

**Hacia la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local desde una
experiencia de capacitación**

Mario Esteban Hernández Álvarez, PhD.

Médico, Doctor en Historia. Investigador y miembro del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID y del Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Calle 44 No. 45-67 Bloque B4 oficina 701- Unidad Camilo Torres.
mariohernandez62@gmail.com

Resumen

Con el propósito de avanzar en la incorporación del enfoque de equidad en calidad de vida y salud en el ámbito local, el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de la Secretaría Distrital de Salud y el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia, el artículo informa, en primera instancia, sobre la organización y contenido de los cuatro talleres realizados entre abril y mayo de 2012; en segundo lugar, se discuten los resultados del ejercicio, en términos de logros y limitaciones; y en tercer lugar, se formula una propuesta de metodología para el fortalecimiento de la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local para una fase posterior de desarrollo del Observatorio. En este último aspecto, se proponen acciones en cuatro estrategias: institucionalización, formación, comunicación y movilización social e institucional.

Palabras clave: equidad en salud, formación en salud, educación de adultos en salud, nivel local.

Abstract

In order to make progress in the incorporation of the approach of equity in quality of life and health at the local level, the *Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud* of the *Secretaría Distrital de Salud* and the *Grupo de Protección Social* of the *Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID)* of the *Universidad Nacional de Colombia*, the article advises, in the first instance, on the organization and contents of the four workshops held between April and May 2012; secondly, it discusses the results of the exercise, in terms of achievements and constraints; and thirdly, it is formulated a proposal for a methodology for the strengthening of the incorporation of the equity approach at the local level for a later stage of development of the Observatory. In this last aspect, it suggests action on four strategies: institutionalization, training, communication, and social and institutional mobilization.

Key words: health equity, training in health, adult education in health, local level.

Introducción

El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud (OECVS) ha considerado como una de sus tareas fundamentales la incorporación del enfoque de equidad en los procesos de toma de decisiones cotidianas en salud en el ámbito local. Para ello, ha acudido a diferentes estrategias. En primera instancia, la divulgación de sus resultados a través de boletines de fácil acceso, elaborados para el público en general y, en especial, para el personal de salud que trabaja en los servicios o para funcionarios de diferentes sectores de la administración distrital en los ámbitos distrital y local. Este tipo de material puede ser leído y comprendido por líderes comunitarios en salud, pero con frecuencia se recibe como un lenguaje especializado de difícil apropiación por las comunidades. Por esta razón, el Observatorio ha desarrollado en diferentes ocasiones actividades de formación, en la modalidad de talleres educativos, para diferentes públicos del ámbito local.

Durante la cuarta fase, desarrollada entre 2011 y 2012, el Observatorio realizó un ejercicio de cuatro talleres de formación en el cual se combinaron profesionales del ámbito local, con algunos más del orden distrital encargados de acompañar los procesos locales y con líderes comunitarios vinculados a diferentes instancias de participación social en salud. A continuación se presenta una reflexión sobre esta experiencia, con el ánimo de contribuir a su fortalecimiento y mayor proyección en etapas posteriores del Observatorio. Con tal propósito, se informa, en primera instancia, sobre la organización y contenido de los cuatro talleres realizados entre abril y mayo de 2012; en segundo lugar, se discuten los resultados del ejercicio, en términos de logros y limitaciones; y en tercer lugar, se formula una propuesta de metodología para el fortalecimiento de la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local para una fase posterior de desarrollo del Observatorio.

Método: la experiencia de capacitación

El objetivo de la experiencia de capacitación era presentar el enfoque de equidad que ha venido desarrollando el OECVS y motivar su utilización por parte de los asistentes. Estos fueron profesionales vinculados a los hospitales y responsables de la relación con las localidades en la Secretaría Distrital de Salud (SDS), así como líderes comunitarios miembros de diferentes instancias de participación social en salud y con cierta experiencia en el campo de la salud, de cuatro de las 20 localidades de Bogotá, Distrito Capital.

Para la selección de las localidades, se realizó un ejercicio de contrastación de las 20 localidades con un grupo de funcionarios de diferentes direcciones misionales de la SDS, con base en los siguientes criterios: localidades atendidas por diferentes redes de servicios¹, con grandes contrastes sociales en su población, experiencia acumulada en participación social, experiencia en gestión social integral² y alguna experiencia en análisis previos de equidad en salud en la localidad. De esta forma, se invitaron funcionarios y líderes de las localidades de Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar y las tres del centro (Candelaria, Mártires y Santafé), éstas últimas atendidas por el Hospital Centro Oriente. En total, asistieron 54 personas, algunas de ellas vinculadas a las direcciones de Participación, Salud Pública y Planeación y Sistemas de la SDS. Debe reconocerse que existe una seria dificultad para

¹ La red de 22 hospitales públicos adscritos a la SDS, que incluye alrededor de 170 puntos de atención de los tres niveles de complejidad tecnológica, se han organizado en cuatro redes que cubren la totalidad del territorio distrital.

