición social; aspecto que seguro será motivo de trabajos futuros.

El último de los aciertos de este texto es asociar los indicadores de respuesta a la orientación de las políticas, sus propósitos y formas de organización. Si la universalidad del aseguramiento que constituye el objetivo central de la política de salud en Colombia promete eliminar las desigualdades y alcanzar la equidad, ¿porqué entonces existen desigualdades en el uso y

las principales limitaciones para el acceso y los tratamientos son financieras, como se constata en estos resultados? La evidencia muestra que el aseguramiento finalmente no contribuye a eliminar las disparidades en la sociedad, y los grupos en desventaja seguirán teniendo peores resultados en salud y medios para alcanzar su goce pleno.

A esta altura resulta pertinente mencionar las bondades de los datos con los que se construyeron estos ejercicios. Si bien los autores no nos llaman a engaños porque reconocen las limitaciones de la información para el desarrollo íntegro de su propuesta metodológica que requiere todavía afinarse, y llaman la atención sobre la urgencia de seleccionar mejores indicadores y tener nuevas fuentes para estudiar las distintas dimensiones, se resalta el uso creativo de lo disponible. Es de imaginar que de contar con más y mejor información el panorama ya de por sí preocupante sería más preciso, pero seguro más desalentador.

Finalmente, debe decirse que los resultados no sorprenden. Son una medida de la magnitud de las inequidades por tantos señaladas, y justo por eso resultan muy útiles a los propósitos de aportar a la toma de decisiones y a la acción social.

Lo más importante es la demostración que el carácter injusto de las desigualdades no está en los resultados de salud sino en las condiciones (intermedias y estructurales) que las generan: a más baja posición social, peor calidad de vida; a peor calidad de vida, peor salud; a posición social más baja, mayores riesgos y menor protección; a mayores riesgos y menor protección, peor salud. Además, que la evidencia es sólida para criticar la pretensión universalista y pro-equidad de las políticas.

## Desafíos

Este nuevo ejercicio del Observatorio se adentra en las “causas profundas”, esto es, los factores estructurales que definen y reproducen las desigualdades injustas en la salud. Han quedado develadas las desigualdades en resultados sanitarios, riesgos, vulnerabilidad y protección, así como la desigual respuesta de las políticas.

Pero tal vez es tiempo de dar un paso. Preguntarse, parafraseando a Immanuel Wallerstein (8) o a Vicente Navarro (9): ¿a quién beneficia y en nombre de qué poder se mantiene (esta estructura de la sociedad)? En otras palabras, ¿a qué intereses sirve la reproducción de las desigualdades en salud y su naturalización?, y entonces, ¿contra qué luchar?, ¿qué defender? No cabe duda que proyectado el camino, en sus discusiones futuras el grupo tendrá que desplazarse desde el seguro enfoque de los determinantes sociales de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS hacia el plano de la determinación social de la salud; una postura anti-capitalista y emancipadora más apropiada para cumplir con los propósitos de contribuir al debate público informado y a la movilización social en defensa del derecho a la salud.

Este libro y los dos volúmenes anteriores deben ser leídos. En primer lugar para tener un panorama amplio de las inequidades sanitarias en la ciudad y el papel de las políticas en su mantenimiento o disminución. Pero también, para seguirle el paso a los desarrollos cada vez más maduros de un grupo que demuestra cómo, de los debates, rupturas y continuidades de un trabajo a muchas voces, diversas manos y varias mentes, se derivan aportes cada vez más claros y comprometidos.



## Referencias bibliográficas

- Hernández, M. (2007). El pasado y el futuro del Observatorio para la Equidad. En D. I. Restrepo (Ed.), *Equidad y salud. Debates para la acción* (Vol. 4, págs. 175-194). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID.
- Restrepo, D. I. (Ed.). (2007). *Equidad y salud. Debates para la acción*. (Vol. 4). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID.
- Restrepo, D. I. (Ed.). (2010). *Inequidad social en salud. El caso de Bogotá* (Vol. 5). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID.
- Marqués, J. V. (1992). *No es natural. Para una sociología de la vida cotidiana*. Madrid: Anagrama.
- Clement, W., & Myles, J. (1994). *Relations of ruling. Class and Gender in Postindustrial Societies*. Quebec: McGill-Queen's University Press.
- Breilh, J. (2007). De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica. En J. Breilh, *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hernández, A. (2009). El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 173-185.
- Wallerstein, I. M. (2005). *Análisis de sistemas-mundo: una introducción*. (C. D. Schroeder, Trad.) México: Siglo XXI.
- Navarro, V. (2007). Neoliberalism as a class ideology. En V. Navarro (Ed.), *Neoliberalism, globalization and inequalities. Consequences for Health and Quality of Life* (págs. 10-23). New York: Baywood Publishing Company Inc.

**Maestría en Salud Pública**

SNIES No. 91251 Resolución: 2815 del 6 de abril de 2011 Ministerio de Educación Nacional

La Maestría en Salud Pública es un programa interdisciplinario desarrollado por las Facultades de Ciencias, Ciencias Económicas y Administrativas, Enfermería, Medicina, Odontología y el Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX.

**Contacto:**  
Posgrados en Administración de Salud - Edificio Gabriel Giraldo, S.J. piso 8  
Teléfono (571) 3208320 ext. 5426 - administracionsalud@javeriana.edu.co

Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá