

Equidad

en calidad de vida y salud en Bogotá

Avances y reflexiones

• OSCAR FRESNEDA B. •
(EDITOR)





COLECCIÓN
**LA SEGURIDAD SOCIAL
EN LA ENCRUCIJADA**







COLECCIÓN
**LA SEGURIDAD SOCIAL
EN LA ENCRUCIJADA**

Equidad

en calidad de vida y salud en Bogotá

Avances y reflexiones

• ÓSCAR FRESNEDA B. •
(EDITOR)

Tomo 6



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANA





Colección: La seguridad Social en la Encrucijada
Tomo VI: Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá: Avances y Reflexiones

© **Universidad Nacional de Colombia**

© **Facultad de Ciencias Económicas**

© **Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID**

Calle 44 No. 45-67 Bloque B4

Teléfono (57-1) 3165000 Ext 10357

www.cid.unal.edu.co

Secretaría Distrital de Salud

Cra. 32 No. 12- 81

Bogotá D.C. Colombia

Teléfono (57-1) 3649090

www.saludcapital.gov.co

Hospital Fontibón Empresa Social del Estado

Bogotá D.C., Colombia

Cra. 104 No. 20 c 21

Teléfono (57-1) 5425232

www.hospitalfontibon.gov.co

Editor: Óscar Fresneda Bautista

Corrección de estilo: Alonso Restrepo

Diseño de Carátula: Alejandra Rodríguez Lozano

Diseño y Diagramación: Marca Publicidad Ltda.

Impresión: Marca Publicidad Ltda.

Primera edición

Bogotá D.C., Colombia - Marzo de 2012

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá, Avances y Reflexiones ▪ editor Óscar Fresneda Bautista, Bogotá ▪ Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), 2012 ▪ 216 p. ▪ (Colección La Seguridad Social en la Encrucijada) ▪ Incluye referencias Bibliográficas.

ISBN 978-958-761-169-4

1. Política de salud - Bogotá ▪ 2. Indicadores de salud - Bogotá ▪ 3. Análisis de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV)-2007 - Bogotá ▪ 4. Política pública - Bogotá ▪ 5. Seguridad Social I. ▪ Fresneda Bautista Óscar, 1948 - ; VI Tit.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio, sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

MOISÉS WASSERMAN
Rector General

BEATRIZ SÁNCHEZ HERRERA
Vicerrectora General

ALONSO CORREA MOTTA
Vicerrector Académica

JORGE ERNESTO DURÁN PINZÓN
Secretario General

JULIO ESTEBAN COLMENARES
Vicerrector Sede Bogotá

Facultad de Ciencias Económicas

JORGE IVÁN BULA ESCOBAR
Decano

JUAN ABEL LARA DORADO
Vicedecano Académico

Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID

JORGE ARMANDO RODRÍGUEZ
Director

GERMÁN NOVA CALDAS
Subdirector

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

GUSTAVO FRANCISCO PETRO U.
Alcalde Mayor de Bogotá

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Secretario de Salud de Bogotá

ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS
Subsecretario de Salud de Bogotá

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Director de Salud Pública

GABRIEL LOZANO DÍAZ
Director de Planeación y Sistemas

ANA ZULEMA JIMÉNEZ SOTO
*Coordinadora Área Análisis
y Políticas de Salud Pública*

E.S.E. Hospital Fontibón II Nivel de Atención

Salud Pública Plan de Intervenciones Colectivas

Gestión local para la Promoción de Calidad de Vida y Salud

YIDNEY GARCÍA RODRÍGUEZ
Gerente

ÁNGELA LUCÍA VELANDIA PEDRAZA
Coordinadora de Salud Pública

DIANA LUCIA SILVA LARRARTE
Lider De Proyecto P.I.C.

WILSON GIOVANNI MEDINA ROMERO
Coordinador Gestión Local



**OBSERVATORIO PARA LA EQUIDAD
EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD**

DARÍO INDALECIO RESTREPO BOTERO
Director

PATRICIA MARTÍNEZ BARRAGÁN
Coordinadora General

**Investigadores del Observatorio
Miembros del Grupo de Protección Social
(GPS) del CID**

ÓSCAR RODRÍGUEZ SALAZAR
Coordinador

DECSI ASTRID ARÉVALO HERNÁNDEZ
ÓSCAR FRESNEDA BAUTISTA
MARIO ESTEBAN HERNÁNDEZ ALVÁREZ
PATRICIA MARTÍNEZ BARRAGÁN
FÉLIX MARTÍNEZ MARTÍN
DARÍO INDALECIO RESTREPO BOTERO

Otros Miembros de GPS del CID

RAÚL CÁRDENAS
GERMÁN CHAPARRO
IVES LEBONNIEC
CLAUDIA PICO
ALFREDO RUEDA
JULIÁN VIVAS

Autores

DECSI ASTRID ARÉVALO HERNÁNDEZ
ÓSCAR FRESNEDA BAUTISTA
MARIO ESTEBAN HERNÁNDEZ ALVÁREZ
JORGE MARTÍNEZ COLLANTES
FÉLIX MARTÍNEZ MARTÍN
DARÍO INDALECIO RESTREPO BOTERO



Tabla de contenido

Presentación	<i>Guillermo Alfonso Jaramillo</i>	9
Introducción: Un nuevo esfuerzo de medición de la inequidad en calidad de vida en salud	<i>Darío Indalecio Restrepo Botero</i>	13
Evaluación de la calidad de vida: aspectos conceptuales y metodológicos	<i>Óscar Fresneda Bautista, Jorge Martínez Collantes</i>	29
La noción de calidad de vida		31
Aspectos metodológicos y operativos: la medición de la calidad de vida		35
La diversidad constitutiva de la calidad de vida: las dimensiones destacadas		35
Dimensiones no consideradas		37
Cuestiones metodológicas para la evaluación de la calidad de vida		38
Características de los índices de calidad de vida		40
Índice compuesto de calidad de vida		42
Las variables utilizadas		43
La construcción del índice		45
Algunos resultados generales obtenidos		52
Conclusiones		54
Referencias bibliográficas		56
Las desigualdades en la calidad de vida por posiciones de clase social	<i>Óscar Fresneda Bautista</i>	59
La estructura de clases sociales: elementos del marco conceptual		61
El concepto de estructura de clases sociales		64
Clases sociales y desigualdad		65
La conformación de clases sociales como actores colectivos		65
Aspectos metodológicos y operativos		66
Estructura de clases sociales en Bogotá		74
La estructura de clases sociales en Bogotá 2007		74
Evolución de la estructura de clases sociales en Bogotá		79
Estructura de clases por localidad		81
Estructura de clases en Bogotá y en el contexto del país		82
Desigualdades entre clases sociales en la calidad de vida y la salud		83
Estrato socioeconómico		83
Años de educación		89
Ingresos laborales		91
Desigualdades en la calidad de vida por posiciones de clases sociales		93
Desigualdad entre posiciones de clases sociales en los índices de salud, riesgo y protección		98
Afilación a la seguridad social en salud		100
Conclusiones		105
Referencias bibliográficas		105



III	Índices de riesgo y protección. Medición posible de la equidad en salud a través de grandes encuestas	<i>Félix León Martínez Martín</i>	109
	A modo de introducción		111
	Marco teórico		113
	El derecho a la salud		113
	El concepto salud-enfermedad		119
	Posición social		122
	Inequidad en salud		123
	Objetos de medición y fuentes		126
	Inequidad social en Colombia		128
	Construcción de índices para el análisis de equidad en salud a partir de las encuestas nacionales		130
	Metodología empleada para la construcción de los índices de salud, riesgo y protección		130
	Modelo de análisis para la construcción de los Índices de Riesgo y Protección		135
	Conclusiones a partir de la construcción de los índices y observación de su comportamiento por posición social		149
	Índice compuesto de calidad de vida, contrastación con variables de protección o respuesta social		153
	Conclusiones		157
	Referencias bibliográficas		158
IV	Desigualdad en la respuesta social en salud en Bogotá	<i>Decsi Astrid Arévalo</i>	161
	Estructuración institucional de la atención en salud		164
	El diseño institucional en el ámbito nacional		164
	La propuesta institucional en el ámbito distrital		167
	Desigualdades en el acceso a la prestación de servicios de salud		171
	Asistencia a los servicios de salud y barreras de acceso		173
	Desigualdades en afiliación al sistema general de seguridad social en salud		182
	Desigualdades en tratamiento		192
	Consideraciones finales		195
	Referencias bibliográficas		196
V	Aportes al debate internacional sobre equidad en salud	<i>Mario Hernández Álvarez</i>	199
	Los diferentes enfoques		201
	Ubicación de los ensayos del Observatorio		204
	Las perspectivas futuras		205
	Referencias bibliográficas		206
	Los Autores		209
	Decsi Astrid Arévalo		211
	Óscar Fresneda Bautista		211
	Mario Hernández Álvarez		212
	Félix León Martínez		212
	Jorge Martínez Collantes		212
	Darío Indalecio Restrepo		213





Presentación

*Guillermo Alfonso Jaramillo **

* Secretario Distrital de Salud.







¿De qué dependen los resultados diferentes en salud de los habitantes de Bogotá?, ¿Por qué unos se enferman más que otros? Tales son las preguntas centrales que animan el libro “Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá: Avances y reflexiones”, publicación en la cual nos acercamos a la respuesta a esta cuestión, la cual se relaciona con las condiciones sociales de la población, las cuales determinan quiénes pueden gozar de las condiciones de vida más adecuadas para evitar enfermarse inútilmente, gozar de prácticas laborales más seguras, tener la actividad laboral que permite financiar buenos planes de salud, poseer niveles educativos altos que definen una mejor manera de entender los problemas de salud y sus soluciones, y formar prácticas sociales saludables.

Las discriminaciones sociales son el resultado de la actividad de los hombres, no son una fatalidad del destino y Bogotá es una ciudad de segmentación social y territorial de inequidad de oportunidades y riesgos en salud. Del lugar en el que se vive en Bogotá depende la exposición diferencial a riesgos de enfermar, discapacitarse o morir prematuramente. Esto se comprueba cuando observamos como la calidad del medio ambiente, la cercanía o lejanía a los servicios de salud, la infraestructura de movilidad de la ciudad, la seguridad en los barrios, todos estos condicionantes de la salud y la calidad de vida, están repartidos social y territorialmente en la ciudad con una amplia desventaja para los sectores de menor condición socioeconómica.

El Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID - de la Universidad Nacional en colaboración con la Secretaría de Salud de Bogotá ha adoptado desde el año 2005 el enfoque de Determinantes Sociales para la Equidad en Salud – DSES -, esencia de esta publicación, que constituye el tercer volumen de la serie “La Seguridad Social en la Encrucijada”. En el libro, el lector encontrará una clara sustentación teórica de dicho enfoque y un avance significativo de una propuesta metodológica para medir la producción de las desigualdades en salud y calidad de vida a partir de determinantes sociales en Bogotá.

Saber, documentar y explicar para actuar, tal es el propósito al que nos invita este tipo de producciones académicas, las cuales en la práctica son traducidas por la cristalización de esfuerzos como el Observatorio para



la Equidad en Calidad de Vida, Salud y Ambiente, patrimonio de la ciudad adoptado mediante el Acuerdo Distrital No. 364 de 2009 del Concejo de Bogotá, así como en la inversión social de las diferentes administraciones locales y regionales.

Sin embargo, persisten enormes inequidades en el acceso, en la calidad y oportunidad, así como en los resultados en salud entre las personas. Las causas de esta circunstancia se fundan en la orientación general de las reformas desde comienzos de la década del 90' del siglo pasado, las cuales a menudo constriñen el accionar de los gobiernos locales. No obstante esto, aunque estrecho, existe un margen para la acción y el logro de resultados a partir de nuestra propia acción.

El actual gobierno distrital, encabezado por el Alcalde Mayor, Gustavo Petro Urrego y particularmente la Secretaria Distrital de Salud, estamos convencidos de que se pueden obtener logros en la reducción de las brechas de inequidad en calidad de vida, salud y medio ambiente. Lograrlo requiere de la firme voluntad que nos anima, pero también necesita el concurso masivo de los habitantes de Bogotá. Los ejercicios de planeación participativa y la formulación del plan decenal de salud son algunos medios para abrir las puertas a los habitantes de todas las localidades, a colegios, universidades y centros de investigación, a las fundaciones, empresas y múltiples redes de acción social para generar los espacios públicos de deliberación con el fin de construir una mejor calidad de vida para los bogotanos.

Agradecemos el compromiso del Hospital de Fontibón en el desarrollo de esta investigación, así como reconocemos el liderazgo de la Dirección de Salud Pública y la Dirección de Planeación y Sistemas de la Secretaría Distrital de Salud en el acompañamiento, los aportes y el liderazgo en el enfoque de equidad en las acciones desde el sector salud.

Guillermo Alfonso Jaramillo
Secretario Distrital de Salud



Introducción

UN NUEVO ESFUERZO DE MEDICIÓN DE LA INEQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA EN SALUD

*Darío Indalecio Restrepo **

* Investigador del Grupo de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID,
Profesor Asociado de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia.





El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá es un proyecto colaborativo entre la Secretaría Distrital de Salud y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Desde el año 2006, y a partir de un diseño construido a la luz de experiencias internacionales, el Observatorio ha desarrollado un enfoque de equidad, cercano a la propuesta de los determinantes sociales de la salud, a partir del cual ha construido una serie de indicadores para el seguimiento de la equidad en calidad de vida y salud de la ciudad, ha realizado estudios específicos sobre evaluación de políticas pro equidad y sobre expresiones específicas de la inequidad en salud en la ciudad, ha impulsado procesos de formación y participación social, y ha promovido el debate público para impulsar decisiones y políticas públicas pro equidad en la ciudad¹.

Para el grupo que ha venido desarrollando esta iniciativa la equidad no es lo mismo que la igualdad. Los seres humanos somos desiguales, en el sentido de las diferencias derivadas de nuestras culturas y modos de vida que se relacionan con el género, las opciones vitales o la edad. La igualdad es una construcción política. Aspiramos a ser iguales, en el sentido de tratarnos como iguales seres humanos, pero tenemos el reto permanente de respetar las diferencias. Por ello, hay inequidad cuando una desigualdad es considerada injusta respecto de alguna manera de entender la igualdad justa. Cuando una desigualdad entre grupos o personas resulta de una ventaja o desventaja producida por su posición social, de clase, de etnia, de género, en fin, derivada de las relaciones de poder construidas socialmente, estamos hablando de una inequidad.

Desde el año 2007 el Observatorio acogió la tesis según la cual las desigualdades injustas en salud se reproducen a través de cuatro ámbitos y mecanismos principales: primero, las oportunidades desiguales de salud, que se refieren al

1 El Observatorio ha publicado sus principales productos y resultados en los tomos IV y V de la colección *La seguridad social en la encrucijada*, del Grupo de Protección Social, vinculado al Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID, de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, editados por el profesor Dario Indalecio Restrepo y publicados en asociación con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Las referencias son: Restrepo, D. I. (Ed.). 2007. *Equidad y salud. Debates para la acción*. Col. *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. Restrepo, D. I. (Ed.). 2010. *Inequidad social en salud. El caso de Bogotá*. Col. *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.

conjunto de condiciones y medios que permiten desarrollar las capacidades y potencialidades humanas desde antes de nacer y que definen la trayectoria vital. Entre ellos están aspectos cruciales como la calidad de la gestación y de la atención del parto, el entorno familiar y la infraestructura del hogar, el nivel educativo de la familia, el tipo de vinculación al sistema de salud, nacer en una familia pobre o adinerada. Segundo, la exposición desigual a riesgos, que se refiere en buena parte a la calidad de vida de los grupos sociales que los sitúa de manera muy diferente ante riesgos y oportunidades de enfermar y morir; por ejemplo, vivir en un barrio seguro o en otro azotado por la violencia callejera, vivir en una casa con serias deficiencias de infraestructura o bien dotada, gozar de buenos servicios públicos o sufrir su ausencia o precariedad, tener un buen empleo formal o mantenerse en la informalidad laboral, estar expuesto a altas dosis de polución o a la buena calidad del aire, entre muchas otras condiciones. Tercero, la respuesta desigual de la sociedad frente a oportunidades y riesgos socialmente repartidos; unas respuestas refieren a la financiación, cobertura y prioridades del sistema de seguridad social en su conjunto, otras al acceso de las personas a dicho sistema cuando lo requieren, pero también a su calidad y a su oportunidad. Cuarto, los resultados desiguales en salud a largo plazo, pues todo lo anterior condiciona la esperanza de vida al nacer de las personas y grupos sociales, las formas de enfermar, de sufrir accidentes o daños y de morir en las trayectorias desiguales de vida.

Los ámbitos y mecanismos que reparten socialmente los resultados en salud se alimentan los unos a los otros, no sólo linealmente, sino en todos los sentidos. Así, una mala salud desde la infancia por falta de atención médica o por quedar lisiado debido a un accidente de trabajo mal atendido deteriorará la calidad de vida y la salud de las personas para el resto de su vida. De la misma manera, las personas que viven con menor calidad de vida y tienen problemas de salud pueden ver afectadas las oportunidades de aquellos que viven con ellos, así como acrecentar los niveles de riesgo y vulnerabilidad familiar y social. De esta forma, se reproduce la inequidad y tiende a naturalizarse, al punto que las sociedades más inequitativas no parecen considerar la desigualdad como problema.

El modelo de análisis adoptado por el Observatorio² comprende, siguiendo el de determinantes sociales de la salud, elementos estructurales, de contexto y proceso los cuales dan lugar a un resultado, la salud, que se distribuye en forma

² Los documentos principales que presentan este modelo de análisis son: Grupo de Protección Social, CID. 2007, enero-diciembre. *Diseño de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá*. *Investigaciones en seguridad social y salud*, (9), 21-41. Martínez, F. 2007. *Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud*. Revisión conceptual. En D. I. Restrepo, (Ed.).

desigual en correspondencia con las desigualdades sociales. Su aplicación busca no solo mostrar las expresiones de esas desigualdades, sino también develar las causas profundas que las producen y los factores a través de los cuales se reproducen. En el modelo la posición social expresa la ubicación de las personas o las familias en espacios de relaciones que las vinculan con las divisiones básicas dentro de la estructura social. Retomando diferentes tradiciones teóricas sobre la producción social de la salud y la enfermedad se le asigna un papel central para explicar cómo las desigualdades en la salud no son fenómenos fortuitos ni aislados, sino que están explicadas por la configuración que asume esa estructura. Se postula como hipótesis una relación de dependencia, dentro de una cadena de procesos de intermediación, entre la posición social y las desigualdades en el estado de salud de las personas³.

El modelo también considera los efectos que tiene la salud sobre otros aspectos de la vida social tanto en el amplio campo de la calidad de vida, como en el de factores que inciden en el desarrollo económico a través de afectar el capital humano.

En esta oportunidad, el Observatorio presenta a la opinión pública, al ámbito académico y al escenario político un importante conjunto de aportes que desarrollan y aplican elementos conceptuales y metodológicos del enfoque adoptado por el equipo de trabajo, a través de un ejercicio de análisis de una encuesta de hogares, con amplia cobertura poblacional y temática, aplicada en Bogotá: la Encuesta de Calidad de Vida del año 2007.

Los capítulos del libro están articulados en torno a este propósito común y se centran en el tratamiento de tres conceptos cuya compleja interrelación se busca precisar: calidad de vida, salud (junto a los riesgos y protecciones que la determinan), y posición social. Los aportes en estos campos, que describimos más adelante y dejamos a la apreciación de los lectores, cubren un amplio espectro de los espacios relacionados con las inequidades sanitarias y dan sustento a lo señalado por Félix Martínez en el capítulo que nos ofrece en el libro: "Consideramos... que, dada la disponibilidad de grandes encuestas de hogares en todos los países, los resultados de la investigación que aquí se presenta abren un camino útil para estudiosos e instituciones a nivel nacional e internacional,

Equidad y Salud. Debates para la acción (pp. 69-102). Bogotá: CID, Universidad Nacional, Secretaría de Salud de Bogotá. Fresneda, O. 2007. *Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá*. En D. I. Restrepo (Ed.). *Equidad y Salud. Debates para la acción* (pp. 103-143). Bogotá: CID, Universidad Nacional, Secretaría de Salud de Bogotá.

³ Véase Capítulo II.

interesados en caracterizar las grandes inequidades en salud. Igualmente para relacionar la inequidad en salud con la inequidad social, con las condiciones de vida y con la estructura social que determina los fenómenos anteriores.”

En el terreno más particular de Bogotá se pretende con esta publicación someter al debate público tanto el enfoque mismo, como la metodología y los resultados, a manera de ensayo para la elaboración de informes sistemáticos sobre la equidad en calidad de vida y salud en la ciudad, que permitan impulsar la formulación de políticas públicas y la movilización social por la equidad en ella. Como se verá, se trata, bajo este punto de vista, de aproximaciones desde recursos teóricos y metodológicos novedosos y en exploración. De allí la estructura de capítulos elaborados desde diferentes puertas de entrada y un capítulo final de reflexiones sobre este ejercicio para estimular esfuerzos futuros.

En el capítulo titulado “Evaluación de la calidad de vida: aspectos conceptuales y metodológicos”, los profesores Oscar Fresneda y Jorge Martínez Collantes desarrollan su propuesta para el estudio de la calidad de vida en Bogotá, desde el enfoque de equidad. El punto de partida es el concepto mismo de calidad de vida, pues no existe un consenso o una definición única sobre la misma. Por el contrario, el debate es amplio y profundo, tanto desde el punto de vista epistemológico, como ético y político. Los autores rechazan las posiciones utilitaristas que entienden la calidad de vida como la “consecución de la felicidad” de cada individuo, pero también se apartan de las que la definen en términos de la magnitud del ingreso y la riqueza, o de aquellos que, negando el utilitarismo, se ubican en el respeto procedimental de los derechos. Prefieren seguir a Amartya Sen, para entender calidad de vida en función de aquellas “capacidades que representan logros valiosos para las personas y que les permiten ser más y conducir sus vidas dentro de un ámbito de libertad”. Para identificar las capacidades valiosas a ser tomadas en cuenta en la evaluación, Fresneda y Martínez recurren al marco de los derechos humanos en tanto expresan una norma socialmente aceptada y jurídicamente sancionada. El ejercicio de evaluación que realizan se focaliza en el análisis de las capacidades relacionadas con las metas a las que apuntan esos derechos. De esta forma, si se quiere analizar la calidad de vida desde una perspectiva de equidad, es necesario comparar grupos de población ubicados en diferentes posiciones sociales a la luz de la garantía de los derechos que les permiten desarrollar sus capacidades y ejercer su libertad para realizar su proyecto de vida. Habrá inequidad cuando se encuentre que las desigualdades resultan de una serie de ventajas y desventajas construidas a lo largo de la vida de las personas y derivadas de su posición social.

El segundo reto de esta aproximación consiste en definir a partir de qué información medir la calidad de vida. En el ejercicio realizado se examinan indicadores en seis dimensiones, escogidos por su importancia en tanto expresión de capacidades relacionadas con el cumplimiento de los derechos humanos, a la disponibilidad de información en la Encuesta de 2007 y a su capacidad de discriminación de desigualdades sociales al interior de Bogotá. Las dimensiones fueron: las características, servicios y equipamientos de la vivienda; las características sanitarias de la vivienda; la educación; la alimentación; la salud y la seguridad social; y la seguridad ciudadana.

Ha de advertirse al lector, como lo hacen los profesores Fresneda y Martínez, que la selección de las dimensiones e indicadores, en tanto está condicionada por la información pertinente contenida en la encuesta, no cubre todos los derechos humanos económicos, sociales y culturales. Dentro de las ausencias se destacan los aspectos relativos a la disposición de un trabajo digno, la participación social, la calidad del medio ambiente, la movilidad urbana, la recreación, el deporte, el uso del tiempo libre, y el acceso a bienes y actividades culturales. Deja por fuera, además, otras variables muy importantes como los ingresos de las personas, al reconocer que esta información tiene serias dudas sobre su veracidad y confiabilidad en la encuesta.

El capítulo describe la forma como se agrupan los indicadores y se obtienen sus ponderaciones, a través de técnicas estadísticas, para llegar a índices parciales para cada una de las dimensiones y a un índice compuesto de calidad de vida, que constituye uno de los aportes interesantes del estudio. A partir de allí se presentan algunos de los resultados obtenidos. Cuando se relacionan los índices de cada dimensión de la calidad de vida con el estrato socioeconómico para servicios públicos domiciliarios se descubre una asociación directa. Sin embargo, la posición social es más que el estrato, en la medida en que esa variable es solo descriptiva de las diversas condiciones de vida de la ciudad. Tampoco es suficiente determinar la posición social por el nivel de ingresos como suele hacerse. De manera que se hizo necesario profundizar en el concepto y en la operacionalización de la posición social y realizar un esfuerzo adicional para relacionar mejor el índice compuesto de calidad de vida con el elemento de distribución poblacional más importante.

Por lo anterior, el profesor Oscar Fresneda, en el capítulo titulado “Las desigualdades en calidad de vida por posición de clase social”, asumió el reto de profundizar en este concepto, desde una perspectiva de clase social, tanto en el plano teórico como en el metodológico. Si bien variables como el estrato para servicios públicos domiciliarios o el nivel de ingresos indican aproximaciones a la posición social, no logran interpretar el lugar estructural de la categoría

clase social. Para superar esta limitación, de la que adolece la mayor parte de los análisis sobre inequidades en salud dentro del contexto latinoamericano, el profesor Fresneda plantea los fundamentos conceptuales y metodológicos para llegar a una clasificación operativa de la estructura de clases sociales, con base en variables recolectadas en la encuesta que expresan una aproximación a las relaciones sociales de producción y, por tanto, dan cuenta del lugar que ocupan las personas en esa estructura. Las posiciones de clase social que conforman la estructura de clases delimitan lo que, recurriendo a viejos términos, se podría llamar la clase en sí, es decir, al grupo social delimitado desde el punto de vista de sus condiciones materiales de existencia. En este análisis no se toma en cuenta la conformación de actores colectivos a partir de los intereses que surgen de esas condiciones objetivas, lo que daría lugar a analizar la clase para sí, la clase con identidad y conciencia de sus intereses.

Con fundamento en la propuesta teórica general sobre la estructura de clases sociales se puede obtener una visión aproximada de la distribución de los trabajadores dentro de las posiciones que la conforman. Con el propósito de dar sustento a este ejercicio, y dada la ausencia de estudios de este tipo para Bogotá, Fresneda presenta su análisis en una perspectiva temporal (1964-2007) y espacial (por localidades y estratos socioeconómicos para pago de servicios domiciliarios), con el fin de aportar elementos que den base a su validación y comprensión.

Del análisis efectuado se resaltan cuatro grandes conclusiones. La primera es la constatación acerca de que en las últimas décadas la dinámica de las clases sociales en Bogotá tiende hacia una masificación de lo que se denomina la "pequeña burguesía urbana" (trabajadores independientes) predominantemente en el sector de servicios, más que hacia la proletarización propia de relaciones laborales formales y de un modelo previo de industrialización.

La composición social de la ciudad ha venido evolucionando hacia el predominio de las clases medias (profesionales, empleados, "pequeña burguesía") en un proceso muy dinámico de movilidad social. Los cambios en la estructura de clases en esta perspectiva temporal son para Fresneda la expresión de modificaciones en las relaciones laborales que caracterizan transformaciones en el régimen de acumulación en el país, con el paso del modelo de sustitución de importaciones al de la apertura, en el contexto de la globalización y en el consenso neoliberal de Washington.

La segunda conclusión se refiere a las desigualdades entre las clases sociales a través del tiempo. El análisis muestra que en algunos componentes de la calidad de vida, como el promedio de años de educación, ha habido un mejo-

ramiento generalizado en todas las clases sociales. No obstante, la magnitud de las brechas entre clases se ha mantenido, poniendo en cuestión el papel de la ampliación de la educación para promover la igualdad de oportunidades, tantas veces planteada por las corrientes liberales. En otros, por el contrario, se encuentra avance también general y una disminución de las desigualdades sociales. Es el caso de la masificación del acceso a los seguros en salud.

La tercera consiste en que se presenta una fuerte correspondencia entre las divisiones de clase y la segmentación territorial de la ciudad, por localidades. Es decir, existe una división socio territorial de las clases sociales, lo cual se corroborará por la repartición espacial desigual de los índices de calidad de vida y salud. Así, por ejemplo, en Teusaquillo, Chapinero y Usaquén predominan los directivos, gerentes, profesionales y técnicos con altos niveles de calidad de vida y salud, mientras en Ciudad Bolívar, Bosa y Usme son mayoritarias la población obrera y la de los independientes de pequeños negocios, con menores índices de calidad de vida y salud. Algo similar sucede en el análisis de la composición por posiciones de clase social dentro de los estratos. La segmentación espacial de la ciudad bajo esta perspectiva es también una segmentación entre clases sociales.

La cuarta conclusión se refiere a la contrastación entre los índices utilizados para calidad de vida, salud, riesgo y protección —de los que se hablará más adelante— y la posición social. Se comprueban diferencias notables entre posiciones de clase, tanto para el índice compuesto, como para cada uno de los subíndices que son tomados en cuenta para calidad de vida. Pero también se encuentran discrepancias apreciables entre los promedios de los índices de salud, riesgo y protección, según las posiciones de clases sociales. En todos los índices son generalmente los directivos y gerentes quienes tienen las mayores ventajas y los trabajadores domésticos las mayores desventajas. El ordenamiento de las posiciones de clase para cada índice no es igual en los sectores medios e inferiores de los índices, lo que estaría indicando que las oportunidades de cada posición varían, en la jerarquía social, de acuerdo con condiciones particulares que es preciso examinar en cada caso.

Las regularidades encontradas dan fuerza a la hipótesis de que los elementos y mecanismos que conforman las diferentes posiciones sociales puedan ser considerados como determinantes destacados de las inequidades en calidad de vida y salud. De este modo, sería la pertenencia a las clases sociales, a través de múltiples mediaciones, lo que determinaría las desigualdades en la calidad de la vivienda, en las del entorno ambiental, en el acceso a los alimentos, en la seguridad ciudadana, en los niveles educativos y en la calidad de los sistemas

de salud de los que se goza. Además, según esta gradiente de la división social, las personas estarían expuestas de manera diferencial a riesgos de enfermedad y daño, así como gozarían de diferentes mecanismos de protección social e institucional ante dichas amenazas. Las diferencias entre riesgos y protecciones, al guardar una correspondencia con la división de la sociedad en clases sociales, no dejarían lugar a dudas de que ayudan a mantener y reproducir la segmentación social, así como a obtener los resultados diferentes en calidad de vida y salud.

El análisis desarrollado en el segundo capítulo, más que llegar a conclusiones definitivas sobre las complejas relaciones entre la estructura de clases sociales, la calidad de vida y la salud, está orientado a ilustrar la forma de enfrentar la evaluación de las desigualdades en la calidad de vida y la salud, utilizando información de encuestas como la de Calidad de Vida de 2007. Pero también constituye un reto para las respuestas sociales y políticas frente a la desigualdad social: ¿se está configurando una serie de respuestas desarticuladas que no hacen más que reproducir la inequidad existente?

En el tercer capítulo, titulado “Índices de riesgo y protección. Medición de la equidad a través de grandes encuestas nacionales”, el profesor Félix León Martínez relaciona diversos resultados en salud con la estratificación social de las personas y la calidad de vida. A partir de la misma Encuesta de Calidad de Vida de 2007, Martínez señala la forma como se construyeron tres índices: un “índice de salud”, a partir de siete preguntas de la encuesta que permiten escrutar alteraciones en el estado de salud, desde la percepción de las personas, las limitaciones físicas temporales o permanentes, y el diagnóstico previo de enfermedades crónicas; un “índice de riesgo”, a partir de 18 preguntas que exploran una serie de condiciones o situaciones que tienen implicaciones positivas o negativas para la salud, tales como las características del hogar y del entorno, la calidad del medio ambiente, las actividades laborales y el transporte utilizado, la disponibilidad de alimentos, el nivel educativo alcanzado y el ingreso de las familias; y un “índice de protección”, a partir de 25 preguntas que dan cuenta de algunos mecanismos sociales e institucionales para proteger, prevenir y atender a las personas ante eventuales daños, limitaciones o enfermedades, incluida la disponibilidad de las familias y de las instituciones para el cuidado de niños, niñas y personas mayores, el acceso a servicios de salud y la cobertura de seguridad social.

La principal enseñanza de este ejercicio es que todos los índices, invariablemente, guardan una relación directa con la posición social de las personas, referenciadas aún por la aproximación a través del estrato social. Dado que

muchos elementos del índice de protección hacen parte del índice de calidad de vida, se observa que las limitaciones permanentes, la percepción que las personas tienen de su salud, la cantidad y calidad de veces que pueden acceder a los servicios médicos y a los tratamientos tienen una relación directa con el índice de calidad de vida de las personas. Es decir, a mayor índice de calidad de vida, menos riesgos para la salud, menos enfermedad, discapacidad, daño o deterioro de la salud y más seguridad social y acceso a la atención requerida, con mayor calidad. Por el contrario, a menor calidad de vida, mayores riesgos para la salud, más enfermedad, incapacidad física y emocional, mayor deterioro prematuro y permanente y menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de éstos.

Nada diferente obtuvo el profesor Martínez de la sistematización de cada uno de los componentes del riesgo y de la protección. Nos volvemos a topar con la discriminación social que explica la exposición diferencial a los riesgos, así como la respuesta desigual de la sociedad, las instituciones, los presupuestos y las prioridades de política pública en cuanto a la atención de las enfermedades, según la posición social de las personas. A menor estrato social más vulnerabilidades de la vivienda y del entorno que amenazan a las familias, su salud y su estabilidad económica; pero también más posibilidades de tener un trabajo altamente peligroso para la salud, frecuentar los lugares de la ciudad amenazantes y trabajar durante más horas en lugares expuestos a mayores riesgos. No extraña entonces que la sensación de inseguridad es indirectamente proporcional al estrato del barrio y directamente proporcional a las lesiones personales y al daño en su integridad física, emocional y sexual.

Al final, Martínez muestra la relación inversa entre los promedios de los índices de salud y riesgo, según los estratos socio económicos. De un lado, entre menor es el estrato social de la persona, mayores son los riesgos a los que está expuesta y menor el índice de salud del que se goza. Y del otro, entre más alto es el estrato de la persona mayores niveles de protección, con lo cual las personas de estrato bajo tienen menos afiliación a la seguridad social, planes de atención parciales, de menor cobertura y calidad, dificultades para acceder a especialistas y tratamientos, desatención cuando se encuentran lisiados o con enfermedades crónicas. En conclusión, existe una correspondencia entre los promedios de los índices de salud y protección y el estrato socio económico: entre menor sea el estrato social más quebrantos de salud tendrá una persona promedio y mucho menos protección le será garantizada por la sociedad y el sistema de seguridad social en salud. Finalmente, existe una relación inversa en cuanto a riesgos y protecciones determinantes de la condición de salud: a

mayor riesgo menor protección y a menor riesgo mayor protección, resultado invariablemente ligado a la posición social.

La conclusión de este estudio no puede ser más alarmante en un doble sentido. Primero, en cuanto ilustra de manera empírica cómo la posición social discrimina en contra de la salud y la calidad de vida de las personas; a su vez, los deterioros en salud no pueden sino retroalimentar las incapacidades y limitaciones de las personas, ahondando su precariedad, impidiéndoles generar más recursos, educarse más y mejorar su entorno físico y familiar. La espiral de las discriminaciones sociales en salud no sólo refleja y es producto de las inequidades sociales existentes, sino que ayudan a mantenerlas, reproducirlas y amplificarlas. La creciente concentración de los riesgos en los estratos socioeconómicos más bajos, mostrada por la investigación, se traduce en que la condición de pobreza no significa únicamente carencia de recursos económicos, sino que incluye mayor riesgo de enfermedades, lesiones, incapacidad y muerte, en virtud de una nutrición deficiente, condiciones sanitarias precarias, condiciones de la vivienda y del barrio riesgosas, actividades ocupacionales y condiciones de transporte con mucha mayor probabilidad de accidentes; en suma, que la pobreza incluye en nuestra sociedad un juego de probabilidades muy alto de perder la salud, que afectará a su vez la posibilidad de generar ingresos en el grupo familiar, con lo cual se reproduce el círculo de la pobreza.

Segundo, a pesar de cuantiosos recursos anuales invertidos en la seguridad social y en particular en el aseguramiento y la atención en salud, los resultados en términos de equidad no pueden ser peores. La investigación muestra que la población de la capital colombiana está segmentada en dos grandes grupos: el primero incluye a los tres estratos superiores que cuentan con niveles de protección y seguridad social aceptables y que logran mejor acceso a las soluciones médicas, tecnológicas y asistenciales ante los problemas de salud; y el segundo, mayoritario sin duda, está conformado por los tres estratos inferiores, con niveles de protección muy bajos, en especial en la cobertura de los distintos componentes de la seguridad social -salud, pensiones y riesgos profesionales-, lo que significa posibilidades inferiores y enormemente limitadas de acceso a las soluciones médicas, tecnológicas y asistenciales ante los problemas de salud y una inferior calidad de vida en conjunto.

Lo anterior se traduce, una vez más, en que pobreza no significa únicamente carencia de recursos económicos, sino también limitación de derechos y oportunidades, privación o grave limitación de los mecanismos de protección frente a los mayores riesgos que enfrenta la mayoría de la población, cuando no francas condiciones de exclusión que limitan la posibilidad de cuidar la salud y recupe-

rarla cuando se deteriora, así como de compensar las discapacidades o limitaciones. En suma, una ciudadanía limitada, que también afecta la posibilidad de generar ingresos en el grupo familiar y se traduce igualmente en mecanismos de reproducción de la pobreza.

En conjunto, un grupo o estrato social con muchos mayores riesgos y menores protecciones significa un grado de desventaja social mucho mayor que la ya grave limitación de recursos para adquirir bienes y servicios básicos. Significa que sus probabilidades están jugando en contra de poder salir de la situación de pobreza y que tal desventaja o condición no se supera con apoyos económicos precarios, sino con protección real frente a los riesgos simultáneos a través de una verdadera igualdad de derechos ciudadanos interdependientes, entre los cuales están la cobertura y la calidad de la protección y seguridad social que se requieren.

Estos resultados indignan más aun al haberse convertido Colombia en la primera década de 2000 en el país más inequitativo de América Latina, la región más inequitativa de mundo. Vale señalar que la inequidad en los resultados en salud, así como en los índices de calidad de vida no se deben a que Colombia sea un país pobre, pues para poder ser un país muy inequitativo se requiere ser un país rico y tener mucha riqueza y mucha pobreza juntas. El problema se sitúa, por el contrario, en la distribución de esa riqueza nacional y de esas oportunidades hoy enormemente cerradas para la mayoría de la población en función de su posición social y ocupacional, en una sociedad que se caracteriza por estar fuertemente estratificada y por no reconocer como iguales a sus miembros.

Tampoco obedecen las inequidades a que Colombia, a diferencia del resto de países de América Latina, estuviera dedicando porcentajes mediocres de recursos públicos y privados a la seguridad social. Por el contrario, el esfuerzo colombiano en la financiación ha sido destacado en periodos recientes, pero continúa existiendo una grave segmentación en la protección y la seguridad social. Por lo tanto, la solución contra la inequidad no parece residir solamente en un aumento considerable de los recursos, sino en recoger y volver a repartir la enorme riqueza, para disminuir las desigualdades sociales y superar los diversos mecanismos de reproducción de la exclusión social.

El cuarto capítulo, titulado "Desigualdad en la respuesta social en salud en Bogotá", de la profesora Decsi Astrid Arévalo, se concentra en el ámbito de las respuestas desiguales que alimentan las desigualdades injustas en los resultados de salud para grupos sociales, de manera extensiva y durable. La autora analiza las características, orientaciones y limitaciones de la oferta creada por el sistema de seguridad social, así como los problemas de acceso

en los que se expresan sistemáticamente las discriminaciones sociales en salud en Bogotá.

Desde la perspectiva de la oferta, se acotan dos de los principales obstáculos al avance en la equidad: por una parte, la incapacidad del sistema de garantizar la universalización del aseguramiento a pesar de haber sido el mandato de la Ley 100 de 1993 para el año 2000; y por otra, la segmentación del régimen de aseguramiento en tres categorías –el contributivo, el subsidiado y los vinculados–, partición que discrimina a las personas en cuanto a los planes de beneficios en salud, la calidad y oportunidad de los servicios. Ante esta situación, la Honorable Corte Constitucional ordenó, mediante la sentencia T-760 de 2008, la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y la cobertura universal del aseguramiento.

En este contexto de restricciones institucionales, la profesora Decsi explica los avances del Distrito Capital para el logro de las coberturas universales y los programas de discriminación positiva a favor de menores de edad, jóvenes, la tercera edad, las mujeres en embarazo y la población en situación de desplazamiento. De la misma manera, explica el desarrollo de programas con énfasis social, comunitario y familiar dentro de un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con énfasis en la calidad de vida y la intervención social integral sobre los ámbitos de vida y los territorios sociales.

La segunda parte del trabajo analiza, a partir de la Encuesta de Calidad de Vida del año 2007, los resultados en cuanto a acceso a salud de la población bogotana. Aparece entonces de manera sistemática una serie de desigualdades determinadas por la posición social de las personas y que se escalonan en tres pasos: el acceso al sistema, la atención y los eventuales tratamientos. Para bien de la ciudad, la inmensa mayoría de las personas afectadas por una dolencia o calamidad tuvieron acceso a los servicios de salud, aunque la intensidad de uso de éstos es directamente proporcional al decil de ingreso de las familias, es decir, entre más recursos se posee más uso se hace de los servicios. Problemas de disponibilidad de dinero, de distancia y de trámites alejan el acceso para la población de menores recursos. La población mayor de 50 años de edad también padece mayores obstáculos al acceso respecto de menores de edad y jóvenes, lo cual podría ser el resultado de la discriminación positiva a favor de la primera infancia de parte de las autoridades sanitarias de la ciudad. Quizás también exista una causa cultural que concurra en este resultado, es decir, una prelación social por atender a estos grupos de edad. La posición social vuelve y discrimina a las personas en la medida en que, además de los infantes, el mayor acceso a la atención corre a favor de las personas con mayor calificación pro-

fesional respecto de la población con pocos años de escolaridad. Finalmente, el uso de los sistemas de salud se reparte territorialmente. Importantes barreras de acceso sufren las poblaciones de Sumapaz, Usme y San Cristóbal, mientras la facilidad de acceso y la intensidad del uso de los servicios favorece a la población de Barrios Unidos, como la que más. Resultados similares a los anteriores encontrará el lector respecto a las iniciativas de promoción y prevención, en cuanto a que se repiten los resultados desiguales por el nivel de ingreso, la edad y el nivel de escolaridad. Una benéfica excepción en cuanto a la desigualdad de resultados por ubicación geográfica de la población es Sumapaz, destino de campañas especiales de educación en salud y prevención de enfermedades.

El 80% de la población de Bogotá estaba afiliada en 2007 a alguno de los dos regímenes de aseguramiento: el subsidiado y el contributivo. El acceso al sistema de aseguramiento y la repartición de la población entre sus regímenes también se explica por diferencias de edad, localidad en la que se reside, nivel de escolaridad alcanzado, categoría laboral e ingresos a disposición de las personas. Es decir, se repiten, por condiciones sociales, resultados diferentes de acceso al aseguramiento y a uno de sus dos regímenes. Esto advierte a las autoridades del Distrito que, si bien normativa, institucional y programáticamente avanza en políticas pro equidad, todavía el acceso a la promoción, a la prevención, a la atención y al sistema de aseguramiento mismo reproducen desigualdades importantes derivadas de la posición social.

En cuanto a los tratamientos, la profesora Decsi encuentra que los bogotanos perciben, en general, barreras a la entrega de todos los medicamentos necesarios para el alivio de sus dolencias, aunque dicha percepción se reparte de manera diferente entre las localidades del Distrito. Dichos resultados no parecen obedecer a discriminaciones por nivel escolar, ciclo de vida o género, pero sí por el nivel de ingresos de las personas, lo que resulta inaceptable para cualquier sistema de seguridad social en salud.

El capítulo final, elaborado por el profesor Mario Hernández, con el título "Aportes al debate internacional sobre equidad en salud", presenta un balance de este nuevo ejercicio realizado por el equipo del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud, en el marco del debate internacional sobre el tema de la equidad en salud. Es claro que el enfoque de equidad implica un desplazamiento del paradigma tradicional de la Epidemiología y de la Salud Pública, mediante el cual se ha enfatizado en la identificación de los factores de riesgo para cada tipo de enfermedad, con el ánimo de orientar las acciones en salud, tanto de los individuos, como de las instituciones que las realizan, en los ámbitos individual y colectivo. Tal desplazamiento implica asumir, de manera conscien-



te, una posición ética sobre el principio de justicia, desde la cual se valoran las desigualdades entre diferentes grupos sociales. Pero también una posición epistemológica que, cuando se examina con rigor, debería ser coherente con la posición ética. Es muy diferente leer las desigualdades sociales desde las propiedades de las personas y asumir la justicia como una distribución focalizada de los recursos públicos para quienes demuestran ser pobres y otra, muy diferente, es considerar que la igual dignidad de las personas implica distanciarse de la propiedad como primer distribuidor, para apoyarse en la condición de ciudadano o ciudadana, según la cual la disponibilidad de bienes y servicios estaría relacionada con la necesidad de las personas y con el deber del Estado de garantizar los derechos de ciudadanía.

El llamado a la conciencia de la profundidad de este debate no es una veleidad académica. Tiene implicaciones políticas y sociales de envergadura que el profesor Hernández presenta en esta sección, como un aporte del trabajo colectivo que ha venido adelantando el Observatorio, siempre orientado hacia una desnaturalización de las desigualdades injustas que vive la sociedad colombiana, para impulsar la acción colectiva y compleja que exige su superación.





Capítulo I

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

*Óscar Fresneda Bautista **
*Jorge Martínez Collantes ***

* Sociólogo, Magíster en Economía y candidato a Doctor en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Investigador del Grupo de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID– de la misma universidad. Profesor Investigador de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia.

** Licenciado y Magíster en Matemáticas, y Doctor en Estadística. Profesor pensionado de la Universidad Nacional de Colombia e investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID de esa misma universidad.





El capítulo presenta un ejercicio práctico, referido a Bogotá, tendiente a ilustrar la forma de evaluar la calidad de vida, utilizando la información de la Encuesta de Calidad de Vida de 2007 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE– y Secretaría Distrital de Planeación-SDP).

La primera sección del capítulo se refiere al contenido que otorgamos a la noción de calidad de vida. Precisa el marco conceptual que da fundamento al examen de esta noción y al diseño de instrumentos para evaluarla.

En la segunda sección se analizan algunas problemáticas metodológicas generales que plantea la evaluación de las múltiples dimensiones de la calidad de vida. En la tercera exponemos los criterios prácticos y operativos que adoptamos para el adelanto del ejercicio. La sección final contiene algunos de los resultados obtenidos de la aplicación de esos criterios en desarrollo del mismo.

LA NOCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Con esta noción buscamos expresar los logros obtenidos en torno a propósitos que se consideran socialmente valiosos e ilustrar las desigualdades que se presentan en torno a elementos destacados de esos logros.

La calidad de vida apunta a expresar los fines que es deseable obtener para los individuos y la sociedad, respondiendo a las preguntas acerca de ¿qué es la buena vida? y ¿qué hace que una vida sea valiosa? Ha sido definida de diferentes maneras dentro de concepciones diversas sobre la justicia, y sobre la forma de evaluar los avances de las sociedades y la distribución de las ventajas a su interior. Se ha entendido como la consecución de la felicidad, como el acceso a recursos y bienes, o como el respeto procedimental de los derechos (Scalon, 1996: 245-246; Nussbaum y Sen, 1996: 15 y ss.; Nussbaum, 1997: 279-280).

Amartya Sen ha conceptualizado la calidad de vida en función de aquellas capacidades (“capabilities”) que representan logros valiosos para las personas. Las capacidades constituyen las oportunidades reales que les permitan ser más y conducir sus vidas dentro de un ámbito de libertad (Sen, 1987b: 36; 1992a: 40; Nussbaum y Sen, 1996)¹. Expresan las potencialidades para lograr lo que,

¹ La exposición que se hace en las páginas siguientes consulta lo desarrollado en el trabajo, no publicado, de Jorge Iván González y Óscar Fresneda, 2004.



en términos aristotélicos, se considera una buena vida², resaltando el papel de la libertad para obtener realizaciones, por las propias decisiones y la acción de otros, y conservando un espacio para la convivencia de distintas concepciones morales (Sen, 1987b: 36; 1992 a: 40; 1996; 2009: 261 y ss.).

Las capacidades toman forma concreta y pueden ser especificadas en términos de los funcionamientos (“functionings”)³, es decir, de aquellos elementos que conforman lo que pueden lograr ser o hacer los seres humanos. En el espacio de los funcionamientos las capacidades de una persona se definen a través de los vectores de ellos que pueden ser escogidos o pueden ser alcanzados en función de su plan de vida (Sen, 1984: 81; 1992a: 63; 1996: 55 y 70-72).

Entender la calidad de vida en términos de capacidades supera la visión del utilitarismo que ha sido una de las corrientes predominantes en el pensamiento occidental sobre la justicia social en los últimos siglos. En primer lugar, porque considera el bienestar en una multiplicidad de aspectos diferentes a las utilidades, que son los únicos objetos que se consideran valiosos dentro del hedonismo utilitarista (Sen, 2009: 263). Además, porque rechaza lo que es válido dentro de las concepciones propias de esa corriente de pensamiento en relación con el uso de medios que lleven a la violación de los derechos y libertades de algunos en razón de una mayor felicidad para otros (Rawls, 1971: 37).

Otro enfoque frecuentemente utilizado para evaluar el bienestar y la ventaja de las personas se basa en el ingreso, la riqueza o los bienes que poseen⁴. Esta perspectiva, que A. Sen califica como de la opulencia, falla por dos tipos de razones. La primera, porque no tiene en cuenta las diferencias individuales que dan a cada cual unas posibilidades específicas para transformar los recursos o bienes de que dispone en capacidades. El ejemplo típico es el del individuo que sufre de alguna discapacidad y requiere recursos de diferente calidad y magni-

2 En la concepción aristotélica, la buena vida es aquella que se adecúa a un patrón moral que corresponde con la naturaleza humana. Vivir bien es seguir una norma que da cuenta de fines esenciales del ser humano. A partir de precisar cuál es la función del ser humano, se define cuál es el sentido de su actividad y cuáles las actividades a las que se da valor (cfr. Sen, 1996: 75).

3 El término “functionings”, utilizado por Sen, es traducido en algunas de sus obras como “realizaciones”. Véanse, por ejemplo, los libros del autor que ha publicado en español la editorial Paidós (Sen, 1997).

4 “En la evaluación de la justicia basada en capacidades, las reivindicaciones individuales no se valoran en términos de los recursos o bienes primarios que poseen las distintas personas, sino en términos de las libertades de las que realmente gozan para elegir entre los diferentes modos de vivir que pueden tener razones para valorar. Es esta libertad real la que representa la ‘capacidad’ de una persona para conseguir las varias combinaciones alternativas de realizaciones, esto es de hacer y estares.” (Sen, 1997: 115).

tud que los necesitados por los individuos sanos⁵. La segunda, porque evalúa los medios y no lo que las personas pueden lograr con los medios de que disponen. Sobre estas bases, en el enfoque de las capacidades se cambia el énfasis, colocando la prelación que se ha dado a los medios, en las oportunidades reales de vivir (Sen, 1988; 1992a; 2009: 263-264).

El enfoque de Sen se distancia igualmente de las posiciones que colocan como elemento clave para entender la calidad de vida el cumplimiento de los derechos en términos de restricciones que deben ser respetadas⁶. La limitación que tienen se encuentra en que se quedan en el campo de la libertad negativa. Si lo importante es lograr una buena vida, se requiere evaluar las consecuencias, y analizar la pertinencia de los derechos a la luz de sus posibles resultados. El campo de evaluación pertinente no se reduce solamente a aquellas dimensiones de la calidad de vida que están relacionadas con restricciones procedimentales que garantizan el ejercicio libre de ciertas actividades.

Sen acoge un consecuencialismo pluralista que es sensible a los derechos. Las consecuencias no se reducen al marco estrecho de las utilidades del bienestarismo, sino que incorporan el amplio espectro de información de las capacidades y los funcionamientos o realizaciones (Hernández, 2006: 87-88, 94 y ss.).

La visión de Sen supera las limitaciones de las concepciones del utilitarismo, la opulencia y los derechos negativos. Su teoría de la justicia define un "espacio" de los objetos a ser evaluados: el delimitado por los funcionamientos y las capacidades (Sen, 1996: 77-78). No obstante, es incompleta. Carece de una pauta moral que permita determinar las capacidades y funcionamientos relevantes. Su formulación queda abierta a que las capacidades valiosas sean seleccionadas o bien en el ámbito de la libertad individual, a través de las elecciones personales, o bien a que se tome una norma colectiva para definir las que se consideran importantes o básicas⁷.

Dentro del enfoque de las capacidades, Martha Nussbaum ha criticado el relativismo de Sen señalando que el enfoque provee un marco para construir una concepción normativa de la justicia social, especificando un conjunto de capacidades que sean prioritarias (Nussbaum, 2003: 33 y ss.). Ha sostenido con

5 Sen critica la concepción de los bienes primarios de Rawls debido a que los recursos que ellos representan no se convierten en capacidades de forma similar para todas las personas. De esta forma en el espacio de los recursos no es posible responder la pregunta sobre quién está en mejor situación y quién peor (Sen, 1992 a: 97-98; Nussbaum, 1997: 284).

6 Es la posición de la teoría de la justicia de Nozick.

7 Diversos autores han puesto en evidencia esta limitación. Véase al respecto: Nussbaum, 1987: 40, 1997: 285 y ss. y 2003: 33 y ss., Williams, 1987: 96 y ss., Hernández, 2006: 171 y ss., Boltvinik, 2005, 2007: 16 y ss., Gasper, 2007: 294.

tal fundamento una noción sustantiva de la calidad de vida que conduzca a definir rasgos esenciales de la buena vida⁸, identificando capacidades de prioridad universal a través de una lista que recoja un amplio consenso y que se basen en una concepción de la dignidad del ser humano y de una vida que corresponda con esa dignidad (Nussbaum, 1997: 277; 2003: 40 y ss.; Gaspers, 2007: 296 y ss.).

En la perspectiva de la evaluación de la calidad de vida que se enfrenta para Bogotá a través del ejercicio de análisis de la ECV 2007, proponemos una forma de especificar los contenidos de la calidad de vida a tomar en cuenta, que rescata la concepción de capacidades en su relación con los derechos humanos. Incluir el marco de los derechos humanos sociales ayuda a la selección de los campos a ser valorados, expresados en una norma socialmente aceptada y jurídicamente sancionada.

Los derechos humanos sociales sancionan jurídicamente lo que el Estado y la sociedad deben garantizar individual y colectivamente, y lo que puede ser reclamado por los individuos y las colectividades. En su formulación concreta con frecuencia señalan los medios para obtener realizaciones, en el espacio de bienes y servicios. Aunque los derechos sociales no son de aplicación inmediata y su cumplimiento está condicionado a los recursos y formas institucionales para cumplirlos, señalan metas sociales en la vía de la satisfacción de algunas necesidades.

Sin pretender dilucidar todas las complejas relaciones entre capacidades, funcionamientos y derechos humanos, el ejercicio de evaluación que realizamos se focaliza en el análisis de las capacidades y funcionamientos relacionados con los derechos humanos sociales en términos de un conjunto de metas sociales, social y jurídicamente validadas. Esta opción, que acota el campo de evaluación, tiene además un fundamento pragmático en tanto centra la atención en temáticas que han tenido prelación y cuentan con un amplio consenso en nuestro medio en torno al papel del Estado para el desarrollo de las políticas públicas tendientes a la elevación de la calidad de vida y a la garantía de los derechos humanos.

En la perspectiva aquí propuesta, se sugiere tomar en cuenta el contenido de los derechos económicos, sociales y culturales de la Constitución Política colombiana y de los tratados internacionales que comprometen al país, de for-

⁸ *“Me parece, entonces, que Sen debe ser más radical de lo que ha sido hasta ahora en su crítica a las explicaciones utilitaristas del bienestar, mediante la introducción de una explicación objetiva y normativa del funcionamiento humano y mediante la descripción de un procedimiento de evaluación objetivo por el cual se puedan valorar los funcionamientos por su contribución a la buena vida humana.”*(Nussbaum, 1987: 40, se toma la traducción de Sen, 1996: 75-76).

ma que se identifiquen las capacidades y funcionamientos que deben tenerse en cuenta prioritariamente en la evaluación de la calidad de vida dentro de las restricciones que impone la disponibilidad de información de la encuesta a la que recurrimos⁹.

ASPECTOS METODOLÓGICOS Y OPERATIVOS: LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Con el propósito de ilustrar un camino para evaluar la calidad de vida, tratamos tres cuestiones que están en la base de la forma práctica definida para llevarla a cabo. La primera está referida a la selección de las dimensiones o capacidades que deben ser tenidas en cuenta. La segunda trata sobre problemas metodológicos para la medición de la calidad de vida y señala alternativas para hacerlo. Y la tercera hace relación a la forma de obtener una medida agregada que sintetice, en forma equilibrada, los indicadores a tomar en cuenta para expresar las dimensiones y características escogidas.

La diversidad constitutiva de la calidad de vida: las dimensiones destacadas

El primer paso de la evaluación de la calidad de vida es la identificación razonada de aquellas capacidades y funcionamientos, representados en formas de ser y de actuar de las personas, que sean especialmente valiosas para los objetivos que se persiguen (González y Fresneda, 2004, cfr. Sen, 1987a; 1987b; Sen, 1992a; Foster y Sen, 2001).

Para el ejercicio de evaluación de la calidad de vida de Bogotá aquí presentado consideramos, como se señaló, que el marco de referencia para elegir las capacidades, y el espacio de realizaciones y funcionamientos correspondiente, se encuentra en los objetivos de los derechos humanos económicos, sociales y culturales consignados en la Constitución Política y en tratados internacionales,

⁹ La Constitución Política colombiana, además de consagrar los derechos económicos, sociales y culturales, destaca, en su artículo 366, el papel del Estado en relación con la elevación del bienestar y la calidad de vida: "El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable...". El actual Plan de Desarrollo de Bogotá: "Bogotá positiva: para vivir mejor" tiene dentro de sus objetivos principales elevar la calidad de vida de la población, garantizando el cumplimiento de los derechos humanos y el logro de la equidad.

que tienen un carácter prestacional¹⁰. Bajo tal orientación, se busca resaltar las áreas de intervención de las políticas públicas a las que hacen referencia esos derechos en el ámbito del bien-estar.

En ese ejercicio buscamos, hay que resaltarlo, ilustrar un camino para hacer la evaluación de la calidad de vida y de las desigualdades que se encuentran para su logro. Bajo la restricción de la información disponible en la encuesta que es utilizada como fuente de información, se examinan las siguientes dimensiones por su importancia y capacidad de discriminación de desigualdades sociales al interior de Bogotá:

- Características, servicios y equipamientos de la vivienda
- Características sanitarias de la vivienda
- Educación
- Alimentación
- Salud y seguridad social
- Seguridad ciudadana

◆ **Características, servicios, condiciones sanitarias y equipamientos de la vivienda**

Esta dimensión se refiere a la disposición de una vivienda digna, que otorgue protección y abrigo, y permita un alojamiento estable, con las facilidades de espacio, servicios públicos y equipamientos considerados indispensables para la vida familiar en el contexto de la ciudad. El derecho a la vivienda digna se encuentra incluido en la Constitución Política colombiana y evoca un conjunto de realizaciones que guardan relación con las funciones de la vivienda¹¹. Incluimos igualmente en esta dimensión las realizaciones originadas en las provisiones públicas que permiten el acceso al agua potable, al saneamiento básico y a las fuentes de energía para la vida familiar: servicios de acueducto, sanitario, recolección de basuras y energía eléctrica. Consideramos igualmente las condiciones de la vivienda que inciden en la salud de la familia: forma de obtener el agua, tratamiento de basuras y afectaciones del entorno¹².

¹⁰ El ámbito de los derechos prestacionales está definido, de manera genérica, en los artículos 21 (Derecho a la participación política y equidad en el acceso a los servicios públicos), 25 (Derecho a un nivel de vida adecuado) y 26 (Derecho a la educación) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En la Constitución Política de Colombia se encuentran especificados principalmente en los Capítulos 2 (De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales), 3 (De los derechos colectivos y del ambiente) y 5 (De la finalidad del Estado y de los servicios públicos).

¹¹ Artículo 51 de la de la Constitución Política (CP) colombiana.

¹² Artículos 49, 78 y 365 a 369 de la CP.

◆ Educación

Esta dimensión alude a las capacidades relacionadas con los conocimientos y destrezas de las personas, que les permiten relacionarse, participar en la sociedad y aportar productivamente a ella. La educación facilita el acceso al mercado del trabajo y, por esta vía, a las titularidades que pueden obtenerse gracias al ingreso. Los derechos humanos relacionados con la educación se refieren al carácter gratuito de la educación básica y a la igualdad de oportunidades de acceder a los otros niveles educativos por parte de niños, niñas y jóvenes¹³.

◆ Alimentación

Señala las capacidades básicas para mantener y desarrollar plenamente las facultades físicas y mentales de todas las personas. El derecho a la alimentación considera el acceso físico y económico a los alimentos adecuados o a medios para obtenerlos, y está consignado en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en otros convenios internacionales¹⁴.

◆ Salud y seguridad social

El disfrute de una vida saludable y prolongada expresa las capacidades y realizaciones asociadas a esta dimensión. Comprende igualmente el acceso a una asistencia sanitaria segura y oportuna en caso de enfermedad, sin que se comprometan recursos para la subsistencia de la familia, ni se ponga en peligro el patrimonio familiar. Los derechos relativos a esta dimensión están formulados en términos de oportunidades de acceso a los servicios de salud¹⁵.

◆ Seguridad ciudadana

Comprende las capacidades de tener una vida libre de los riesgos que las conductas delincuenciales crean sobre la vida, honra y bienes¹⁶.

Dimensiones no consideradas

El campo de evaluación que se aborda, centrado en los temas ya mencionados es parcial. No considera todos los derechos humanos económicos, sociales

13 Artículos 54, 67 y 70 de CP.

14 Artículos 43, 44, 46 y 65 de la CP.

15 Artículos 48 y 49 de la CP.

16 Artículos 11, 21, 22 de la CP.

y culturales. Destacamos a continuación algunas ausencias que deberían tratar de ser subsanadas en ejercicios de evaluación más comprensivos .

No se examinan las capacidades y funcionamientos relativos a la disposición de un trabajo digno, como forma de realización personal y medio para aportar productivamente a la sociedad y para obtener una remuneración adecuada¹⁷. Tampoco son contemplados los relativos a los derechos de participación. Estos derechos se refieren a las capacidades para incidir en las decisiones colectivas. Su ejercicio expresa libertades positivas y es un elemento necesario del proceso que busca mejorar la calidad de vida (Sen, 2000: 54 y ss., 342 y ss.; González y Fresneda, 2004). Se dejan de lado, igualmente, los que tienen que ver con condiciones colectivas y relativas a la sustentabilidad en el desarrollo que han recibido especial valoración en los planes de desarrollo de Bogotá: la calidad del medio ambiente para llevar a cabo una vida sana, libre de riesgos naturales y perturbaciones sobre la vida individual y colectiva, así como las facilidades para la movilidad urbana¹⁸.

En el campo de las capacidades y funcionamientos relativos a los derechos sociales, económicos y culturales falta también el examen de los otros espacios en nuestro ejercicio como los relativos a recreación, deporte y uso del tiempo libre, acceso a bienes y a actividades culturales¹⁹.

Cuestiones metodológicas para la evaluación de la calidad de vida

◆ **Niveles en la evaluación de la calidad de vida y uso de indicadores indirectos**

La evaluación de la calidad de vida, bajo el enfoque de capacidades, implica tomar en cuenta las características propias del espacio de funcionamientos y realizaciones posibles de obtener o efectivamente obtenidas en las dimensiones destacadas. En esta ubicación hay dos niveles posibles de las evaluaciones.

El primero, el más ambicioso, denominado como de aplicación de elecciones, considera todo el campo de opciones alternativas y permite comparar los distintos conjuntos del espacio de elección. Las capacidades de las personas se especifican como un conjunto de vectores de las realizaciones que están al alcance de cada una de ellas. Esto permite "...comparar conjuntos y no sólo puntos en este espacio, e implica el asunto adicional que la importancia de la

17 En la Constitución Política colombiana se incorpora el derecho al trabajo en su artículo 13.

18 Artículos 79, 80 y 82 de la CP.

19 Artículos 52 y 70 de la CP.

libertad puede ampliarse bastante más allá del valor que posee el elemento particular elegido..." (Foster y Sen, 2001: 233, cfr. González y Fresneda, 2004).

En la práctica, por restricciones en la cobertura temática y en la calidad de la información, la mayor parte de las veces es necesario quedarse sólo en la evaluación de las realizaciones y funcionamientos alcanzados. Este nivel restringido constituye la evaluación elemental²⁰.

De otra parte, ya que los conjuntos de las capacidades de las personas no son directamente perceptibles, es necesario evaluarlos empíricamente en cualquiera de los dos niveles, a partir de hipótesis sobre la forma como se manifiestan y, con frecuencia, a través de sus expresiones indirectas (cfr. Sen, 1992a: 66). Este hecho obliga a precisar el papel que se asigna a las variables e indicadores utilizados en relación con las capacidades y funcionamientos a los que se ha dado prioridad en la evaluación.

◆ Enfoques directo, indirecto y complementario de medición

Para adoptar una estrategia práctica tendiente a evaluar los resultados de las políticas económicas y sociales sobre la calidad de vida, Sen recomienda asumir una actitud pragmática: "Es muy necesario ser pragmático —anota— cuando se utiliza la motivación que subyace en la perspectiva de las capacidades para emplear los datos existentes, con el fin de realizar evaluaciones prácticas y análisis de la política económica y social" (Sen, 2000: 107). No siempre es la mejor salida optar por una medida directa de las capacidades. Algunas capacidades son difíciles de medir, y del intento de llegar a indicadores para cuantificarlas pueden resultar cifras que ocultan más de lo que revelan (Sen, 2000: 107). En cada circunstancia, y teniendo en cuenta los objetivos de la evaluación que se haga y la información disponible, se requiere adoptar una opción dentro de los enfoques prácticos existentes para aplicar la perspectiva de las capacidades.

Sen distingue tres enfoques metodológicos para la evaluación de los avances y desigualdades de las capacidades: 1) el directo, 2) el complementario, y 3) el indirecto (Sen, 2000: 107 y ss., González y Fresneda, 2004).

◆ El enfoque directo

En el enfoque directo se examinan las ventajas de los individuos, comparando los vectores de realizaciones que les corresponden (ya sea los posibles a

20 "Es evidente —anota Sen— que la restricción de información planteará más problemas cuando pretendamos usar el enfoque de 'capacidad' para evaluar la libertad en vez del enfoque 'bien-estar real obtenido', pero incluso para este segundo enfoque esta limitación plantea limitaciones sustantivas." (Sen, 1992a: 67).

obtener o los logrados) y se llega a una conclusión sobre el orden de sus respectivos estados. “Esta es, en muchos aspectos, la forma más inmediata y genuina de incorporar a la evaluación las consideraciones relativas a las capacidades” (Sen, 2000: 108).

◆ El enfoque indirecto

Otra opción para medir y evaluar el bien-estar, en el marco del enfoque de capacidades, es el recurrir a procedimientos indirectos que dan un tratamiento especial a variables como el ingreso, los recursos o los bienes consumidos. Esta información es una “proxy” de la magnitud de las capacidades de los individuos o de los hogares a través de los recursos que permiten alcanzarlas. En esta línea de abordaje se podría, por ejemplo, “...empezar con el espacio clásico de los ingresos y considerar los otros determinantes de las capacidades para obtener ‘ingresos ajustados’. Por ejemplo, el nivel del ingreso de una familia podría ajustarse hacia abajo por el analfabetismo y hacia arriba por los niveles de educación elevados, entre otros, con el fin de volverlos ‘equivalentes’ en términos de logros de capacidad.” Este procedimiento permite llegar a una evaluación global de las ventajas individuales, en el espacio del ingreso, aunque con valores ajustados que tomen en cuenta las variaciones individuales de las familias y del contexto socio-económico o geográfico que inciden en la conversión de los recursos o gastos en capacidades (Foster y Sen, 2001: 245-246).

◆ El enfoque complementario

Este tercer enfoque es un híbrido de los anteriores. En su aplicación se recurre al espacio de las comparaciones por niveles de ingreso, completándolas con las relacionadas con las expresiones directas de las capacidades: “Algunos factores como la existencia de asistencia sanitaria y su cobertura, la evidencia de discriminación sexual en la distribución de recursos dentro de la familia y la presencia de paro y su magnitud pueden complementar la información parcial que transmiten las medidas tradicionales en el espacio de la renta.” (Sen, 2000: 109).

Características de los índices de calidad de vida

Mediante un índice se busca expresar sintéticamente elementos destacados de los aspectos constitutivos de la calidad de vida, con el propósito de llegar a una medida que apoye la evaluación de su estado, evolución y forma de distribución (Sen 1992b: 21-22). Destacamos dos características de estos índices: su carácter agregativo y su sensibilidad a la desigualdad (González y Fresneda, 2004).

◆ Agregabilidad

De manera general, una medida de la calidad de vida requiere incorporar, a través de indicadores apropiados, los distintos dominios de las realizaciones que son consideradas pertinentes. Por definición, el enfoque directo de evaluación tiene un carácter multidimensional. Es una consecuencia de la pluralidad del concepto de calidad de vida (*CDV*). Si se denotan sus dimensiones como $D_1, \dots, D_p, \dots, D_p$ (siendo p el número de dimensiones consideradas relevantes) la calidad de vida está expresada como una función de esas dimensiones (cfr. Rahman et al., 2003: 8-9):

$$CDV = CDV(D_1, \dots, D_p) \quad (1)$$

A cada dimensión le corresponde un vector de indicadores, $x^j = (x_1^j, x_2^j, \dots, x_{m_j}^j)$ donde $j=1, \dots, p$, y m_j es el número de indicadores para cada dimensión j . Así, la medida de calidad de vida puede representarse como:

$$CDV = CDV(D_1(x^1), \dots, D_p(x^p)) \quad (2)$$

La expresión numérica o índice de la calidad de vida, se obtiene a partir de los valores de los indicadores que corresponden a sus dimensiones, a través de un procedimiento de agregación.

Desde una perspectiva metodológica, la selección de los indicadores a través de los cuales se expresan las múltiples dimensiones de la calidad de vida obliga a fijar un centro de atención, a expresar un énfasis. No es siempre práctico recurrir al más amplio conjunto de indicadores, lo que podría dar lugar a una imagen confusa y no apta para el diseño de las políticas (PNUD, 1990: 36). En este tipo de mediciones se busca destacar las situaciones más significativas y que expresen las capacidades más destacadas para los propósitos de la evaluación (Fresneda, 1998).

Un corolario de esta forma de construir el índice es su cualidad de "descomponibilidad", entendida como la posibilidad que ofrece de examinar los logros en las distintas dimensiones consideradas como fracciones, cuyo aporte puede identificarse separadamente para dar cuenta de la calidad de vida en el conjunto del espacio de evaluación escogido (cfr. Foster y Sen, 2001: 176).

◆ Sensibilidad a la desigualdad

Para los propósitos de la evaluación realizada el índice de calidad de vida debe dar base para analizar las relaciones entre bien-estar y desigualdad, permitiendo establecer la ventaja relativa de grupos diferenciados por su posición social frente a distintas dimensiones de la calidad de vida. Por ello, es preciso que tome en cuenta indicadores que presenten una variación en sus magnitudes a través de la distribución.

ÍNDICE COMPUESTO DE CALIDAD DE VIDA

En el ejercicio que realizamos adoptamos un enfoque de evaluación que privilegia algunas dimensiones destacadas de la calidad de vida, y que busca ilustrar el camino para construir un índice o conjunto de índices con las características reseñadas, utilizando la información disponible en la Encuesta de Calidad de Vida de Bogotá, de 2007. Nuestra intención no es proponer un índice a ser usado en forma permanente para la valoración de la calidad de vida.

En el campo informacional escogido, dentro de las distintas opciones metodológicas, se asume una orientación de evaluación elemental, que examina los funcionamientos y realizaciones alcanzados, sin tomar en cuenta las opciones posibles a ser escogidas. Se sigue, además, un enfoque directo de evaluación a partir de la observación de las ventajas de los hogares en los vectores de realizaciones que les corresponden.

Bajo el enfoque directo adoptado no se toma en cuenta la información sobre los ingresos. En el caso de nuestro ejercicio la adopción de esta opción estuvo determinada por la falta de información consistente, y no constituye una ventaja neta, teniendo en cuenta que la selección temática que hemos hecho deja de lado dimensiones significativas de la calidad de vida, cuya obtención está relacionada con esta variable. El ingreso es una expresión destacada del proceso de ampliación de las capacidades y es una medida indirecta de múltiples aspectos constitutivos de la calidad de vida.

En el ejercicio de evaluación que presentamos se busca destacar la relación entre diferentes dimensiones de la calidad de vida y las que son propias del campo de la salud, como un componente o dimensión de la misma calidad de vida²¹. También nos proponemos examinar las inequidades en salud en distintos planos, diferenciando algunos de sus determinantes inmediatos. Por esa razón se diseñaron y construyeron cuatro índices: el primero de calidad de vida que excluye lo pertinente a la salud, el segundo que expresa el estado de la salud (enfermedad / daño) y los otros dos para captar los riesgos y protecciones que afectan la salud.

En este capítulo se exponen los lineamientos metodológicos del ejercicio práctico tendiente a establecer el primero de esos índices, al que denominamos

²¹ El concepto de salud, como se detalla en el capítulo III, tiene diferentes niveles de comprensión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “estado total de bienestar físico, mental y social”, dándole un alcance semejante al de calidad de vida. La salud ha sido definida igualmente en términos de desarrollo y conservación de capacidades y potencialidades. En un sentido más específico la salud puede entenderse como un componente o dimensión de la calidad de vida.

índice compuesto de calidad de vida (ICCdV). Se señalan, en primer lugar, los indicadores seleccionados en cada una de las dimensiones elegidas. Posteriormente se expone la técnica seguida para dar una ponderación a estos indicadores de manera que se llegue a una medida sintética de la calidad de vida. En el capítulo III, destinado al análisis de las desigualdades en salud, se presenta lo relativo a la metodología para los tres índices restantes.

Las variables utilizadas

En cada una de las dimensiones identificadas se escogieron variables que expresaran las realizaciones en los campos de los derechos humanos seleccionados y que, por su distribución estadística, permitieran analizar desigualdades sociales. Las variables a las que se recurrió captan, de maneras diversas, las realizaciones. Algunos ponen de presente formas de ser y de hacer de las personas que directamente apuntan a los aspectos constitutivos de la calidad de vida. Otros se refieren a situaciones o recursos que son factores condicionantes de la calidad de vida, que están asociados a ella como servicios, procesos o como recursos de los cuales dependen las realizaciones (González y Fresneda, 2004).

A continuación se describen las variables escogidas para captar las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Se trata de variables referidas a los hogares, que en su mayor parte son categóricas, aunque algunas son numéricas. Las categorías de las primeras, así como los valores de las segundas, pueden ordenarse de forma que permitan la comparación de la situación de los hogares y su ordenamiento, permitiendo determinar cuáles de ellos se encuentran en mejor o peor situación respecto a su calidad de vida.

◆ **Características, servicios y equipamientos de la vivienda**

Los indicadores seleccionados buscan expresar el grado en el que se tiene a disposición una vivienda digna por parte de la población. Se refieren a atributos habitacionales que diferencian la calidad de las viviendas en cuatro aspectos: 1) ocupación de una vivienda exclusiva o compartida para el hogar: hogares por vivienda; 2) espacios disponibles en relación con el tamaño del hogar: número de personas por cuarto; 3) disposición de espacios funcionales para el hogar: cocina y sanitario, y 4) acceso a los servicios públicos domiciliarios y calidad de los mismos: acceso al servicio de acueducto y continuidad en ese servicio, acceso a alcantarillado, gas natural, energía eléctrica y teléfono. No son tomadas en cuenta características relacionadas con la estabilidad y calidad de la vivienda desde el punto de vista de sus materiales (paredes o pisos) en tanto la

distribución de las variables que las expresan no tiene capacidad discriminatoria en Bogotá.

◆ **Características sanitarias del entorno de la vivienda**

Se eligieron variables que inciden en las condiciones de habitabilidad de la vivienda ocupada por el hogar en relación con características del entorno (problemas que afectan la vivienda: basureros, inundaciones, entre otros), la forma de tratamiento de las basuras y la fuente de provisión de agua para la preparación de alimentos.

◆ **Educación**

Los indicadores escogidos expresan capacidades relacionadas con el conocimiento y destrezas obtenidas como resultado de la asistencia a las instituciones escolares, que se expresan en el nivel de educación que representa la situación de los miembros de los hogares: alfabetismo de la mayor parte de personas del hogar, nivel educativo del jefe del hogar, años de educación de la población de 25 y más años de edad, y máximo número de años de educación de los miembros del hogar. No se utilizaron variables relativas a la asistencia escolar de la población para tener criterios de evaluación homogéneos entre los hogares con población en edad escolar y sin ella.

◆ **Alimentación**

Se tomaron, como expresión de las capacidades de los hogares para satisfacer sus necesidades alimentarias, variables investigadas en la encuesta referidas a: disponibilidad de recursos para la compra de alimentos, en general, y para los del rubro de carnes, pollo y pescado, en particular: nivel de gasto en alimentos por persona, mejora o empeoramiento de las condiciones de alimentación respecto a la situación de tres años antes, disposición de dinero para comprar alimentos.

◆ **Seguridad social**

Se opta por variables relativas a la afiliación a la seguridad social y al régimen de seguridad social en salud al que están afiliados los miembros del hogar (contributivo o subsidiado).

◆ **Seguridad ciudadana**

Se acogen los indicadores de percepción subjetiva sobre la seguridad en el barrio y presencia de algunas circunstancias que la afectan: lesiones personales o violaciones, desalojos, extorsión o chantaje, atracos o robos, homicidios y secuestros.

La construcción del índice

◆ Forma de obtener las ponderaciones

La selección de múltiples y heterogéneos funcionamientos pertinentes para evaluar la calidad de vida equivale a establecer que tienen una ponderación positiva, aunque no se especifique exactamente cuál sea su valor (Sen, 1987b: 30). Para llegar a un ordenamiento completo de los individuos, familias o unidades consideradas, tomando el conjunto de variables seleccionadas para superar el nivel de análisis de la “comparación de capacidades específicas” con base en indicadores particulares, se requiere determinar ponderadores que expresen el valor de cada una de las realizaciones consideradas (Foster y Sen, 2001: 234, cfr. Sen, 1987b: 30-31).

No existen reglas definidas y fijas para la selección de los ponderadores. Llegar a ellos es, según Foster y Sen, un asunto de buen juicio, que requiere lograr un grado de consenso para la evaluación social (Foster y Sen, 2001: 235).

Para adelantar el ejercicio de evaluación de la calidad de vida en Bogotá se propone seguir un procedimiento que permite obtener las ponderaciones a partir del comportamiento estadístico observado de las variables escogidas. Sin intentar llegar a un conjunto de ponderadores que exprese las valoraciones colectivas, se busca una expresión sintética de la magnitud de la calidad de vida a partir de la asociación que presentan los indicadores seleccionados para las distintas dimensiones examinadas.

El procedimiento consta de dos etapas. En la primera se obtiene un índice para cada una de las dimensiones de la calidad de vida, utilizando la técnica estadística de análisis de correspondencia múltiple (ACM). En la segunda se calcula un índice global a partir de los índices de las dimensiones, recurriendo a la técnica de componentes principales.

◆ Índices de las dimensiones de la calidad de vida

Utilizamos la técnica factorial del análisis de correspondencia múltiple (ACM)²², en la cual se obtiene el peso de cada uno de los estados o categorías de las variables seleccionadas, para obtener una medida que exprese cada una de las cinco dimensiones seleccionadas de la calidad de vida. Estos índices se obtienen como funciones lineales de la presencia de las diferentes categorías que presentan las variables escogidas y las ponderaciones obtenidas. La técnica permite definir el peso de cada una de las categorías para obtener una nueva

22 Sobre este método véase Benzécri, 1984 y Volle, 1985.

variable o indicador que puede interpretarse como la expresión oculta de cada dimensión de la calidad de vida²³.

Al acoger medidas que captan la correlación observada, como criterio para llegar a las ponderaciones de un indicador o índice para cada dimensión de la calidad de vida, se acepta, de otra parte, como criterio válido de evaluación el que se tome en cuenta cada estado de las variables en tanto contribuya a lograr un resultado que es producto de distintas situaciones con interdependencias entre ellas. Otorga una valoración al hecho de que las realizaciones obtenidas son producto de una "correalización", más que de una influencia independiente. Las ponderaciones obtenidas dan una idea del aporte de cada categoría en el resultado alcanzado y expresan que vale más lo que, como tendencia, contribuye en mayor forma a alcanzar un resultado global positivo. Manifiestan el posible grado de la contribución de cada situación captada por los indicadores, que definen el espacio de evaluación, al logro conjunto donde confluyen todas las que son tomadas en cuenta.

El ACM tiene la virtud de "develar" el peso de cada categoría considerada de acuerdo con su comportamiento estadístico observado, con lo cual se controla la subjetividad. No obstante, con esta técnica difícilmente se capta el aporte de variables que no están correlacionadas con las otras, aunque tengan una alta valoración por sí mismas. Además, las ponderaciones se obtienen en referencia a un universo particular de estudio, y los cambios que presentan a través del tiempo o entre diferentes poblaciones no expresan necesariamente modificaciones en el marco valorativo, ni en la importancia que le otorgan los individuos.

El índice de cada dimensión se expresa en la fórmula siguiente:

$$D_j = \alpha_1 x_1^j + \alpha_2 x_2^j + \dots + \alpha_{m_j} x_{m_j}^j \quad (3)$$

Donde los coeficientes α son las ponderaciones dadas a cada indicador.

◆ Índice compuesto de calidad de vida

El índice general de calidad de vida se obtiene mediante la combinación lineal de los indicadores numéricos relativos a cada una de las dimensiones, usando la técnica estadística multidimensional de componentes principales, que permite obtener la ponderación de cada uno de ellos. La utilización de esta técnica da pie para interpretar el índice global como la expresión general de las múltiples dimensiones examinadas de la calidad de vida .

²³ El ACM se aplica a variables categóricas y las ponderaciones se obtienen a partir de la contribución de cada categoría de las variables escogidas en la primera componente o eje, que expresa el fenómeno estudiado en su conjunto. Para incluir las variables numéricas en el ACM, se transforman creando una escala que agrupe rangos de los valores que asumen. Esta técnica sólo es aplicable para llegar a un índice sintético cuando hay asociación positiva entre todas las variables.

El índice compuesto de calidad de vida se obtiene según la fórmula siguiente:

$$CDV = \beta_1 D_1 + \beta_2 D_2 + \dots + \beta_p D_p \quad (4)$$

siendo los coeficientes β las ponderaciones que el método de las componentes principales da cada uno de los índices de las dimensiones consideradas.

◆ Validez y confiabilidad del índice

Con sus ventajas y limitaciones las ponderaciones obtenidas a través de estas técnicas estadísticas se validan por la forma como puedan sustentarse a partir de un juicio razonado en el debate público, y como ganen un consenso tanto a partir de sus fundamentos conceptuales y metodológicos, como de los resultados obtenidos. En ningún caso el uso de técnicas que requieren de un conocimiento especializado puede ser un argumento para ocultar los supuestos y criterios que se aplican en los ejercicios de evaluación social, los cuales con frecuencia no agotan las diversas posibilidades de llegar a soluciones razonables.

La validez de la medida obtenida se analiza, en primera instancia, a partir de la información que contiene para dar cuenta de dimensiones relevantes de la calidad de vida. Implica, igualmente, examinar si las ponderaciones utilizadas representan salidas razonables para obtener una evaluación social que corresponda con criterios fundamentados. Para el examen de la confiabilidad que tiene la medida se requiere de una constatación acerca de que los resultados obtenidos corresponden con los de otras variables e indicadores que se mueven en la misma temática y, en su aplicación a distintas poblaciones y momentos, de un examen sobre su capacidad para llegar a conclusiones coherentes con otras informaciones sobre las diferencias de esas poblaciones y las tendencias de los cambios percibidos a través del tiempo (Mukherjee, 1976).

◆ Ponderaciones de los índices utilizados

Las ponderaciones obtenidas por el ACM para cada una de las categorías de las variables categóricas ordinales, o tramos de valores de las variables numéricas de cada dimensión de la calidad de vida, se encuentran en los cuadros 1 a 6.

El índice de calidad de vida se obtiene mediante la combinación lineal de los indicadores de las dimensiones tomadas en cuenta, usando componentes principales. En el cuadro 7 se presenta el peso que el indicador de cada dimensión tiene dentro del índice compuesto.

Cuadro 1 INDICADOR DE EQUIPAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		
Variable	Categoría	Valor
Tipo de servicio sanitario	Inodoro conectado a alcantarillado	,090
	Inodoro conectado a pozo séptico	-4,622
	Inodoro sin conexión	-6,070
	Letrina	-.628
	Bajamar	-5,187
	No tiene	-7,390
Acueducto	Sí	,015
	No	-12,143
Gas natural	Si	,060
	No	-.285
Energía eléctrica	Si	,008
	No	-13,370
Recolección de basuras	Si	,028
	No	-8,011
Alcantarillado	Sí	,106
	No	-11,943
Teléfono	Si	,127
	No	-4,489
Agua todos los días	Si	,064
	No	-2,202
Personas por cuarto	Una o menos persona por cuarto	,332
	Entre y dos personas por cuarto	-.045
	Entre dos y tres personas por cuarto	-.295
	Entre tres y cuatro personas por cuarto	-.301
	Más de cuatro personas por cuarto	-.521
Hogares por vivienda	Un hogar por vivienda	,010
	Hogares por vivienda	-.120
	Tres hogares por vivienda	-.120
	Cuatro hogares por vivienda	-.120
	Cinco o más hogares por vivienda	-.120
Personas por hogar	Una persona por hogar	,300
	Dos personas por hogar	,134
	Tres personas por hogar	-.009
	Cuatro personas por hogar	-.049
	Cinco o mas personas por hogar	-.158
Lugar donde se preparan los alimentos	Cocina	,003
	Cuarto para dormir	-.037
	Sala comedor con lavaplatos	,075
	sala comedor sin lavaplatos	,000
	Patio o corredor	,090
	Ninguna parte	-.326

Cuadro 2 INDICADOR DE LAS CARACTERÍSTICAS SANITARIAS DE LA VIVIENDA		
Variable	Categoría	Valor
TRATAMIENTO DE LAS BASURAS		
Las tiran al río	Si	-16,005
	No	,001
Las entierran	Si	-12,723
	No	,003
Las queman	Si	-12,240
	No	,013
Las tiran al patio	Si	-9,259
	No	,019
Servicio formal de aseo	Si	,065
	No	-10,615
Servicio informal	Si	-10,697
	No	,028
PROBLEMAS QUE AFECTAN LA VIVIENDA		
Plantas de tratamiento de aguas residuales	Si	-1,379
	No	,012
Hundimientos de terreno	Si	-,558
	No	,014
Desbordamientos, crecientes, arroyos	Si	-1,269
	No	,003
Avalanchas, derrumbes o deslizamientos	Si	-1,611
	No	,006
Canales de aguas negras	Si	-,230
	No	,025
Basureros	Si	-,164
	No	,003
Inundaciones	Si	-,266
	No	,008
FUENTE DE AGUA PARA PREPARAR ALIMENTOS		
Acueducto público	Si	,094
	No	-6,194
Agua lluvia	Si	-9,187
	No	,003
Pila pública	Si	-9,187
	No	,003
Acueducto comunal	Si	-6,182
	No	,058
Pozo con bomba	Si	-4,817
	No	,003
Pozo sin bomba	Si	-8,914
	No	,002
Carrotanque	Si	-11,722
	No	,007

Cuadro 3 INDICADOR DE EDUCACIÓN DEL HOGAR		
Variable	Categorías	Valor
Educación del jefe del hogar	Maximo Primaria	-2,283
	Algunos años de secundaria	-1,020
	Secundaria completa	-,146
	Algunos años de educación superior	,835
	Universitaria y Posgrado	1,343
Los miembros del hogar saben leer y escribir	La mayoría no sabe leer	-3,432
	La mayoría sabe leer	-,184
	Todos saben leer	,055
Años de estudio de las personas mayores de 24 años	0 - 3	-2,004
	3 - 6	-1,203
	6 - 9	-,464
	9 - 12	-,009
	12 - 14	,788
	15 - 18	1,417
	18 - 20	1,762
Máximo número de años de educación de los miembros del hogar	1	-2,479
	2	-2,255
	3	-2,031
	4	-1,806
	5	-1,582
	6	-1,358
	7	-1,134
	8	-,909
	9	-,685
	10	-,461
	11	-,236
	12	-,012
	13	,212
	14	,436
	15	,661
	16	,885
	17	1,109
18	1,334	
19	1,558	
20	1,782	

Cuadro 4 INDICADOR DE ALIMENTACIÓN		
Variable	Categorías	Valor
No tienen dinero para comida	Frecuentemente	-2,335
	De vez en cuando	,698
	Nunca	,619
Gasto en comida por persona	Gasto en comida entre 10.000 y 20.000	-,374
	Gasto en comida entre 20.000 y 30.000	-,018
	Gasto en comida entre 30.000 y 4.0000	,339
Condiciones de alimentación con respecto al año 2004	Gasto en comida mas de 40.000	,696
	Mejores	,462
	Iguales	,085
	Peores	-1,630
No tienen dinero para comprar carne, pollo o pescado	Frecuentemente	-1,901
	De vez en cuando	-,360
	Nunca	,780

Cuadro 5 INDICADOR DE SEGURIDAD SOCIAL		
Variable	Categorías	Valor
Afilación a la seguridad social	No hay afiliados a la seguridad social	-,854
	Si hay afiliados a la seguridad social	,052
Afilados al régimen subsidiado	No hay afiliados al régimen contributivo	,522
	Si hay afiliados al régimen contributivo	1,355
Afilados al régimen contributivo	Hay afiliados al régimen contributivo	1,454
	No hay afiliados al regimen contributivo	-,434
Carné o certificado del Sisbén (Sistema de selección de beneficiarios)	Sí hay miembros del hogar con carné o certificado	,514
	Nohay miembros del hogar con carné o certificado	-1,285

Cuadro 6 INDICADOR DE SEGURIDAD CIUDADANA		
Variable	Categorías	Valor
Se siente seguro en el barrio	Si	,422
	No	-,703
PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN EL BARRIO		
Lesiones personales o violaciones	Si	-5,032
	No	-,066
Desalojos	Si	-7,513
	No	,010
Extorsión o chantaje	Si	-4,788
	No	,016
Atracos o robos	Si	-1,320
	No	,284
Homicidios o asesinatos	Si	-8,326
	No	,031
Secuestros o desapariciones	Si	-7,635
	No	,007

Cuadro 7 PONDERACIÓN DE LOS INDICADORES EN EL ÍNDICE DE CONDICIONES DE VIDA

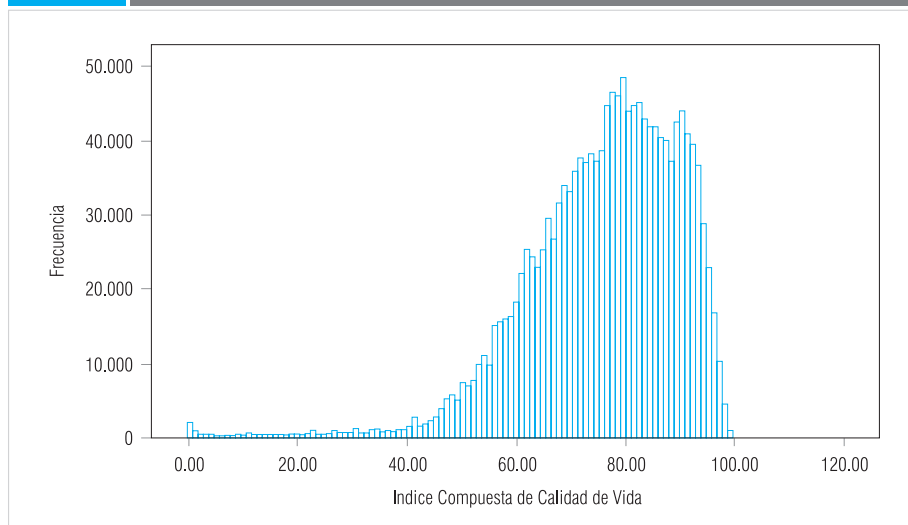
Índice	Ponderación
"Características, servicios y equipamientos de la vivienda"	0,667
Características sanitarias de la vivienda	0,497
Educación	0,723
Alimentación	0,636
Seguridad social	0,693
Seguridad ciudadana	0,170

Fuente: Cálculos propios.