² La estrategia de “gestión social integral” ha venido desarrollándose en el Distrito por parte de varios sectores de la Alcaldía Mayor representados en las secretarías de salud, integración social, educación y hábitat, de manera desigual entre localidades y con resultados diferentes. De allí que se buscaran localidades con experiencias exitosas en esta estrategia.

realizar procesos de capacitación con personal de los hospitales, pues sólo una minoría del personal es de planta y existe una restricción normativa para capacitar contratistas con recursos públicos.

De acuerdo con lo convenido previamente y con base en la experiencia de los talleres realizados en una fase anterior del Observatorio, junto con el grupo de Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), se precisaron los alcances de cada una de las cuatro sesiones y el material bibliográfico más conveniente.

Las cuatro sesiones tuvieron el siguiente contenido: una primera sesión conceptual presentó el enfoque de equidad que ha venido adelantando el OECVS y su expresión en algunos indicadores prioritarios de salud. Una segunda sesión examinó las potencialidades de la información disponible en los ámbitos distrital y local, junto con el balance de las capacidades técnicas y las formas de organización y participación social existentes en la localidad. La tercera y cuarta sesiones se dedicaron a acompañar un ejercicio práctico de análisis de equidad en calidad de vida y salud por grupos de trabajo en cada localidad, para lo cual se utilizó el recurso de aula virtual con la plataforma *Moodle 2* que facilitó la Universidad Nacional de Colombia .

La plataforma virtual *Moodle 2* permitió poner a disposición de los participantes todo el material para cada una de las sesiones, que incluyó la bibliografía básica, las presentaciones realizadas, las bases de datos y la guía para el ejercicio de análisis, así como un acompañamiento permanente de orientación de las indagaciones por parte de los tutores. El programa utilizado ofrecía la posibilidad de consultas virtuales en tiempo real, o por correo

electrónico, y contó con un asistente técnico ofrecido por la Dirección Nacional de Innovación Académica de la Universidad Nacional de Colombia y tres investigadores y tres profesionales acompañantes. La capacitación para el uso de la plataforma se adelantó en una sala con todos los recursos tecnológicos y logísticos pertinentes.

Desde el punto de vista conceptual, el elemento central que se quería expresar era la necesidad de asumir un desplazamiento de la mirada habitual en el campo de la salud, para tratar de dejar de ver los problemas comunes de salud de la población de la localidad en términos de promedios o prioridades y pasar a comparar grupos humanos para identificar desigualdades (1). Predomina la mirada epidemiológica clásica de los factores de riesgo y con frecuencia se examina la salud desde esta perspectiva. Pero entrar en el análisis de equidad implica identificar desigualdades entre grupos humanos. Una vez observadas estas desigualdades, el reto consiste en tratar de verificar si las desigualdades se derivaban de ventajas o desventajas generadas por la posición social de los grupos. Para ello, se dedicó un tiempo importante a la contrastación entre corrientes de pensamiento en salud y entre las maneras de entender lo justo para valorar las desigualdades, pues de este tipo de valoración se trata cuando se habla de equidad (2,3).

Como ejemplo de construcción de indicadores de equidad o inequidad se explicó la propuesta desarrollada por el Observatorio para el análisis de equidad en el ciclo de vida de los grupos humanos (4). El mensaje central en este tipo de aproximación consiste en mostrar cómo las desigualdades sociales se acumulan en la trayectoria vital de las personas. Una mujer que no puede acceder a una educación suficiente para ubicarse laboralmente puede tener desventajas durante su embarazo que la exponen a peores condiciones y riesgos

para ella y para sus hijos, lo que se traduce en trayectorias que reproducen la desigualdad social.

Con base en la idea de trayectorias desiguales, se examinaron distintas fuentes de información que manejan los funcionarios y los líderes comunitarios en el ámbito local y en la SDS sobre las localidades. Este ejercicio permitió hacer conciencia de la gran cantidad de información disponible, pero también de la enorme dispersión y fragmentación de la misma, según la instancia que la produce o la requiere. De allí la importancia de orientar su utilización a partir de preguntas claras que permitan identificar inequidades y comprender los procesos que las produce y reproducen sistemáticamente, para tratar de afectarlos desde la acción colectiva e institucional.