ALGUNOS RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS

El gráfico 1 muestra la distribución del índice compuesto de calidad de vida y da cuenta de su capacidad para expresar las desigualdades sociales. Los valores que asume se han estandarizado de forma que varíen entre 0 y 100, para facilitar su interpretación. En los índices por dimensión se ha mantenido la escala de valores que surge del ACM (cuadro 8).

Gráfico 1 Distribución del índice compuesto de calidad de vida

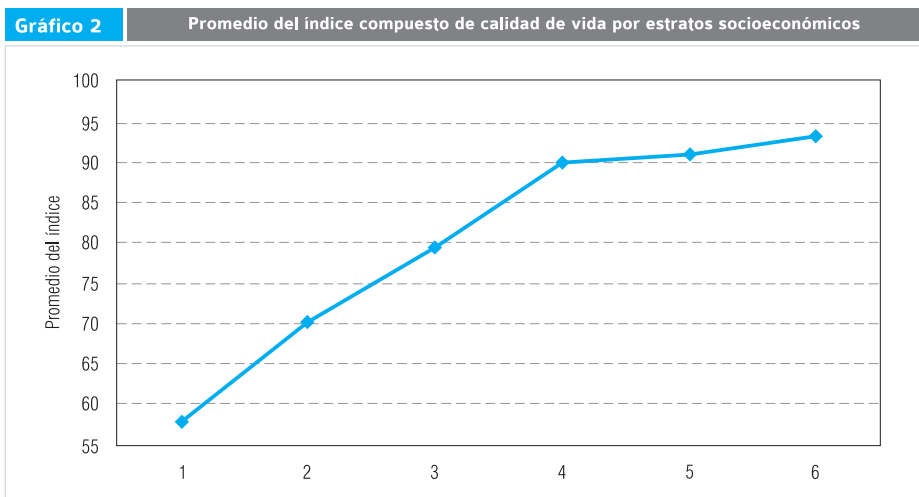


ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL ÍNDICE COMPUESTO Y DE LOS ÍNDICES POR DIMENSIONES				
Cuadro 8	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ
Calidad de vida	,00	100,00	75,81	14,27
Características, servicios y equipamiento de la vivienda	-23,88	,81	0,00	1,02
Características sanitarias de la vivienda	-16,62	,18	0,00	1,00
Educación	-4,29	1,86	0,01	1,02
Alimentación	-3,11	1,20	0,00	1,00
Seguridad social	-2,30	1,25	0,00	1,01
Seguridad ciudadana	-24,00	,57	0,00	1,00

Fuente: Cálculos propios.

En el cuadro 9 se presentan los coeficientes de correlación entre los diferentes índices. Como puede apreciarse, los valores de estos coeficientes no son elevados. Esto señala que cada uno de los índices está expresando situaciones que, aunque asociadas, tienen relativa independencia.

El cuadro 10 contiene los promedios de cada uno de los índices, según el estrato socioeconómico de los hogares. Las variaciones de los valores medios que presentan el índice compuesto (gráfico 2) y los índices por dimensiones muestran una asociación entre los niveles de la calidad de vida y sus dimensiones, de una parte, y los estratos en el sentido esperado. Es una señal inicial de la confiabilidad de los índices obtenidos. Los análisis presentados en los restantes capítulos, utilizando los índices obtenidos, aportan evidencia adicional en el mismo sentido.



Cuadro 9 MATRIZ DE COEFICIENTES DE CORRELACIÓN* (PEARSON) ENTRE LOS ÍNDICES POR DIMENSIONES Y EL COMPUESTO DE CALIDAD DE VIDA

Índices	Calidad de vida	Servicios y equipamiento de la vivienda	Características sanitarias de la vivienda	Educación	Alimentación	Seguridad social	Seguridad ciudadana
Calidad de Vida	1,000	0,591	0,752	0,486	0,178	0,665	0,722
Características, servicios y equipamiento de la vivienda	0,591	1,000	0,249	0,592	0,053	0,189	0,223
Características, sanitarias de la vivienda	0,752	0,249	1,000	0,151	0,054	0,407	0,489
Educación	0,486	0,592	0,151	1,000	0,020	0,092	0,118
Alimentación	0,178	0,053	0,054	0,020	1,000	0,111	0,065
Seguridad social	0,665	0,189	0,407	0,092	0,111	1,000	0,378
Seguridad ciudadana	0,722	0,223	0,489	0,118	0,065	0,378	1,000

Todas las correlaciones son significativas al 1%.

Cuadro 10 PROMEDIO DE LOS INDICADORES POR ESTRATO

Estrato	Calidad de vida	Servicios y equipamiento de la vivienda	Características sanitarias de la vivienda	Educación	Alimentación	Seguridad Social	Seguridad ciudadana
Sin estrato	56,510	-1,484	-1,610	-0,581	-0,597	-0,108	-0,630
Estrato 1	57,782	-0,932	-0,956	-0,860	-0,537	-0,136	-0,889
Estrato 2	70,235	-0,125	0,010	-0,428	-0,276	-0,073	-0,316
Estrato 3	79,419	0,172	0,148	0,200	0,113	0,048	0,189
Estrato 4	89,961	0,446	0,163	1,057	0,664	0,101	0,724
Estrato 5	91,086	0,401	0,149	1,154	0,703	0,167	0,862
Estrato 6	3,338	0,586	0,177	1,262	0,784	0,235	0,933

CONCLUSIONES

El capítulo contiene un desarrollo del concepto de calidad de vida que se basa en el enfoque de capacidades de Amartya Sen, pero que se separa de él apoyándose en los contenidos de los derechos humanos prestacionales para definir los campos de evaluación a tomar en cuenta. Utilizando la información de la Encuesta de Calidad de Vida, de 2007, se muestra un camino práctico para obtener una medida de este concepto multidimensional, que permita evaluar las desigualdades sociales en una ciudad como Bogotá, y relacionarlas con las desigualdades en la salud.

En el espíritu del libro, los contenidos desarrollados colocan el énfasis en lo conceptual y metodológico. Exploran un camino que es preciso retomar para consolidar un instrumento de análisis de la calidad de vida en una ciudad como Bogotá. En tal propósito, se requiere ampliar el campo de las dimensiones tomadas en cuenta y un trabajo más detallado para la selección de indicadores pertinentes.

Queda, además, por abordar un amplio campo de análisis en torno a la relación entre la salud y la calidad de vida. En el Observatorio, desde su inicio y en su misma denominación, hemos resaltado la indisoluble articulación entre estos dos términos. Desde la calidad de vida, la salud podría ser considerada como otra de sus dimensiones constitutivas. Y si entendemos la calidad de vida en términos de capacidades, la salud ocuparía un espacio diferenciado, incluso cuando la captamos a través de expresiones negativas del daño físico o psíquico y la enfermedad. Bajo esta perspectiva el examen de las inequidades en salud plantea la necesidad de tomar en cuenta las interrelaciones entre las dimensiones segmentadas con cierto margen de arbitrariedad. La salud depende de un conjunto de circunstancias y factores colocados en el ámbito de otros espacios de la calidad de vida, que son elementos que favorecen o amenazan la salud (acceso a agua sana y a servicios de saneamiento, condiciones habitacionales y del entorno, calidad del medio ambiente, educación, tipo de trabajo y contexto laboral, entre otros) y que están encaminados a salvaguardarla (acceso a servicios de prevención y de curación, afiliación a la seguridad social, prácticas saludables, entre otros).

En este contexto, la determinación social de la salud se analiza a partir de la influencia que ejercen sobre ella distintos factores relativos a las condiciones de vida. Y, en la vía inversa, se examina la determinación recíproca que los estados de salud despliegan sobre las distintas expresiones de la calidad de vida. La salud, aunque con un profundo valor intrínseco, también tiene un importante valor instrumental.

Las complejas interrelaciones que se plantean en torno a la salud conducen a entender la calidad de vida, no como una suma de distintos elementos separados y aislados, sino como una red de relaciones entre componentes interdependientes. Y también a ver la salud como algo distinto a la ausencia de daño y enfermedad, como un conjunto de capacidades que permean las múltiples expresiones de la vida en sociedad.

El ejercicio presentado enseña la forma de construir herramientas para abordar este amplio y diverso tipo de estudios. La separación entre el índice de salud y el de calidad de vida, con sus diferentes dimensiones está orientada pragmáticamente a facilitarlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benzécri, J. P. 1984. Analyse des correspondances & Clasificación. Exposé élémentaire. Paris: Dumod.
- Boltvinik, J. 2005. Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano. Papeles de Población, (044): 9-43.
- Boltvinik, J. 2007. De la pobreza al florecimiento humano: teoría crítica o utópica. Desacatos, (23): 13-52.
- Foster J. y Sen, A. 2001. "La desigualdad económica" después de un cuarto de siglo. Anexo a la "Desigualdad económica". México: FCE. En algunas de las citas del texto se adopta la traducción de un aparte del Anexo publicado con el título de "Espacio, desigualdad y capacidad" en Comercio Exterior, Vol 53, Num. 5, mayo de 2003, México (pp. 417-423).
- Fresneda, O. 1995. Los derechos sociales en Colombia: un instrumento para elevar el nivel de vida y superar la pobreza. En L. Sarmiento, (Ed.). Los derechos sociales económicos y culturales en Colombia. Balance y perspectivas. Bogotá: PNUD, Consejería presidencial para la política social.
- Fresneda, O. 1997. Magnitud del déficit habitacional en Colombia. Desarrollo Urbano en Cifras, (3): 174 - 245.
- Fresneda, O. 1998. Índice de calidad de vida para Bogotá. En Cuadernos de Investigación. Estudios Monográficos, Observatorio de Cultura Urbana: 9-142. Bogotá: Instituto Distrital de Cultura y Turismo.
- Gasper, D. 2007. La ética del desarrollo humano y las Frontiers of Justice de Martha Nussbaum. Desacatos, (23): 291-318
- González, J. I. y Fresneda, O. 2004. El significado de la "buena vida". Calidad de vida en la Localidad de Engativá. Bogotá: CID, Universidad Nacional de Colombia, policopiado.
- Hernández, A. 2006. La teoría ética de Amartya Sen. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Nussbaum, M. 1987. Nature, Function, and Capability: Aristotle on Political Distribution. World Institute for Development Economics, Research Wider Working Papers, WP 31.
- Nussbaum, M. 1997. Capabilities and Human Rights. Fordham Law Review, 66, (2), 273-300. Disponible en: <http://ir.lawnet.fordham.edu/flr/vol66/iss2/2>

- Nussbaum, M. 2003. Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Feminist Economics*, 9 (2 – 3), 33 – 59
- Nussbaum, M. y Sen, A. 1996. Introducción. En M. Nussbaum, y A. Sen, (Comp.). La calidad de vida (pp. 15-23). México: Fondo de Cultura Económica.
- Mukherjee, R. 1976. The construction of social indicators. En UNESCO The use of socio-economics indicators in development planning. Paris: Unesco Press: 33-59.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 1990. Desarrollo humano- Informe 1990. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Rawls, J. 1971. Teoría de la Justicia. México, D.F: Fondo de Cultura Económica. (Primera reimpresión, 1997).
- Rahman, T., Mittelhammer, R. C. y Wandschneider, P. 2003. Measuring the quality of life across countries: A sensitivity analysis of well-being indices. Washington: Department of Agricultural and Resource Economics, Washington State University. Paper prepared for presentation at WIDER International conference on Inequality, Poverty and Human Well-Being 2003 May 30-31, Helsinki, Finland, policopiado.
- Sarmiento, L. (Ed.). 1995. Los derechos sociales económicos y culturales en Colombia. Balance y perspectivas. Bogotá: PNUD, Consejería presidencial para la política social.
- Scalon, T. 1996. El valor, el deseo y la calidad de vida. En M. Nussbaum, y A. Sen, (Comp.). (1996). La calidad de vida (245-264). México: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. 1982. Rights and Agency. *Philosophy and Public Affairs*, 11, (1), 3-39.
- Sen, A. 1984. El bienestar y la condición de ser agente y la libertad. En A. Sen. 1997. Bienestar, justicia y mercado. Barcelona: Paidós (pp. 39-108).
- Sen, A. 1987a. The standard of living: Lecture I, Concepts and critics. En G. Hawthorn (Ed). The standard of living (pp. 1-19). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sen, A. 1987b. The standard of living: Lecture II, Lives and capabilities. En Hawthorn, G. (Ed). The standard of living (pp. 20-38). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sen, A. 1988. Justicia: medios contra libertades. En A. Sen. 1997. Bienestar, justicia y mercado. Barcelona: Paidós (pp. 109-121).
- Sen, A. 1992a. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

- Sen, A. 1992b. Progreso y déficit social: algunas cuestiones metodológicas. En Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. Índice de progreso social, una propuesta. Proyecto regional para la superación de la pobreza en América Latina y el Caribe (RLA/86/004), Bogotá.
- Sen, A. 1995. Rationality and social choice. *The American Economic Review*, 85 (1), 1-24.
- Sen, A. 1996. Capacidad y bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Comp). 1996. *La Calidad de Vida* (pp. 54-83). México: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. 1997. *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona: Paidós.
- Sen, A. 2000. *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Planeta.
- Sen, A. 2009. *La idea de la justicia*. Bogotá: Taurus.
- Sen, A. y Williams B. (Ed.) 1982. *Utilitarianism and beyond*. Cambridge: Cambridge University Press.
- UNESCO. 1976. *The use of socio-economics indicators in development planning*. Paris: Unesco Press.
- Volle, M. 1985. *Analyse de donnés*. Paris: Économica.
- Williams, B. 1987. The standard of living: Interest and capabilities. En G. Hawthorn (Ed.) *The standard of living* (pp. 94-102). Cambridge: Cambridge University Press.



Capítulo II

LAS DESIGUALDADES EN LA CALIDAD DE VIDA POR POSICIONES DE CLASE SOCIAL

*Óscar Fresneda Bautista **

* Sociólogo, Magíster en Economía y candidato a Doctor en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Investigador del Grupo de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID– de la misma universidad. Profesor Investigador de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia.



Este segundo capítulo muestra una ruta para el análisis de las desigualdades en calidad de vida y salud, utilizando un tipo de encuesta de corriente aplicación en distintos países y, en especial, en los latinoamericanos. En nuestra ubicación dentro del modelo de determinantes sociales de la salud (MDSS) proponemos y aplicamos una forma de definir y operacionalizar la noción de posición social para explicar esas desigualdades.

En el modelo, la posición social es el producto de factores socioeconómicos y políticos que dan lugar a la estructura o estratificación que asume la sociedad, y ocupa un papel explicativo sobre las desigualdades en salud. El modelo se articula en torno a la hipótesis acerca de que las desigualdades en la calidad de vida y en la salud están condicionadas por la ubicación de las personas y grupos en las diferentes posiciones sociales.

La primera sección del capítulo se refiere al concepto de estructura de clases sociales que es destacado en el análisis que realizamos sobre la desigualdad en calidad de vida y salud, para expresar la posición social. En la segunda se tratan los aspectos metodológicos y operativos que se plantean para el estudio empírico de esa estructura, con la información de la encuesta. La tercera ofrece una panorámica general de los resultados obtenidos en torno a la configuración y evolución de la estructura de clases sociales en Bogotá y a las diferencias que presenta en la geografía de la ciudad. Al examen de las desigualdades entre las posiciones de clases sociales, en distintas facetas de la calidad de vida, está dedicada la sección cuarta. En el capítulo III se analizan las desigualdades en salud, utilizando diferentes aproximaciones empíricas a la posición social.

LA ESTRUCTURA DE CLASES SOCIALES: ELEMENTOS DEL MARCO CONCEPTUAL

Posición social es una expresión genérica que se presta a distintas interpretaciones. En algunos contextos es usada para denotar el nivel socioeconómico o la simple ubicación de las personas y familias en categorías o grupos sociales con homogeneidad en alguno o algunos de sus atributos: nivel de ingresos, años de educación formal, edad, por ejemplo.

Desde el punto de vista del MDSS, la posición social tiene el papel de expresar la ubicación de las personas o las familias en espacios de relaciones que las

vinculan con las divisiones básicas dentro de la estructura social¹. Recogiendo distintas tradiciones teóricas sobre la producción social de la salud y la enfermedad se le asigna en el modelo un papel central para explicar cómo las desigualdades en la salud no son fenómenos fortuitos ni aislados, sino que están explicadas por la configuración que asume esa estructura (cfr. OMS, CDSS, 2010: 5).

Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Commission on Social Determinants of Health - CDSS) de la Organización Mundial de la Salud la expresión “determinantes sociales de la salud” puede entenderse de dos formas. La primera hace relación a la determinación que distintos factores sociales ejercen sobre la salud. La segunda a los mecanismos e interacciones sociales que conducen a una distribución desigual de la salud al interior de las sociedades (OMS, CDSS, 2010: 5, 27-28). En la última de estas acepciones, la “posición social” es el elemento explicativo clave de las desigualdades en la salud.

El MDSS acoge una vía de explicación que relaciona las desigualdades en salud con la “posición social”, y que comprende tres niveles de causación (OMS, CDSS, 2010: 5, 27 y ss.; Diderichsen, Evans y Whitehead, 2002: 3 y ss.):

- La estructura social, que forma parte del contexto social general, asigna a los individuos su ubicación en las diferentes posiciones sociales a través de diversos factores socioeconómicos y políticos.
- La ubicación en distintas posiciones sociales, a su vez, da lugar a exposiciones diferenciales que ponen en riesgo la salud, y a una vulnerabilidad diferencial en términos de condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales.
- La localización en las posiciones sociales también determina desiguales consecuencias en las condiciones socioeconómicas y en la calidad de vida de las personas, así como resultados desiguales en su salud.

¹ “Nos referimos al concepto de posición social para describir el ‘lugar’ o estrato de una persona dentro de la sociedad en la que vive. Estas posiciones (o clases) sociales, identificadas, por ejemplo, según el trabajo de los individuos, existen hasta cierto punto con cierta independencia de las personas que las forman... Las posiciones sociales derivan de un contexto social concreto o están generadas por él, lo que significa que las clasificaciones de la posición social varían entre sociedades con distintas estructuras industriales o económicas... El concepto de ‘nivel socioeconómico’ suele usarse como sinónimo de ‘posición social,’ pero tiende a no guardar una relación explícita con las teorías de las fuerzas económicas y políticas que generan la falta de equidad.” (Diderichsen, Evans y Whitehead, 2001: 15-16).

Los elementos y mecanismos que dan lugar a la segmentación social en posiciones sociales son considerados como los determinantes sociales estructurales de las inequidades en salud. Y las situaciones desiguales en las exposiciones y la vulnerabilidad entre las diferentes posiciones sociales constituyen los determinantes intermedios de esas inequidades (OMS, CDSS, 2010: 28).

En la aplicación del MDSS se destacan tres conceptos utilizados para captar la posición social, que dan cuenta de divisiones importantes en las relaciones sociales al interior de las sociedades contemporáneas: la clase social, el género y la etnia (cfr. OMS, CDSS, 2010: 30; Diderichsen, Evans y Whitehead, 2002: 3 y ss.). Para expresar la posición social se recurre también a variables relativas a la duración de la educación y a los niveles de ingreso, que pueden ser consideradas como resultados de la posición social asignada a las personas y, en ese sentido, expresiones indirectas de la estratificación social (cfr. OMS, CDSS, 2010: 30 y ss.; Evans, Whitehead et al, 2002: 7 y ss.).

En el ejercicio que adelantamos para evaluar las desigualdades en calidad de vida y salud en Bogotá son utilizadas variables de este último tipo como aproximaciones a la forma de captar la posición social. Recurrimos a las tradicionales de niveles de ingreso y de educación, así como a otras que, en el contexto colombiano, expresan gradaciones en algunas manifestaciones de la calidad de vida ligadas a las condiciones de la vivienda y su entorno (“estrato socioeconómico”, para pago de tarifas de servicios públicos domiciliarios).

De otra parte, otorgamos realce especial al concepto de estructura de clases sociales, que ha sido utilizado dentro de distintos enfoques teóricos para dar cuenta de las posiciones sociales fundamentales en las sociedades contemporáneas². El énfasis que damos a este concepto no desconoce, sin embargo, la existencia de otras nociones que señalan formas de diferenciación y discriminación sociales relevantes y que interactúan con las propias de las clases sociales para explicar las desigualdades sociales. Es el caso de los ya mencionados de etnia y género.

² El debate acerca de la pertinencia del concepto de clase social ha tenido, sin embargo, distintas expresiones en las últimas décadas. Los argumentos que sustentan que no es una noción útil para el análisis se repiten desde hace más de medio siglo en el contexto de las sociedades “industrializadas”. Se arguye que este concepto ha perdido vigencia en razón de los cambios que ha tenido la sociedad: el incremento del sector terciario que lleva a que no existan diferenciaciones claras entre las clases, la elevación del nivel de vida y consumo de la población que conduce a la imposibilidad de diferenciar estratos de consumo y a que las confrontaciones clasistas pierdan su sustrato material, la democratización del poder político que conduce a la pérdida de vigencia de la diferenciación de comportamientos políticos entre grupos estratificados de la población (Chauvel, 2001: 318 y ss.). Sobre el tema véase Chauvel, 2001 y 2006.

El concepto de estructura de clases sociales

Para establecer una clasificación tendiente a lograr un acercamiento a la identificación empírica de la división de clases sociales se parte de que la estructura de clases sociales se constituye con base en la desigual distribución de los derechos y potencialidades sobre los insumos, actividades y productos en el proceso de producción, y de que las posiciones de clases se diferencian por su ubicación dentro de las relaciones sociales que tiene lugar en ese proceso, expresadas en la propiedad y control sobre los medios de producción y, entre los asalariados, por la calificación laboral y la autoridad que tienen en el trabajo (cfr. Wright, 2004b: 5-7).

Estos postulados se ubican dentro de la tradición del pensamiento marxista y recogen criterios que, desde este enfoque, ha formulado y puesto a prueba Erich Wright para la diferenciación y estudio de las clases sociales en las sociedades del capitalismo central (Wright, 1995a, 1995b, 2000, 2004a, 2004b).

Bajo esta perspectiva la estructura de clases se entiende a partir de diferencias marcadas por el papel que se ocupa en las relaciones sociales de producción y no por la estratificación establecida, según el grado en el que se posea un atributo o conjunto de atributos³. Las distintas posiciones de clase se distinguen por su articulación dentro de relaciones socialmente estructuradas que otorgan intereses y papeles particulares a las personas que las ocupan (Wright, 1979: 5-6, cfr. Ossowski, 1963: 41 y ss., 145)⁴.

3 En el enfoque "gradacional" de las clases sociales pueden distinguirse dos vertientes: la que establece las gradaciones de clases a partir de un solo criterio y la que las refiere a categorías sintéticas que incluyen diversas variables. En la primera se recurre, con alguna frecuencia, a los ingresos, aunque pueden utilizarse otros atributos como el nivel educativo. En la segunda, a la jerarquía de status sociales que se establece a partir de varios atributos (Ossowski, 1963: 41 y ss., Wright, 1979: 6). Es esta última orientación teórica la que tuvo la mayor aceptación en el marco de la escuela sociológica estructural funcionalista hasta los años setenta del siglo pasado.

4 Del lado de las visiones relacionales de la estructura de clases sociales se encuentran diferentes corrientes teóricas. Se diferencian sobre la respuesta que dan a la cuestión de cuál es el tipo de relaciones sociales en torno al cual se establecen las clases. En las concepciones marxista y neomarxista las clases sociales, en su sentido objetivo, se definen por las relaciones sociales de producción y en la weberiana y neoweberiana por las relaciones de mercado y las relaciones laborales. Para algunos autores (Dahrendorf, Lenski) las clases se fundamentan en relaciones de dominación y subordinación (Wright, 1979: 3 y ss.). Las relaciones que diferencian las clases son vistas igualmente a partir de derechos de propiedad de los bienes y recursos que generan beneficios económicos (Sørensen, 2004). Rescatando planteamientos de Durkheim, otro enfoque enfatiza en el análisis de la estructura de clases las relaciones basadas en la división técnica del trabajo (Grusky, 2004; Wright, 2004a).

Clases sociales y desigualdad

Las posiciones de clase, diferenciadas de acuerdo con aspectos que expresan las relaciones sociales de producción, están ligadas a mecanismos que condicionan la distribución de los recursos y las capacidades dentro de la sociedad y, por ese motivo, es de esperar que expliquen una parte importante de las desigualdades sociales y económicas. La ubicación de los individuos en las posiciones de clase constituye la base material que determina su participación desigual en el consumo y el nivel obtenido en las distintas dimensiones de la calidad de vida, las condiciones de salud, entre ellas.

En el análisis concreto de la relación entre clases sociales y desigualdad se requiere, como lo señala E. Wright en sus estudios sobre la distribución de los ingresos, identificar las mediaciones que operan entre los diferentes aspectos que cubren las desigualdades. Se establecen de esta forma los mecanismos concretos a través de los cuales tiene lugar y se reproduce la desigualdad. Así, por ejemplo, la clase social por sí sola es insuficiente para dar cuenta del conjunto de las variaciones del ingreso. Es necesario examinar elementos adicionales que inciden directamente en sus niveles. Otro tanto sucede en el campo de análisis de la pobreza basado en la explotación de clase o en los análisis sobre desigualdad en la calidad de vida y la salud (cfr. Wright, 1979 y 1995b; OMS, CDSS, 2010).

La conformación de clases sociales como actores colectivos

La ubicación objetiva en posiciones de clase, de acuerdo con las características de las relaciones de producción, da lugar a intereses particulares que sustentan la acción de los individuos como miembros de una clase social, y a la acción colectiva de las clases. En este proceso pueden generarse identidades y constituirse las clases sociales como actores políticos y sociales en favor de sus propios intereses a través de una acción social colectiva y de los conflictos entre clases. La conformación de clases como actores colectivos se explica tanto por condicionantes estructurales e institucionales, como por la acción social de los individuos y grupos guiados por una lógica basada en sus intereses.

Además, las posiciones compartidas de clase son espacios de interacciones continuadas entre quienes pertenecen a ellas, que favorecen la configuración de rasgos distintivos de clases en un proceso de homogeneización a su interior y una diferenciación respecto a otras clases. Es por ello que la ubicación en posiciones de clase tiende a estar asociada a rasgos culturales, comportamientos, actitudes y preferencias de los individuos que se encuentran en ellas. A partir

de identificar la ubicación en las posiciones de clase se llega, con frecuencia, a tener un buen “predictor” de comportamientos, actitudes y preferencias de los grupos y los individuos. (Goldthorpe, 2002; Breen, 2004: 4; de Francisco, 1995: 3 y ss.).

ASPECTOS METODOLÓGICOS Y OPERATIVOS

En el trabajo se adopta una forma de especificar la estructura de clases sociales en Colombia que se basa en la aplicada en trabajos previos del autor en torno a la identificación de grupos socio-ocupacionales y al estudio de las desigualdades sociales (Fresneda, 1993 y 2009). La clasificación utilizada se adecuó en la perspectiva de identificar posiciones de clase tomando en cuenta características diferenciadoras de las relaciones sociales de producción⁵. Para ello se aplicaron los criterios utilizados para establecer la estructura de clases en las obras de dos de los autores que, a nivel internacional, han tenido más influencia en el estudio empírico de las clases sociales en las últimas décadas bajo diferentes concepciones teóricas: Erich Olin Wright, desde un enfoque neomarxista, y John Goldthorpe desde una neweberiana (Goldthorpe, 1995). Se recoge de los análisis de estos autores la importancia que dan a las relaciones laborales y, como parte de ellas, a la propiedad de los medios de producción, para explicar la diferenciación de posiciones de clase y, a través de ella, el reparto de los ingresos y las oportunidades de las personas⁶.

5 La afinidad entre las clasificaciones socio-laborales y las formas de estudio empírico de clases sociales se ha puesto de relieve en distintos trabajos internacionales (Kieffer et al, 2002; Rose et al., 1998; Rose y Pevalin, 2002). Sobre las diferencias entre la clasificación “socioprofesional” francesa y un esquema de clasificación de clases sociales véase Briand y Chapoulie, 1985. Chauvel (2001: 321 y ss., 2006: 11 y ss.) muestra la utilidad de Clasificación socioprofesional francesa para el análisis de las desigualdades por clases sociales y señala que la lógica de su construcción es similar a la del esquema de clasificación de clases de Goldthorpe, Erikson y Portocarrero.

6 Los criterios operativos de definición de las posiciones de clase de Goldthorpe y Wright muestran una gran coincidencia y concuerdan en destacar el papel de las características laborales (Wright, 1995a y 2010; Goldthorpe, 1995). En el enfoque neweberiano de Goldthorpe se resaltan las relaciones laborales dentro de los mercados de trabajo y de las unidades de producción; en el neo-marxista de Wright se hace a partir de las relaciones sociales de producción. Los puntos de confluencia de los dos enfoques permiten llegar a lineamientos similares en la determinación de las posiciones de clase que sean aplicables al análisis concreto y a la clasificación de los individuos en clases sociales. Los criterios operacionales de diferenciación entre posiciones de clase de Goldthorpe coinciden en buena parte con los aplicados por Wright desde el punto de vista de la separación entre no asalariados (capitalistas y pequeña burguesía) y asalariados, y dentro de ellos en posiciones diferenciadas por el grado en el que acceden a los bienes de organización y de calificación.

Los desarrollos conceptuales e investigativos de ambos autores se refieren a los países capitalistas avanzados. La aplicación de sus criterios de delimitación de posiciones de clase requiere, por esa razón, tomar en cuenta las particularidades de países del capitalismo periférico como Colombia, buscando incorporar criterios de diferenciación que permitan captar la heterogeneidad propia de las formas productivas y laborales expresadas en la extensión limitada del trabajo asalariado y del empleo industrial, y la persistencia de sectores significativos dentro del trabajo independiente, en el sector agrícola y en el trabajo doméstico⁷.

Bajo esas orientaciones la delimitación de las posiciones de la estructura de clases se hizo a partir de variables captadas en las encuestas, que dan cuenta de forma aproximada de la propiedad o no propiedad de los medios de producción, del grado de calificación y destrezas laborales, y de la autoridad y control en el proceso de trabajo. Para completar la especificación de estas posiciones se utilizan criterios adicionales que configuran el espacio de relaciones laborales diferenciadas para algunas de las posiciones de clase, como el número de trabajadores en las empresas, para los no asalariados y, para los asalariados e independientes, la pertenencia al sector de la empresa donde laboran.

En forma más específica, las posiciones de la estructura de clase se diferenciaron operativamente consultando cuatro variables contenidas en las encuestas examinadas:

- La ocupación: el tipo de trabajo concreto realizado dentro de la división técnica del trabajo, que permite distinguir analíticamente, en las clasificaciones usuales de esta variable, entre trabajadores manuales y no manuales, según sus niveles de calificación y su puesto en las jerarquías de control y autoridad dentro de las unidades económicas.
- La posición ocupacional: la situación de los trabajadores respecto a los medios de producción, diferenciando patrones, trabajadores independientes, trabajadores familiares sin remuneración, asalariados (empleados, obreros, empleados domésticos).
- La rama de actividad: la ubicación de las empresas en los sectores económicos, que configuran entornos laborales diferentes para ciertas posiciones de clase de trabajadores.

7 Dentro de los trabajos sobre la estructura de clases en los países de América Latina se destacan los de Portes 1985, y Portes y Hoffman, 2003. Los criterios que aplicamos para la identificación de la estructura de clases sociales comparten algunos de los propuestos y aplicados por estos autores. Nos diferenciamos principalmente de ellos en la utilización que hacen del concepto de sector informal para una delimitación de clases sociales. Véase nota de pie de página posterior sobre el concepto de sector informal.

Tabla 1

POSICIONES DE CLASES SOCIALES

Posiciones de clases sociales
I. Directivos
I.A. Directivos patronos
I.B. Directivos asalariados
II. Profesionales y técnicos
IIA. Profesionales y técnicos independientes
IIB. Profesionales y técnicos asalariados
III. Pequeña burguesía “tradicional” (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios)
IIIA. Pequeña burguesía (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas con más de 5 trabajadores
IIIB. Pequeña burguesía (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas con hasta 5 trabajadores.
IV. Campesinos
IVA. Campesinos en explotaciones de más de 5 trabajadores
IVB. Campesinos en explotaciones de hasta 5 trabajadores
V. Empleados (administrativos, del comercio y los servicios)
VA. Empleados de dirección y control (administrativos, del comercio y los servicios)
VB. Empleados (administrativos, del comercio y los servicios) sin funciones de dirección y control
VI. Obreros industriales
VIA. Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados
VIB. Obreros en ocupaciones artesanales
VIC. Obreros industriales no calificados: obreros en ocupaciones de baja calificación y en tareas manuales y repetitivas.
VII. Obreros agropecuarios
VIII. Empleados domésticos
IX. Otros trabajadores

- El número de trabajadores en las empresas donde se desarrolla la actividad laboral para los trabajadores no asalariados.

Con estas variables se definieron operativamente las posiciones de clase. En la práctica la estructura de posiciones de clase es una presentación sintética de las cuatro variables.

Con las restricciones de información de la encuesta, se distinguen las posiciones de clase enumeradas en la tabla 1. Las posiciones de clase se distinguen en dos niveles. El primero, que comprende ocho grupos, da cuenta de las posiciones de clase principales y el segundo, como desagregación del anterior, de subdivisiones o fracciones de las posiciones de clase.

A continuación se definen las ocho posiciones de clases sociales y las fracciones de clase que se diferencian dentro de ellas.

I. Directivos:

Comprende los trabajadores que desempeñan funciones de dirección y control en las empresas, ya sea como patronos, trabajadores independientes o como asalariados. Son identificados con base en la ocupación desempeñada. No se incluye un grupo propiamente referido a los "capitalistas" o gran burguesía por dos razones: la baja frecuencia de este grupo que impide la estimación de su magnitud mediante encuestas por muestreo, y la dificultad operativa para captar por este mecanismo los capitalistas "rentistas"⁸. Se distinguen, como fracciones del grupo:

I.A. Directivos patronos

I.B. Directivos asalariados

III. Pequeña burguesía

(trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios): trabajadores no asalariados (patronos o independientes, que, en general, son propietarios de los medios de producción) no pertenecientes a los sectores de agricultura, silvicultura, ganadería o pesca que desempeñan un trabajo diferente al de dirección y control de las empresas, al de profesionales y técnicos, y al de los trabajadores domésticos. Incluye tanto a los trabajadores

⁸ Se adopta, sobre esa base, un criterio operativo similar al de Goldthorpe sobre la clase superior de servicio que incluye a capitalistas que trabajan en sus negocios y gerentes y directores superiores asalariados.

ligados a la producción artesanal o fabril como a los vinculados a los sectores del comercio y los servicios⁹.

Para captar las diferencias entre este heterogéneo grupo de la “pequeña burguesía” se adopta un criterio sobre el número de trabajadores de las empresas (hasta cinco y más de cinco) que lleva a diferenciar dos fracciones:

IIIA. Pequeña burguesía (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas con más de cinco trabajadores

IIIB. Pequeña burguesía (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas con hasta cinco trabajadores.

II. Profesionales y técnicos:

Trabajadores que desempeñan trabajos en ocupaciones de profesionales y técnicos (trabajadores calificados, con dificultades en la supervisión en los términos de Goldthorpe). La ocupación desempeñada es un rasgo que los distingue, ligado a los sistemas de acreditación a través de la formación universitaria. Es un segmento laboral con un grado de autonomía relativamente alto, ligado al conocimiento y a las destrezas laborales. El definir una sola posición de clase para los profesionales y técnicos que comprenda tanto a asalariados, como a independientes está acorde con las características de “clase de servicio” en el esquema de Goldthorpe (en su aplicación operativa). Desde el punto de vista de Wright es concordante con las trayectorias laborales de este segmento de trabajadores. En las categorías adoptadas para captar esta posición de clase se dividen, en un segundo nivel de clasificación (fracciones), los trabajadores asalariados y los independientes:

IIA. Profesionales y técnicos independientes

IIB. Profesionales y técnicos asalariados

IV. Campesinos:

Trabajadores independientes del sector agropecuario (agricultura, ganadería, silvicultura y pesca), ubicados predominantemente en la zona rural. La

⁹ En la categoría se ubican los trabajadores independientes que son clasificados de acuerdo con las terminologías usuales en el sector informal urbano. A pesar de los intentos de definir el sector o economía informal y los trabajadores informales no se ha logrado un consenso y lo que se incluye en esas nociones sigue siendo ambiguo: “Ante la pregunta de qué es el sector informal y quiénes son los trabajadores informales, se suelen encontrar respuestas descriptivas de situaciones particulares, amalgamas confusas de situaciones que no siempre tienen características comunes y pocas definiciones. Incluso las pocas definiciones legales encontradas suelen tener un cierto grado de ambigüedad.” (Daza, 2005: 15) Sobre los múltiples significados del sector informal en Colombia y las diferencias en la su cuantificación véase Bonilla, 2010.

diferenciación de esta posición de clase, como se anotó, se hace teniendo en cuenta las particulares relaciones de producción con la tierra como recurso de producción, que da lugar a derechos y potencialidades especiales y a modalidades de apropiación del excedente económico bajo la forma de renta del suelo. Es el substrato material de intereses particulares y contradicciones con otras clases. En ausencia de otra información en esta posición de clase, como la de los trabajadores independientes de otros sectores económicos, se distinguen dos fracciones, de acuerdo con el número de trabajadores en las explotaciones:

IVA. Campesinos en explotaciones con más de cinco trabajadores

IVB. Campesinos en explotaciones con hasta cinco trabajadores

V. Empleados (administrativos, del comercio y los servicios):

Trabajadores asalariados en trabajos no manuales que desempeñan ocupaciones administrativas o propias del comercio y los servicios, con niveles medios de calificación. Se distinguen entre ellos, siguiendo a Wright, los que tienen funciones de dirección y control en la jerarquía laboral y quienes no las tienen. Se realiza esta distinción en la perspectiva de las trayectorias laborales y expresando diferencias entre niveles de calificación y de ejercicio de autoridad, también en concordancia con los criterios expuestos por Wright:

VA. Empleados de dirección y control (administrativos, del comercio y los servicios)

VB. Empleados (administrativos, del comercio y los servicios) sin funciones de dirección y control.

VI. Obreros industriales:

Trabajadores asalariados en ocupaciones predominantemente manuales en la industria, la construcción y la minería, con calificación media y baja. Se separan dentro de ellos dos fracciones, de acuerdo con la jerarquía que ocupan y la calificación que tienen. Por limitaciones de la información, no se diferencian los supervisores o capataces de planta, que en la estructura de Wright están en posiciones de clase separadas. Se distinguen tres fracciones:

VIA. Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados. Une los segmentos que dentro de la clase obrera industrial tienen funciones de control y mayores calificaciones laborales.

VIB. Obreros en ocupaciones artesanales.

VIC. Obreros industriales no calificados: obreros en ocupaciones de baja calificación y en tareas manuales y repetitivas.

VII. Obreros agropecuarios:

Trabajadores asalariados manuales dedicados a ocupaciones propias del sector agropecuario con niveles de calificación predominantemente bajos y residencia mayoritaria en el medio rural. Su separación de la clase obrera industrial, que podría ser tratada como una fracción dentro de la clase obrera, se justifica a partir de condiciones diferenciadas en formas de regulación del mercado laboral (contratos laborales) en la perspectiva neoweberiana, y desde la neo-marxista de Wright, bajo la óptica de las relaciones “mediatas” de clase ligadas a la vida familiar y de las trayectorias laborales propias del medio campesino.

VIII. Empleados domésticos:

Trabajadores al servicio de los hogares, que siguen teniendo un peso cuantitativo importante, a pesar de su progresivo declive, y se rigen por formas de contratación y remuneración particulares no ligadas a la producción mercantil. Se caracterizan generalmente por niveles bajos de calificación y remuneración. La delimitación estadística entre los asalariados y no asalariados no parece significativa para este grupo en tanto la categoría de independientes en estos trabajadores no expresa diferencias en las características sociales del grupo.

IX. Otros trabajadores:

Categoría residual para trabajadores sin información suficiente para ser clasificados en las otras posiciones de clase.

En la tabla 2 se resumen los criterios de clasificación utilizados para diferenciar las posiciones y fracciones de clase, tomando en cuenta las variables de posición ocupacional, tipo de ocupación y rama de actividad contempladas en la encuesta de 2007 y las otras fuentes utilizadas en el análisis. No se consideran allí las fracciones que surgen de la consideración del número de trabajadores en las empresas.

Tabla 2		CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LAS POSICIONES DE CLASE					
Ocupación	Posición ocupacional y rama de actividad						
	Asalariado: obreros, empleados, empleados domésticos	No asalariado					
		Servicios privados a los hogares	Sector agropecuario	Industria, comercio y servicios			
Obreros y trabajadores industriales	VIA. Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados		IVA. Campesinos en explotaciones de más de 5 trabajadores	IIIA. Pequeña burguesía en empresas con más de 5 trabajadores			
	VIB. Obreros industriales en ocupaciones artesanales						
	VIC. Obreros industriales no calificados						
Trabajadores agropecuarios	VII. Obreros agropecuarios				IVB. Campesinos en explotaciones de hasta 5 trabajadores	IIIB. Pequeña burguesía en empresas con hasta 5 trabajadores	
Trabajadores administrativos del comercio, vendedores. Trabajadores de los servicios	VA. Empleados de dirección y control administrativos, del comercio y los servicios						
	VB. Empleados administrativos, del comercio y los servicios sin funciones de dirección y control						
Trabajadores de los servicios a los hogares	VIII. Empleados domésticos						
Directivos	IB. Directivos asalariados	IA. Directivos patronos					
Profesionales y técnicos	IIB. Profesionales y técnicos asalariados	IIA. Profesionales y técnicos independientes					

ESTRUCTURA DE CLASES SOCIALES EN BOGOTÁ

Camilo Torres Restrepo en su tesis de grado para obtener la licenciatura en Sociología en la Universidad de Lovaina analizaba, hace 53 años, algunos aspectos del proceso de proletarización en Bogotá hacia mediados del siglo pasado. Definía la proletarización “como el proceso por el cual una gran proporción de asalariados pierden todo otro medio de subsistencia distinto de su propia fuerza de trabajo”, y lo ligaba con “una estructura socioeconómica, de división del trabajo, de concentración capitalista y de industrialización” (Torres, 1987 [1958]: 24). En el estudio partía de que en los países “en desarrollo” la proletarización, todavía en su fase inicial, avanzaba más rápidamente que en los países desarrollados. Su análisis, basado en una precaria información estadística, evidenciaba las grandes desigualdades de la ciudad entre sectores sociales caracterizados como clases.

Ese estudio es pionero en el abordaje del análisis empírico de las clases sociales en el país y en la ciudad. Con él se abrió una línea de investigaciones que abordaron los análisis sociales, haciendo énfasis en la desigualdad bajo una perspectiva que ligaba su existencia con características estructurales de la sociedad. Tal línea de análisis se fue debilitando y con el tiempo dejó de existir. El presente artículo retoma esa tradición y busca sustentar su vigencia.

En esta sección se presenta la distribución de la población ocupada por clase social y los hogares por clase social del jefe. Esta información busca aportar el marco de referencia sobre la composición de los ocupados y de los hogares, según posiciones de clase. Para dar un referente de interpretación se analiza la evolución de la distribución de los trabajadores y hogares por posición de clase entre 1964 y 2007. Con el mismo propósito se examina la desigualdad de las estructuras de clases sociales entre las localidades de Bogotá, y entre Bogotá y otras regiones del país.

En la siguiente sección se hace una descripción general de las desigualdades entre posiciones de clase en sus condiciones socioeconómicas de calidad de vida (estrato socioeconómico, años de educación, ingresos laborales, índice compuesto de calidad de vida e índices por dimensiones de la calidad de vida).

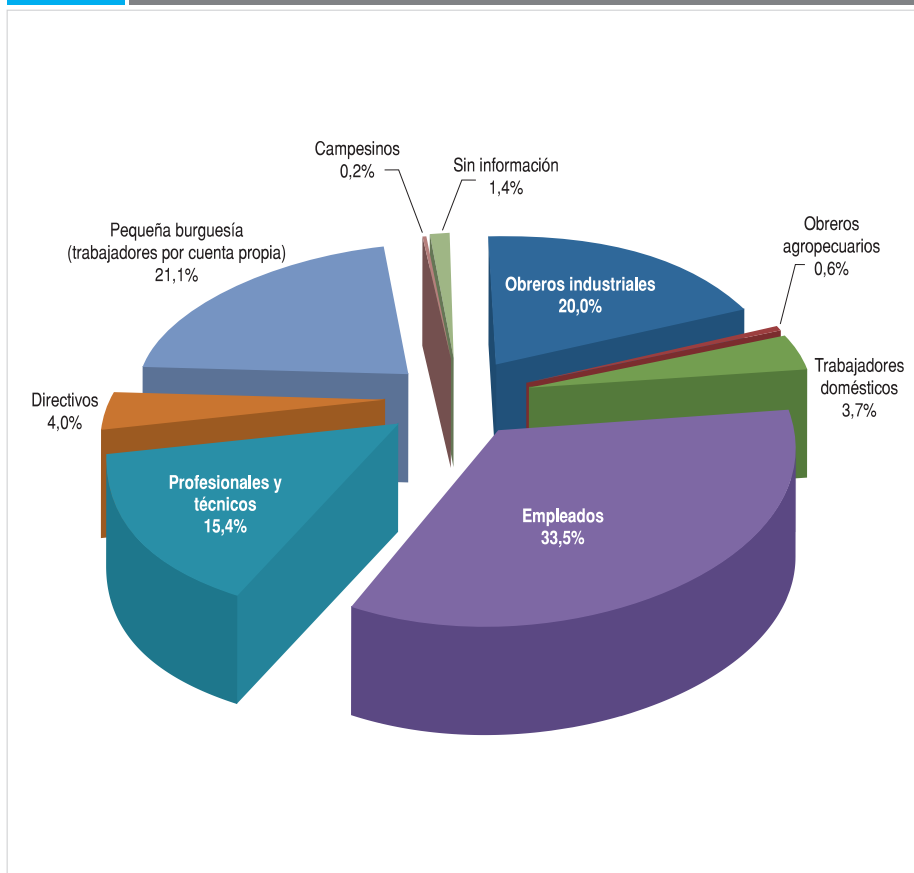
La estructura de clases sociales en Bogotá 2007

Predominan en Bogotá los trabajadores ubicados en las “clases medias” de empleados administrativos del comercio y los servicios (33,5%) y de profesio-

nales y técnicos (15,4%). La pequeña burguesía de trabajadores independientes representa 21,1%, los obreros industriales 20% y los empleados domésticos 3,7%. Los directivos y gerentes, tanto patronos como asalariados, constituyen una fracción reducida, que abarca a 4% de los trabajadores, lo que expresa la segmentación social de la ciudad. Las restantes clases de obreros agropecuarios y campesinos no llegan a 1% (gráfico 1 y cuadro 1).

La distribución de los hogares, con jefe ocupado, por fracción de posición de clase social del mismo se encuentra en el gráfico 2 y en el cuadro 2.

Gráfico 1 Distribución de los ocupados por posición de clase social - Bogotá - 2007



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

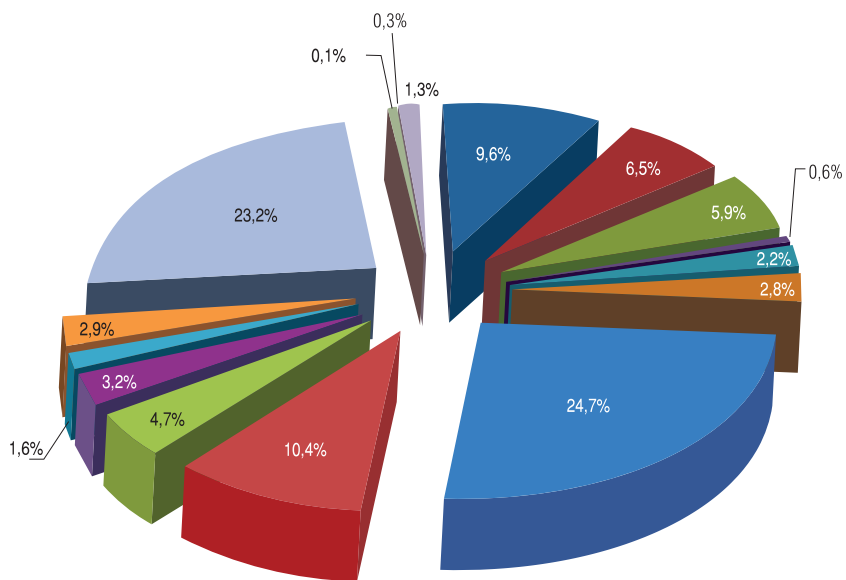
Cuadro 1 DISTRIBUCIÓN DE LOS OCUPADOS POR FRACCIONES DE POSICIÓN DE CLASE - BOGOTÁ, 2007 (PORCENTAJES)

Propietarios		Asalariados			Autoridad y control en el trabajo
I.A. Directivos patronos 1,2%		I.B. Directivos asalariados 2,7%			+
IIA. Profesionales y técnicos independientes 3,7%		IIB. Profesionales y técnicos asalariados 11,7%	VA. Empleados de dirección y control administrativo, del comercio y los servicios 2,9%		
IIIA. Pequeña burguesía "tradicional" (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas de mas de 5 trabajadores 2,3%	IVA. Campesinos en explotaciones de mas de 5 trabajadores 0,1%		VB. Empleados administrativos, del comercio y los servicios sin funciones de dirección y control 30,7%		0
		IIIB. Pequeña burguesía "tradicional" (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas de hasta 5 trabajadores 18,7%	IVB. Campesinos en explotaciones de hasta 5 trabajadores 0,2%	VIA. Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados 7,5%	VIB. Obreros en ocupaciones artesanales 7,0%
	VIC. Obreros industriales no calificados 5,6%				
			VII. Obreros del sector agropecuario 0,6%		
			VIII. Empleados domésticos 3,7%		
Calificación y destrezas laborales		+	0	-	

Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Gráfico 2

Distribución de hogares con jefe ocupado por fracciones de posiciones de clase social del jefe - Bogotá - 2007



- Obreros industriales calificados y semicalificados
- Obreros en ocupaciones artesanales
- Obreros no calificados
- Obreros agropecuarios
- Trabajadores domésticos externos
- Empleados con funciones de dirección o control
- Empleados sin funciones de dirección o control
- Profesionales y técnicos asalariados
- Profesionales y técnicos independientes y patronos
- Directivos asalariados
- Directivos no asalariados
- Pequeña burguesía (Trabajadores independientes) en empresas de más de 5 trabajadores
- Pequeña burguesía (Trabajadores independientes) en empresas de hasta 5 trabajadores
- Campeños en explotaciones de más de 5 trabajadores
- Campeños en explotaciones de hasta 5 trabajadores
- Otros trabajadores asalariados

Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Cuadro 2 DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES CON JEFE OCUPADO POR FRACCIONES DE POSICIÓN DE CLASE DEL JEFE - BOGOTÁ, 2007 (PORCENTAJES)

Propietarios		Asalariados		Autoridad y control en el trabajo
I.A. Directivos patronos 1,6%		I.B. Directivos asalariados 3,2%		+
IIA. Profesionales y técnicos independientes 4,7%		IIB. Profesionales y técnicos asalariados 10,4%	VA. Empleados de dirección y control administrativo, del comercio y los servicios 2,8%	
IIIA. Pequeña burguesía "tradicional" (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas de mas de 5 trabajadores 2,9%	IVA. Campesinos en explotaciones de mas de 5 trabajadores 0,1%		VB. Empleados administrativos, del comercio y los servicios sin funciones de dirección y control 24,7%	
	IIIB. Pequeña burguesía "tradicional" (trabajadores independientes de la industria, el comercio y los servicios) en empresas de hasta 5 trabajadores 23,2%	IVB. Campesinos en explotaciones de hasta 5 trabajadores 0,3%	VIA. Supervisores y obreros industriales calificados y semicalificados 9,6%	VIB. Obreros en ocupaciones artesanales 6,5%
			VIC. Obreros industriales no calificados 5,9%	
			VII. Obreros del sector agropecuario 0,6%	
			VIII. Empleados domésticos 2,2%	
Calificación y destrezas laborales		+	0	-

Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Evolución de la estructura de clases sociales en Bogotá

La composición social y los cambios que ha tenido la estructura social de la ciudad desde 1964 (cuadro 3 y gráfico 3¹⁰) muestran su carácter de metrópoli de servicios y los efectos de los cambios en la división sectorial del trabajo, expresados en la “desindustrialización”, y del cambio en las relaciones de trabajo a través de la flexibilización laboral en el contexto de la globalización. Igualmente pone de presente cómo la dinámica social no ha llevado a la progresiva proletarización y, por el contrario, han reforzado los sectores medios (empleados administrativos y del comercio) y los trabajos basados en el conocimiento (profesionales).

Ya Camilo Torres en su estudio de 1958 señalaba la importancia del sector servicios en Bogotá. El resultado que encontramos medio siglo después no corresponde, sin embargo, con su hipótesis de una rápida y progresiva proletarización. Lo que percibimos es la persistencia y crecimiento de la pequeña burguesía y de las clases medias asalariadas, y una disminución del proletariado industrial, cambios que se encuadran dentro de la flexibilización laboral y en las nuevas formas de acumulación capitalista a comienzos de los años 90, con la “apertura” y el modelo neoliberal sancionado en el consenso de Washington.

Al tiempo, esta estructura social pone de manifiesto la persistente segmentación social de una ciudad con marcadas desigualdades. Esa es la constante a pesar del cambio en la composición laboral y social de la población, que está en la base de las inequidades en la distribución del ingreso y en el nivel de calidad de vida, así como de las desigualdades en las oportunidades de los diferentes grupos sociales, distinguidos por sus posiciones de clase.

Los marcados cambios en la estructura de clases desde 1964 son la expresión de transformaciones en las relaciones laborales (reducción del proletariado industrial, aumento de profesionales y técnicos y, sobretodo, de trabajadores independientes) que caracterizan un cambio en el régimen de acumulación, que tiene como uno de sus puntales de apoyo la modificación de la relación salarial y, en el conjunto, de las relaciones laborales.

¹⁰ En el gráfico 3 no se incluye la información proveniente de la Encuesta de Calidad de Vida de 2007, que no concuerda con las tendencias observadas a partir de los años anteriores. Posiblemente esta situación se debe a una no correspondencia en las definiciones utilizadas en esta encuesta y a la forma como se procesó la información en ella.

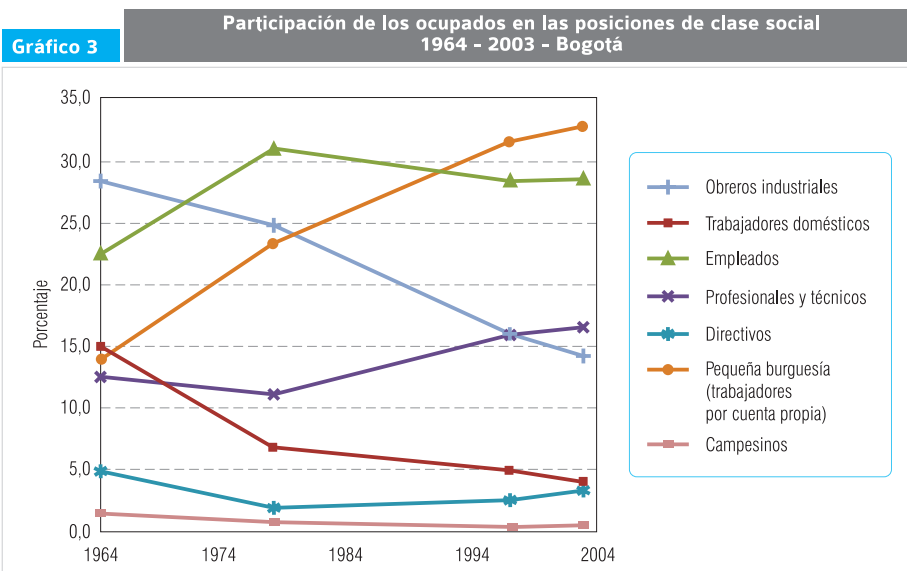
Cuadro 3 **DISTRIBUCIÓN DE LOS OCUPADOS (1) POR POSICIONES DE CLASE, 1964-2007-BOGOTÁ (PORCENTAJES)**

Posiciones de clase	1964	1978	1994	1997	2003	2007
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Obreros industriales	28,4	24,7	24,4	16,0	14,1	20,0
Obreros agropecuarios	1,7	0,5	1,0	0,6	0,5	0,6
Trabajadores domésticos	14,8	6,7	4,5	4,8	4,0	3,7
Empleados	22,5	31,0	29,6	28,3	28,5	33,5
Profesionales y técnicos	12,4	11,0	12,0	15,9	16,5	15,4
Directivos	4,9	1,9	3,2	2,6	3,3	4,0
Pequeña burguesía (trabajadores por cuenta propia)	13,9	23,3	24,9	31,5	32,7	21,1
Campesinos	1,4	0,9	0,5	0,3	0,5	0,2
Sin información	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,4

(1) Ocupados de 12 y más años, excepto 2007 que comprende 10 y más años.

Fuentes: cálculos con base en el procesamiento de los archivos del censo de 1964

(IPUMS, Universidad de Minnesota). Procesamiento propio de las encuestas de hogares EH-19, 1978 (DANE), Equidad en la Gestión Fiscal, 1994 (CGR, CENAC) y Calidad de Vida, 1997, 2003 (DANE) y 2007 (DANE, SDP).

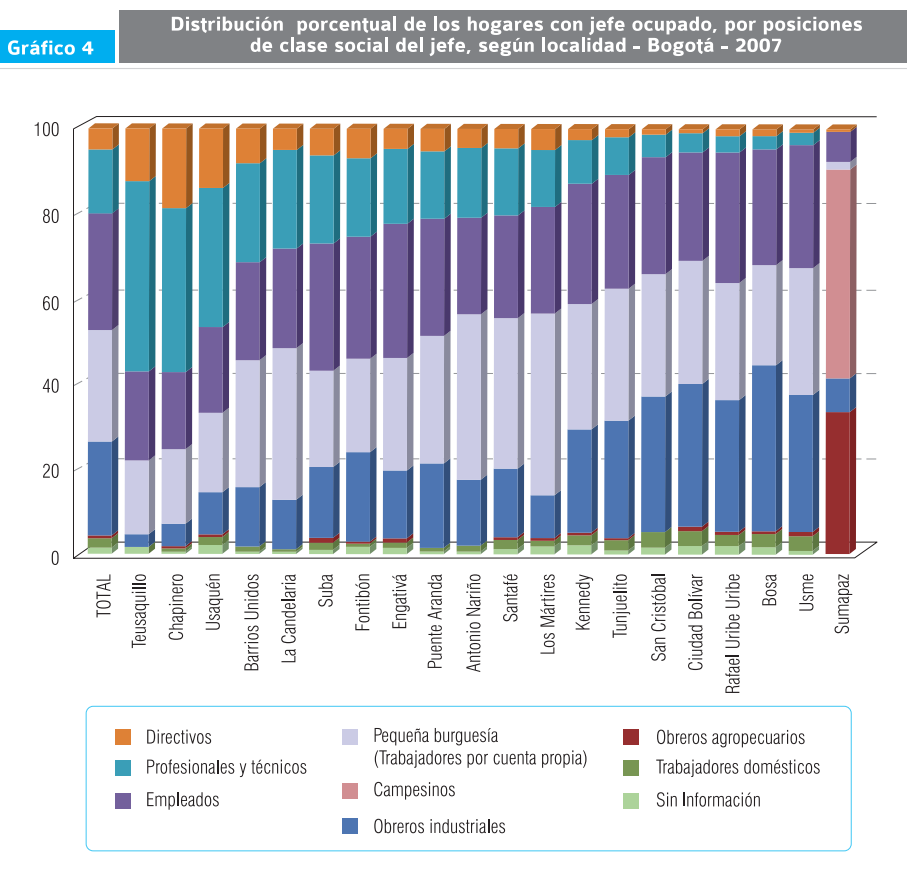


Fuentes: cálculos con base en el procesamiento de los archivos del censo de 1964

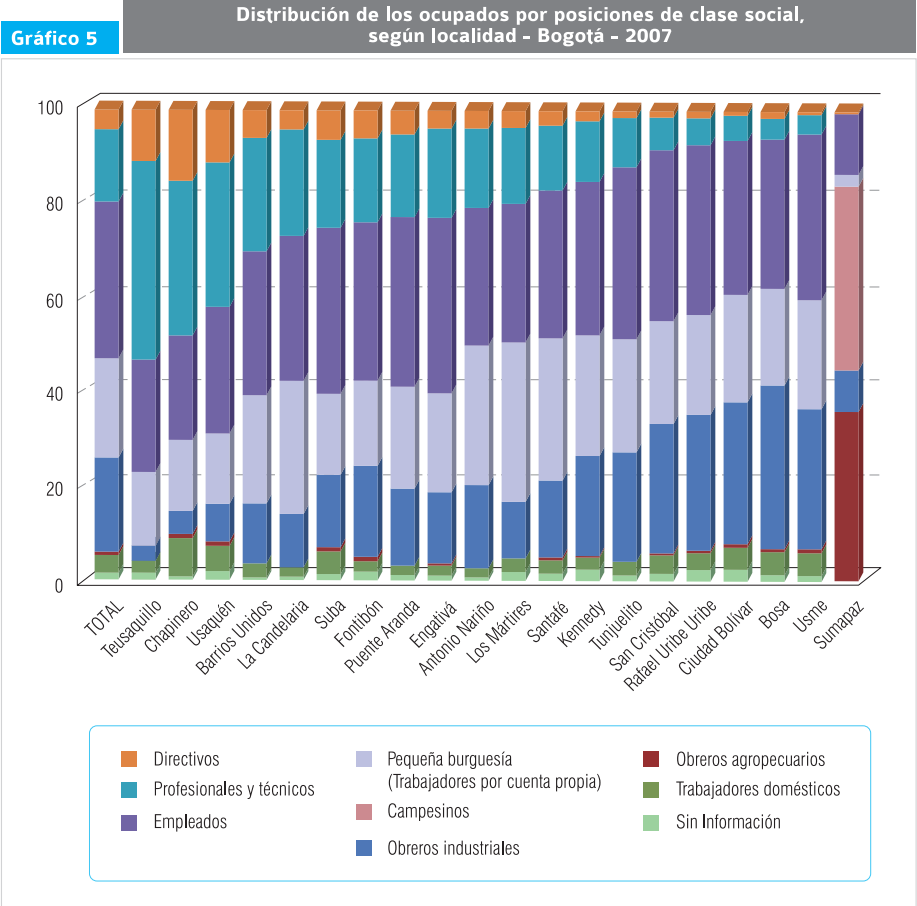
(IPUMS, Universidad de Minnesota). Procesamiento propio de las encuestas de hogares EH-19, 1978 (DANE), Equidad en la Gestión Fiscal, 1994 (CGR, CENAC) y Calidad de Vida, 1997, 2003 (DANE) y 2007 (DANE, SDP).

Estructura de clases por localidad

Hay contrastes notables en la composición de clase de los ocupados por localidades de Bogotá, lo que manifiesta cómo la segmentación espacial de Bogotá es, ante todo, una forma de manifestación de la segmentación social. En las que tienen mejores condiciones de vida, Teusaquillo, Chapinero y Usaquén, predominan los directivos y gerentes y los profesionales y técnicos. En las más pobres, Ciudad Bolívar, Bosa y Usme, es mayoritaria la presencia de trabajadores independientes y obreros. La localidad de Sumapaz tiene una distribución característica de las zonas rurales (gráfico 4). En la composición social de los hogares por clase social de los jefes que trabajan se encuentran diferencias similares (gráfico 5).



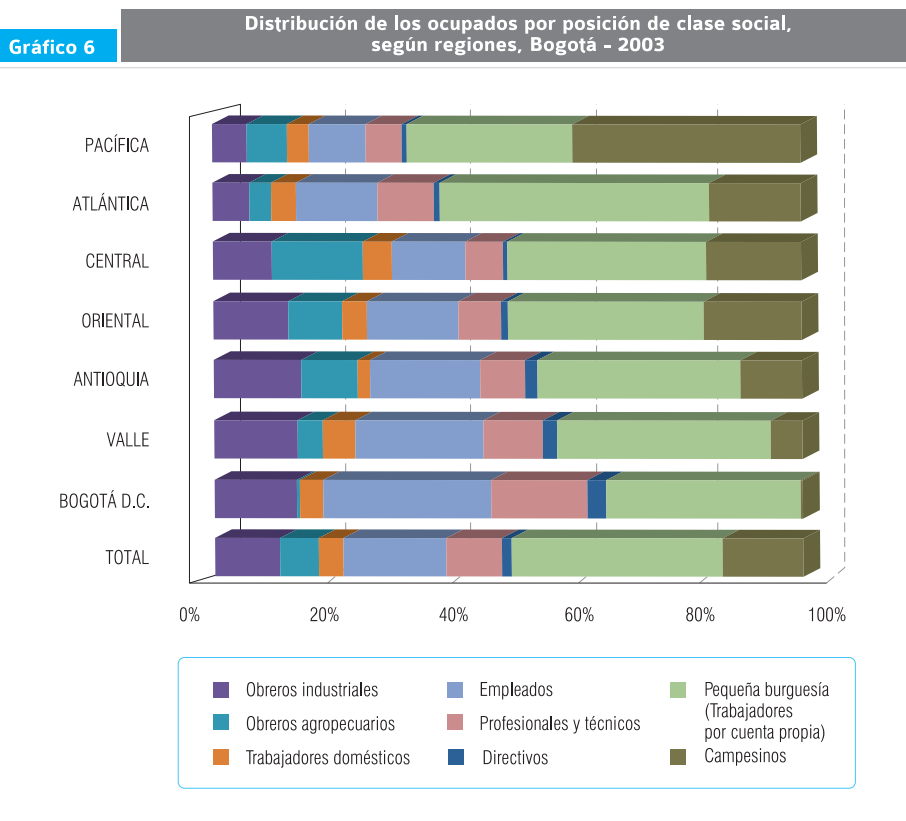
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Estructura de clases en Bogotá y en el contexto del país

El carácter particular de la estructura de clases en Bogotá contrasta con el que existe en el conjunto del país y en sus zonas urbanas. Como se aprecia en el gráfico 6 lo distintivo de Bogotá, respecto al país, es la obvia falta de sectores sociales propios del sector primario, y la mayor participación de las categorías de empleados (administrativos, comercio y servicios), profesionales y técnicos, y directivos.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

DESIGUALDADES ENTRE CLASES SOCIALES EN LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD

Estrato socioeconómico

Se observa una diferenciación, de acuerdo con la clase social de los ocupados, en distintas variables de nivel de vida, lo que es acorde con lo que postula el modelo de análisis de nuestro ejercicio. Este resultado da bases para apoyar

la hipótesis de la determinación que ejerce la situación de clase sobre las oportunidades y formas de vida de la población.

Aunque los estratos socioeconómicos son heterogéneos en su composición social, se encuentra una tendencia a que la participación dentro de ellos de directivos, profesionales y técnicos, empleados administrativos con funciones de dirección y control y trabajadores independientes en empresas de más de cinco trabajadores aumente a medida que el estrato es superior. Y, en sentido inverso, sube la participación de obreros, trabajadores independientes en empresas de menos de cinco trabajadores, empleados administrativos sin funciones de dirección y control a medida que el estrato es más bajo (gráficos 7 y 8¹¹).

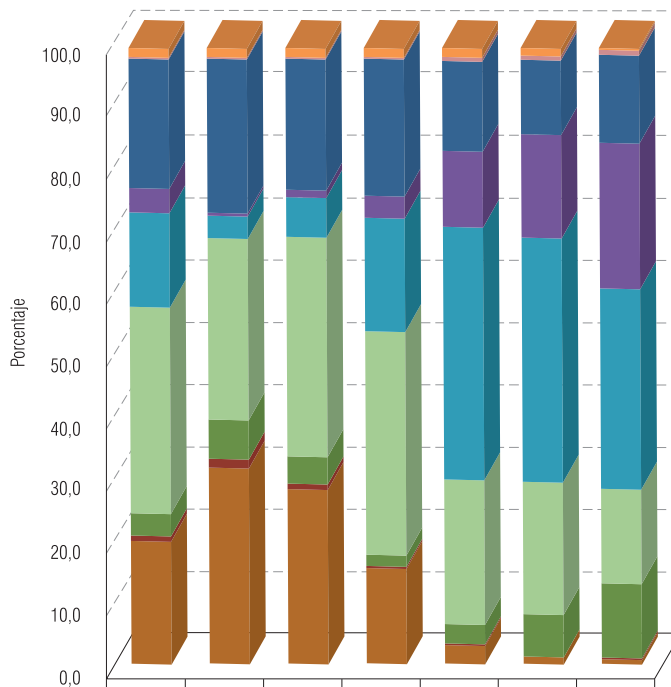
La misma tendencia se observa en la distribución por clase social de los hogares con jefe ocupado, por clase y fracción de clase del jefe. Hay una mayor homogeneidad en la composición de clase de los estratos bajo esta perspectiva (gráficos 9 y 10).

El estrato, que expresa directamente condiciones homogéneas del entorno de habitación espacialmente ubicado es, bajo la óptica analizada, un hábitat socialmente diverso y diferenciado que está determinado por la composición de clases sociales de la población y por las relaciones que existen entre ellas.

11 En el gráfico 8 así como en algunos cuadros y gráficos posteriores se diferencian los empleados domésticos “externos” (aquellos que viven en sus propios hogares), que son caracterizados de acuerdo con sus características personales y las de sus hogares, de los trabajadores domésticos “internos”, que estadísticamente forman parte de los hogares de quienes los emplean.

Gráfico 7

Distribución de los ocupados por posición de clase social, según estrato socioeconómico - Bogotá - 2007

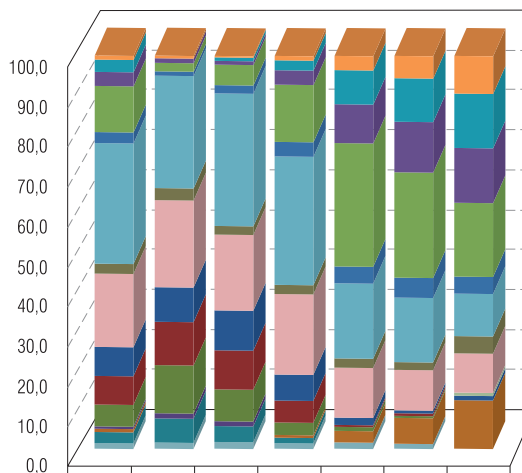


	Total	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6
■ Sin información	1,4	1,4	1,6	1,3	1,5	1,3	0,3
■ Campesinos	0,2	0,4	0,2	0,1	0,6	0,7	0,8
■ Pequeña burguesía (trabajadores por cuenta propia)	21,1	25,0	21,3	22,5	14,6	12,0	14,4
■ Directivos	4,0	0,4	1,1	3,6	12,4	16,8	23,5
■ Profesionales y técnicos	15,4	3,7	6,4	18,3	41,1	39,8	32,5
■ Empleados	33,5	29,5	35,8	36,3	23,5	21,4	15,4
■ Trabajadores domésticos	3,7	6,2	4,4	2,0	3,2	6,9	12,2
■ Obreros agropecuarios	0,6	1,5	0,9	0,2	0,1	0,0	0,2
■ Obreros industriales	20,0	31,9	28,3	15,5	3,1	1,1	0,7

Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Gráfico 8

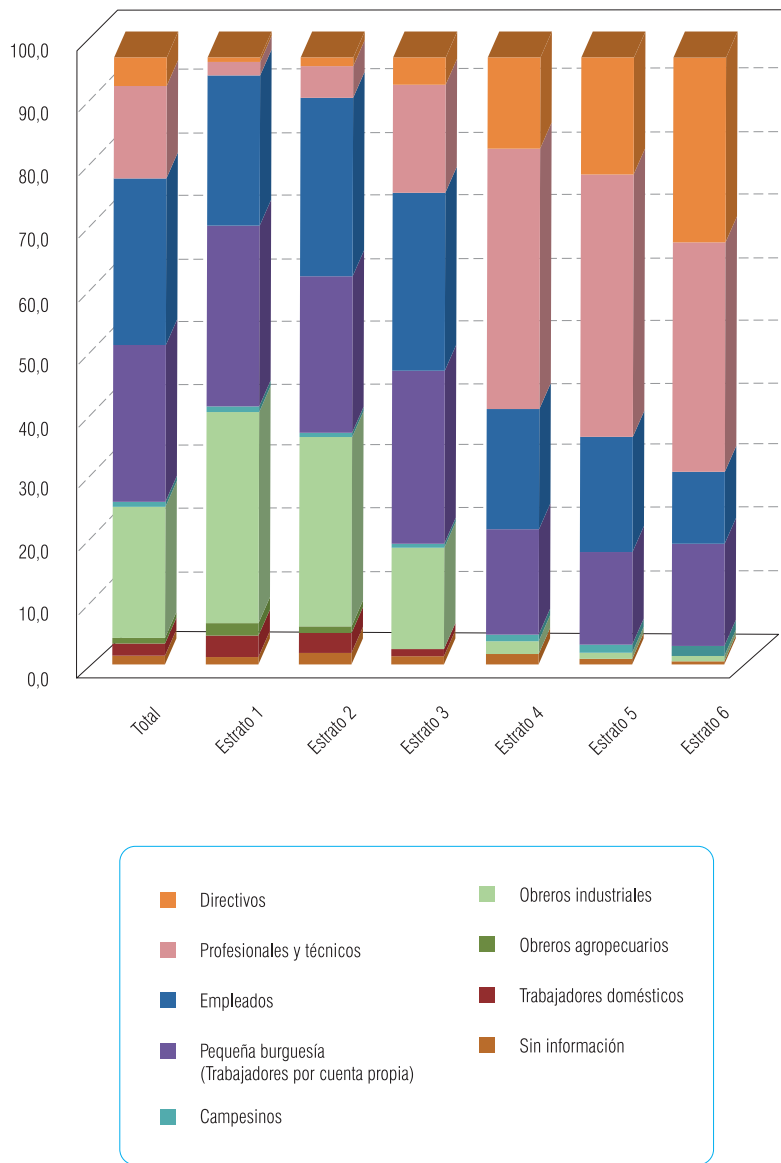
Distribución porcentual de los ocupados por fracción de clase social, según estrato socioeconómico - Bogotá - 2007



	Total	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6
Directivos no asalariados	1,2	0,2	0,3	1,1	3,7	5,7	9,7
Directivos asalariados	2,7	0,3	0,9	2,5	8,7	11,1	13,8
Profesionales y técnicos, independientes y patronos	3,7	1,0	1,3	4,0	9,8	13,0	14,0
Profesionales y técnicos asalariados	11,7	2,6	5,1	14,4	31,2	26,8	18,5
Empleados con funciones de dirección o control	2,9	0,8	2,0	3,6	4,4	5,0	4,6
Empleados sin funciones de dirección o control	30,7	28,6	33,8	32,7	19,1	16,4	10,9
Pequeña burguesía (Trabajadores independientes) en empresas de más de 5 trabajadores	2,3	3,1	2,2	2,2	2,4	1,8	4,4
Pequeña burguesía (Trabajadores independientes) en empresas de hasta 5 trabajadores	18,7	21,9	19,1	20,3	12,2	10,2	10,0
Campesinos en explotaciones de más de 5 trabajadores	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5
Campesinos en explotaciones de hasta 5 trabajadores	0,2	0,3	0,2	0,1	0,5	0,7	0,2
Obreros industriales calificados y semicalificados	7,5	8,6	10,0	7,0	1,7	0,3	0,6
Obreros en ocupaciones artesanales	7,0	11,0	10,0	5,5	0,6	0,5	0,0
Obreros no calificados	5,6	12,2	8,3	3,1	0,8	0,3	0,1
Obreros agropecuarios	0,6	1,5	0,9	0,2	0,1	0,0	0,2
Trabajadores domésticos internos	1,0	0,1	0,2	0,6	3,0	6,9	12,1
Trabajadores domésticos externos	2,7	6,1	4,2	1,4	0,2	0,0	0,1
Otros trabajadores asalariados	1,4	1,4	1,6	1,3	1,5	1,3	0,3

Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

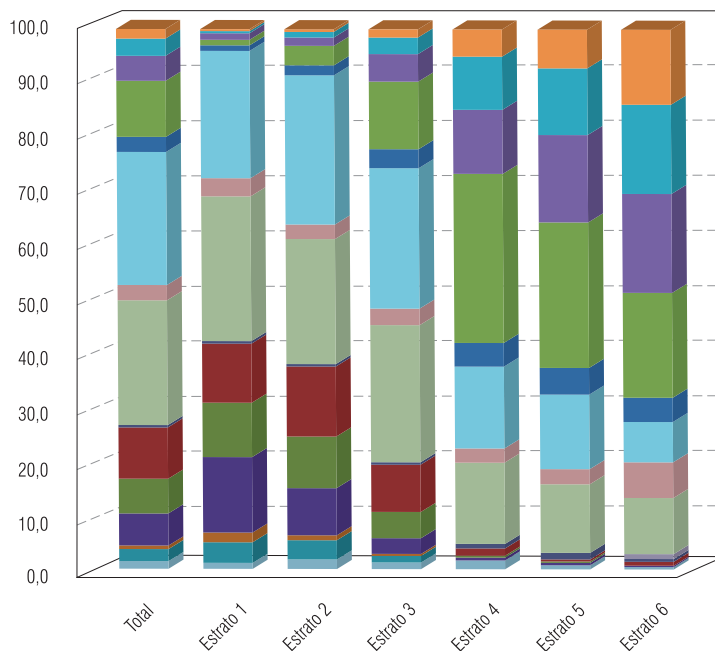
Gráfico 9 Distribución de hogares con jefe ocupado por posición de clase social del jefe, según estrato socioeconómico - Bogotá - 2007



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Gráfico 10

Distribución de los hogares con jefe ocupado por fracción de posición de clase social del jefe, según estrato socioeconómico - Bogotá - 2007



- Directivos no asalariados
- Directivos asalariados
- Profesionales y técnicos independientes y patronos
- Profesionales y técnicos asalariados
- Empleados con funciones de dirección o control
- Empleados sin funciones de dirección o control
- Pequeña burguesía (Trabajadores independientes) en empresas de más de 5 trabajadores
- Pequeña burguesía (Trabajadores independientes) en empresas de hasta 5 trabajadores
- Campesinos en explotaciones de más de 5 trabajadores
- Campesinos en explotaciones de hasta 5 trabajadores
- Obreros industriales calificados y semicalificados
- Obreros en ocupaciones artesanales
- Obreros no calificados
- Obreros agropecuarios
- Trabajadores domésticos externos
- Otros trabajadores asalariados

Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Años de educación

Las desigualdades en el indicador de años promedio de educación evidencian la magnitud de las diferencias en las oportunidades de vida entre posiciones de clase de los ocupados. Señala, igualmente, un ordenamiento entre esas posiciones asociadas con las calificaciones y jerarquías laborales. En la cúspide están los profesionales y técnicos y los directivos, y en el nivel inferior los trabajadores domésticos. Desde 1964 ha habido un avance en los niveles educativos de todas las posiciones. No obstante, la magnitud de las diferencias se ha mantenido (cuadro 4 y gráfico 11), lo que lleva a poner en duda que la extensión de la educación haya promovido la igualdad de oportunidades .

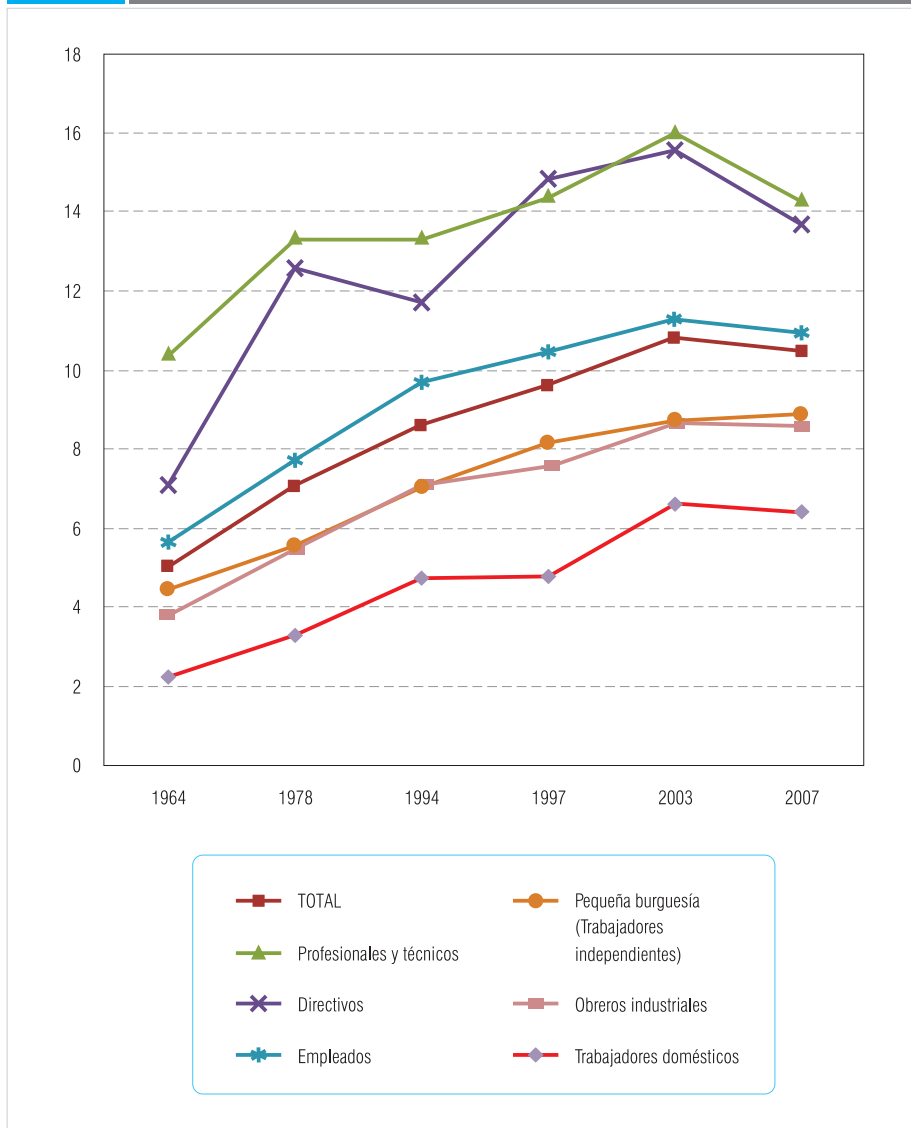
Cuadro 4	AÑOS PROMEDIO DE EDUCACIÓN DE LOS OCUPADOS POR POSICIÓN DE CLASE - BOGOTÁ - 1964-2007					
	Posiciones de clase	1964	1978	1994	1997	2003
TOTAL	5,05	7,05	8,61	9,6	10,78	10,45
Profesionales y técnicos	10,36	13,29	13,28	14,34	16,0	14,25
Directivos	7,08	12,56	11,71	14,83	15,54	13,68
Empleados	5,65	7,73	9,67	10,45	11,3	10,92
Pequeña burguesía (Trabajadores independientes)	4,43	5,54	7,06	8,16	8,71	8,89
Campesinos	5,07	6,76	6,8	12,13	10,64	8,78
Obreros industriales	3,82	5,44	7,11	7,59	8,62	8,61
Obreros agropecuarios	2,31	6,76	4,7	4,43	7,21	6,69
Trabajadores domésticos	2,24	3,32	4,74	4,8	6,63	6,43

Fuentes: cálculos con base en el procesamiento de los archivos del censo de 1964 (IPUMS, Universidad de Minnesota). Procesamiento propio de las encuestas de hogares EH-19, 1978 (DANE), *Equidad en la Gestión Fiscal*, 1994 (CGR, CENAC) y *Calidad de Vida*, 1997, 2003 (DANE) y 2007 (DANE, SDP).

12 A una conclusión similar llega Goldthorpe en su análisis sobre la Gran Bretaña (Goldthorpe, 1996).

Gráfico 11

Promedio de años de educación de los ocupados, por posiciones de clases sociales Bogotá - 1964 - 2007

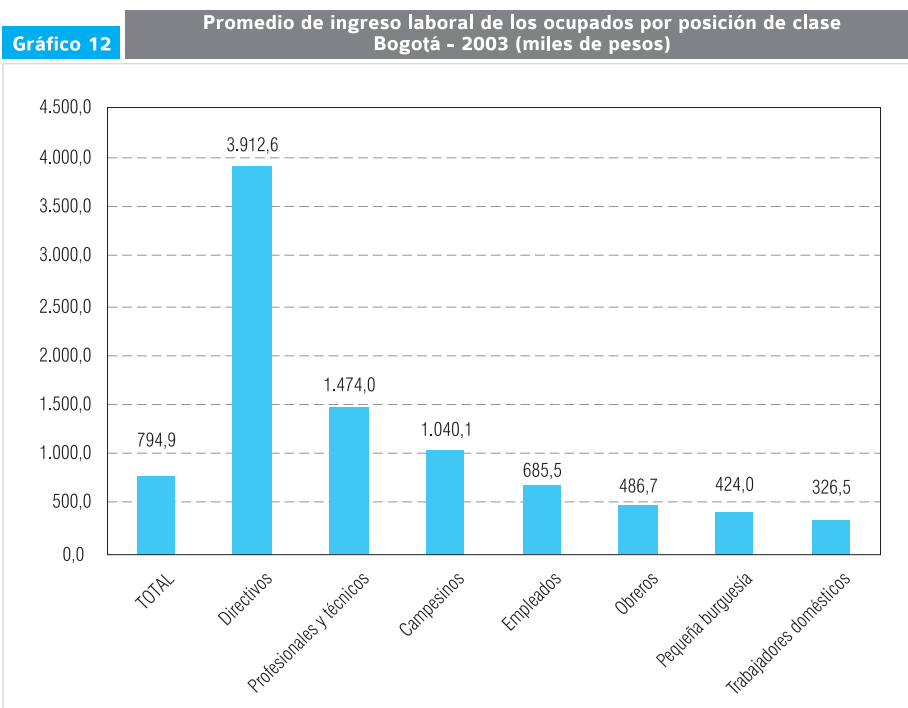


Fuentes: cálculos con base en el procesamiento de los archivos del censo de 1964 (IPUMS, Universidad de Minnesota). Procesamiento propio de las encuestas de hogares EH-19, 1978 (DANE), Equidad en la Gestión Fiscal, 1994 (CGR, CENAC) y Calidad de Vida, 1997, 2003 (DANE) y 2007 (DANE, SDP).

Ingresos laborales

Las desigualdades en los ingresos laborales¹³ se encuentran asociadas con las posiciones de clase de los ocupados y muestran, igualmente, las grandes inequidades en sus oportunidades de vida, ligadas a sus condiciones laborales (gráficos 12 y 13). Camilo Torres ilustraba esta situación hace 50 años, que se mantiene hasta el presente. Los directores y gerentes patronos tienen, en promedio, ingresos laborales 16,5 veces superiores a los trabajadores domésticos y 14 veces superiores a los de los obreros no calificados.

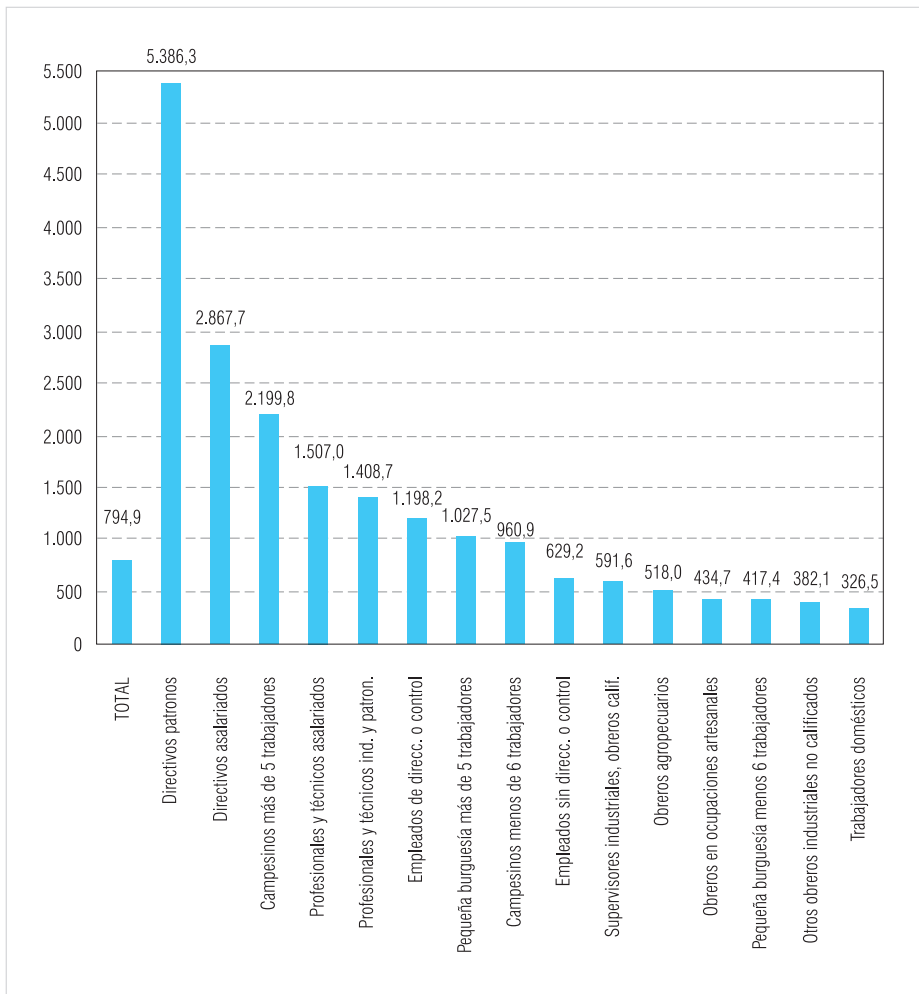
La gradación en las remuneraciones laborales de las posiciones de clase y sus fracciones es acorde con la diferenciación en sus calificaciones y jerarquías laborales.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

¹³ La información utilizada proviene de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003. Se utilizan los ajustes de ingreso realizados por Francisco Lasso para la Misión de Pobreza (DNP).