Para construir preguntas orientadoras de los ejercicios prácticos de análisis de equidad, se realizó una lluvia de ideas a partir de la pregunta “¿cuál desigualdad ha visto que le parezca intolerable?”. La pregunta por la desigualdad obliga a comparar grupos. Y la valoración como intolerable exige asumir alguna manera de calificar la desigualdad como injusta. Del debate por grupos de trabajo fue surgiendo una selección o priorización que terminó en una desigualdad que sería examinada en cada localidad o en el ámbito distrital. Por ejemplo, la desigual mortalidad materna entre regímenes de afiliación, o el trato desigual por estigma social, o el acceso desigual al transporte por territorios y su impacto en salud, o la desigualdad en el embarazo entre adolescentes de diferentes sectores de la localidad.

Para pasar a la comprensión de los procesos que generan o reproducen tal desigualdad, desde el enfoque de los determinantes sociales de las desigualdades en salud que ha venido aplicando el OECVS (5,6), se realizó un ejercicio de análisis de causalidad por medio de la

“cadena de por qué”. Esta metodología consiste en sostener la pregunta de por qué ocurre tal situación, de manera que se va pasando de lo más visible a lo más oculto, de lo micro a lo macro y de lo inmediato a lo mediato. A partir de la cadena de por qué, se reflexionó colectivamente para construir rutas explicativas de la desigualdad que se quería examinar.

Este ejercicio permitió proponer hipótesis explicativas de las inequidades seleccionadas con el fin de ordenar el análisis posterior, en el trabajo de campo que se propuso a cada grupo como experiencia concreta. El primer paso consistió en documentar adecuadamente la desigualdad, con base en la información disponible en cada territorio. De no contar con suficiente información para la comparación entre los grupos, el siguiente paso sería construir un instrumento de recolección de información específico. La finalidad del ejercicio era que los participantes avanzaran de las explicaciones del sentido común hacia una comprensión más profunda y estructural de las inequidades a partir de sus propias motivaciones. Para avanzar en la comprensión de procesos, los grupos de trabajo debieron organizar sus hipótesis preliminares y construir relaciones entre los diferentes aspectos que parecían explicar la desigualdad.

A la hora de presentar los resultados de los ejercicios, se encontraron desarrollos muy dispares, lo que obligó a reflexionar sobre los logros, los obstáculos y limitaciones para realizar esta mirada en el ámbito local.

Resultados: balance de alcances y limitaciones del ejercicio

La evaluación de los talleres permitió recoger logros y limitaciones identificados por los asistentes. En primer lugar, se reconoció la importancia de contar con escenarios de articulación entre líderes comunitarios y funcionarios, y la posibilidad de compartir el

enfoque de equidad para analizar las realidades locales e incidir en la toma de decisiones en sus ámbitos cotidianos. Se valoró de manera positiva que el acceso a fuentes tradicionales o la construcción de nuevas fuentes de información con un enfoque de equidad permiten ampliar la comprensión de la realidad local.

Si bien los asistentes expresaron una valoración positiva sobre la utilidad del enfoque, los resultados de los ejercicios muestran ciertas limitaciones conceptuales. En la mayoría de los subgrupos de trabajo no fue fácil lograr el desplazamiento teórico de ver los problemas de salud desde la perspectiva habitual de los factores de riesgo aislados a una de determinantes sociales que explican las desigualdades intolerables. El concepto de “posición social” difícilmente se asimila como el principal ordenador de la comparación entre grupos. La identificación de procesos que determinan la desigualdad con frecuencia se asocia con factores separados. Por ejemplo, en la cadena de por qué respecto de la desigualdad en el embarazo de las adolescentes el grupo se concentró en los factores relacionados con la información, el acceso a servicios de planificación familiar o las características de las familias, pero se desapareció la desigualdad y la posición social. Pensar en función de la comparación y sostener la pregunta sobre los procesos que sostienen una desigualdad resulta complejo, tanto para los profesionales que trabajan en el sector como para los líderes comunitarios.