Gráfico 13 Promedio del ingreso laboral mensual de los ocupados por fracción de posición de clase - Bogotá - 2003 (miles de pesos)

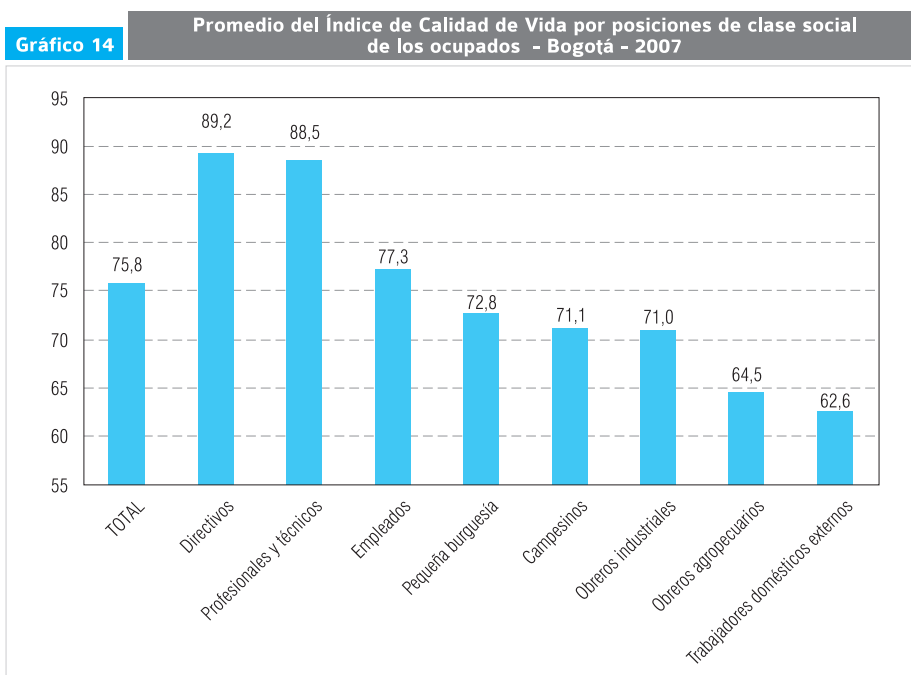


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Desigualdades en la calidad de vida por posiciones de clases sociales

Las desigualdades en el índice compuesto de calidad de vida¹⁴ dan cuenta de otras dimensiones de las oportunidades de vida asociadas con las posiciones de clase de los ocupados. También, bajo este foco, se constatan diferencias notables tanto para el índice compuesto, como para cada uno de los subíndices que son tomados en cuenta para su construcción: ambiental, vivienda, educación, seguridad social, seguridad ciudadana y entorno, alimentación y condiciones laborales (gráficos 14 y 15, cuadro 5).

Las desigualdades sociales por posiciones de clase se expresan en forma consistente y abarcan todas las dimensiones de la calidad de vida.

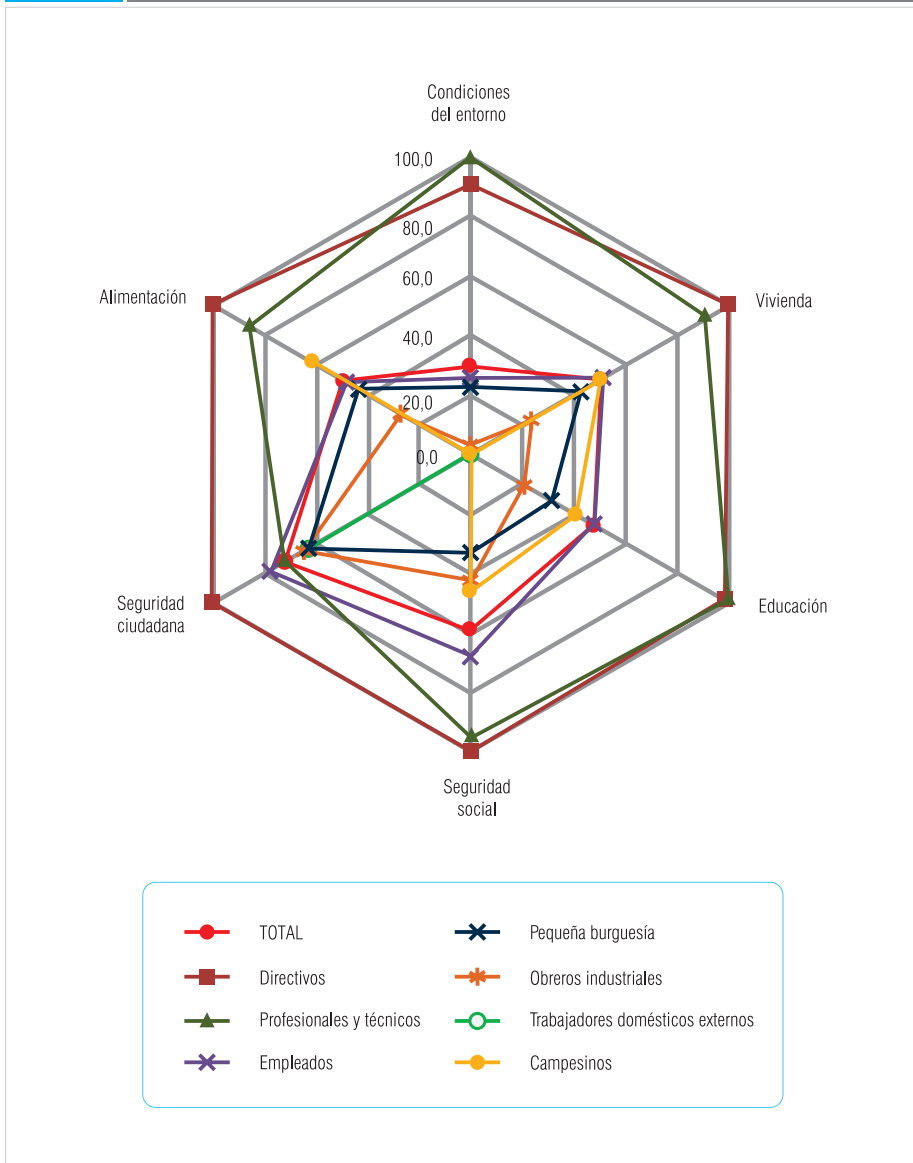


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

14 Véase el capítulo anterior.

Gráfico 15

Promedio de los subíndices de calidad de vida⁽¹⁾ de los ocupados por dimensiones, según posiciones de clase social - Bogotá - 2007



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

(1) Valores reescalados tomando el máximo valor, dentro de las posiciones de clase consideradas en el gráfico, por 100 y el mínimo por cero. No se toman las posiciones de campesino y obreros agropecuarios.

Cuadro 5 PROMEDIO DE LOS SUBÍNDICES (1) DE CALIDAD DE VIDA DE LOS OCUPADOS, POR DIMENSIONES, SEGÚN POSICIONES DE CLASE SOCIAL - BOGOTÁ - 2007

Posiciones de clase social	Condiciones del entorno	Vivienda	Educación	Seguridad social	Seguridad ciudadana	Alimentación
TOTAL	29,5	50,5	47,6	59,2	72,1	49,9
Directivos	90,5	100,0	98,6	100,0	100,0	100,0
Profesionales y técnicos	100,0	90,3	100,0	95,7	72,8	85,4
Empleados	25,7	51,2	47,3	68,2	78,2	48,2
Pequeña burguesía	22,9	42,0	31,5	33,1	63,5	44,2
Obreros industriales	2,9	23,6	20,6	42,0	64,7	27,1
Trabajadores domésticos externos	0,0	0,0	0,0	0,0	63,5	0,0
Campesinos	0,0	50,0	40,2	45,9	0,0	61,6
Obreros agropecuarios	17,3		1,1	50,6	74,6	20,5

Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

(1) Valores reescalados tomando el máximo valor, dentro de las posiciones de clase consideradas en el gráfico, por 100 y el mínimo por cero. No se toman las posiciones de campesino y obreros agropecuarios.

En los distintos indicadores considerados son generalmente los directivos y gerentes quienes tienen las mayores ventajas y los trabajadores domésticos las mayores desventajas. El ordenamiento de las posiciones de clase no es igual en relación con el nivel de todos los indicadores, en los sectores medios e inferiores. Este resultado señala cómo sus oportunidades varían, en la jerarquía social, de acuerdo con condiciones particulares que es preciso examinar en cada caso.

Una visión sintética de las relaciones entre posición social, en términos de posición de clase social, y las condiciones de vida se ilustra en el gráfico 16 proveniente de un análisis de correspondencia múltiple (ACM)¹⁵. En el gráfico se

¹⁵ El análisis de correspondencia múltiple (ACM) se realizó sobre la población ocupada y se incluye en él, como variables activas, las categorías de la posición social, el estrato socioeconómico para pago de servicios públicos domiciliarios, la condición de pobreza con la metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), los años de educación formal cursados, el decil del índice de condiciones de vida (CdV), construido según la metodología de la Misión Social del Departamento Nacional de Planeación. La localidad de residencia se incorporó al análisis como variable suplementaria. La primera dimensión, expresada en el eje horizontal del gráfico, explica el 23,42% de la inercia, y el segundo, expresado en el eje vertical, el 9,61% de la misma.

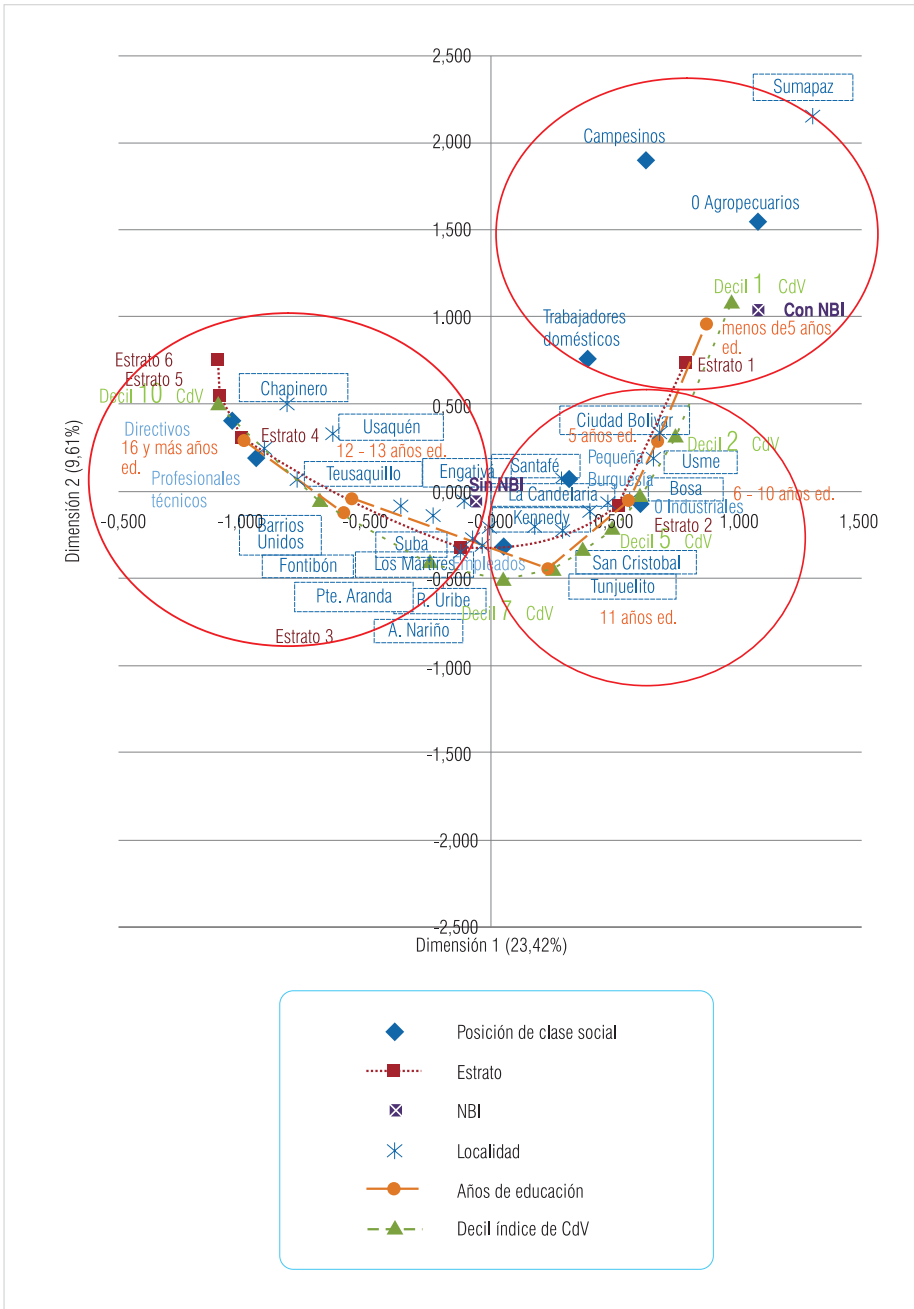
presenta también la relación entre las condiciones de vida y las localidades de la ciudad variable que se incluyó en el mismo análisis.

La proximidad entre las categorías proyectadas en el gráfico da cuenta de las desigualdades sociales por posiciones de clase en el espacio de la calidad de vida de los trabajadores de acuerdo con las distintas categorías consideradas. Ese espacio ideal se concreta en diferencias en la calidad de vida del espacio físico de la ciudad dividida por localidades (gráfico 16).

La proyección de las dos primeras dimensiones del análisis en el gráfico permite apreciar la asociación entre las gradaciones en los niveles de vida y la composición social de los ocupados, que a su vez corresponde con una segmentación social entre las localidades de residencia. Dentro de los peores niveles de vida se ubican, de un lado, los que tienen relación con las formas de vida rurales junto con los empleados domésticos (en el cuadrante superior derecho del plano cartesiano) y, de otra, los trabajadores que se desempeñan como obreros industriales, trabajadores independientes no profesionales (pequeña burguesía) y, en parte, como empleados (cuadrante inferior derecho). En la parte izquierda del gráfico se proyectan las posiciones de clase con mejores condiciones de vida (directivos, profesionales y técnicos). Las localidades se diferencian, a su vez, tanto por sus niveles de vida, como por su composición, en términos de posiciones de clase social.

Gráfico 16

Análisis de correspondencia múltiple - Ocupados: posición de clase, variables de condiciones de vida y Localidades - Bogotá - 2007

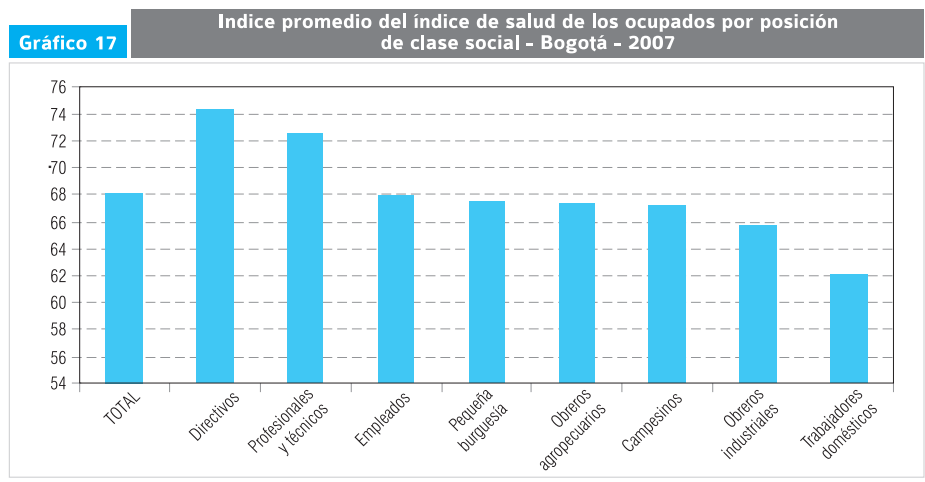


Desigualdad entre posiciones de clases sociales en los índices de salud, riesgo y protección

Se encuentran igualmente diferencias entre los promedios de los índices de salud, riesgo y protección¹⁶ por posiciones de clases sociales de los ocupados, que siguen las mismas tendencias de los indicadores ya presentados¹⁶. Este hecho sugiere interdependencias entre la salud y las otras dimensiones de la calidad de vida.

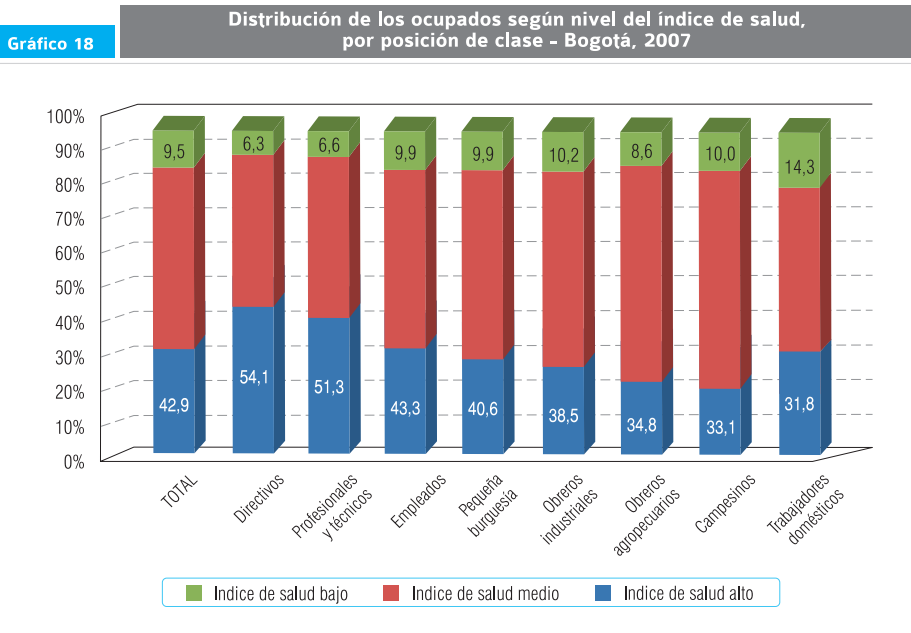
En el índice de salud, los directivos y gerentes, así como los profesionales y técnicos ocupan nuevamente las posiciones con mayor ventaja, y los trabajadores domésticos se ubican en la escala inferior. Los sectores sociales intermedios exhiben condiciones semejantes (gráfico 17). En las distintas posiciones de clase se encuentran niveles altos y bajos del índice. No obstante los niveles altos tienden a tener una mayor frecuencia relativa en las clases con mayores ventajas dentro de la escala social. Sucede lo inverso con los niveles bajos del índice (grafico 18).

En índices de riesgo y protección de la salud se encuentran variaciones más continuas de acuerdo con la jerarquía de clases (gráficos 19 y 20). Asimismo, en estos índices el ordenamiento de las categorías en los segmentos medio e inferior no es la misma, lo que muestra cómo los riesgos y protecciones varían de acuerdo con condiciones particulares de las diferentes posiciones de clase.

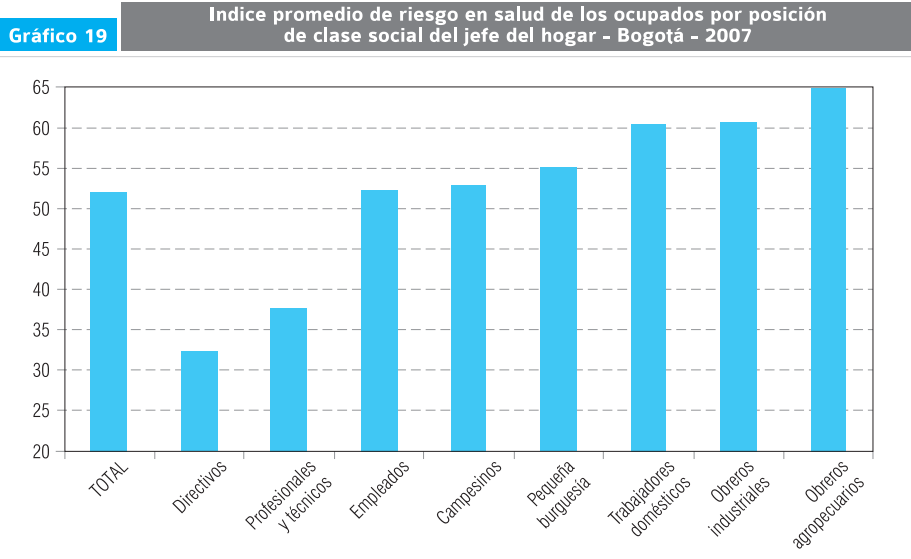


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

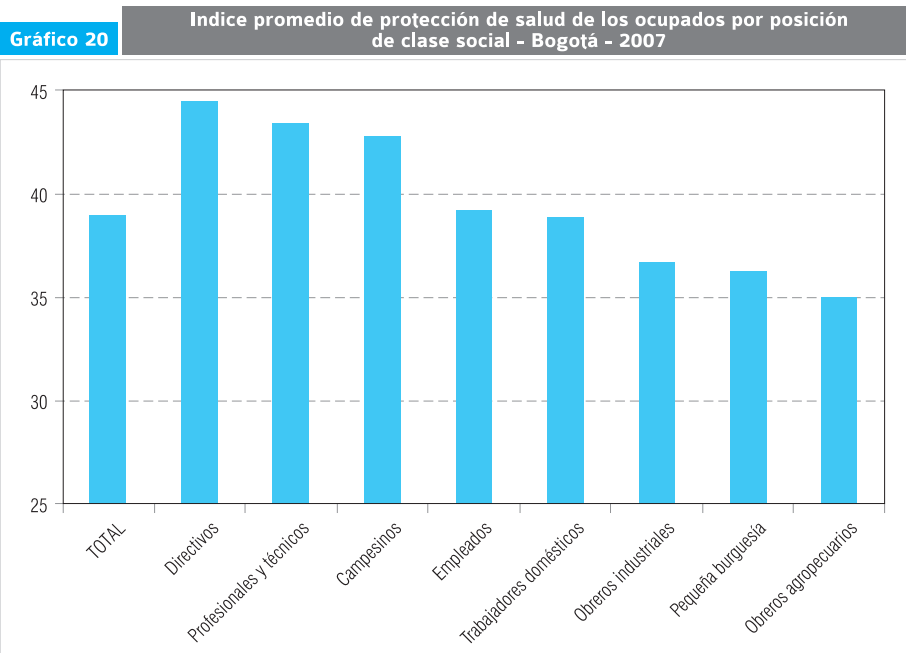
¹⁶ Véase en el capítulo siguiente la metodología de construcción de estos índices.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.



Fuente: CID – Grupo de Protección Social. Cálculos con base en ECV 2007.

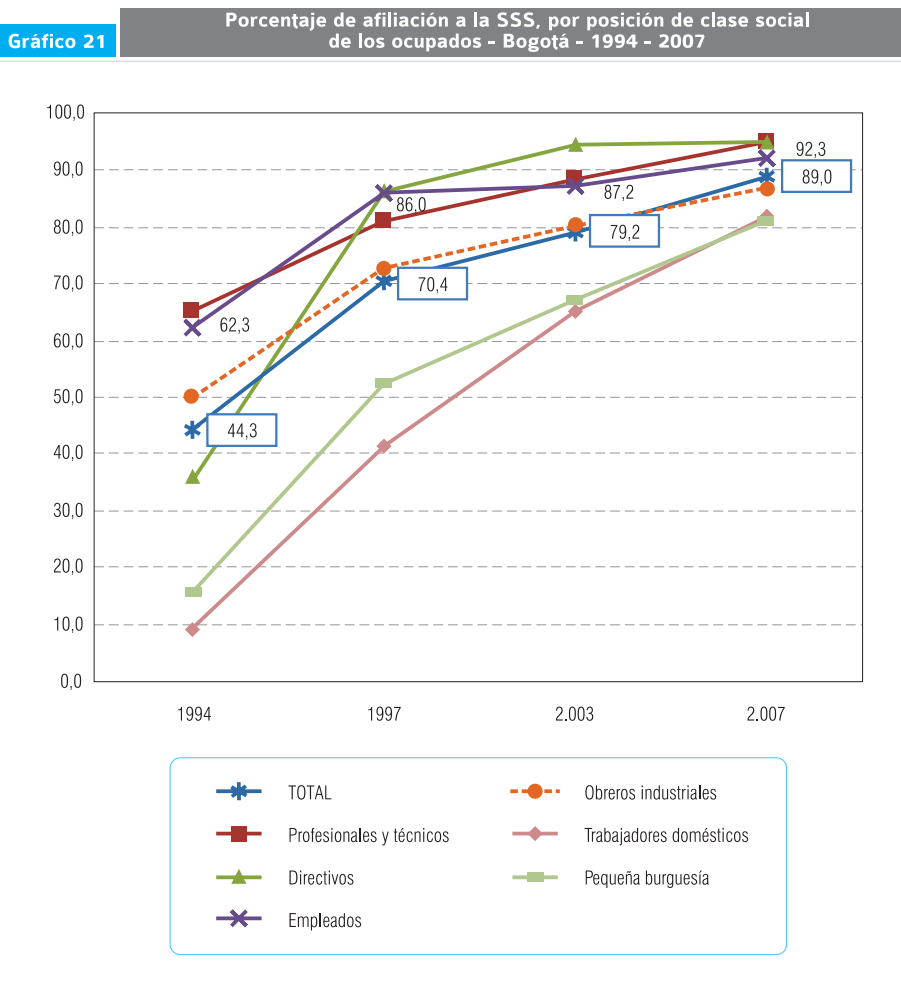
Afiliación a la seguridad social en salud

Las desigualdades en la afiliación a la seguridad social en salud (uno de los factores tomados en cuenta en el índice de protección) expresan características particulares del entorno institucional para las distintas posiciones de clase. Los trabajadores independientes y domésticos tienen las posiciones más desfavorables (gráfico 21 y cuadro 6).

Como efecto de la Ley 100, las tasas de afiliación de todos los grupos aumentaron en forma acelerada durante la década pasada. El efecto ha sido una disminución de las distancias relativas entre las posiciones de clase (gráfico 21 y cuadro 6). No obstante, subsisten proporciones significativas de trabajadores que aún se encuentran por fuera del cubrimiento de la seguridad social en salud, especialmente dentro de los trabajadores domésticos y la “pequeña burguesía”.

Las desigualdades en el cubrimiento de la seguridad social en salud tienen manifestación igualmente en las proporciones diferenciales de afiliación a los

dos regímenes de afiliación. Mientras que 48% de los trabajadores domésticos afiliados pertenecen al régimen contributivo y 61% de los trabajadores independientes, dentro de los profesionales y directivos una proporción cercana a 95% se encuentran en esa situación (gráfico 22). La afiliación de trabajadores en el régimen subsidiado en todas las categorías de asalariados expresa grados significativos de elusión en el cumplimiento de la normatividad vigente.



Fuentes: cálculos con base en el procesamiento de los archivos del censo de 1964 (IPUMS, Universidad de Minnesota). Procesamiento propio de las encuestas de hogares EH-19, 1978 (DANE), Equidad en la Gestión Fiscal, 1994 (CGR, CENAC) y Calidad de Vida, 1997, 2003 (DANE) y 2007 (DANE, SDP).

Cuadro 6

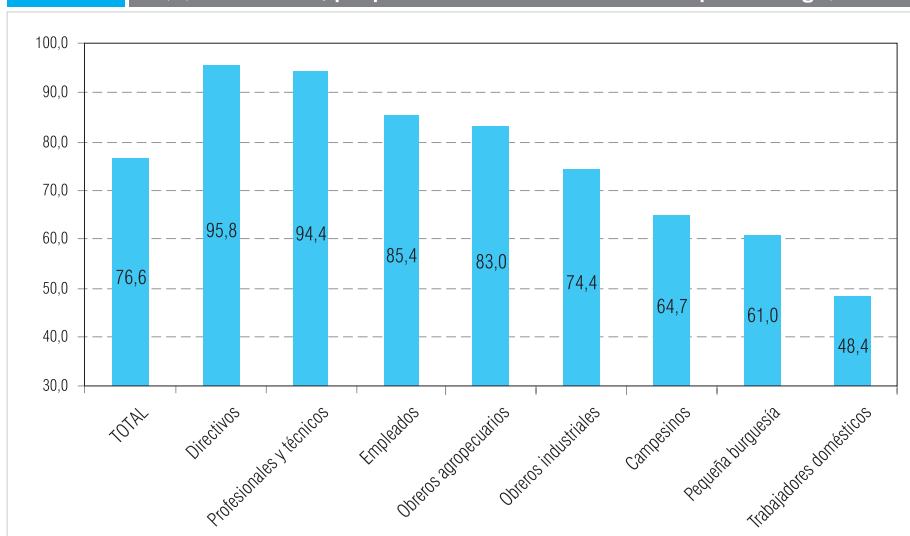
PORCENTAJE DE OCUPADOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, POR POSICIONES DE CLASE - BOGOTÁ - 1994-2007

Posiciones de clase	1994	1997	2003	2007
TOTAL	44,3	70,4	79,2	89,0
Profesionales y técnicos	65,3	81,3	88,6	95,2
Directivos	35,9	86,3	94,6	95,1
Empleados	62,3	86,0	87,2	92,3
Campesinos	0,0	78,8	89,0	87,9
Obreros industriales	50,0	72,6	80,2	87,0
Obreros agropecuarios	42,2	90,2	83,5	85,9
Trabajadores domésticos	9,2	41,5	65,0	81,8
Pequeña burguesía	15,8	52,6	67,1	81,1

Fuentes: cálculos con base en el procesamiento de los archivos del censo de 1964 (IPUMS, Universidad de Minnesota). Procesamiento propio de las encuestas de hogares EH-19, 1978 (DANE), Equidad en la Gestión Fiscal, 1994 (CGR, CENAC) y Calidad de Vida, 1997, 2003 (DANE) y 2007 (DANE, SDP).

Gráfico 22

Porcentaje de afiliados a la SSS en el régimen contributivo respecto al total de afiliados, por posición de clase social de los ocupados - Bogotá - 2007



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

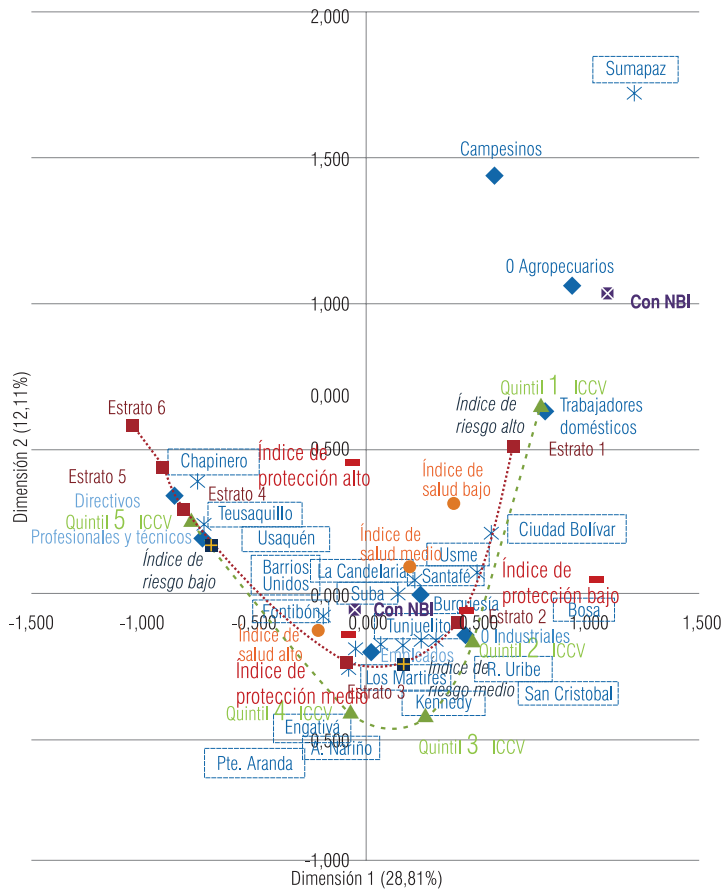
El gráfico 23, proveniente de otro análisis de correspondencia múltiple (ACM) y referido a los jefes de hogar ocupados, contiene la representación de las relaciones entre los elementos principales del modelo de determinantes sociales de la salud que son captados a través de las encuestas de calidad de vida: posición de clase social, índice compuesto de calidad de vida (por quintiles de la población), índices de salud, protección y riesgo (por niveles alto, medio y bajo). Incluye, además, los estratos socioeconómicos y el indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI)¹⁷. Expresa, en forma condensada, los resultados ya comentados sobre asociaciones entre la posición social, la calidad de vida y la salud, incluyendo sus determinantes próximos.

El gráfico 23 muestra igualmente la ubicación de las localidades (incluidas también como variable suplementaria). Ilustra las expresiones espaciales de las desigualdades sociales en las categorías de las variables tomadas en cuenta en el análisis.

¹⁷ Este ACM se llevó a cabo sobre la población de jefes de hogar ocupada y se incluyeron en él, como variables activas, las posiciones de clase social, el estrato socioeconómico para pago de servicios públicos domiciliarios, la condición de pobreza con la metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el índice compuesto de calidad de vida (ICCV), y los índices de estado de salud, protección y riesgos para la salud. La localidad se incluyó en el ejercicio como variable suplementaria. La primera dimensión, expresada en el eje horizontal del gráfico, explica el 28,81% de la inercia, y el segundo, expresado en el eje vertical, el 12,11% de la misma.

Gráfico 23

Análisis de correspondencia múltiple - Jefes de hogar ocupados: posición de clase, índice compuesto de calidad de vida e índices de salud, riesgos y protecciones, estratos y localidades - Bogotá - 2007



◆	Posición de clase social	—▲—	Quintil índice compuesto de calidad de vida- ICCV
●	Estrato	●	Índice de salud
X	NBI	■	Índice de riesgos para la salud
*	Localidad	■	Índice de protección para la salud

CONCLUSIONES

El ejercicio realizado propone un camino para incluir en los análisis de desigualdad con información de encuestas corrientemente realizadas en los países de América Latina variables que expresen las posiciones de clase social, tomando en cuenta las condiciones laborales que captan características destacadas de las relaciones sociales de producción.

La estructura de clases identificada a partir de un cuerpo reducido de información muestra el contexto de base que da lugar a un conjunto amplio de desigualdades sociales. La configuración objetiva de clases, basada en características estructurales de la sociedad y que promueve la conformación de actores sociales colectivos, está asociada con desigualdades en los niveles de ingreso, con las distintas dimensiones de la calidad de vida y con las condiciones que afectan los resultados en salud.

La información histórica que se ha reconstruido sobre las últimas décadas evidencia que en Bogotá se mantienen los niveles de desigualdad en variables como los años de educación, a pesar de los avances registrados en el sector, pero que hay campos en los que las desigualdades han disminuido, como en el de la afiliación a la seguridad social en salud.

El ejercicio adelantado debe entenderse como el inicio de una forma de investigar las desigualdades sociales que requiere profundizarse para entender los factores que llevan a reproducir las desigualdades sociales en el contexto de ciudades como Bogotá.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anand, S., Diderichsen, F., Evans, T., Shklnikov, V. y Wirth, M. 2002. Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores. En T. Evans M. Whitehead et al., *Desafío a la falta de equidad en salud, de la ética a la acción*. Washington: Fundación Rockefeller, OPS: 53-73.
- Bonilla, R. 2007. Crecimiento, empleo, seguridad social y pobreza. En Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, *Macroeconomía y Bien-estar*: Bogotá: CID, Universidad Nacional de Colombia: 81-128.
- Breen, R. 2004. Foundations of a neo-weberian class analysis. En E. O.Wright (Ed.), *Six approaches to class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. (Ch. 2, pp. 1-17).

- Briand, J. P. y Chapoulie, J. M. 1985. Les classes sociales. Principes d'analyse et données empiriques. Paris: Hatier, Profil Sociétés.
- Carabaña, J. y de Francisco, A. (Comp.). 1995. Teorías contemporáneas de las clases sociales (3ª. Ed). Madrid: Ed. Pablo Iglesias.
- Carabaña, J. (Ed.). 1995. Desigualdad y clases sociales. Madrid: Fundación Argentaria, Visor distribuciones.
- Castro, B. (Comp.). 2009. La sociedad colombiana: cifras y tendencias. Memorias del X Coloquio Colombiano de Sociología. Santiago de Cali: Programa Editorial, Universidad del Valle.
- Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID. 2007. Macroeconomía y Bienestar. Bogotá: CID, Universidad Nacional de Colombia.
- Commission on Social Determinants of Health (CDSS), World Health Organization (OMS). 2010. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Debates).
- Chauvel, L. 2001. Le retour des classes sociales? Revue de l'OFCE, (79): 315-359.
- Chauvel, L. 2006. Are social classes really dead? A French paradox in class dynamics. En G. Therborn (Dir.). Inequalities of the world. Londres: Ed. Verso: 295-317. Disponible en: <http://www.louischauvel.org/therborn-chauveldef.pdf>.
- Daza, J. L. 2005. Economía informal, trabajo no declarado y administración del trabajo (Documento No. 9). Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Departamento de Diálogo Social, Legislación y Administración del Trabajo. Disponible en: <http://www.oit.org/public/spanish/dialogue/ifpdial/downloads/informal.pdf>.
- de Francisco, A. 1995 (Comp.). Problemas del análisis de clase: a modo de introducción. En J. Carabaña y A. de Francisco (Comp.). Teorías contemporáneas de las clases sociales (3ª. Ed). Madrid: Ed. Pablo Iglesias: 1-16.
- Diderichsen, F., Evans, T. y Whitehead, M. 2002. Bases sociales de las disparidades en salud. En T. Evans, M. Whitehead, et al. Desafío a la falta de equidad en la salud, de la ética a la acción. (Publicación Científica N° 585). Washington, D. C.: Fundación Rockefeller, OPS: 12-25.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., Wirth, M. 2002. Desafío a la falta de equidad en la salud, de la ética a la acción. (Publicación Científica N° 585). Washington, D. C.: Fundación Rockefeller, OPS.

- Evans, T, Whitehead, M. et al. 2002. Introducción. En T. Evans, M. Whitehead, et al. *Desafío a la falta de equidad en la salud, de la ética a la acción*. (Publicación Científica N° 585). Washington, D. C.: Fundación Rockefeller, OPS : 2-11.
- Fresneda, O. 1993, noviembre. Estructura social y pobreza en las ciudades colombianas. *Coyuntura Social*, (9): 137-164.
- Fresneda, O. 2009. Cambios en la estructura socio-ocupacional en Colombia: una exploración de fuentes estadísticas. En B. Castro. *La sociedad colombiana: cifras y tendencias*. Memorias del X Coloquio Colombiano de Sociología. Santiago de Cali: Programa Editorial, Universidad del Valle: 227-279.
- Goldthorpe, J. H. 1995. Sobre la clase de servicio, su formación y futuro. En J. Carabaña y A. de Francisco (Comp.). *Teorías contemporáneas de las clases sociales*. (3ª. Ed). Madrid: Ed. Pablo Iglesias: 229-263.
- Goldthorpe, J. H. 1996. Class analysis and the reorientation of class theory: The case of persisting differentials in educational attainment. *The British Journal of Sociology*, 47 (3), 481-505. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/591365> Accessed: 24/12/2008 12:16.
- Goldthorpe, J. H. 2002. Occupational sociology, yes: Class analysis, no: Comment on Grusky and Weeden's Research Agenda. *Acta Sociologica*, 45: 211-217.
- Goldthorpe, J. H. y Mills, C. 2008. Trends in intergenerational class mobility in modern Britain: Evidence from national surveys, 1972-2005. National Institute of Economic and Social Research. Disponible en: <http://ner.sagepub.com/cgi/content/abstract/205/1/83>.
- Grusky, D. 2004. Foundations of a neo-durkheimian class analysis. En E. O. Wright (Ed.). *Six approaches to class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. (Ch. 3, pp. 1-27).
- Kieffer, A., Oberti, M. y Preteceille, E. 2002. Enjeux et usages des categories socioprofessionnelles en Europe". *Sociétés Contemporaines*, (45-46): 5-15.
- Ossowski, S. 1963 [1956]. *Class structure in the social consciousness*. (Reimpreso en 1968). Londres: Routledge.
- Portes, A. 1985. Latin American class structures: Their composition and change during the last decades. *Latin American Research Review*, 20, (3): 7-39.
- Portes, A. y Hoffman, K. 2003. Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal. (Serie Políticas Sociales n° 68). Santiago de Chile: CEPAL.

- Rose, D. y O'Reilly, K. 1998. The ESRC review of government social classifications. Londres: ESRC Research Centre on Micro-social Change Institute for Social and Economic Research University of Essex, Office for National Statistics.
- Rose, D. y Pevalin, D. J. 2002. The national statistics socio-economic classification: Unifying official and sociological approaches to the conceptualisation and measurement of social class in The United Kingdom. *Sociétés Contemporaines*, (45-46): 75-105.
- Torres, C. 1987 [1958]. La proletarización en Bogotá. Bogotá: Cerec.
- Wright, E. O. 1979. Class structure and income determination. New York: Academic Press Inc.
- Wright, E. O. 1995a. Reflexionando, una vez más sobre el concepto de estructura de clases. En J. Carabaña y A. de Francisco (Comp.). *Teorías contemporáneas de las clases sociales* (3ª. Ed). Madrid: Ed. Pablo Iglesias: 17-125.
- Wright, E. O. 1995b. El análisis de clase de la pobreza. En Carabaña (Ed.). *Desigualdad y clases sociales*. Madrid: Fundación Argentaria, Visor distribuciones: 133-150.
- Wright, E. O. 2000. Class counts. Student Edition. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wright, E. O. (Ed.). 2004a. If class is the question, what is the answer? En Wright, E. O. (Ed.). *Six approaches to class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wright, E. O. 2004b. Foundations of a neo-marxist class analysis. En E. O. Wright (Ed.). *Six approaches to class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press: 1-26.
- Wright, E. O. 2010. Preguntas a la desigualdad. Ensayos sobre análisis de clase, socialismo y marxismo. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad del Rosario.



Capítulo III

ÍNDICES DE RIESGO Y PROTECCIÓN. MEDICIÓN POSIBLE DE LA EQUIDAD EN SALUD A TRAVÉS DE GRANDES ENCUESTAS

*Félix León Martínez Martín **

* Médico, Magíster en Salud Pública, investigador en salud y seguridad social. Investigador con el Grupo de protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional desde el año 2000: Docente de la Maestría de protección Social de la Universidad Santo Tomás desde 2007. Presidente de la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y Seguridad Social - FEDESALUD- desde su fundación en 1999.





A MODO DE INTRODUCCIÓN

En 2009, el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud, de Bogotá, después de adelantar una serie de procesos e investigaciones, había generado una particular apropiación de conocimiento y experiencia, en años de debate e implementación de instrumentos de análisis y acción sobre la equidad en la seguridad social y la salud, que exponían los grandes condicionantes económicos, políticos e institucionales que reproducen las inequidades en calidad de vida y salud.

El Observatorio consideraba entonces que había llegado a un momento donde se hacía indispensable dar un sustento sistemático y organizativo al tema de la información, para el desarrollo de los sistemas de monitoreo de las inequidades en salud, como sustento de la investigación. Recomendaba, por tanto, que la etapa subsiguiente de actividades del Observatorio incluyera un proyecto tendiente a la sistematización de la información disponible sobre equidad en salud¹.

Se señalaba que “La experiencia de selección, elaboración y análisis de indicadores para el Observatorio muestra que, si bien son necesarios análisis particulares sobre determinados temas o grupos poblacionales, es fundamental contar con una visión general de las desigualdades en salud, donde estos aspectos particulares puedan ubicarse. Esto requiere un programa sistemático de análisis de las inequidades en calidad de vida y salud. Sin embargo, los trabajos realizados en el área de producción de indicadores reiteran que no contamos con la información suficiente para un análisis más completo de las inequidades. Es necesario producirla. Para este propósito se plantea la adecuación de las encuestas de hogares realizadas por el Distrito (Calidad de Vida y Capacidad de Pago), o bien, la puesta en marcha de una encuesta sobre equidad en salud con algunas temáticas permanentes y de temas específicos de profundización en sus diferentes aplicaciones. Esta discusión involucra a varias instancias de

¹ Este trabajo corresponde a la tercera fase del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud, que desarrolla el Grupo de protección Social, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID, de la Universidad Nacional de Colombia, en convenio con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Para el desarrollo del trabajo se contó con el valioso aporte de Jorge Martínez Collantes para la obtención de los índices de salud, riesgo y protección, utilizando técnicas estadísticas. Se contó, además, con el competente apoyo del estadístico César López para la aplicación de técnicas multivariadas de análisis de datos.

la administración distrital, en especial a la Secretaría Distrital de Planeación, en coordinación con instancias nacionales, como el Departamento Nacional de Estadística (DANE).” (Restrepo, 2007)

En respuesta a estas recomendaciones, la Secretaría Distrital de Salud y el Grupo de protección Social, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional acordaron desarrollar en la etapa siguiente de actividades del Observatorio el análisis de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida para Bogotá 2007 (ENCV 2007) y, conociendo de antemano las limitaciones en la información de salud de las grandes encuestas de hogares, el diseño de una encuesta específica para estudiar a fondo la equidad en calidad de vida y salud. Ambos proyectos se acometieron desde la segunda mitad de 2008 hasta finales de 2009.

El grupo de investigadores no tenía grandes expectativas sobre los resultados del análisis de la ENCV 2007, debido a la poca información específica sobre salud que suelen contener estas grandes encuestas, ocupadas en múltiples dimensiones sociales y económicas que, por supuesto, conforman un conjunto de variables de gran riqueza para analizar calidad de vida e, igualmente, para observar, a partir de diversas agrupaciones que se acerquen en mayor o menor medida a diferenciar la posición social de los individuos, las desigualdades e inequidades en calidad de vida.

De hecho, gran parte de este libro se concentra en ambos aspectos, tanto el análisis de las desigualdades e inequidades en calidad de vida, mediante la construcción de indicadores para el efecto, como en el análisis teórico de la posición social, más allá de la simple utilización de “estratificadores de inequidad” (WHO, 2009), como el ingreso, el nivel educativo o el estrato de la vivienda², variables que permiten aproximarse a la ubicación de una persona en la escala social, las cuales venían enmarcando la construcción de indicadores y la investigación sobre equidad en salud en las etapas previas, sin consideraciones teóricas sobre el origen y estructura de dicho escalonamiento social (Restrepo, 2010).

Sin contar aún con el avance analítico y teórico sobre calidad de vida y posición social desarrollado en esta etapa, las construcciones teóricas previas sobre equidad en salud y alrededor del concepto salud-enfermedad (que se describirán en este capítulo), abrieron posibilidades no sospechadas e inesperadas en

2 En Colombia, es una herramienta que utiliza el Estado (Ley 142 de 1994, artículo 102) para estratificar a la población mediante la clasificación de los inmuebles residenciales y sus habitantes en seis estratos (1 más bajo hasta 6 más alto) según variables relacionadas con las características de las viviendas y su entorno, con el objeto de fijar tarifas y subsidios de servicios públicos.

este estudio, como se había señalado, para el análisis de la inequidad en salud a partir de las grandes encuestas sociales, encuestas que con algunas variantes se desarrollan en todos los países.

Consideramos por tanto que, dada la disponibilidad de grandes encuestas de hogares en todos los países, los resultados de la investigación que aquí se presenta abren un camino útil para estudiosos e instituciones a nivel nacional e internacional, interesados en caracterizar las grandes inequidades en salud. Igualmente para relacionar la inequidad en salud con la inequidad social, las condiciones de vida y la estructura social que determina los fenómenos anteriores.

Finalmente, es pertinente señalar que, cuando llega este trabajo a la etapa de edición conocemos la publicación del Banco Mundial titulada *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data* (BM, 2008) Si bien el título se refiere igualmente a análisis de equidad en salud a partir de las encuestas de hogares, nuestro estudio no tiene relación alguna con esta publicación, ni en el enfoque, ni en los métodos, como se podrá deducir de su lectura.

MARCO TEÓRICO

El derecho a la salud

El análisis de equidad en calidad de vida y salud en el que se enmarca el presente ejercicio, partió del marco teórico previamente construido por el Grupo de protección Social, del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) (Martínez, 2007), e involucra otros desarrollos posteriores, como los expuestos a continuación, en relación con las limitaciones del enfoque sobre el derecho a la salud como motor de transformación social, frente al enfoque de equidad en salud, lo que no significa desconocer el avance ético que supone la formulación y el desarrollo del derecho a la salud.

Al finalizar 2008, la Corte Constitucional de Colombia ordenó, en un trascendental fallo, que el Estado igualara los planes de beneficios de todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con el mandato establecido en la Constitución y la Ley, pues tras 15 años de operación del mismo se había consolidado la inequitativa situación de que los servicios otorgados a los afiliados no contribuyentes (Régimen Subsidiado) eran mucho más limitados que los de los contribuyentes y sus familiares (Régimen Contributivo). La sentencia incluye un anexo sobre la génesis y evaluación del derecho a la salud en el ámbito internacional, especialmente útil para este análisis que reco-

ge lo consignado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), que es el es el órgano de expertos independientes encargado de supervisar la aplicación de ese Pacto (recuadro 1).

Recuadro 1

GÉNESIS DEL DERECHO A LA SALUD EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL, SEGÚN LA CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA (SENTENCIA T 760)

- En 1966 se adoptaron los Pactos Internacionales de derechos humanos que desarrollan la Declaración Universal de 1948. Varias razones explican por qué pasó tanto tiempo entre la Declaración y la adopción de textos jurídicos internacionales que desarrollan los derechos que ésta contiene (1966). Entre ellas, las profundas discusiones que se dieron en torno a cómo debían ser concebidas dichas normas, en las deliberaciones previas a su adopción.
- Las diferentes posiciones coincidieron en que todos los derechos reconocidos en la Declaración Universal tienen carácter jurídico y, en tal sentido, deben ser reconocidos y protegidos. Las discrepancias surgieron en torno a si todos los derechos son fundamentalmente del mismo tipo y, en consecuencia, deben ser regulados de forma similar, o si por el contrario, existen dos categorías distintas, que demandan ser concebidas y desarrolladas por separado. Dos cuestiones prácticas preocupaban en particular en virtud de aquel debate, si los derechos debían ser consagrados en un solo Pacto o en dos diferentes, y si los derechos económicos, sociales y culturales debían ser contemplados de forma general y breve, o de forma detallada y amplia.
- Una posición del debate sostenía que debía expedirse un único Pacto para regular todos los derechos, en razón a que todos son de la misma categoría (derechos humanos) y deben ser promovidos y protegidos por igual y al mismo tiempo. Alegaba que sin la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales, los derechos civiles y políticos adquieren un carácter meramente nominal; todos son esenciales y no pueden ser presentados como si existiera una jerarquía entre unos y otros. La otra posición sostenía que ambos grupos de derechos debían ser consagrados en instrumentos internacionales independientes, debido a que existe una diferencia enorme entre ellos que amerita fijar reglas propias para cada caso en estatutos normativos distintos. Según esta segunda posición, los derechos civiles y políticos son justiciables de forma absoluta,

pues son de carácter negativo; su cumplimiento no depende de la acción del Estado, sino de su inacción, constituyen un escudo de defensa para los individuos frente a interferencias ilegítimas del Estado. En cambio, para esta posición los derechos económicos, sociales y culturales no son justiciables de forma absoluta, pues no son de aplicación inmediata, son derechos que deben ser implementados de manera progresiva, mediante programas. Esta posición llevaba a abogar también por que este segundo tipo de derechos fuera consagrado de forma general y amplia y no específica como los civiles y políticos. No hacerlo de esta manera, implicaría restringir la libertad de cada país para desarrollar y configurar, de acuerdo a sus capacidades y posibilidades específicas, precisar los ámbitos de protección que se van a garantizar y los programas mediante los cuales se alcanzarán tales propósitos. La controversia finalmente se inclinó a favor de la segunda posición. Se resolvió desarrollar los derechos de la Declaración Universal mediante dos Pactos distintos y no en uno sólo, teniendo en cuenta que la implementación de dichos Pactos difiere, dependiendo del conjunto de derechos que contemple. Mientras que para los derechos civiles y políticos se deben desarrollar mecanismos para constatar y corregir las violaciones que se causen a los mismos, en el caso de los derechos económicos, sociales y culturales se deben crear procedimientos para hacer seguimiento constante al desarrollo de los programas que tienen por objeto garantizar su goce efectivo.

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se acordó en 1966 y entró en vigencia en enero de 1976. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) también se acordó en 1966 y entró en vigencia en marzo de 1976. En los dos Pactos se reconoce el derecho de libre determinación de los pueblos, específicamente el derecho a 'disponer libremente de sus riquezas', 'para el logro de sus fines', advirtiendo que, 'en ningún caso podrá privarse a un pueblo de sus propios medios de subsistencia'. Las principales diferencias que existen entre los derechos consagrados en ambos Pactos se refieren pues, al tipo de obligaciones adquiridas en uno y otro caso, y a su justicia-bilidad, respectivamente.

Las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)

- A partir de 1989, el Comité adopta 'observaciones generales' acerca del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

(PIDESC, 1966) en desarrollo de su función primordial, vigilar la aplicación del Pacto por los Estados Partes. Para el Comité, el PIDESC reconoce que los Estados tienen tres tipos de obligaciones, derivadas de los derechos reconocidos, obligaciones de respetar, obligaciones de proteger y obligaciones de garantizar.

- El más amplio desarrollo acerca del derecho a la salud, su alcance y significado, lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General N°14 (2000) acerca 'del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud'. De manera clara y categórica, la Observación General N°14 (2000) establece que 'la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos'. Al respecto, el Comité insiste en la indivisibilidad e interdependencia del derecho a la salud en tanto está 'estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos', refiriéndose de forma específica al 'derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación'. Para el Comité, 'esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud'.

- El Comité advierte que 'todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente', y resalta que se trata de un derecho ampliamente reconocido por los tratados y declaraciones internacionales y regionales, sobre derechos humanos. Observa el Comité que el concepto del 'más alto nivel posible de salud' contemplado por el PIDESC (1966), tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, como los recursos con que cuenta el Estado, en tal sentido es claro que éste no está obligado a garantizar que toda persona goce, en efecto, de 'buena salud', sino a garantizar "toda una gama de facilidades, bienes y servicios" que aseguren el más alto nivel posible de salud. En tal sentido, considera que 'el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud'; entre ellos 'la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.'

Colombia, Corte Constitucional, 2008: Sentencia T – 760, pp. 376 a 403 (extractos).

El llamamiento al derecho a la salud como un derecho humano no parece arrojar, como bien lo demuestra la formulación expuesta, más que un “deber ser” lleno de generalidad (“el más alto nivel posible de salud”), que no entrega en absoluto herramientas para hacerlo exigible, en la medida que el incumplimiento de tal norma por parte de los responsables de garantizar el derecho, tan sólo traería como consecuencia una sanción moral y no una sanción legal. Esto demuestra que tan sólo está esbozado el principio legal, mas no formuladas la norma legal y el ordenamiento coercitivo propio del derecho (Kelsen, 1979).

Señalábamos al respecto en el marco teórico construido por el Observatorio (Martínez 2007):

- ▶ *Para muchas personas, el principio de igualdad en el derecho a la salud, considerado este derecho humano fundamental, es razón suficiente para combatir las desigualdades, consideradas injustas e inmorales y propender por la equidad en salud como valor ético.*
- ▶ *Es evidente que en la perspectiva de los derechos humanos, la equidad en salud adquiere una fuerza normativa, basada en principios de amplia aceptación en el ámbito mundial. “La equidad en salud es un valor ético, inherentemente normativo, basado en el principio de la justicia distributiva, acorde con los principios de los derechos humanos”. (Braveman y Gruskin, 2003).*
- ▶ *Los derechos humanos sustentan la búsqueda de que toda persona, independientemente de la situación de su grupo social, tenga oportunidades iguales para el logro de su salud.*
- ▶ *Independientemente del concepto de equidad social, de igualdad, de moral, de ética o de filosofía política que se maneje, toda sociedad fija unos valores éticos o normativos y unos derechos mínimos para los ciudadanos. Éste es un resultado histórico de cada sociedad, en el marco de relaciones de poder y de desigualdad del ordenamiento mundial, de manera que no se podría entender como una opción racional colectiva, tal como parece ser el planteamiento de la “posición original” de Rawls (Rawls, 1971).*

Por otra parte, si bien los derechos se establecen jurídicamente o se adoptan en cada país en un periodo determinado, no se derivan de la legislación nacional e internacional: “Los derechos humanos pueden ser vistos como demandas primordialmente éticas. Ellos no son mandatos principalmente ‘legales’, ‘proto-legales’ o ‘legales-ideales’. Aunque los derechos humanos puedan, y con frecuencia lo hacen, inspirar la legislación, éste es un hecho posterior, más que una

característica constitutiva de los derechos humanos” (Sen, 2004). Se señalaba igualmente en el marco conceptual del Observatorio (Martínez, 2007):

- ▶ *Sin embargo, el problema con la formulación de los derechos es su gran generalidad. Si bien el valor normativo es el referente en la formulación general del derecho, el valor ideal alcanzable, el derecho se lleva a obligación tangible del Estado tan sólo sobre unos mínimos, que constituyen la “norma”.*
- ▶ *La formulación de los mínimos (y en última de los derechos sociales limitados) parte de la premisa de que ese ideal alcanzable es tan sólo una meta que se logrará progresivamente en función del esfuerzo de una sociedad o país a través del tiempo (derechos progresivos), pues no se reconoce (o se niega implícitamente) que las desigualdades entre ciudadanos o entre grupos son consecuencia de la estructura de relaciones sociales, que condiciona la posición de unos y otros en la escala económica y social.*
- ▶ *Se dibujan las desigualdades e injusticias como un supuesto “camino al desarrollo” que unos han alcanzado y otros aún no (están en vías de). En este punto comienzan a ser “norma” grandes diferencias e injusticias (que sólo el tiempo solucionará) y el derecho determina apenas el máximo de rezago aceptable o permitido.*
- ▶ *La construcción de los derechos es por tanto un proceso dinámico, constituye un permanente proceso de transformación social a través de la historia. Cada bien o servicio que unos hombres logran es deseado por otros, por ser posible en ciertas condiciones (el alfabetismo, la vivienda propia, el agua potable, la televisión o el teléfono celular). Igual sucede en servicios de salud (vacunas, acceso a especialista, acceso a tomógrafo o posibilidad de diálisis o de trasplante).*
- ▶ *En este sentido la sociedad construye día a día nuevos valores normativos en el sentido de ideales a alcanzar en términos de calidad de vida o salud. La “normativa” de referencia puede identificarse como el mejor de los resultados observados, o el máximo biológico posible, contra los cuales se comparan el resto de los individuos, grupos o países. De esta forma la esperanza de vida al nacer superior o la mortalidad infantil inferior, alcanzada en unos países, se torna referencia normativa para los demás.*
- ▶ *La desigualdad en el acceso a bienes o servicios (u oportunidades) constituye desigualdad social. Tal desigualdad se mide ineludiblemente por la sociedad sobre una escala ética. Si la sensibilidad ética sobrepasa ciertos límites, se hace un llamado en términos de derechos, es decir, se modifica*

el valor normativo por vía de una nueva norma legal y se erige un nuevo derecho.

- ▶ *No es preciso coincidir con Rawls (Rawls, 1971), en el principio de “la justicia como imparcialidad”, ni dar por sentada posición original de igualdad correspondiente “al estado de la naturaleza en la teoría tradicional del contrato social”. Tal situación hipotética no parece necesaria, pues nunca los acuerdos sociales ni las leyes que regulan los derechos ciudadanos han sido construidos en situaciones de igualdad práctica. “Todos los derechos han evolucionado en función de las circunstancias y bajo la presión de intereses” (Derecho y legislación, 1970).*
- ▶ *Resulta mucho más claro entender que siempre se parte de la desigualdad.*

El marco teórico del Observatorio precisaba finalmente respecto a este punto: “Analizar las desigualdades entre grupos sociales supera la generalidad de la formulación de los derechos ideales o la aceptación ideológica y política de los derechos mínimos, al tiempo que aparta el análisis de la subjetividad ética para ubicarlo en mediciones objetivas sobre muchos aspectos de calidad de vida y salud que no siempre han sido contemplados por las normas y los derechos.” (Martínez, 2007).

El concepto salud-enfermedad

Un problema adicional relacionado con la formulación del derecho a la salud consiste en la comprensión misma del concepto salud. La palabra salud parece tener tantas interpretaciones en lo popular, lo técnico y lo filosófico que resulta extremadamente difícil de delimitar y asir en la práctica. Es evidente que resultará imposible orientar el quehacer de los trabajadores de la salud o del sector mismo, si bajo su responsabilidad se encuentra lograr el completo bienestar social. Por otra parte, en el lado opuesto, el concepto de salud propio de la práctica médica, evidentemente expresado en términos negativos, como ausencia de enfermedad, resulta poco útil para hacer exigible el derecho (Martínez, 2009).

Como se ha observado en la formulación del derecho, existe gran dificultad, tanto en la comprensión del derecho a la salud, como en la definición de su alcance (“el más alto nivel posible de salud”). En consecuencia, es difícil en la práctica exigir algo que no está claramente definido o evaluar el cumplimiento de metas que no pueden formularse con claridad. Veámoslo en un ejercicio práctico. ¿De qué hablamos cuando mencionamos este derecho? Del derecho a....

- ¿Recibir asistencia médica cuando la requerimos?
- ¿Acceder a la última tecnología médica?
- ¿Conocer la forma adecuada de proteger la salud y evitar riesgos?
- ¿Tener una organización social que nos proteja de las enfermedades transmisibles (vacunas, normas sanitarias)?
- ¿Tener un sistema de protección social que nos garantice un sistema de financiamiento y provisión de servicios que permita superar las barreras financieras?
- ¿Crecer y desarrollarnos sanos, desarrollar capacidades (potencial)?
- ¿Lograr la mayor expectativa de vida posible con las mayores capacidades posibles?
- ¿Tener un trabajo saludable?
- ¿Disfrutar de un completo bienestar social?

O quizás, ¿a todas las anteriores, con sus importantes subtemas y particularidades y quizás otras más que pueden quedar aún por fuera de la lista? Sin embargo, la versión más popular y general del derecho a la salud parece limitarse al acceso a la atención médica, sin tomar en cuenta los condicionantes de la construcción y del deterioro de la salud de los individuos y los grupos.

Como consecuencia de lo expuesto, las mediciones sobre el cumplimiento del derecho a la salud terminan por acomodarse a las conveniencias de quien lo mida, desde cualquier ángulo o faceta que le resulte conveniente, como sucede en nuestro país y en casi toda Latinoamérica con la presunta cobertura universal de la seguridad social en salud o la universalidad de los regímenes de asistencia pública, cuando ni un sistema ni el otro garantizan a la población uno sólo de los componentes antes señalados en forma completa.

Como se señaló, analizar las desigualdades en salud entre grupos sociales supera la generalidad de la formulación de los derechos ideales o la aceptación ideológica y política de los derechos mínimos, al tiempo que aparta el análisis de la subjetividad ética para ubicarlo en mediciones objetivas sobre muchos aspectos de calidad de vida y salud que no siempre han sido contemplados por las normas y los derechos.

En este punto se señalaba en el marco teórico del Observatorio (Martínez, 2007):

- ▶ *Por otra parte, resulta prácticamente imposible abordar el tema de igualdad en salud, en los términos de la amplia e inasible definición de la Organización Mundial de la Salud, de la salud como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, como resulta al otro extremo totalmente estrecho el concepto médico de salud como ausencia de enfermedad para este propósito, es decir, hablar de salud en términos negativos.*
- ▶ *Una definición normativa de salud en la línea del pensamiento de Canguilhem (Canguilhem, 1976) permite conceptualizar la salud como **el desarrollo de las capacidades y las potencialidades** del cuerpo humano (la capacidad respiratoria, la capacidad cardiovascular, la capacidad neuromuscular, la capacidad inmunológica, la capacidad visual, la capacidad digestiva, la capacidad afectiva, la capacidad intelectual, la capacidad sexual, entre otras), desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. Así mismo, **la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto**, gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico. (Martínez, 1998).*

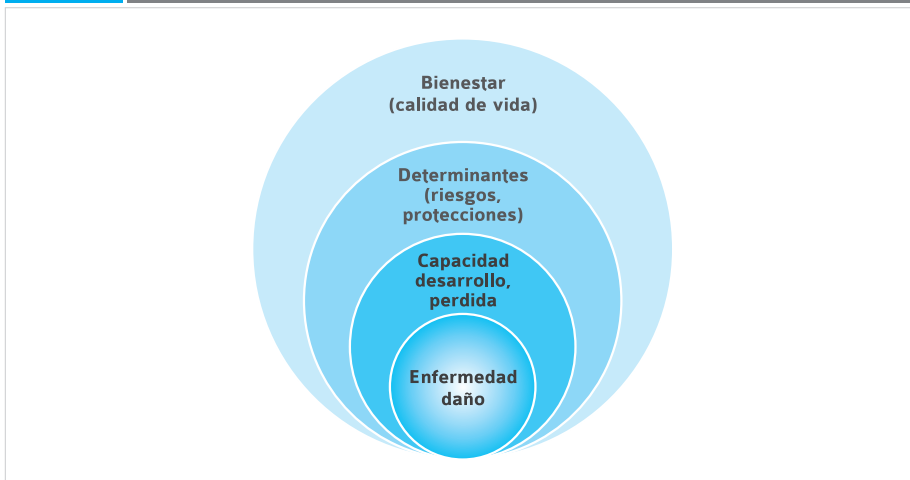
De esta conceptualización se desprende, como consecuencia lógica, que el ámbito de la salud es más amplio que el de la enfermedad y que este ámbito se ubica en un territorio intermedio entre el amplio del bienestar y el muy estrecho de la enfermedad.

Pero, por otra parte, es necesario igualmente ubicar el ámbito de análisis de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2008), es decir, de los riesgos y protecciones relacionados con la forma específica de inserción en la sociedad, de vivir y trabajar, y que guardan relación estrecha con la posición social, un campo de análisis más concreto que el del bienestar o el de calidad de vida, pero más amplio que el de la salud mirada en términos de capacidades o limitaciones.

En consecuencia, el ámbito de medición del fenómeno salud-enfermedad desde la mirada de los determinantes sociales es mucho más amplio que el de la enfermedad entendida médicamente, como diagnóstico de daño o disfunción orgánica, y también más amplio que el de la conceptualización de la salud como máximo desarrollo de capacidades y potencialidades del cuerpo humano, pero más estrecho que el de completo bienestar físico, psicológico y social, que utiliza la Organización Mundial de la Salud, por cuanto este último coincide con el de calidad de vida (gráfico 1).

Gráfico 1

Ámbito de la mirada sobre el fenómeno salud enfermedad



Es en este ámbito intermedio de los determinantes sociales donde se desenvuelve con toda propiedad el análisis de la equidad/inequidad en salud, por ejemplo, al estudiar la exposición diferencial a los riesgos o la respuesta desigual de la sociedad frente a la enfermedad, ambas condicionadas por la posición social de los individuos (ventajas/desventajas sociales).

Posición social

Una premisa de la propuesta inicial de investigación del Observatorio fue que las variables que permiten aproximarse a la ubicación de los individuos en la escala social (Índice de Calidad de Vida, estrato, nivel del SISBEN), junto con el ingreso, el nivel educativo y la posición ocupacional, se convertían en clasificadores de las diferencias sociales o ventajas y desventajas sociales, que permitían conformar (y separar por tanto) los diferentes grupos objetivo para poder observar entre ellos las desigualdades en la situación de salud enfermedad. Constituían entonces estas variables de ventaja o desventaja social, definidas como marcadoras en el país, siempre el denominador del análisis, mientras que las variables que caracterizan el fenómeno salud/enfermedad conforman los numeradores, para la búsqueda, por ejemplo, de tasas diferenciales.

El análisis de inequidad se centra fundamentalmente en aquellas variables que permiten medir la exclusión social en un país. En Colombia, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional y el estrato, nivel o condición del hogar son las más utilizadas. Sin embargo, las investigaciones del Observatorio, como

se ha señalado, avanzan en otras propuestas para caracterizar la posición social. De cualquier manera, el gradiente social (contemplado en todos los esquemas como inicio o base del análisis de equidad), debe ser el campo de medición de las variables de salud enfermedad, en busca de desigualdades, y no una variable más de análisis.

Finalmente, se plantea en el marco teórico, y en este ejercicio particular, que los determinantes sociales de salud-enfermedad (riesgos y protecciones fundamentalmente) tienen un comportamiento diferencial, según la posición social. Adicionalmente, como ya lo han demostrado las investigaciones previas del Observatorio, los ámbitos de observación del fenómeno salud enfermedad propuestos muestran variación significativa según la posición social.

Inequidad en salud

Se relacionan a continuación algunos elementos centrales sobre el enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad / inequidad en salud, que hicieron parte del marco teórico desarrollado por el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud (Martínez, 2007).

◆ **Análisis de desigualdades**

“Medir las desigualdades, es decir, obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es el primer paso para identificar las inequidades en salud” (OPS, 1998).

El término desigualdad hace referencia a la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre diferentes poblaciones, en función de un factor asociado a la ocurrencia del problema y sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si su ocurrencia entre distintos grupos es justa o injusta.

De hecho, el análisis general de la desigualdad tiene que llevarse adelante en muchos casos en términos de grupos –más que en términos de individuos específicos- y debería tender a concentrar la atención a variaciones entre grupos (Sen, 2004).

El énfasis en grupos también refleja el contexto histórico de la lucha política por la igualdad, la cual ha estado siempre enraizada en las demandas de los grupos y, a través de esa lucha, ha influido en el contenido de nuestra cultura democrática (Daniels, 2002).

◆ Efectos medibles en salud

- Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud de las personas. Dichas pérdidas de salud son reflejo y consecuencia de la estructura social que prevalece.
- Las ventajas o desventajas derivadas de la posición que ocupan las personas en esa estructura social (posición social):
- Condicionan el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos desde el nacimiento.
- Condicionan las formas de enfermar y morir (conforme a exposiciones a riesgos diferenciales).
- Condicionan la posibilidad real de recibir de la sociedad y del Estado servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, de acuerdo con los sistemas de protección social organizados.

◆ Evidenciar la relación entre condición de salud y posición social

El análisis de equidad/inequidad en salud se centra entonces en evidenciar que una condición de salud tiene relación estadística significativa con la pertenencia a un determinado grupo social o la exclusión del mismo. Por sus características, el análisis de inequidades se realiza en función de variables que expresan el orden social y que permitan hacer (a posteriori) un juicio de valor sobre el carácter injusto de las diferencias y el origen de las mismas. (Martínez, 2007; Braveman y Gruskin, 2003; OPS, 1998).

◆ Propuesta de enfoque y premisas del Observatorio

Por lo anterior, la propuesta del grupo investigador consiste en entender las inequidades en salud como las desigualdades sistemáticas en salud que son producto de las desigualdades sociales (Martínez, 2007, recuadro 2).

“La mejor forma de considerar la equidad en el campo de la salud no es como un objetivo social en sí mismo y aislado, sino como algo inherente a la búsqueda más amplia de justicia social” (Evans et al., 2002).

Recuadro 2**PREMISAS DEL OBSERVATORIO****Premisa 1**

Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud. Es posible relacionar las desigualdades sociales con las desigualdades en salud. La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas (Wagstaff, 2002).

Premisa 2

La Inequidad en salud es fundamentalmente el reflejo y la consecuencia de la Inequidad social. “En otras palabras, los más ricos, educados, poderosos y sanos de la sociedad tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud, en comparación con los más pobres, y este patrón persiste en el tiempo y en todos los lugares” (Evans et al., 2002).

“Los gradientes sociales de salud están presentes en todos los países del mundo y no sólo en las sociedades “ricas”. (Diderichsen et al., 2002).

“La ubicuidad, tanto en el tiempo como en el espacio, del patrón observado de vinculación sistemática de una peor salud y una esperanza de vida más corta se asocia con posiciones sucesivamente más bajas en cualquier sistema de estratificación social” (Macintyre, 2009).

Premisa 3

Interesa por tanto en el análisis de equidad la búsqueda de desigualdades en salud asociadas a ventajas o desventajas sociales o atribuibles a diferencias en la condición o posición social. Concordamos con Paula Braveman (Braveman et al., 2003) en que la equidad en salud puede ser definida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales clave) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales.

Estas relaciones expresan el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones (OPS, 1998).

Premisa 4

La valoración ética debe quedar en el campo de la justicia o injusticia de las relaciones sociales o inequidad social (determinantes). Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas (OPS, 1998).

Si bien llamamos injusticias a los resultados “dolorosos” de la injusticia social, no se corrigen las injusticias luchando contra ellas, sino contra la estructura social que las genera. En este sentido, por ejemplo, no se trata de “luchar contra la pobreza”, sino contra la estructura social que la determina. La inequidad no está en la desnutrición, por ejemplo, sino en la sociedad que establece una posibilidad desigual o unas barreras (injustas) para el acceso a los alimentos.

◆ Áreas de medición de la inequidad en salud

Cuando se aborda el tema de la equidad en salud, se tiende a considerar como aspecto fundamental el acceso a la asistencia sanitaria. “De la misma forma la bioética tiende a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de salud” (Peter y Evans, 2002).

El Observatorio, con base en el desarrollo previo sobre el concepto de equidad en salud, propuso las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social (Martínez, 2007).

Oportunidades desiguales de salud: desigualdades que afectan el crecimiento y desarrollo de los niños para lograr un adulto sano y pleno de capacidades.

Exposición desigual a riesgos: diferentes exposiciones al riesgo relacionadas con el trabajo o incluso con la vivienda, el barrio, las condiciones sanitarias, el espacio público o el transporte, sino también aquellos relacionados con los comportamientos, la violencia y la cultura.

Respuesta desigual de la sociedad: acceso diferencial a los servicios de salud, la información diferencial sobre salud y sus riesgos, las acciones diferenciales en salud pública, las desigualdades en protección social como cobertura de aseguramiento o riesgos ocupacionales, financiamiento desigual, planes de beneficios desiguales, oferta de servicios desigual, calidad desigual.

Resultados desiguales a largo plazo: diferencias en indicadores de salud de largo plazo, en términos de menor expectativa de vida, mortalidad temprana, o discapacidad crónica, que sólo muestran el resultado final y el efecto acumulado de las desigualdades anteriores.

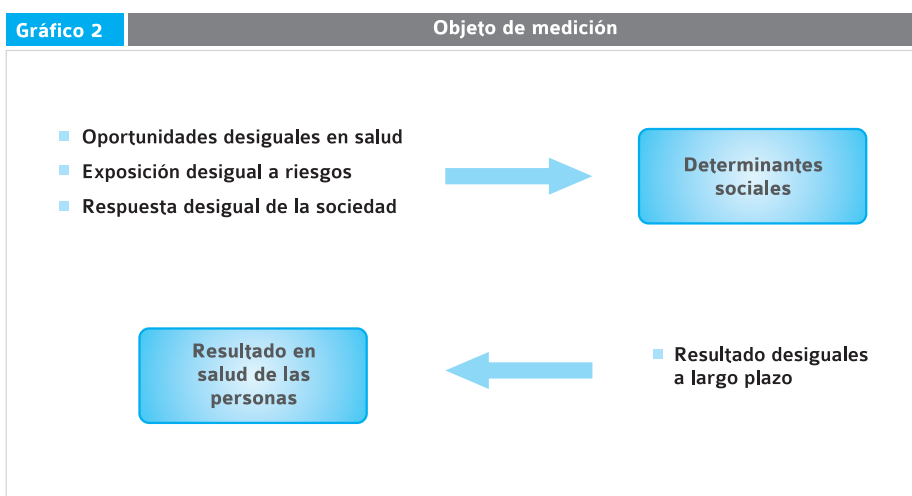
Impacto en la sociedad y en la economía de esta inequidad: una dimensión adicional de análisis que implica el efecto de vuelta de la mala salud sobre la calidad de vida, el desarrollo humano y el desarrollo económico (Bloom et al., 2004).

Objetos de medición y fuentes

Si consideramos los objetos de medición y las fuentes de información posibles para las áreas de medición propuestas en el Observatorio, resulta sencillo concluir que las tres primeras deben buscarse en los datos y cifras sociales, bien como determinantes sociales de la enfermedad o discapacidad o como condiciones del entorno de los individuos en diferentes posiciones sociales. En estos

datos y cifras relacionados con los determinantes sociales son ricas las grandes encuestas sociales como la ENCV 2007 para Bogotá utilizada en este ejercicio.

La cuarta área de medición, por el contrario, se relaciona con el estado de salud enfermedad/discapacidad y se enfoca sobre los individuos. Su posibilidad de medición en las encuestas sociales es muy limitada y la información suele proceder de las estadísticas de mortalidad o demanda atendida en los servicios de salud. La quinta puede encontrar información parcial en las encuestas sociales, pero requiere fuentes secundarias y análisis más complejos, que no son tratados en este capítulo (gráfico 2).

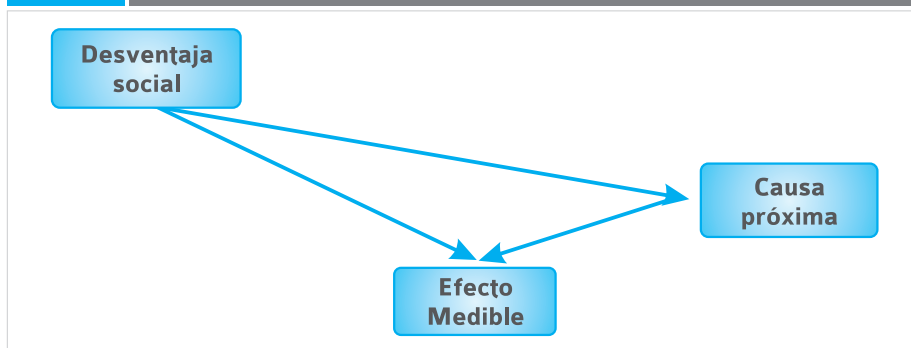


Finalmente, se precisaba en el marco teórico que la relación entre posición social y un determinado efecto en salud no es una relación directa, sino que está mediada por causas próximas o riesgos específicos. Sin embargo, es posible evidenciar que tanto el efecto en salud como la causa próxima o riesgo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

Se ha señalado que no se trata de realizar investigación causal en el Observatorio, sino de poner en evidencia el efecto e impacto de las desventajas sociales en salud. De modo que se trabaja la relación de la desventaja social con las diadas causa – efecto, reconocidas y aceptadas por la literatura científica (OMS, 2003) o los riesgos para la salud ampliamente conocidos (OMS, 2009).

Gráfico 3

Análisis de relaciones de la desventaja social con diadas conocidas (causa próxima - efecto en salud), que permite y facilita el calificar una desigualdad en salud como inequidad



Si la sociedad pudiera representarse como un edificio de seis pisos, deberíamos establecer en los análisis de equidad cómo se comportan las condiciones de saneamiento y la enfermedad diarreica en cada piso, la educación de las madres y la mortalidad infantil en cada piso, la disponibilidad y calidad de alimentos y el desarrollo físico e intelectual de los niños en cada piso, o la posición ocupacional y los riesgos ocupacionales en cada piso, o el tipo de transporte utilizado y las lesiones por accidentes en cada piso.

También debería establecerse en los estudios de equidad el tipo de vinculación laboral y la cobertura de seguros en cada piso; igualmente el tipo de aseguramiento y las barreras de acceso a distintos servicios en cada piso, o la cobertura de riesgos profesionales y el acceso a protección financiera en la enfermedad o discapacidad en cada piso (Martínez, 2007).

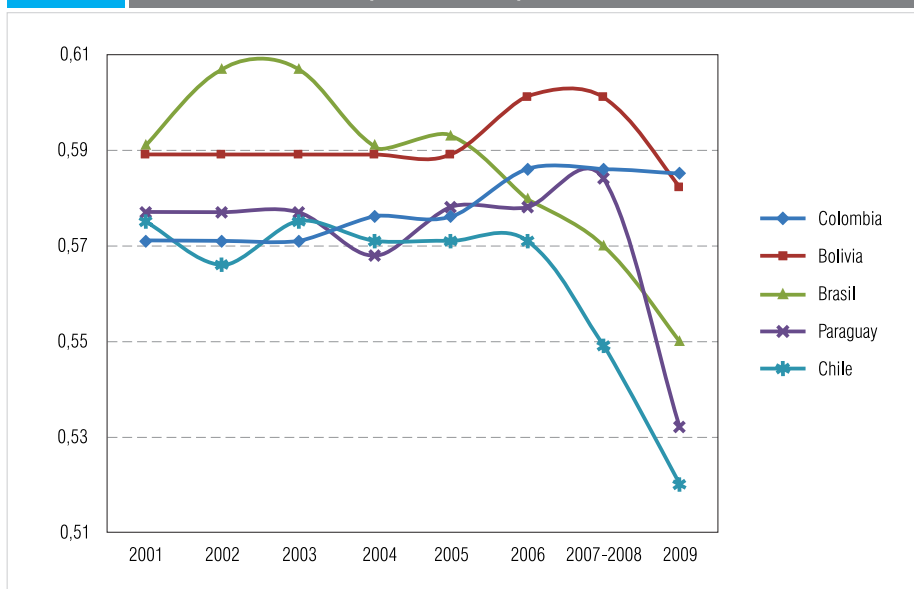
Inequidad social en Colombia

Si las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud, este fenómeno debe ser especialmente mensurable en uno de los países más inequitativos del mundo. La CEPAL en su Informe Panorama Social de América Latina 2008 (CEPAL, 2008) ubica a Colombia como el país con la peor distribución del ingreso en la región, si se toma en cuenta la diferencia de ingresos entre el 10% más rico de la población y el 40% más pobre, indicador de utilización reciente, o en uno de los primeros lugares si se toma en cuenta la relación clásica entre los quintiles 1 y 5 de ingreso. Cabe señalar que Latinoamérica es reconocida como la región más inequitativa del mundo.

Adicionalmente, en los últimos años (2002-2007) la situación de inequidad en el ingreso ha empeorado en Colombia, a diferencia de lo ocurrido en otros países latinoamericanos, según el citado informe de la CEPAL. El índice de Gini, de 0,59, recién confirmado por la Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP, 2009) en nuestro país, coincide con la apreciación de la CEPAL.

Según las cifras del Índice de Desarrollo Humano, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 1991; 2009), Colombia pasó a ser el país más inequitativo de Sudamérica, pues alcanzó un Índice de 0,585 para 2009, y superó a Brasil y Bolivia que ocuparon el primer lugar en los últimos años (gráfico 4).

Gráfico 4 Índice de Gini cinco países más inequitativos de Sudamérica 2001 - 2009



Fuente: Informes desarrollo humano PNUD 2001-2009

Como consecuencia de que nuestro país se haya convertido en uno de los más inequitativos del mundo, con peor distribución del ingreso y, por tanto, con mayores diferencias entre los ciudadanos, según clase o posición social, nos situamos trágicamente en el "laboratorio ideal" para los análisis de equidad. Aquí y ahora, resultan más relevantes que en cualquier otro lugar y tiempo las investigaciones para medir el impacto de las desigualdades sociales sobre la salud.

Resulta conveniente aclarar que la inequidad no está relacionada directamente con la pobreza, pues tal como señala Amartya Sen (2004), se requiere que un país sea rico para ser muy inequitativo, para tener mucha riqueza y mucha pobreza juntas, puesto que los países más pobres suelen ser más equitativos.

CONSTRUCCIÓN DE ÍNDICES PARA EL ANÁLISIS DE EQUIDAD EN SALUD A PARTIR DE LAS ENCUESTAS NACIONALES

Como ya se señaló, no se tenían grandes expectativas sobre los resultados del análisis de equidad en salud realizado sobre la ENCV 2007, debido a la poca información específica sobre salud que suelen contener estas grandes encuestas, ocupadas en múltiples dimensiones sociales y económicas que, por supuesto, conforman un conjunto de variables de gran riqueza para analizar calidad de vida e, igualmente, para observar las desigualdades en calidad de vida.

Sin embargo, las construcciones teóricas desarrolladas sobre equidad en salud y alrededor del concepto salud-enfermedad abrieron posibilidades inesperadas en este estudio, para el análisis de la inequidad en salud desde el punto de vista de los determinantes de salud, dada la existencia de múltiples variables sobre riesgos y protecciones en ésta y otras grandes encuestas sociales, encuestas que con algunas variantes se desarrollan en todos los países.

Fue posible, entonces, construir tres índices a partir de la encuesta: el índice de salud-enfermedad, el índice de riesgo y el índice de protección. Cada uno de los índices integra una serie de variables relacionadas, contenidas en la ENCV 2007, las que posteriormente son procesadas por métodos estadísticos.

Metodología empleada para la construcción de los índices de salud, riesgo y protección

Los índices de salud, riesgo y protección resultan de la combinación lineal de las respuestas dadas a algunas preguntas de la ENCV. Cada uno de estos índices es de la forma:

$$I = \alpha_1 x_1 + \alpha_2 x_2 + \dots + \alpha_r x_r$$

siendo I el índice resultante, Y el número de categorías de las preguntas de la encuesta empleadas en la construcción del índice, x_1, x_2, \dots, x_Y las categorías de las respuestas dadas a las Y preguntas y los α_i las ponderaciones de cada una de las respuestas.

Como las respuestas a la mayoría de las preguntas de la ECV son de carácter categórico, la construcción de estos índices, específicamente la estimación de las ponderaciones α_r , se llevó a cabo usando el método estadístico conocido como componentes principales para datos categóricos. Los cálculos se realizaron por medio del paquete estadístico SPSS³.

◆ Índice de salud (como enfermedad, discapacidad, daño o deterioro)

La ENCV 2007, como las encuestas sociales en general, resultó muy limitada en el ámbito de la medición del estado de salud-enfermedad de los individuos. Tan sólo se encuentran siete variables que permiten medir parcialmente el fenómeno enfermedad o discapacidad.

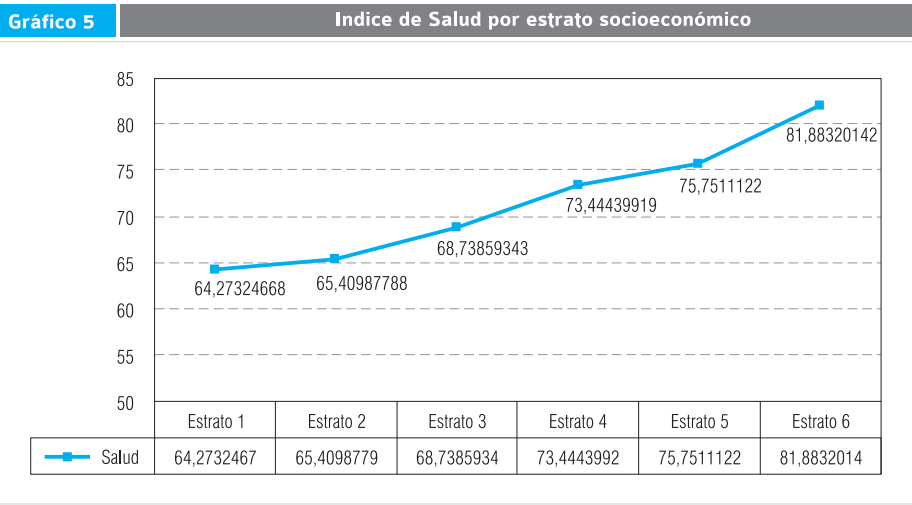
Adicionalmente, algunas son objetivas, otras subjetivas, algunas indican daño en salud o discapacidad acumulado, otras problemas inmediatos o en el corto plazo.

Variables de deterioro o daño/no deterioro daño en salud

- (salud/enfermedad/discapacidad) para construcción del Índice de salud:
- Percepción del estado de salud
- Existencia de limitaciones permanentes
- Limitaciones que afectan el desempeño diario
- Incapacidad en la semana previa a la encuesta
- Existencia de enfermedades crónicas
- Problemas de salud en los 30 días anteriores a la encuesta
- Número de días de incapacidad en el mes previo a la encuesta

Con base en este limitado número de variables se construyó inicialmente en la investigación un Índice de Salud, para ser contrastado con un Índice Compuesto de Calidad de Vida. Si bien estos índices claramente muestran un gradiente relacionado con la posición social, como puede observarse en el gráfico 5, respecto a la variable clásica "estrato" de la vivienda, o unas asociaciones significativas en los análisis multivariados, la limitación señalada de las variables de salud enfermedad de los individuos, disponibles para el respectivo índice, se traduce en que posiblemente este cambio no alcanza la magnitud o pendiente esperada (gráfico 5).

³ La obtención de los índices a través de las técnicas estadísticas mencionadas fue realizada por Jorge Martínez Collantes y el texto de esta sección fue escrito por él.

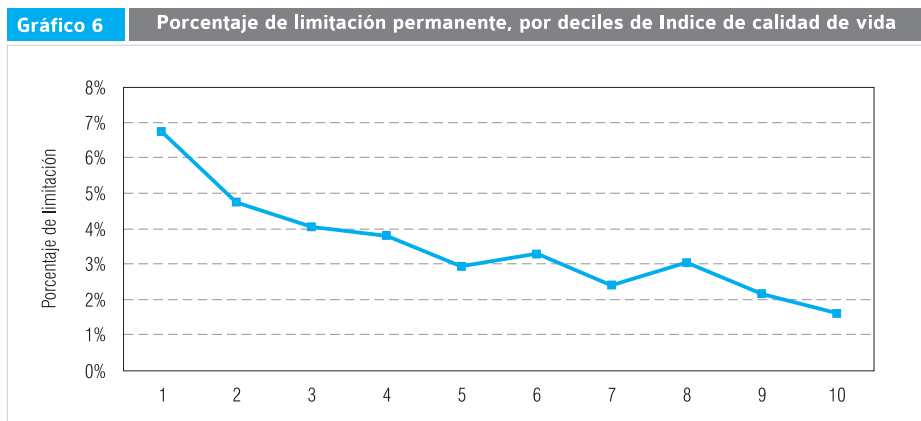


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

◆ **Índice de calidad de vida, contrastación con variables de resultado en salud**

Se contrastan las variables incluidas en el índice de salud (enfermedad, discapacidad) con el índice de calidad de vida que las excluyó intencionalmente.

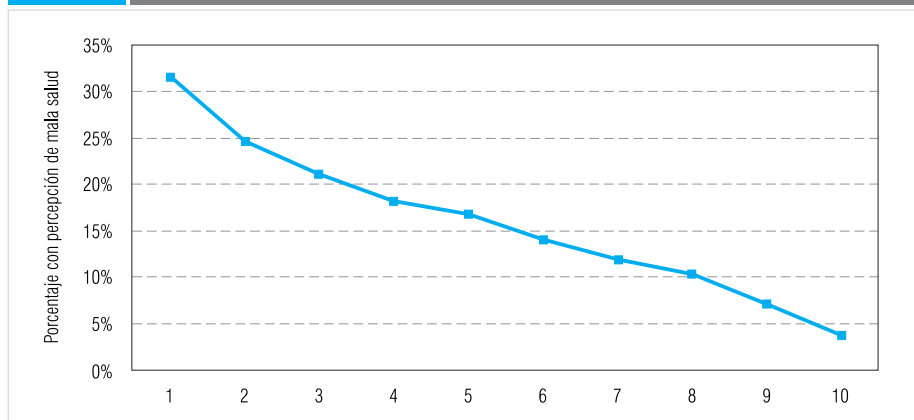
El gradiente resulta evidente, por ejemplo, en la limitación permanente, con pequeños altibajos en algunos deciles, y un repunte particular de cerca de 40% en el decil inferior de calidad de vida (gráfico 6).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

Un gradiente más regular muestra la percepción de mala salud, también con un repunte importante en el decil más bajo de calidad de vida (gráfico 7).