Dado este grado de complejidad, quedó claro que se requiere sostener el ejercicio de formación y acompañamiento directo por más tiempo, de manera que se pueda desarrollar con suficiencia la comprensión completa de la situación. El grupo expresó con toda claridad la insuficiencia del tiempo planeado y manifestó su disposición a ampliar su dedicación para nuevas oportunidades de formación. Incluso, algunos solicitaron que este tipo de

cursos deberían transformarse en diplomados con más horas, intensidad y acompañamiento directo del trabajo de campo, de tal forma que pudiesen llegar a algún grado de especialización en la materia. No obstante, la intención de incorporar el enfoque de equidad no necesariamente pasa por la especialización de unos pocos actores. Se trata de cambiar la mirada cotidiana de la salud, tanto por parte de los profesionales y técnicos del sector como por parte de las comunidades, como sujetos participantes y transformadores de su propia realidad. Entre menos especializado sea el saber, más amplitud en las posibilidades de transformación social.

Un aspecto que se convierte en obstáculo es la posibilidad de contar con tiempo suficiente durante el trabajo cotidiano para realizar este tipo de labores, que se inscriben más en el estudio de situaciones que van más allá de la atención individual. Aún en el terreno de la salud pública, el espacio para este tipo de análisis se concentra en la fase de actualización de los diagnósticos locales participativos en salud, ejercicio que se realiza en Bogotá desde la década del noventa. En todo caso, vale decir que en varios hospitales se han realizado algunas aproximaciones al enfoque de equidad cuando se han realizado los diagnósticos locales, e incluso, algunos han desarrollado experiencias de construcción de indicadores de equidad. Este puede ser el punto de partida para la conformación de monitores o unidades de análisis de equidad en calidad de vida y salud en las localidades.

El principal obstáculo detectado para la incorporación del enfoque de equidad es el de la baja proporción de personal de planta en todos los hospitales. El personal contratado a término fijo no puede recibir formación alguna por parte de las instituciones públicas, según la normatividad actual. Esto constituye, en sí misma, una inequidad en la calidad del trabajo en salud. De allí que sea urgente y prioritario desarrollar cuanto antes el programa

de formalización y estabilización del trabajo misional en los hospitales, como se ha propuesto en la actual administración distrital.

Discusión: una propuesta metodológica para la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local

La dinámica de trabajo en los hospitales tiende a centrarse en la provisión de los servicios individuales y colectivos contratados por los pagadores, bien sean las empresas promotoras de salud (EPS) o el Fondo Financiero Distrital de Salud (FDS) a través de alguna de las direcciones de la SDS. Si se quiere avanzar de manera decidida en la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local, es necesario contar con cuatro grandes estrategias para ser desarrolladas en los hospitales de primero y segundo nivel fusionados de la red adscrita: institucionalización, formación, comunicación y movilización.

- **Institucionalización**

En el marco del Acuerdo 364 de 2009 del Concejo de Bogotá, que creó el Observatorio para la equidad en calidad de vida y salud de Bogotá, cuya reglamentación se encuentra en discusión en la actualidad, se podría generar un mecanismo de institucionalización del enfoque de equidad en los hospitales de primer nivel y fusionados de la red hospitalaria adscrita. Mientras se continúe en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100/93 y normas relacionadas, se podrían definir recursos específicos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para la conformación de un equipo de trabajo básico, conformado por personal de planta, para desarrollar una unidad de análisis de equidad en calidad de vida y salud para la localidad o localidades correspondientes.

Las unidades desarrollarían los estudios específicos, incluirían el enfoque de equidad en los diagnósticos locales participativos, harían monitoreo a partir de indicadores decididos en el ámbito distrital con especificidad local, comunicarían sus resultados y promoverían la movilización social pro equidad. Es probable que algunos hospitales ya cuenten con unidades similares para el análisis de la situación de salud, e incluso, cuenten con observatorios o monitores de equidad, de manera que se trataría únicamente de verificar e institucionalizar el trabajo acumulado.

Estas unidades deberían contar con la participación de líderes comunitarios, de manera que tanto en el análisis de las realidades locales como en la elaboración de propuestas de acción y de movilización por la equidad, las comunidades estén siempre comprometidas. Una participación social estable y comprometida contribuye sin duda a la democratización del conocimiento y de las decisiones en salud, tanto en el ámbito individual como en el colectivo o comunitario.

- **Formación**

Teniendo en cuenta que el enfoque de equidad requiere un cierto desplazamiento de la mirada habitual en salud, se requiere estabilizar escenarios y procesos de formación para quienes decidan trabajar desde esta perspectiva. Para ello, es necesario identificar mejor las personas interesadas, los niveles educativos previos, los tiempos disponibles y las facilidades locales o distritales para desarrollar programas formales de capacitación. Es posible que un curso formal, en el formato de diplomado, pueda ser el punto de partida para los miembros de las unidades de análisis de los hospitales, una vez conformadas. Pero no es conveniente que cierta especialización de saberes se convierta en un nuevo estímulo para la

fragmentación de la acción en la localidad. Por el contrario, este tipo de formación debe dotar de ciertas habilidades para el trabajo en equipo, para la interdisciplinariedad y la articulación de esfuerzos institucionales y comunitarios.