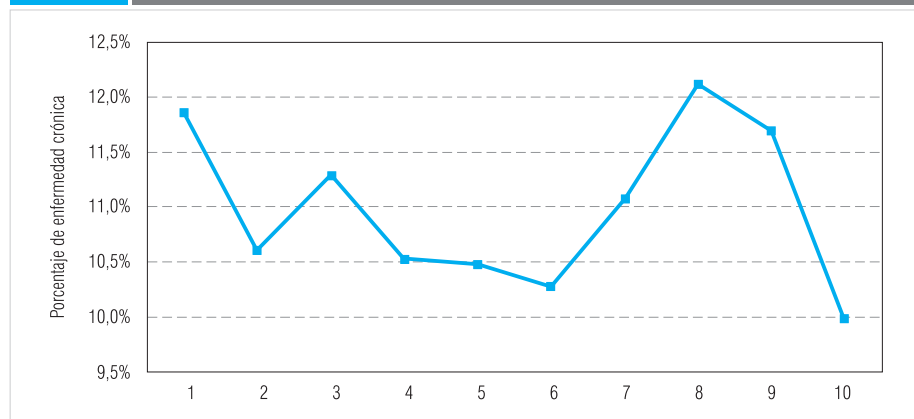
Gráfico 7 Percepción de mala salud, por deciles de Índice de calidad de vida



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

La enfermedad crónica, sin embargo, no muestra un gradiente por deciles que señale mayor aparición de enfermedad crónica por decil de calidad de vida, lo que obliga a mayores análisis, posiblemente relacionados con la edad, la sub-representación de esta variable en los deciles altos y la menor probabilidad de diagnosticar problemas crónicos leves de la vejez como enfermedades en los estratos más bajos (gráfico 8).

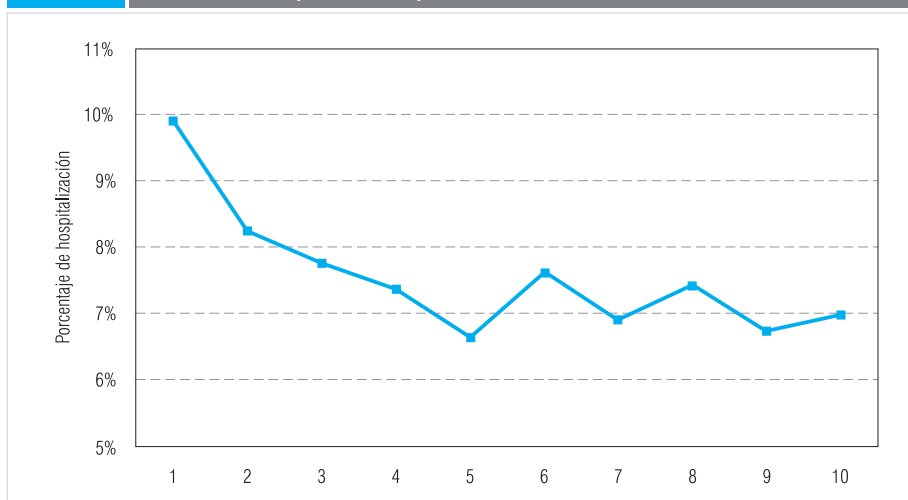
Gráfico 8 Enfermedad crónica, por deciles de Índice de calidad de vida



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

La hospitalización en los últimos doce meses muestra un comportamiento similar entre los deciles cuatro a seis y un incremento sensible del porcentaje en los deciles inferiores, especialmente en el decil 1, donde alcanza 10% anual. El porcentaje alrededor de 7 de los deciles altos se corresponde con la tasa de hospitalización del régimen contributivo, estimada en los estudios sobre frecuencias y usos de servicios adelantados por el Ministerio de la Protección Social (gráfico 9).

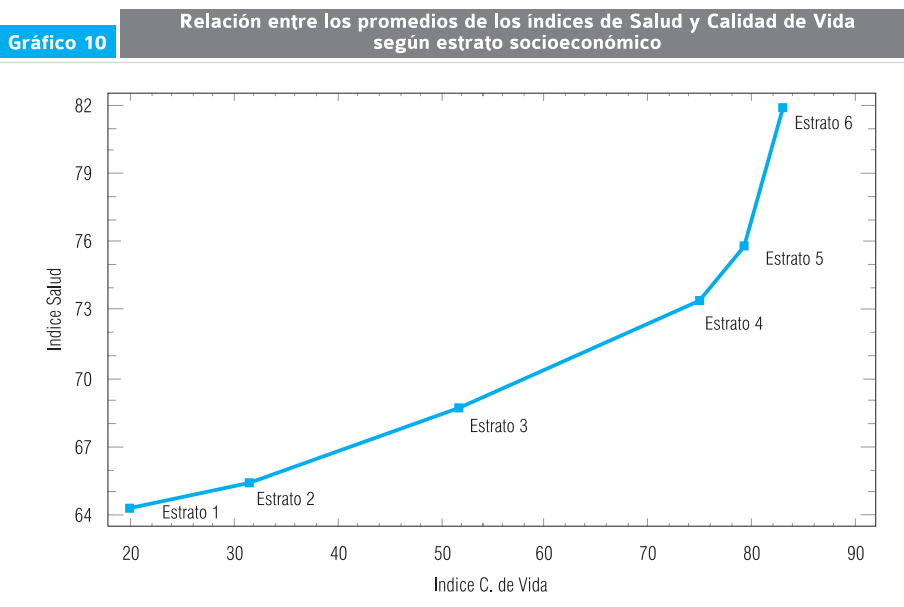
Gráfico 9 Hospitalización, por deciles de Índice de calidad de vida



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

En conjunto, estas variables de resultado en salud (daño, enfermedad, discapacidad) muestran comportamientos dispares, que sugieren a su vez interacciones complejas de analizar, resultado clásico en todos los intentos de relacionar directamente la enfermedad con la pobreza, por lo que esta investigación avanzó en busca de un modelo de análisis que permitiera observar una relación más directa entre salud y posición social.

En el siguiente gráfico se aprecia, sin embargo, la clara relación de este Índice de salud agrupado con el Índice Compuesto de Calidad de Vida, construido igualmente en la investigación, a partir de la ECV 2007 para Bogotá y que integra muchas dimensiones, como educación, trabajo, vivienda, entre otras, pero no la salud, precisamente para ser contrastada con éste (gráfico 10).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

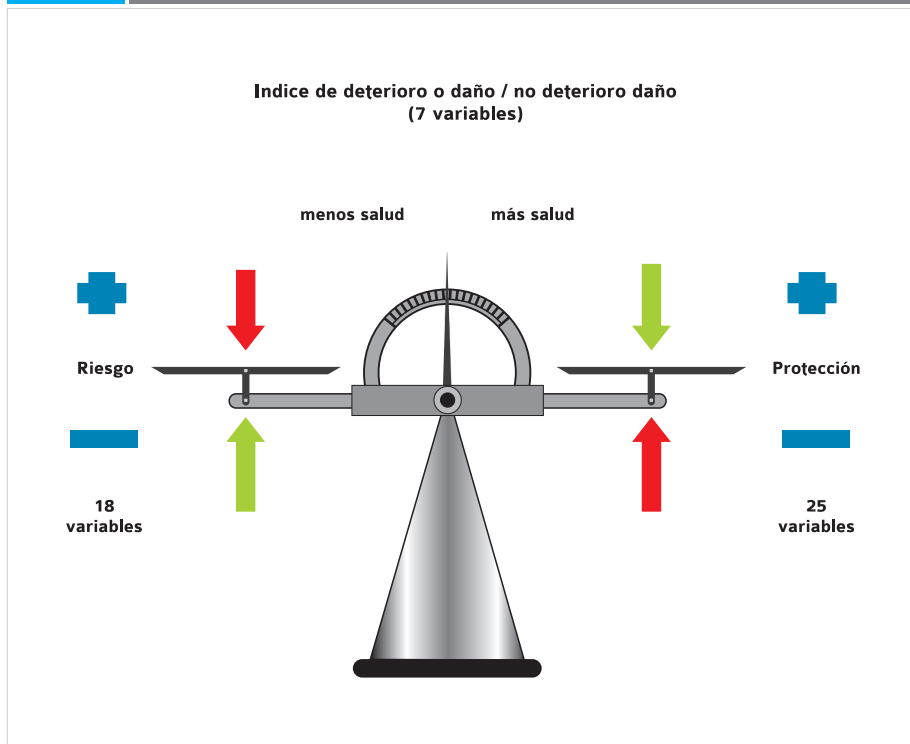
Modelo de análisis para la construcción de los Índices de Riesgo y Protección

Por otra parte, la evaluación del fenómeno salud-enfermedad, desde el punto de vista de los determinantes sociales, nos permite encontrar en la ECV de 2007 para Bogotá, un importante número de variables para su medición por grupos sociales, especialmente teniendo en cuenta los riesgos y las protecciones (respuesta social) diferenciales por posición social.

El esquema siguiente representa el modelo de análisis, una balanza, que a un lado señala el mayor o menor peso de los riesgos, al otro, el efecto de mayores o menores niveles de protección (respuesta social) y en el centro la oscilación del fenómeno salud-enfermedad, dependiendo de los pesos específicos de las dos anteriores, cuyo brazo o palanca les da precisamente la condición y fuerza de determinantes (gráfico 11).

Gráfico 11

Modelo de análisis para la construcción de los índices



Al revisar el instrumento de la ENCV se hallaron 18 variables que incluyen riesgos que afectan la salud de los individuos, reconocidos causantes de enfermedades infecciosas, lesiones y enfermedades crónicas. También 25 variables que identifican el grado de protección o respuesta social para enfrentar la enfermedad de que disponen los individuos y 32 más de protecciones específicas para niños.

A partir de las variables de riesgo se propuso crear un índice de riesgo para ser evaluado por posición social y, a partir de las variables de protección o respuesta social, otro índice de protección para el análisis por posición social.

Cabe señalar que las variables seleccionadas son del tipo ampliamente reconocido en la literatura científica como factores de riesgo o factores asociados fuertemente a la presencia de ciertas enfermedades, o factores determinantes de enfermedad (OMS, 2003).

◆ Construcción del Índice de Riesgo

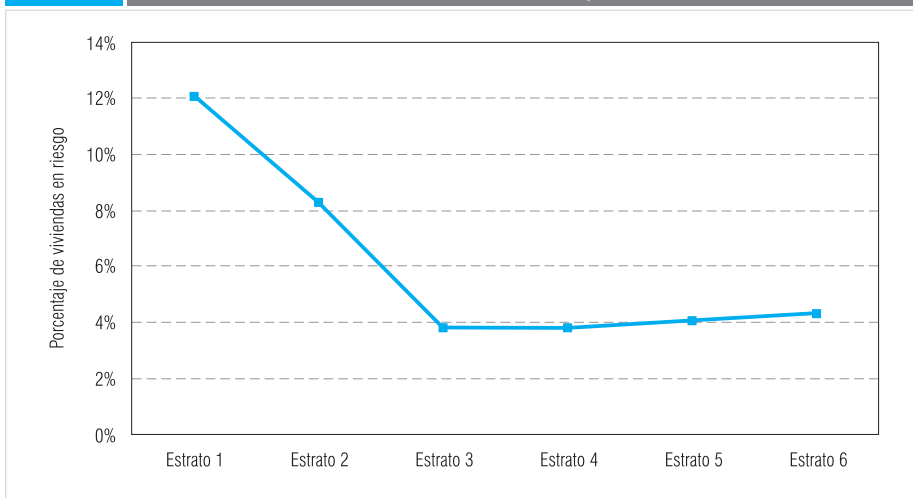
Variables de la ENCV 2007 para el Índice de riesgo/no riesgo:

- ¿Por falta de dinero no consumió ninguna de las tres comidas básicas o principales (desayuno, almuerzo, comida) uno o más días de la semana pasada?
- ¿Con cuáles servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda?
- ¿Por cuáles eventos ha sido afectada la vivienda en los últimos dos años?
- ¿En qué lugar se encuentra ubicada la vivienda?
- ¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta el hogar?
- ¿Tienen uso exclusivo del sanitario?
- ¿Pagan el servicio de alcantarillado?
- Fundamentalmente ¿dónde realiza su trabajo principal?
- ¿Cuáles medios de transporte utilizan los miembros del hogar para ir al trabajo?
- ¿Cuánto tiempo le toma el viaje al trabajo?
- ¿Cuántas horas trabaja semanalmente?
- ¿Cómo se siente en el barrio, pueblo o vereda donde vive?
- ¿De cuáles hechos ha sido víctima en los últimos 30 días?
- ¿Cómo valora las condiciones vida del hogar?
- ¿Cuáles de los siguientes problemas se han presentado en el hogar en los últimos 30 días?
- ¿Alcanzan los ingresos del hogar para cubrir de los gastos mínimos?
- ¿Cuál es la percepción de pobreza del hogar?
- ¿Considera suficientes los ingresos del hogar para comprar comida?
- ¿Considera suficientes los ingresos del hogar para comprar carne, pollo o pescado?

De conformidad con el marco teórico, las variables de riesgo deberían mostrar cambios en su comportamiento de acuerdo con la posición social, por lo cual se exploró preliminarmente el comportamiento de algunas de ellas por la variable clásica "estrato", como se puede observar en los gráficos siguientes. Las primeras relacionadas con riesgos en la vivienda y propios del lugar de trabajo (Gráficos 12, 13 y 14).

Gráfico 12

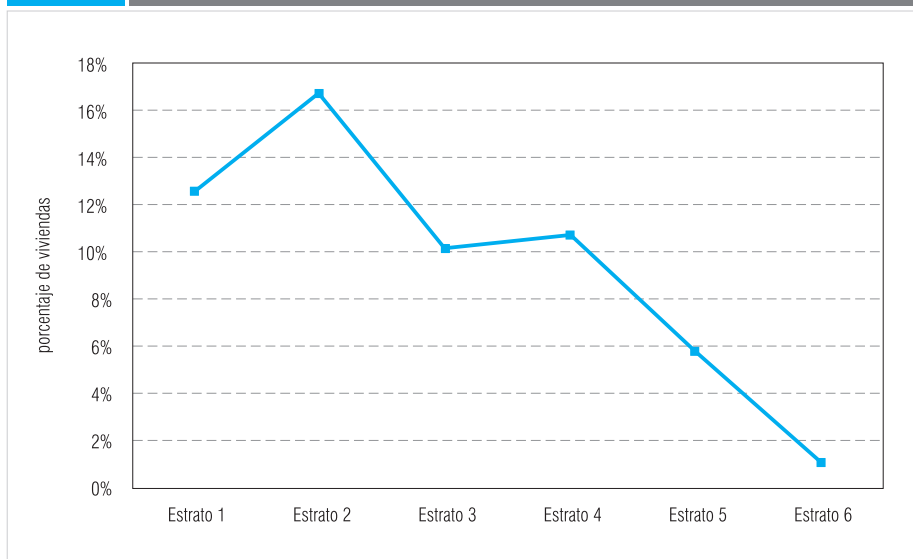
Porcentaje de viviendas en riesgo de derrumbe, hundimiento, inundación o crecienté, por estrato



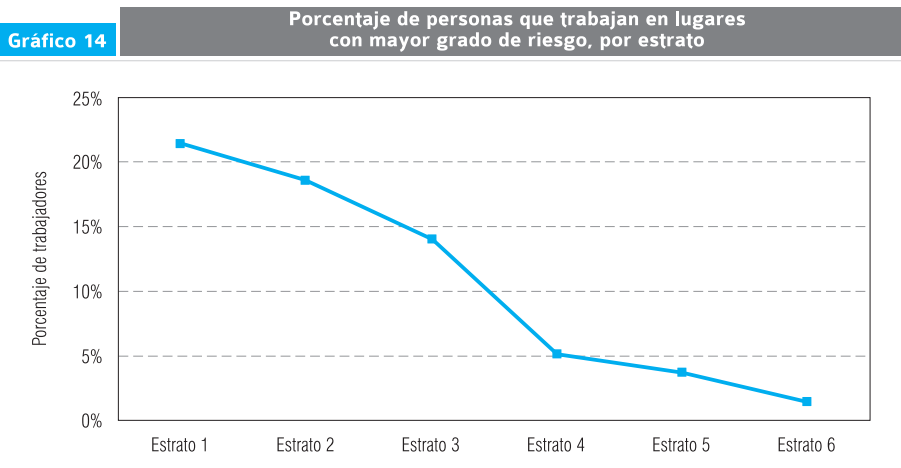
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

Gráfico 13

Viviendas con basurero o aguas negras en vecindades, por estrato



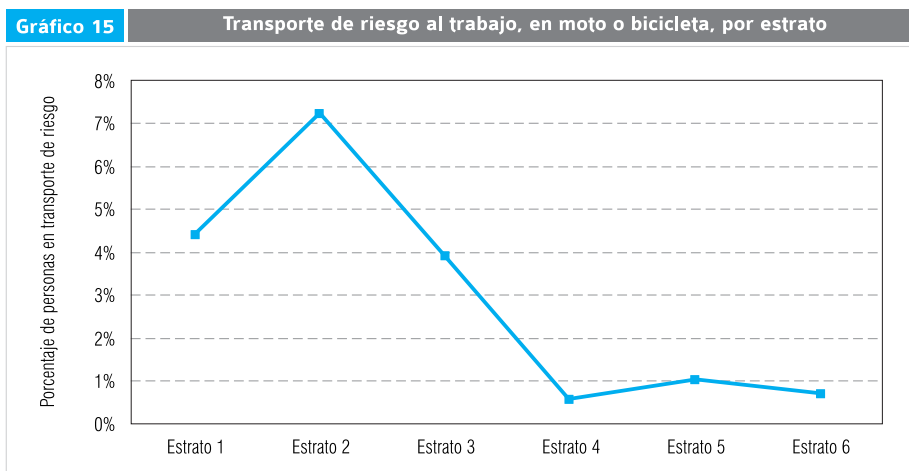
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

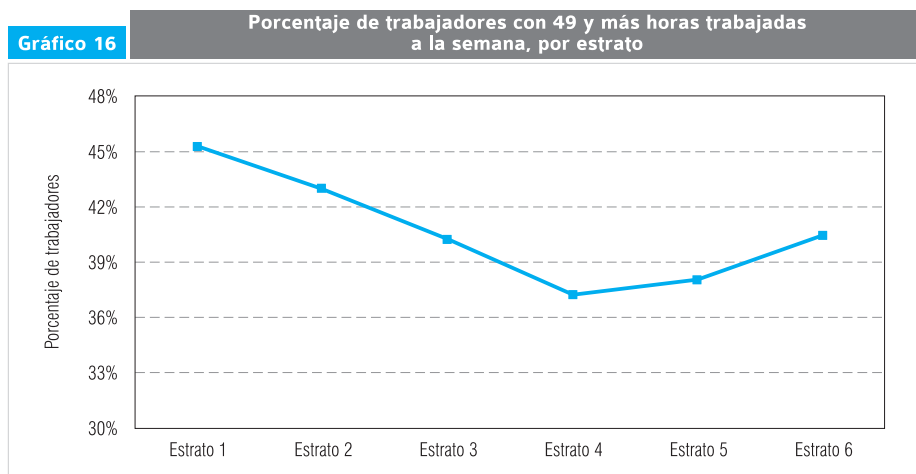
Para esta medición se tomaron como lugares con mayor grado de riesgo todos los ubicados o desarrollados en la vía pública, además de las minas y la construcción, con índices de riesgo ocupacional conocidamente elevados.

Igualmente se tomaron dos tipos de transporte con conocidas estadísticas de riesgo, mucho más elevadas que otros tipos de transporte, en relación con lesiones externas y muertes (Forensis, 2007) (gráfico 15).



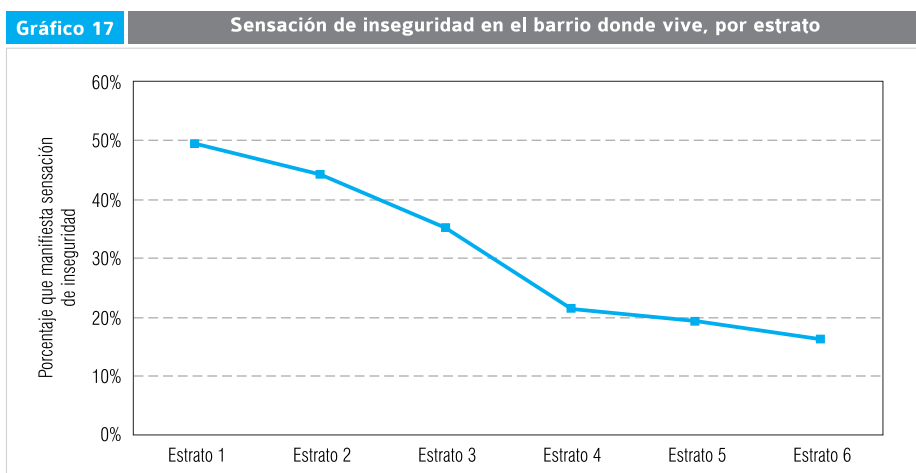
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

La variable siguiente se relaciona con el exceso de horas de trabajo, generador conocido de accidentes laborales y de tránsito (gráfico 16).

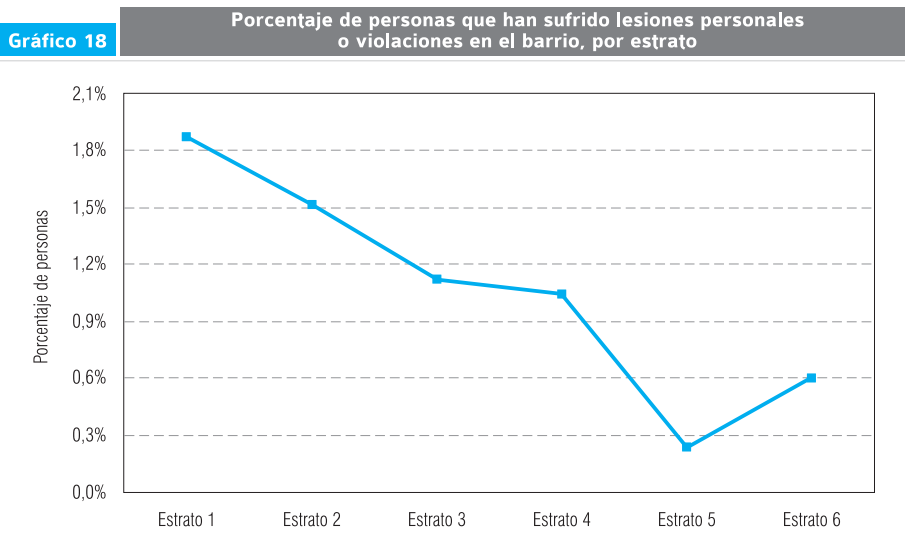


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

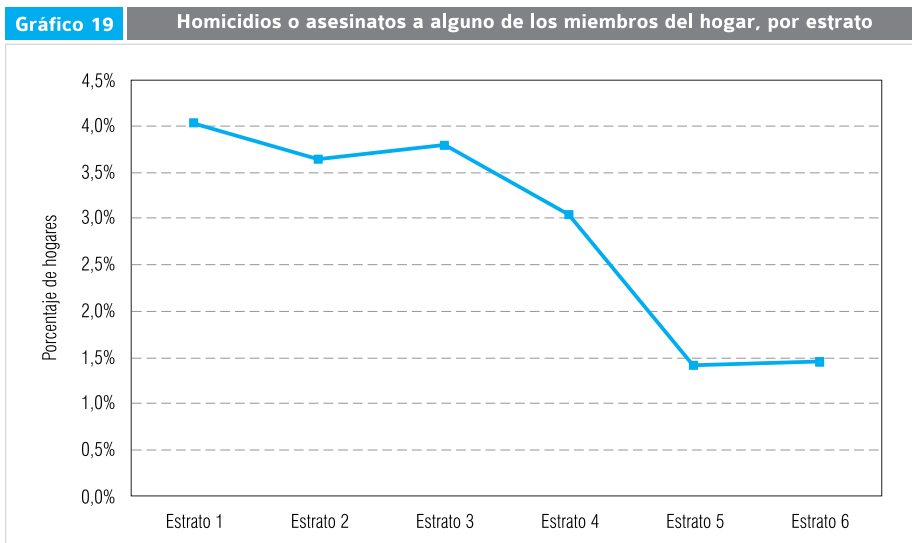
A continuación, una serie de variables relacionadas con riesgos asociados a la violencia, pan de cada día en nuestras ciudades. Cabe señalar previamente la asociación entre inequidad y violencia (no pobreza y violencia), tal como lo demuestra el Reporte Mundial 2006 sobre Desarrollo y Equidad, del Banco Mundial (The World Bank, 2006). (gráficos 17, 18 y 19).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

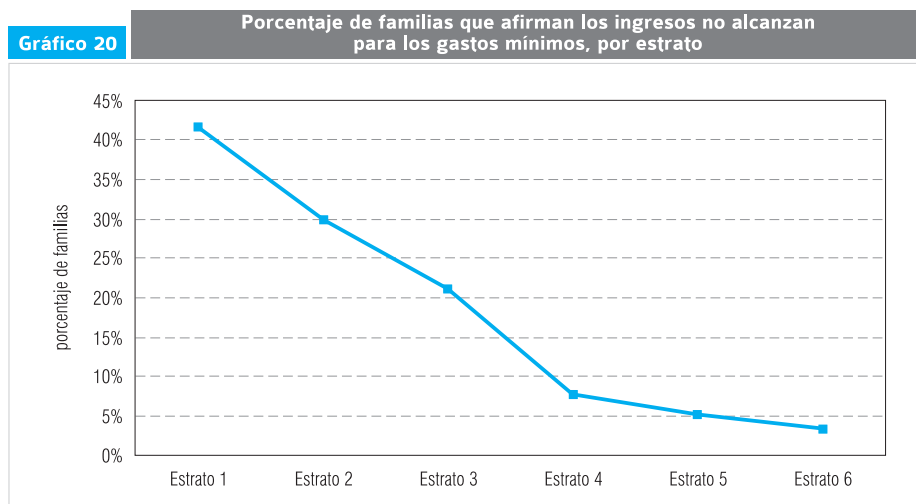


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

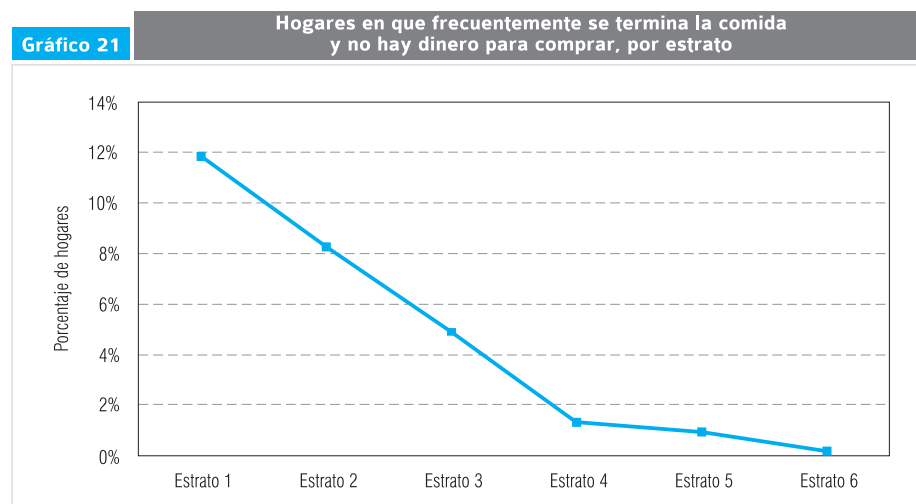


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

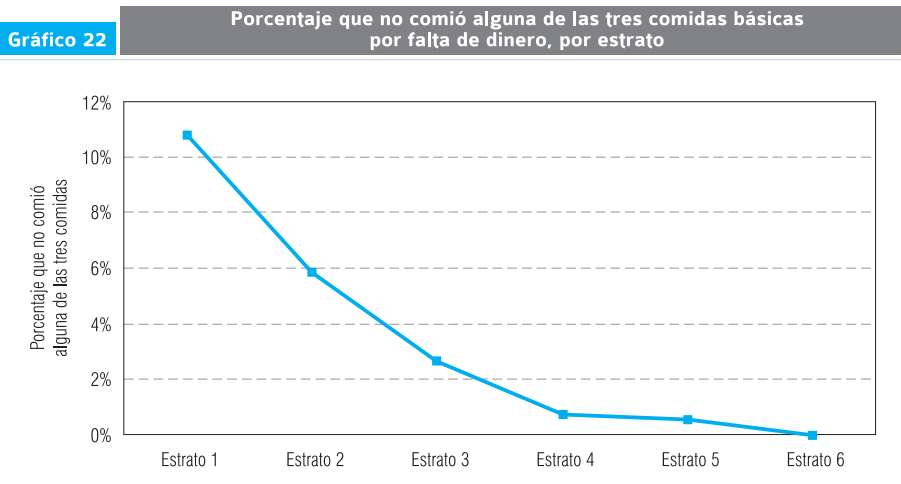
Finalmente, un grupo de variables de la ENCV 2007 para Bogotá, relacionadas con los ingresos y la posibilidad de comprar alimentos (gráficos 20, 21 y 22).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

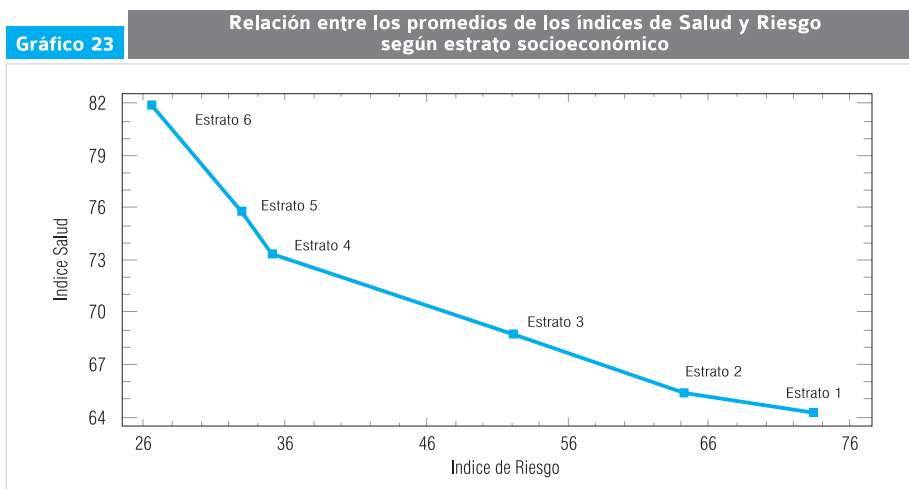


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

El índice construido con las variables de riesgo se relaciona con el índice de salud, a través de sus promedios, por estrato socioeconómico, para confirmar que los estratos más bajos están expuestos a mayores riesgos y también muestran una peor condición de salud (gráfico 23).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

◆ Construcción del Índice de protección

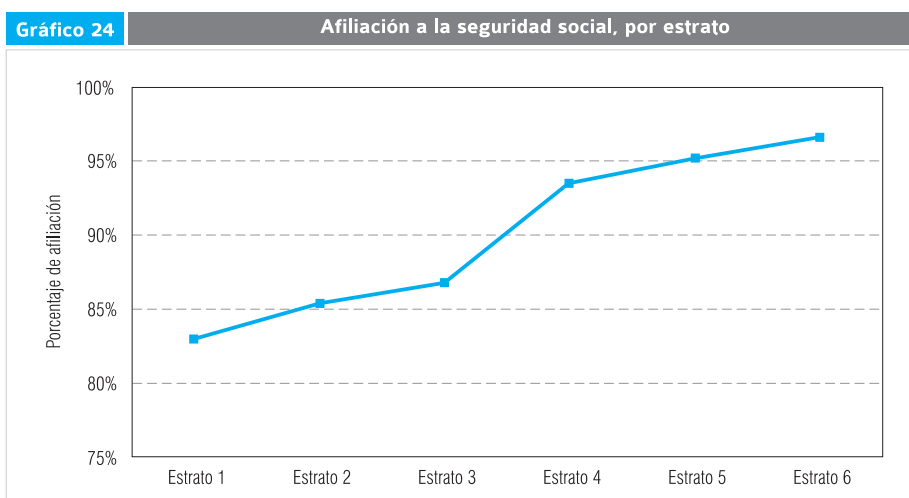
Siguiendo el mismo proceder se seleccionaron en la ENCV 2007 para Bogotá las variables que permiten evaluar la respuesta social organizada en caso de enfermedad, lesión o discapacidad, o variables de protección social para los adultos:

Variables de protección o respuesta social para el Índice de protección/desprotección:

- ¿Está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud?
- ¿A cuál régimen de seguridad social en salud está afiliado?
- ¿Cuál es la principal razón para que no esté cubierto por una entidad de seguridad social en salud?
- ¿Cuáles planes o seguros de salud tiene?
- ¿Para controlar la enfermedad crónica que padece cada cuánto recibe asistencia o va a la institución de salud?
- ¿Quién se ocupa del cuidado del paciente con enfermedad crónica?
- ¿Sin estar enfermo y por prevención, cuáles de los siguientes profesionales de la salud consulta por lo menos una vez al año?
- Para tratar el problema de salud, ¿Qué hizo principalmente?
- ¿Cuál fue la principal razón por la cual no utilizó los servicios de una EPS o ARS?
- ¿Cuáles servicio de salud utilizó durante los últimos 30 días?
- ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontólogo?
- ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el especialista?
- ¿Los medicamentos o remedios le fueron entregados por cuenta de la institución a la cual está afiliado?
- ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?
- ¿En general, como considera la calidad del (los) servicio(s) médicos utilizados durante los últimos treinta días?
- ¿Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o no recibió atención médica?
- ¿Le han aplicado la encuesta del SISBEN, después del 1 de Febrero del 2003?

- ¿Cuáles servicios le ha permitido obtener el carnet del SISBEN?
¿Sabe leer y escribir?
- ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y el último grado aprobado en ese nivel?
- ¿Conoce usted la existencia de los Comedores Comunitarios?
- ¿Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES ¿alguna persona de 18 años de edad y más del hogar ha acudido a un Comedor Comunitario o ha recibido una canasta de alimentos o un bono para comprarlos?

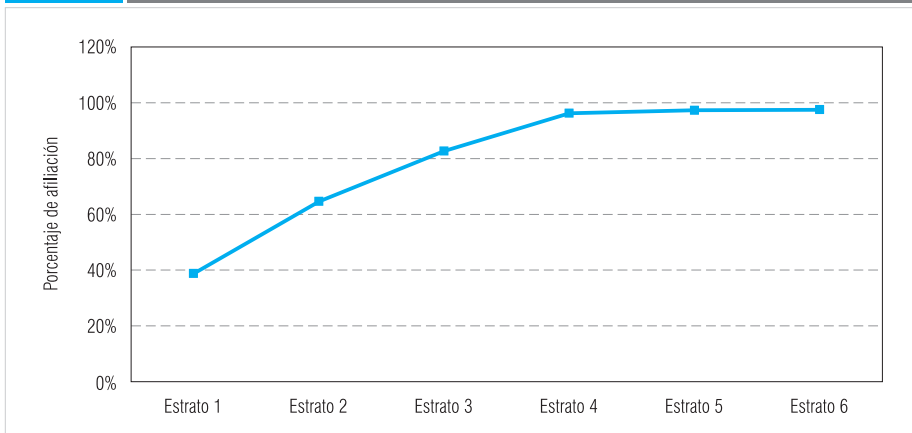
Igualmente, de conformidad con el marco teórico, las variables de protección o respuesta social deberían mostrar cambios en su comportamiento de acuerdo con la posición social, por lo cual se exploró preliminarmente el comportamiento de algunas por la variable clásica “estrato”, como se puede observar en el gráfico siguiente relacionado con la afiliación a la seguridad social (Gráfico 24).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

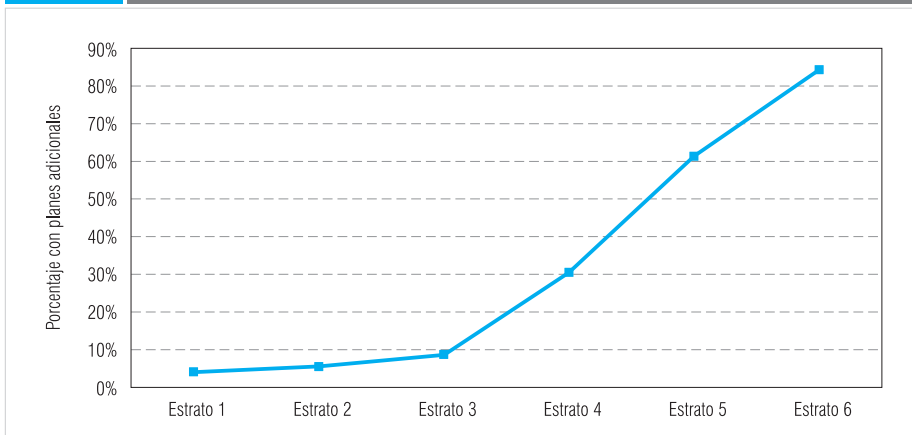
En los gráficos 25 y 26 se agrupan el régimen contributivo y los regímenes especiales o de excepción, que cuentan con un plan de salud bastante completo o con pocas exclusiones, dado que a la otra mitad de la población colombiana el Régimen Subsidiado le ofrece un Plan de Beneficios que no incluye la atención médica especializada ni la hospitalaria para enfermedades crónicas.

Gráfico 25 Afiliación con POS completo o superior, por estrato



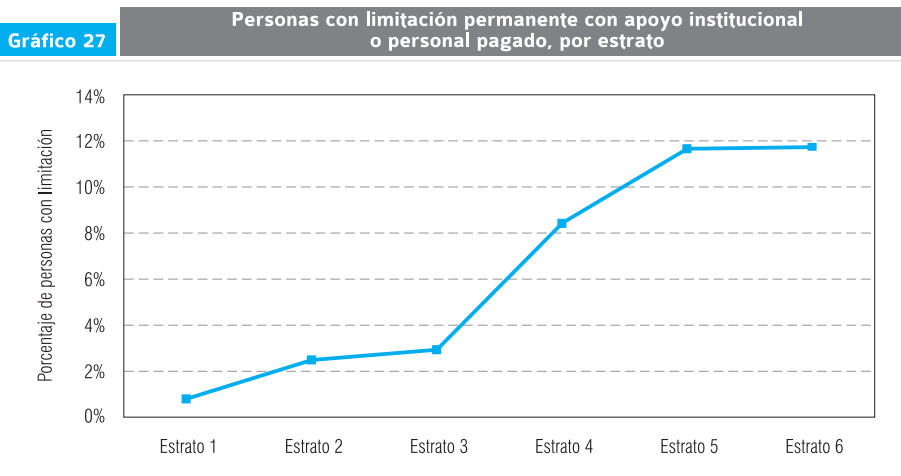
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

Gráfico 26 Disponibilidad de planes adicionales o complementarios al POS por estrato

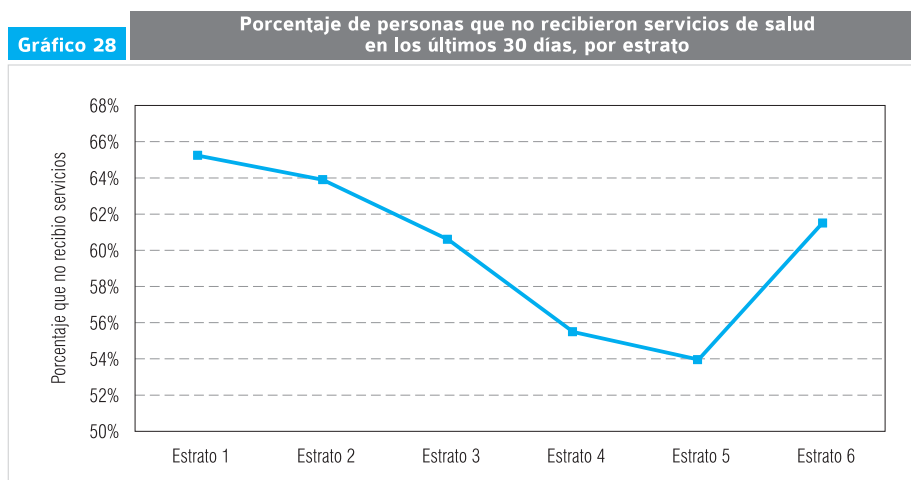


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

En el gráfico 27 la medición sobre apoyo y cuidado a personas con limitación permanente, agrega los dos tipos de apoyo pagados en dinero y no incluye los de hogar o vecinos no pagados.

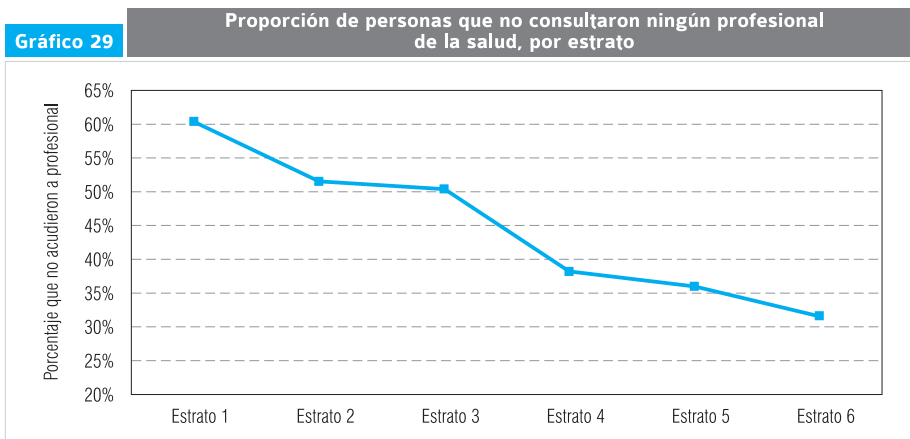


Respecto al porcentaje de personas que no recibieron servicios de salud en los últimos 30 días, el resultado del estrato de ingresos más altos, que se muestra contrario al gradiente de los otros cinco, en el gráfico 28, puede obedecer al margen de error posible, por la escasa representatividad de los grupos de mayores ingresos en la encuesta.



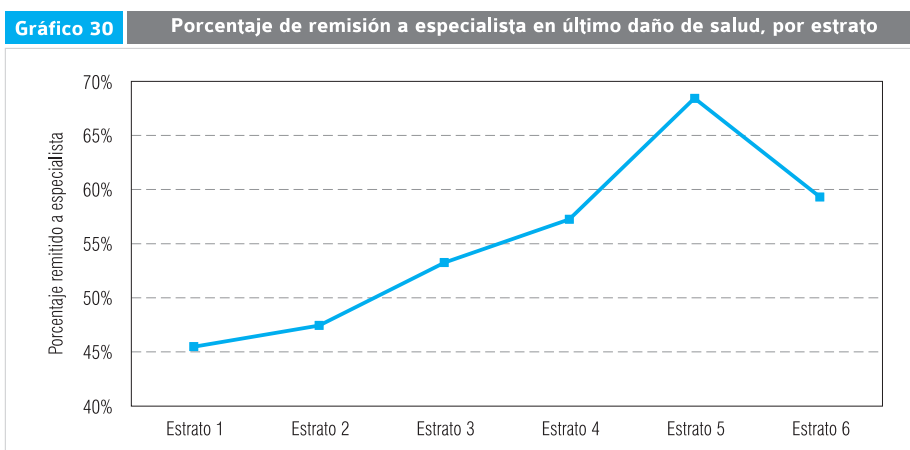
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

El gráfico 29 incluye las personas que no consultaron a ningún profesional de la salud en el último año.



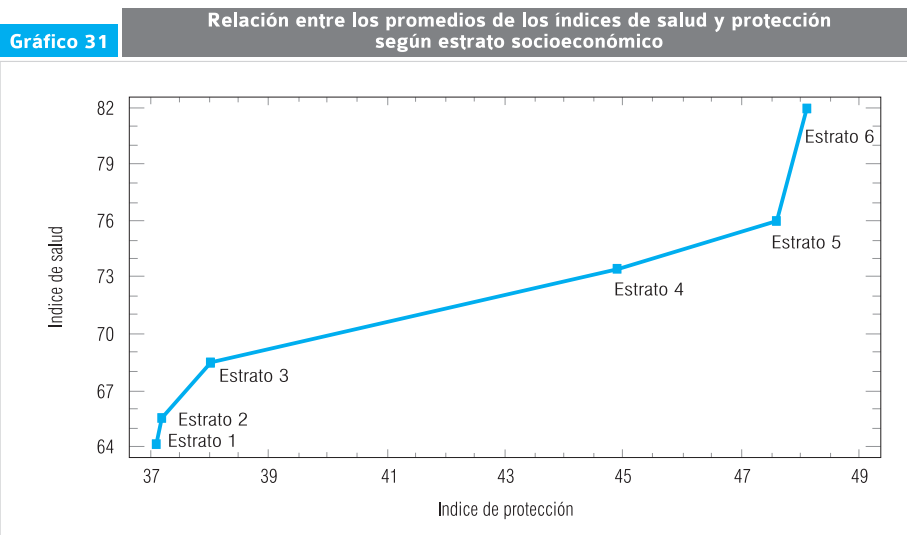
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

El estrato 6 parece afectar el gradiente “a mayor estrato mayor acceso”, pero ello puede obedecer a dos fenómenos por aclarar: la baja representación en la muestra que induce un mayor margen de error y posibles comportamientos diferenciales, como en este último caso, en la variable porcentaje de remisión a especialistas, dado el acceso directo a estos médicos (sin necesidad de solicitar remisión), en los planes adicionales o complementarios utilizados por el estrato más alto (gráfico 30).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

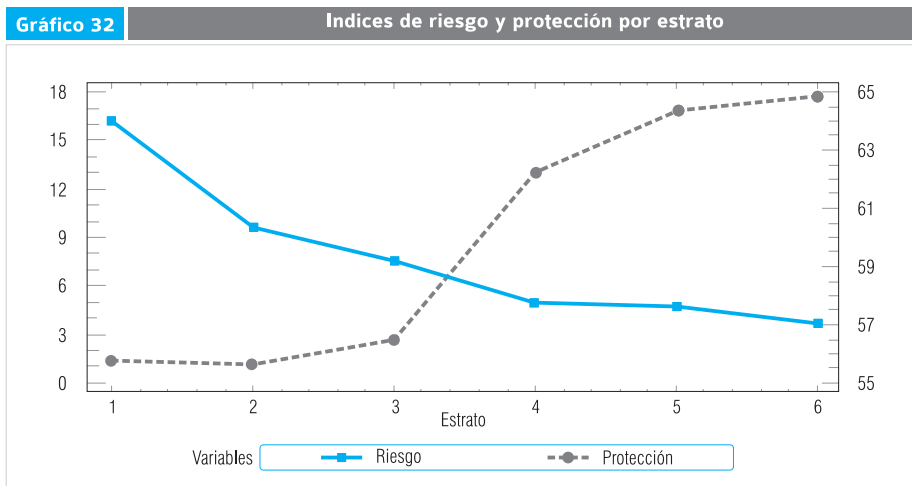
Por último, se relacionan los índices de salud y de protección por estrato socioeconómico, lo que demuestra como los estratos más altos tienen más protecciones o mejor respuesta social frente a la enfermedad y también una mejor condición de salud. Al contrario, los estratos bajos menores protecciones y peor condición de salud (gráfico 31).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

Conclusiones a partir de la construcción de los índices y observación de su comportamiento por posición social

Como puede observarse en el gráfico 32, tanto el índice de riesgo como el de protección se comportan diferencialmente por posición social e inversamente, lo que constituye una franca ratificación de la hipótesis construida en el marco teórico.