Este diplomado debe contar con un componente fuerte de trabajo de campo y acompañamiento permanente del personal docente, con tutores o monitores de apoyo y medios electrónicos y plataforma virtual. Una intensidad total entre 120 y 150 horas podría distribuirse en dedicaciones presenciales y no presenciales semanales de 8 o 10 horas y en 15 semanas. Con esta dedicación, es posible desarrollar a cabalidad los componentes teórico-conceptuales y realizar ejercicios extensos y completos de análisis de equidad en salud y calidad de vida en las localidades, para terminar con la publicación de los resultados en formatos de fácil acceso.

Adicionalmente, es posible desarrollar trabajo en red entre las unidades de análisis, de manera que se construya una perspectiva de complementariedad y solidaridad, de manera que el Observatorio del ámbito distrital tendría su expresión local a través de estas unidades articuladas.

- **Comunicación**

Las unidades de análisis deberán desarrollar una estrategia de comunicación de sus resultados, tanto para los tomadores de decisiones en el ámbito local, en todos los sectores y en perspectiva de intersectorialidad, como para las comunidades afectadas por las inequidades analizadas. Influir a los alcaldes locales, las juntas administradoras locales, las juntas de acción comunal, los consejos locales de política social y los referentes de los

diferentes sectores resulta estratégico para la construcción de alternativas de superación de inequidades en salud.

Lo anterior implica una serie de piezas de comunicación, pero también el uso de medios virtuales de fácil manejo y libre acceso. Probablemente los medios de comunicación con que cuenta cada hospital podrían ser utilizados, pero conviene desarrollar una estrategia específica para el asunto de la equidad en salud, con identidad temática e institucional y en total articulación con el Observatorio distrital creado por el Acuerdo 364/09.

- **Movilización**

Las desigualdades injustas, aquellas derivadas de la posición social de las personas y grupos, tienden a naturalizarse. Con frecuencia, los mismos afectados terminan aceptando su condición social como si fuera inmodificable. De allí la importancia de comunicar adecuadamente los análisis de las inequidades y, de ser posible, involucrar a los afectados desde el momento mismo de preguntarse por alguna desigualdad injusta y evitable. Pero también es necesario propiciar la movilización social para transformar la situación injusta, pues son las relaciones de poder existentes las que sostienen y reproducen las desigualdades.

La transformación de esas relaciones de poder comienza por los mismos afectados, como lo han demostrado sistemáticamente las mujeres, los indígenas o los jóvenes organizados. No es suficiente, entonces, proveer bienes y servicios para quienes están en peor condición. Se requiere también superar la exclusión desde los excluidos. De allí la importancia de la participación social cuando se habla de lograr equidad afectando los determinantes sociales

que producen las inequidades, como propuso la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (7).

Conclusiones

El ejercicio de capacitación desarrollado en la cuarta fase del OECVS ha permitido identificar logros y limitaciones para la incorporación del enfoque de equidad en el ámbito local. Se requiere ahora avanzar en este proceso, con base en la reglamentación y puesta en marcha del Observatorio creado por el Acuerdo 364/09, acuerdo que gestionó la SDS con base en el acumulado del Observatorio actual. En tal sentido se ha presentado el conjunto de propuestas de acción desde este acumulado, sostenido en el marco de la alianza entre la SDS y el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Pasar al ámbito local es una buena consecuencia de la experiencia acumulada en los últimos seis años.

Referencias bibliográficas

- (1) Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
- (2) Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Rev Salud Pública 2008; 10 Supl 1: 72-82.
- (3) Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R, compiladores. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? México DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011: 169-192.
- (4) Fresneda O. Inequidades en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá. En: Restrepo DI, editor. Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. Colección La seguridad social en la encrucijada, Tomo V. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia; 2010: 183-260
- (5) Fresneda O. Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá. En: Restrepo DI, editor. Equidad y Salud. Debates para la acción. Colección La seguridad social en la encrucijada, Tomo IV. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia; 2007: 103-143.

(6) Hernández M. El pasado y el futuro del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá. En: Restrepo DI, editor. Equidad y salud. Debates para la acción. Colección: La seguridad social en la encrucijada, Tomo IV. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia; 2007: 173-194.

(7) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Susanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2008.