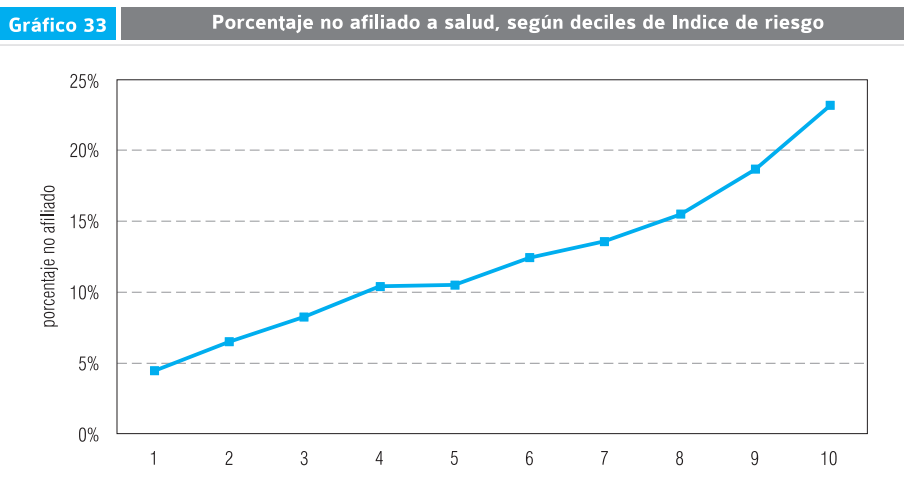
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

Adicionalmente puede observarse en el gráfico 32 que el índice del riesgo no varía uniformemente por estrato, ya que la pendiente se incrementa progresivamente, primero moderadamente entre el estrato seis y el cinco, después se incrementa la diferencia de valores entre el estrato cuatro y el dos, y finalmente la pendiente aumenta mucho más entre el estrato dos y el uno, lo que señalaría que a menor estrato el riesgo aumenta en una tendencia cuasi exponencial.

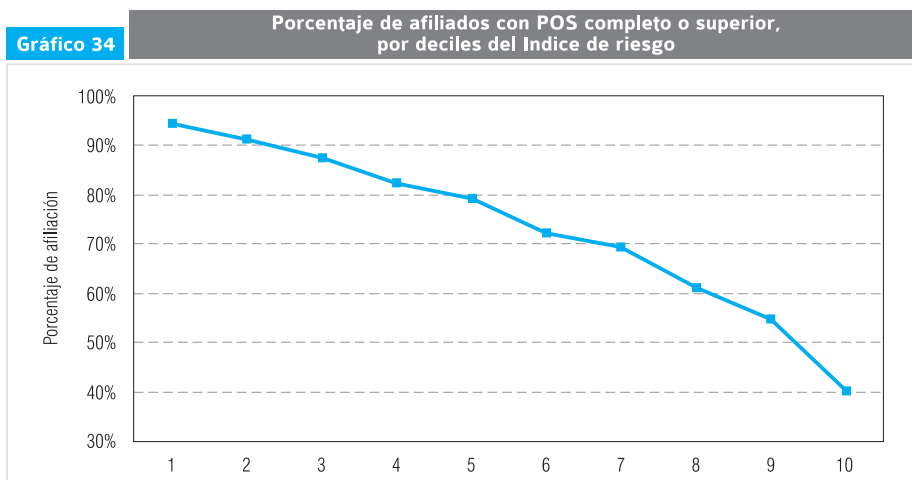
El índice de protección o respuesta social igualmente no varía uniformemente por estrato y muestra la mayor pendiente entre los estratos tres y cuatro, y menores pendientes a los dos extremos, entre el estrato 1 y el 3, y un poco mayor entre el estrato 4 y el 6, lo que señalaría una gran brecha de protección o garantía de respuesta social entre los tres estratos más bajos y los tres estratos más altos.

El gráfico 32 configura finalmente la síntesis de la inequidad social en salud desde el marco de análisis propuesto, un retrato doloroso que permite observar como la inequidad social se traduce en inequidad en salud, al mismo tiempo que demuestra que ser pobre implica mucho más que no tener ingresos, pues significa estar sometido a mayores riesgos que afectan la salud y tener menores protecciones para enfrentar la enfermedad y la discapacidad, lo que garantiza a estos grupos una condición de salud peor en conjunto, que a su vez aumenta la probabilidad de crisis económicas en los hogares, de modo que se cierra el círculo vicioso de la reproducción de la pobreza.

Una vez contruidos y validados los índices de riesgo y protección, se clasifica la población por deciles y se prueban contra variables unitarias pertenecientes al otro índice, por ejemplo, el comportamiento de la afiliación según decil del índice de riesgo, que confirman que las protecciones son menores en los grupos o deciles de mayor riesgo (gráficos 33, 34 y 35).



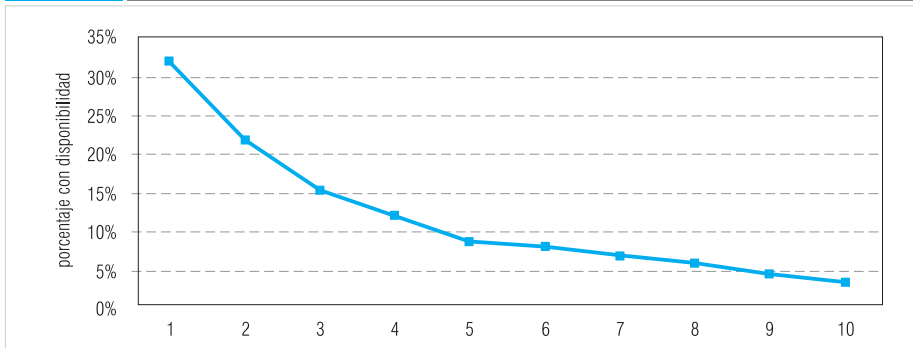
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

Gráfico 35

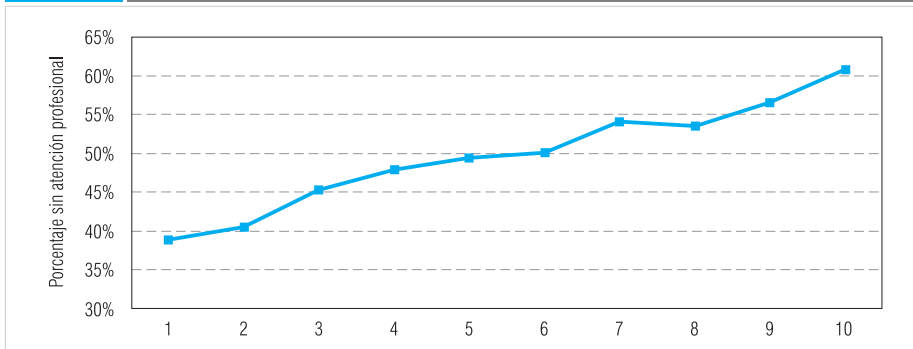
Disponibilidad de planes adicionales o complementarios al POS, por deciles del Índice de riesgo



Igualmente puede observarse en el siguiente gráfico (gráfico 36) que los grupos en los mayores deciles de riesgo tienen menor protección o respuesta social en acceso a servicios.

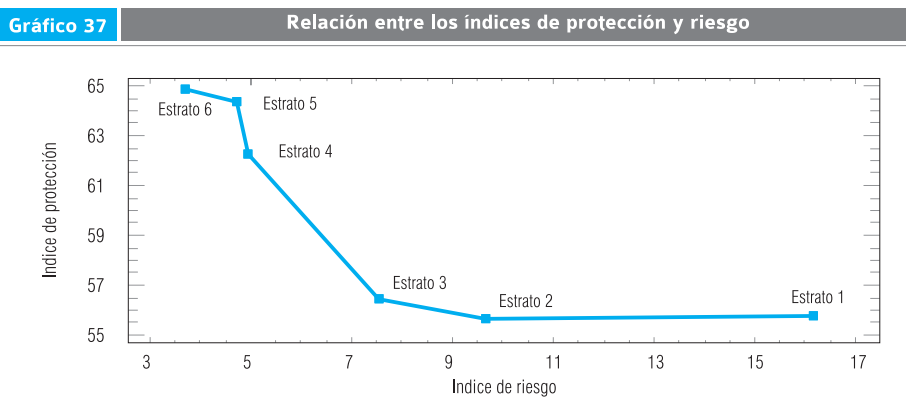
Gráfico 36

Porcentaje sin atención en el año por parte de algún profesional de la salud, por deciles del Índice de riesgo



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

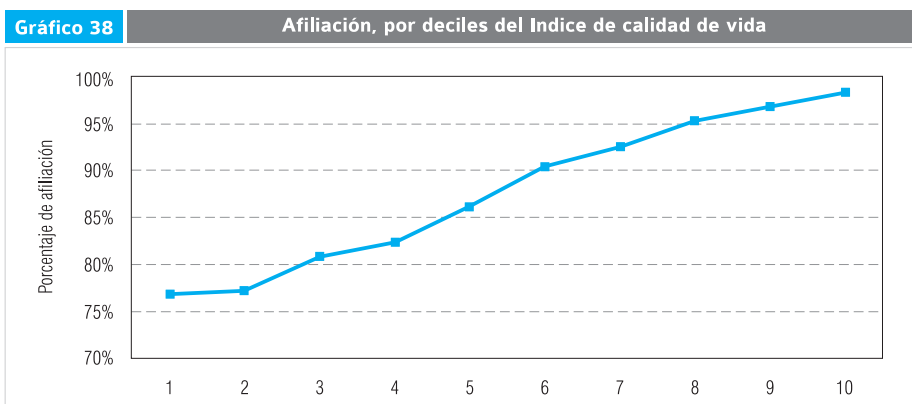
Al relacionar ambos índices, el de protección y el de riesgo, se confirma la gran diferencia entre los tres estratos bajos y los tres estratos más altos, lo que señala que los determinantes del proceso salud-enfermedad son sensiblemente diferentes para los tres estratos minoritarios (4, 5 y 6) que para los tres más pobres y mayoritarios (1, 2 y 3). De igual forma se puede señalar que del estrato 3 hacia abajo la probabilidad de una condición de salud peor – enfermedad – discapacidad- es mucho más probable como consecuencia de enfrentar mayores riesgos y contar con menores protecciones (gráfico 37).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

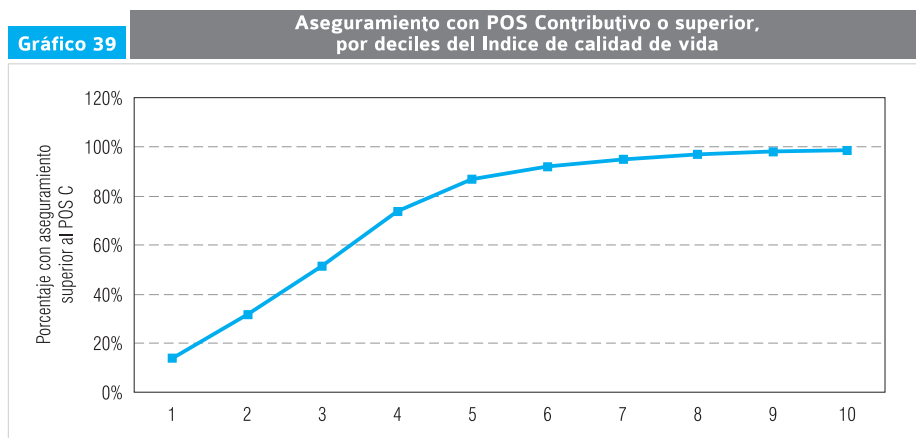
Índice compuesto de calidad de vida, contrastación con variables de protección o respuesta social

Finalmente, se revisa el índice compuesto de calidad de vida contra algunas variables de protección que, si bien están contenidas en el mismo debido a la cantidad de variables incluidas en este índice, es posible estudiar independientemente su relación. Se observa en el gráfico 38 que el porcentaje de afiliación muestra un gradiente de comportamiento bastante lineal por el índice de calidad de vida, desde 76 a 98%.



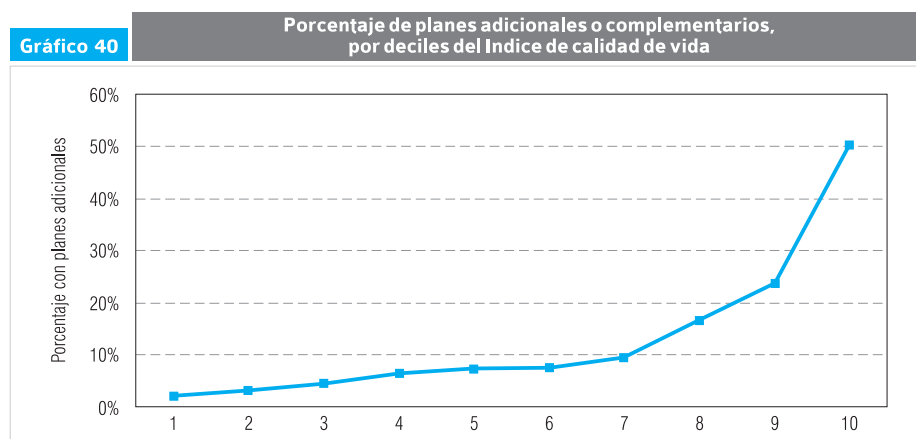
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

Por otra parte, el acceso a un POS completo o superior aumenta con una gran pendiente entre los deciles con menor calidad de vida, desde 15% en el primer decil de calidad de vida hasta 85% en el quinto y que se horizontaliza en los quintiles superiores en cifras entre 92 y 99% (gráfico 39).



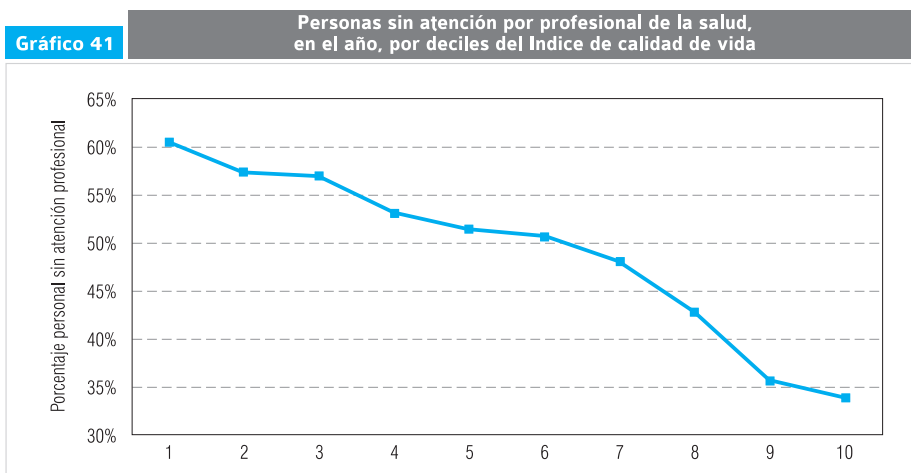
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

Los planes adicionales o complementarios son casi exclusivos de los deciles más altos, pues cubren a 50% del decil 10 y al 22% del decil 9, mientras se observan disminuyendo desde el 10% en el decil 7 hasta casi no existir en los deciles bajos (gráfico 40).



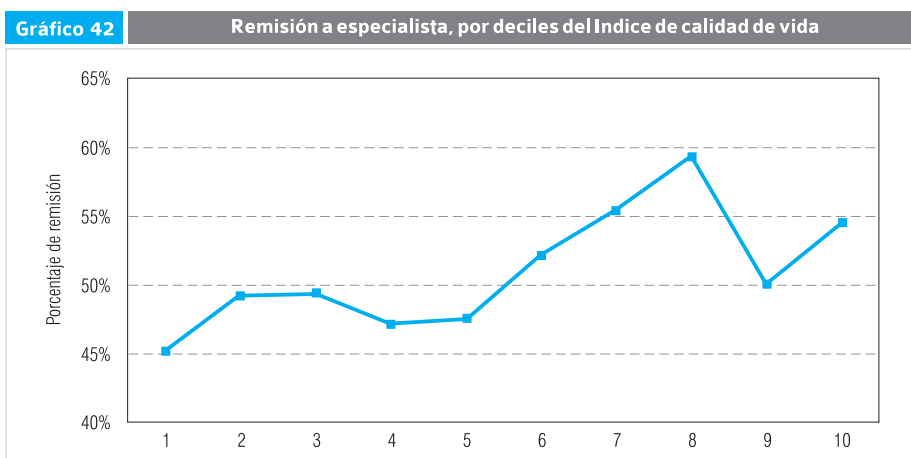
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

La no atención por profesional de la salud en el año aumenta en un gradiente bastante lineal desde 33% en el decil 10 hasta 60% en el decil 1.(gráfico 41).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

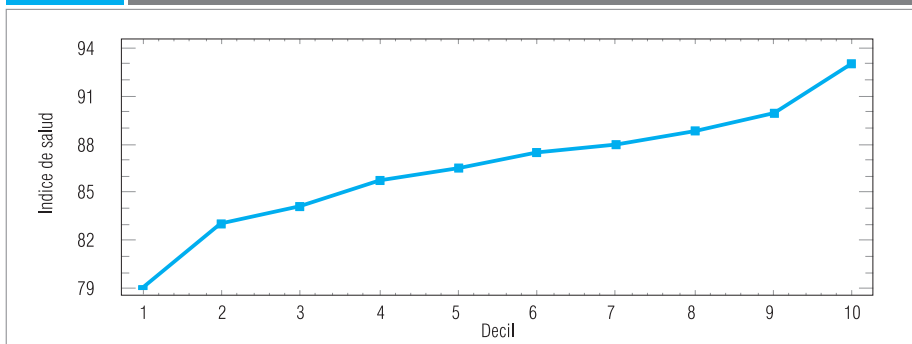
Finalmente, algunas variables como la remisión a especialista muestran comportamientos por deciles de calidad de vida que si bien muestran un gradiente general requieren mayor análisis y explicación (gráfico 42).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

Por último se relacionan los índices de salud y condiciones de vida (gráfico 43), como también se analizó el índice de salud por deciles de ingreso, pues si bien la encuesta que prueba esta metodología no resultó adecuadamente evaluada en este campo de los ingresos, ello no invalida la propuesta metodológica.

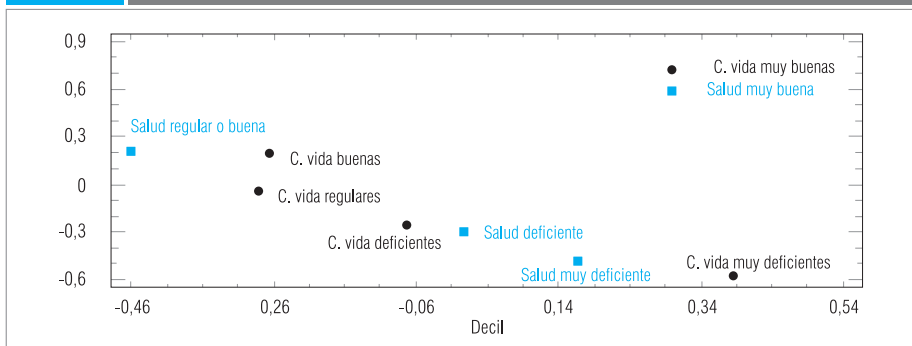
Gráfico 43 Promedios del índice de salud, según los deciles del índice de condiciones de vida



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

El análisis multivariado, de correspondencia múltiple, refuerza las asociaciones descritas entre condiciones de vida buenas y salud buena y entre condiciones de vida deficientes y salud deficiente (gráfico 44)⁴.

Gráfico 44 Asociación de los índices de salud y condiciones de vida



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007

⁴ Para la realización de este análisis de correspondencia múltiple se contó con el apoyo del estadístico César López.

En otros capítulos podrá observarse el comportamiento de los índices de salud, riesgo y protección construidos sobre la ENCV de 2007 para el Distrito Capital, por otras variables de posición social construidas para caracterizar las clases sociales, relacionadas con la división del trabajo y la estructura socio-ocupacional.

CONCLUSIONES

La disponibilidad de un conjunto de variables más amplio para la construcción de los índices de riesgo y protección, permite evaluar la inequidad en salud mucho mejor en el ámbito de los determinantes de salud que en el ámbito de salud (variables de enfermedad o discapacidad, es decir daño o deterioro) en las grandes encuestas nacionales, pues se dispone de variables muy limitadas para medir este último ámbito.

La investigación valida firmemente la relación entre posición social y salud, entre calidad de vida y salud, entre posición social y calidad de vida, comprobando un patrón de vinculación sistemática de una peor salud con posiciones sociales sucesivamente más bajas en una sociedad fuertemente desigual y estratificada.

La investigación muestra una relación más fuerte aún entre posición social y riesgos para la salud y entre posición social y protecciones (respuesta social), demostrando que a medida que se desciende en la posición social se incrementan los riesgos para la salud y se tienen menos protecciones para enfrentar la enfermedad. Por el contrario, las posiciones más altas presentan un menor riesgo y muchas más protecciones.

Las construcciones teóricas sobre equidad en salud, determinantes de salud y alrededor del concepto salud-enfermedad, abrieron un amplísimo camino en este estudio para los investigadores, grupos, instituciones y gobiernos interesados en el análisis de la inequidad en salud, quienes podrán en adelante, con esta metodología y sus desarrollos ulteriores, construir, a partir de las grandes encuestas sociales que se encuentran disponibles en todos los países, verdaderas visiones nacionales y regionales sobre la inequidad en salud.

Finalmente, sugieren los resultados que el incluir unas pocas variables más sobre la condición de salud-enfermedad-discapacidad presente, enriquecería sobremanera los análisis sobre inequidad y determinantes sociales de la salud con un costo relativamente bajo, dando lugar a la construcción de políticas que tomen en cuenta las grandes diferencias por posición social.

La OPS (OPS, 1998) reconoce que “la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y, finalmente, eliminarla”; y agrega que “la documentación objetiva de las desigualdades en salud es un aspecto fundamental para la definición de dichas acciones y, en tal sentido, el fortalecimiento de la capacidad analítica de datos e información sobre las inequidades en salud es una condición indispensable”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braveman, P. y Gruskin, S. 2003. Defining equity in health, theory and methods. *J Epidemiol Community Health*, 57, 254-258.
- Canguilhem, G. 1976. El conocimiento de la vida. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Martínez, F. 1988 junio. Aportes a la discusión sobre el concepto de salud y enfermedad. *Revista Facultad de Salud Pública*, 11 (1).
- Colombia, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. 2008. Sentencia N° T-760 de 2008. (Magistrado ponente Manuel José Cepeda). Bogotá, 31 de julio de 2008.
- Daniels, N. 2002. Rawls’s complex egalitarianism. En S. Freeman (Ed.). *The Cambridge companion to Rawls*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Derecho y legislación. 1970. *Enciclopedia Temática Argos* (Tomo 13 Ciencias Sociales). Barcelona: Editorial Argos.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores de pobreza, indigencia y desigualdad. 2009. Misión para el empalme de las series de empleo, pobreza y desigualdad (MESEP) DANE. Colombia.
- Diderichsen, F., Evans, T. y Whitehead, M. Bases sociales de las disparidades en salud. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, M. Wirth (Ed.). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. (Publicación Científica y Técnica No. 585). Washington, D.C.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud.
- Evans, T., Whitehead M., Diderichsen, F., Bhuiya A. y Wirth, M. 2002. Introducción. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya M. Wirth (Ed.). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*.

- (Publicación Científica y Técnica No. 585). Washington, D.C.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud.
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Lesiones en accidentes de Tránsito. 2007. Colombia. Forensis.
- Kelsen, H. 1994. Teoría general de las normas. México: Editorial Trillas.
- Macintyre, S. 2009. Social inequalities and health in the contemporary world: Comparative overview. En S. Strickland y P. Shetty (Ed.). Human biology and social inequality. (Society for the Study of Human Biology Symposium Series, No. 39). London: University College
- Martínez, F. 2007. Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. En D. Restrepo (Ed. Y Dir.). Equidad y salud. Debates para la acción. Col. La seguridad social en la encrucijada. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Gente Nueva Editorial. Bogotá. 2007
- Martínez, F. 2009 Enero - Febrero. Derecho a la salud o equidad en salud. Revista Javeriana, 76 (751), 70 – 82.
- O'Donnell, O., et all. 2008. Analyzing health equity using household survey data: A guide to techniques and their implementation. Washington, DC: The World Bank.
- OMS. 2008. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. (Resumen analítico del Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud). Ginebra: OMS.
- OMS. 2003. The solid facts. Social determinants of health. Segunda Edición. Ginebra: OMS.
- OPS. 1998. La situación de salud en la región de las Américas. Informe anual del Director. Washington: OPS.
- Peter, F. y Evans, T. 2002. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, M. Wirth (Ed.). Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. (Publicación Científica y Técnica No. 585). Washington, D.C.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud. Bloom, D. E., Canning, D. y Jamison, D. T.. 2004 marzo. Health, wealth and welfare. Finance and Development . Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf>.

- PNUD. 2003. Informe sobre Desarrollo Humano 2003. Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. Nueva York: PNUD.
- PNUD. 2004. Informe sobre Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. Nueva York: PNUD.
- PNUD. 2005. Informe sobre Desarrollo Humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. Nueva York: PNUD.
- PNUD. 2006. Informe sobre Desarrollo Humano 2006. Más allá de la escasez: poder, pobreza y crisis mundial del agua. Nueva York: PNUD.
- PNUD. 2007, 2008. Informe sobre Desarrollo Humano 2007/2008. La lucha contra el cambio climático: solidaridad frente a un mundo dividido. Nueva York: PNUD.
- PNUD. 2009. Informe sobre Desarrollo Humano 2009: Superando barreras. Movilidad y desarrollo humanos. Nueva York: PNUD.
- Rawls, J. 1971. Teoría de la justicia. Segunda Edición en español. México: Fondo de Cultura Económica. .
- Restrepo D. 2007. Introducción. En Restrepo D. (Ed. y Dir.). Equidad y salud. Debates para la acción. Col. La seguridad social en la encrucijada, Tomo IV. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia, Secretaría Distrital de Salud, 2007: 15-19. Restrepo, D. (Ed.). 2010. Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. Col. La seguridad social en la encrucijada. Tomo V. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia, Secretaría Distrital de Salud.
- Sen, A. 2004 octubre. Elements of a theory of human rights. *Philosophy and Public Affairs*, 32 (4), 315-356.
- Sen, A. 2004. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial.
- Wagstaff, A. 2002. Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 97-105.
- WHO-World Health Organization. 2009. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: WHO
- World Bank. 2006. World Development Report 2006 Equity and Development.



Capítulo IV

DESIGUALDAD EN LA RESPUESTA SOCIAL EN SALUD EN BOGOTÁ

*Decsi Astrid Arévalo Hernández **

* Profesora de la Universidad de Los Andes.





En el texto titulado marco general de análisis sobre las inequidades en salud, elaborado en el Observatorio para la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá (Fresneda, 2007), se subraya que para orientar las acciones pro-equidad es indispensable contar con información que describa las situaciones de inequidad y crear una batería de indicadores que ayuden a comprender los factores que determinan tales situaciones así como las consecuencias que de ellas se derivan.

Tanto el análisis de la información, como la construcción de los indicadores parten de concebir la equidad en salud como “la valoración deliberada de las desigualdades en la situación de salud”, entendiendo como una situación injusta aquella en la que “las desigualdades son el resultado de desventajas sistemáticas de un grupo social específico respecto de otros, debido a la posición social, bien sea por poder, riqueza o prestigio, por su lugar en la estructural laboral o socioeconómica, educativa, de género, raza, etnia o del ciclo vital en que se encuentra” (Hernández, 2007: 182).

Tomando como referencia esas consideraciones conceptuales se establecen cuatro áreas en las que es necesario adelantar la medición:

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

La respuesta desigual de la sociedad, tema de este capítulo, incluye un conjunto variado de aspectos. En primer lugar, es necesario considerar los aspectos atinentes a la oferta como la disponibilidad en entidades prestadoras de servicios de salud, las formas organizacionales que definen el uso de los servicios, las políticas y programas que regulan el acceso a la prestación de servicios y el funcionamiento de los mecanismos financieros definidos por el Estado. En segundo lugar, se encuentran los asuntos referidos al acceso, que agrupan elementos como la utilización de los servicios de salud, la información sobre salud y riesgos, las acciones en salud pública, los niveles alcanzados en protección social tales como la cobertura de aseguramiento en distintos riesgos y los recursos financieros de los hogares (Martínez, 2007: 91).

Mientras la oferta de servicios está determinada, de un lado, por los recursos públicos asignados, y de otro, por las relaciones de mercado, el financiamiento y el acceso están fuertemente asociados con variables que expresan la posición social y el nivel de ingreso de las personas (Fresneda, 2007:121).

Con este fundamento, el capítulo que aquí se desarrolla tiene como propósito analizar la información sobre respuesta desigual de la sociedad en salud. Para ello, se abordarán algunos componentes de la oferta en prestación de servicios, apreciada a partir del esquema institucional y de las políticas distritales en esta materia. En segundo lugar, se analizarán algunos elementos referidos al acceso a los servicios, tomando como fuente la Encuesta de Calidad de Vida para Bogotá 2007 (ECV 2007). En este último tema se trata de poner en evidencia diferentes formas en las que se expresa la desigualdad derivada de la posición social en materia de respuesta social.

ESTRUCTURACIÓN INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN EN SALUD

De tiempo atrás, la sociedad colombiana ha mantenido como uno de los pilares de su discurso de protección social la búsqueda de la atención universal en el sistema de salud. En este propósito se ha fijado como meta la universalidad en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, como mecanismo a través del cual los colombianos tendrían garantizado el acceso a la prestación de servicios de salud. Sin embargo, aún no se ha alcanzado la meta y por ello persiste la simultaneidad de la atención recibida a través de la intermediación de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB– con la provista por el sector público dirigida a los vinculados, grupo de población que debe posteriormente ser afiliada al sistema.

Por otra parte, el amparo en el aseguramiento social está circunscrito a la provisión del contenido del Plan Obligatorio de Salud, situación que conduce a que las atenciones no previstas en dicho paquete deban ser asumidas bien por las entidades del sector privado o bien por las del sector público. En este sentido, aunque el aseguramiento en salud se promueva como el eje del sistema de salud, no constituye la única forma que adopta la oferta de servicios.

El diseño institucional en el ámbito nacional

Frente a las dificultades que presentaba el sistema de aseguramiento el gobierno expidió la Ley 1122 de 2007, en la cual se hacen reformas en “los aspek-

tos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y en la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud” [Art.1 Ley 1122 de 2007]. En esta norma quedó claramente expuesta la perspectiva de riesgo que para el funcionamiento del sistema adoptó el gobierno. En el artículo 14 el aseguramiento se define como: “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud”.

Tal perspectiva está ligada al papel de rectoría que se le imputa al Estado, en cabeza del Ministerio de la Protección Social al cual se le adicionó la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). Estos organismos tienen como funciones diseñar y regular el sistema de modo que queden ligados los distintos pasos del proceso, desde la planeación hasta la evaluación. Por ello, se establece que los agentes administrativos comprometidos deben elaborar planes articulados al plan que desarrolle el nivel central del gobierno, en particular, en lo referente a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Con estas medidas se persigue construir un sistema en el que se pueda conocer con claridad cuál es el perfil epidemiológico de la población y se fortalezca el ejercicio de la prevención de la enfermedad. No obstante, el regulador deja el funcionamiento en manos de los operadores (EAPB) toda vez que ellos son los encargados de cumplir las funciones del aseguramiento, tales como: Administración del riesgo financiero.

- Gestión del riesgo en salud.
- Articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo.
- Garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.
- Implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enmarcados en las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

Así las cosas, el desempeño del sistema depende del comportamiento de las EAPB, de la manera como respondan a las condiciones del mercado, de su búsqueda de la ganancia, de su capacidad técnica y de gestión, entre otros aspectos. Y es de esta manera porque el diseño se basa en el modelo de competencia estructurada. La situación no es de importancia menor por cuanto desde los primeros años del funcionamiento de este esquema se han reiterado las deficiencias en el acceso a la prestación de servicios, circunstancia que ha contribuido a profundizar la desigualdad en el campo de la salud¹.

En la sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional se manifestó frente a la abundancia de tutelas que invocaban la protección del derecho a la salud. Para la Corte el crecido número de tutelas evidenciaba los enormes problemas que enfrentaba la población para acceder a la prestación de servicios de salud, razón por la cual emitió un conjunto órdenes tendientes a corregir el desenvolvimiento del aseguramiento en salud, varias de ellas orientadas a mejorar la equidad en el acceso. Un elemento de desigualdad, que en virtud de los pronunciamientos de la Corte Constitucional tiende hacia su eliminación, es la diferencia generada por la existencia de dos planes de beneficios: el del contributivo y el del subsidiado². Con la sentencia T-760 de 2008 este órgano estatal determinó la unificación de los POS para los menores de edad, la adopción de un programa y un cronograma para unificar el POS de las demás personas y cumplir la meta de cobertura universal. En esa misma sentencia³ se insta a los órganos de dirección a precisar el contenido del POS, actualizarlo para evitar confusiones, establecer los mecanismos para actualizarlo periódicamente, informar sobre las deficiencias en la prestación de lo que está incluido en el POS, informar sobre las EPS que más vulneran el derecho a la salud y ampliar la competencia del Comité Técnico Científico –CTC– para que pueda autorizar servicios médicos diferentes a medicamentos hasta tanto no se diseñe un mecanismo diferente.

1 Para el efecto se pueden ver entre otros Ministerio de la Protección Social y CID, 2007, Ministerio de la Protección Social, 2007 y Defensoría del Pueblo, 2003.

2 La existencia de un plan de beneficios menor para este régimen constituía una clara distorsión del principio de equidad consagrado como una regla del servicio público de salud, el cual se expresó en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 de la siguiente manera: *El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el Sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.*

3 Uno de los elementos centrales de esta sentencia es su presentación respecto del concepto de salud que adopta y la manera como concibe el derecho a la salud.

La propuesta institucional en el ámbito distrital

Como lo señala Óscar Rodríguez S (2010), entre las últimas administraciones de la ciudad de Bogotá fue la de Garzón (2004-2007) la que de manera explícita se pronunció en favor de construir el Sistema Integral de Protección Social, lo que se refleja en el lema de su gobierno: Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión. En esta perspectiva los ejes de su propuesta fueron la protección y el restablecimiento de los derechos, la alimentación como derecho fundamental, el ejercicio pleno de los derechos de niños y niñas, la juventud con oportunidades, la vinculación productiva y la equidad en el ejercicio de los derechos sociales. Sobre este último punto “se planteó el reto de avanzar en la garantía del derecho a la salud, adoptó un enfoque promocional de la calidad de vida y salud de la población y organizó una serie de estrategias ordenadas por la atención primaria en salud (APS), para generar procesos de transformación del sector que le permitieran orientar a todos los actores del sistema de seguridad social en salud hacia la integralidad, la accesibilidad a los servicios y, sobre todo, la superación de las inequidades en salud” (Hernández, 2007: 176). Con esta perspectiva las acciones van en dos vías: de una parte la elaboración del Plan Maestro de Equipamiento de Salud (PMES) para el Distrito Capital, y de otra la creación de programas para poblaciones específicas.

La adopción del PMES en 2006 se deriva del mandato del Decreto 190 de 2004 de ordenamiento territorial, en el que los planes maestros de equipamiento se definen como instrumentos estructurantes con un horizonte de largo plazo. En el caso específico de salud se considera que sus equipamientos son los destinados a la administración y prestación de servicios de salud, de promoción, protección específica, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, suministrados por las instituciones prestadoras de servicios de salud tanto del sector privado, como del público y en los distintos niveles territoriales. Una de las políticas consignadas en el PMES tiene que ver con la accesibilidad y la equidad espacial, en ella se propone como objetivo ordenar y mejorar la oferta actual y futura de equipamientos y de servicios, de manera accesible, equitativa, disponible, integral y de calidad, para contribuir en la garantía al derecho a la salud de la población del Distrito Capital (SDP, 2006).

El PMES se aplica a la estructura del sistema Distrital de Salud de Bogotá generada en 1991, con el fin de mejorar la cobertura regional y lograr una mejor asignación de recursos, según la capacidad de resolución de cada una de las unidades de prestación de servicios. En esta iniciativa quedó ratificada la organización de la oferta por niveles de atención, en las Unidades de Básicas de Atención (UBAs), en las Unidades Primarias de Atención (UPAs) y en los

Centros de Atención Médica Inmediata (CAMIs), de primer y segundo nivel de atención. Esta organización está concebida para contar con distintos grados de acercamiento de los servicios de salud a la población, toda vez que en el diagnóstico que sustentó la formulación del Plan se evidenció la existencia de una oferta de servicios desigualmente distribuida en el territorio y que provocaba dificultades en la accesibilidad espacial de la población, en especial de la más pobre y vulnerable (Rodríguez C., 2005).

En el diagnóstico soporte de la formulación del Plan Maestro también se encontró un déficit en la oferta de servicios de salud en términos del recurso humano, de camas hospitalarias e infraestructura física, en los tres niveles de atención de la red de hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud; baja correspondencia entre el perfil de los equipamientos y servicios de salud en relación con las necesidades actuales y futuras de la población; y a la vulnerabilidad y riesgo de los equipamientos de salud frente a una situación de desastre (Rodríguez C., 2005).

Respecto del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud-APS, se puede destacar la puesta en marcha e impulso de cuatro ámbitos:

- Salud a su Casa.
- Niñez Bienvenida y Protegida.
- Salud al Colegio.
- Salud al Trabajo.

Salud a su Casa se crea con el objetivo de identificar las necesidades relacionadas con la calidad de vida y salud, reordenar la respuesta que se brinda a tales necesidades, favorecer el acceso a los servicios de salud y obtener mejores resultados en esta materia. Su operación, dirigida a las familias más vulnerables de la ciudad, se fundamenta en el desarrollo de tres estrategias⁴:

- Estrategia Promocional de Calidad de Vida en Salud (EPCVYS),
- Atención Primaria en Salud (APS)
- Gestión Social Integral (GSI).

En este programa se adopta una perspectiva diferente en la atención en salud, ya no se trata de esperar a que las personas acudan a las entidades de prestación de servicios cuando sienten afecciones en la salud, sino en propiciar un mayor acercamiento entre las familias y las organizaciones del sector. A

4 Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud. *Salud a su casa –SASC*. Disponible en: www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/frame_detalle_scv.php?h_id=24944

través de equipos interdisciplinarios situados en los hospitales se busca avanzar en un primer contacto con las familias y propiciar la continuidad en la atención; de esta manera se enfatiza en la promoción-prevención y en el manejo integral de condiciones individuales y familiares⁵. Igualmente, dentro del programa se contemplan acciones orientadas a fortalecer la acción sectorial y la participación comunitaria (Vega y Carrillo, sf.). En diciembre de 2006 el programa se había implementado en 280 territorios, para cubrir los estratos 1 y 2 en 19 localidades. El 58,9% de las acciones adelantadas se concentraban en las localidades de Suba, Bosa, Rafael Uribe Uribe, Usme y Ciudad Bolívar (Fundación Corona y otros, sf.).

Desde 2004 se inicia una política por mejorar la calidad de vida de niñas, niños y adolescentes de Bogotá, ejecutada a través de siete estrategias, a saber: “acciones para el inicio de una vida digna, acciones para la construcción de una ciudad segura, acciones para una seguridad alimentaria; construcción de escenarios de relaciones propicias para el desarrollo, construcción de un ambiente amigo, promoción de acceso a la escuela e inaceptabilidad de la explotación laboral y acciones que promuevan el ejercicio de la ciudadanía mediante modelos de participación en los procesos de toma de decisión a nivel familiar, comunitarios y en la ciudad” (Alcaldía Mayor, 2009).

La importancia que adquiere la política de infancia y adolescencia en el discurso de las autoridades distritales se aprecia en el carácter de intolerable con el que caracterizan algunas circunstancias de la morbi-mortalidad. Se considera intolerable que este segmento de población muera por causas prevenibles, que enfermándose por causas identificables y prevenibles no reciban atención oportuna ni se priorice su atención en las instituciones de salud, y que carezcan de un alimento diario porque ello impide su sano y armónico desarrollo para la vida (Alcaldía Mayor, 2009).

En el marco de esta política se propende por acometer acciones de atención integral de las mujeres gestantes; disminuir la mortalidad perinatal, la mortalidad infantil, la incidencia de EDA e IRA, el embarazo en menores de 14 años de edad y la muerte por violencia. Adicionalmente se estableció un sistema de vigilancia epidemiológica, alimentaria y nutricional, en el que se colecta y procesa información relacionada con estos aspectos, y se crearon mecanismos para hacer aportes alimenticios a la población vulnerable, así como capacitarla en alimentación sana.

⁵ Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud. *Salud a su hogar una experiencia de atención primaria en salud (APS) con enfoque familiar y comunitario en Bogotá*. Disponible en: www.bogota.gov.co/imgalcalde/PREGUNTAS.

Entre 2004 y 2008 la Secretaría Distrital de Salud adelantó un amplio proceso de evaluación y reorientación de sus acciones en la escuela. En el proceso de evaluación, al que se vincularon la Secretaría de Educación, los hospitales públicos y representantes de las comunidades educativas, se constató la persistencia de una actitud pasiva de la comunidad, la concepción de salud como ausencia de enfermedad y el sector salud orientado principalmente al asistencialismo (Alcaldía Mayor, 2008).

Del procedimiento señalado surgió Salud al Colegio, que enfatiza en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades en la población escolar, y cuyo objetivo es desarrollar acciones integrales e interinstitucionales que respondan a las necesidades específicas de las comunidades escolares. Para ello se han establecido equipos de profesionales de la salud, con el fin de acompañar y amparar a este grupo poblacional frente a riesgos como el maltrato, el abuso, la desnutrición o el trabajo infantil. Igualmente, se llevan a cabo acciones como las relativas a salud sexual y reproductiva, salud oral y salud mental, entre otras⁶.

Por su parte, compartiendo el mismo espíritu de los programas mencionados, Salud al Trabajo intenta, con la integración del trabajo de los diferentes actores, lograr respuestas sociales integrales dirigidas al mejoramiento de la condición de salud de la población trabajadora⁷. Las acciones locales lideradas por la Dirección de Salud Pública se concentran en el sector informal, pero también desarrolla tareas puntuales de restitución de derechos a poblaciones en condiciones de inequidad como niños y niñas trabajadores, adolescentes trabajadores, personas en condición de desplazamiento, o en situación de discapacidad, o mayores vinculadas al trabajo, jóvenes trabajadores y personas pertenecientes a los grupos étnicos. Su modalidad de operación implica las labores de identificación de las necesidades; la búsqueda de respuestas integrales con los diferentes participantes institucionales dentro de ambientes de retroalimentación y seguimiento; y el impulso a la autonomía para que posteriormente sean los trabajadores quienes realicen el control a los planes, programas y proyectos.

6 Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. *Salud al colegio*. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/Paginas/saludalcolegio.aspx

7 Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. *Salud al trabajo*. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/Paginas/SaludTrabajo.aspx

DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Varias son las aproximaciones que sobre el acceso a la prestación de servicios de salud se pueden encontrar en la literatura académica, aproximaciones que están relacionadas con el enfoque que se adopte sobre la salud. Desde una perspectiva exclusivamente mercantil, el acceso se concibe como una relación directa entre cliente y vendedor en la que deben ser considerados aspectos como la disponibilidad del servicio, la capacidad de pago y la aceptabilidad, entre otros. Al considerar el acceso como parte de una cadena de eventos que van desde la manifestación de la necesidad hasta la prestación de los servicios. En esta dirección la accesibilidad es el resultado de la interacción entre los obstáculos que es necesario salvar, con el fin de obtener los servicios y las capacidades de la población para superar los obstáculos⁸.

Otras proposiciones incluyen los temas de oportunidad y calidad en la consideración del acceso, de manera que éste último tiene que ver con el uso de servicios en un tiempo adecuado para obtener los mejores resultados posibles, y en un lugar también adecuado (Castro, 2009). Finalmente, otro conjunto de trabajos incluyen la percepción de la población frente a la accesibilidad y a los obstáculos que debe salvar la población para obtener los servicios.

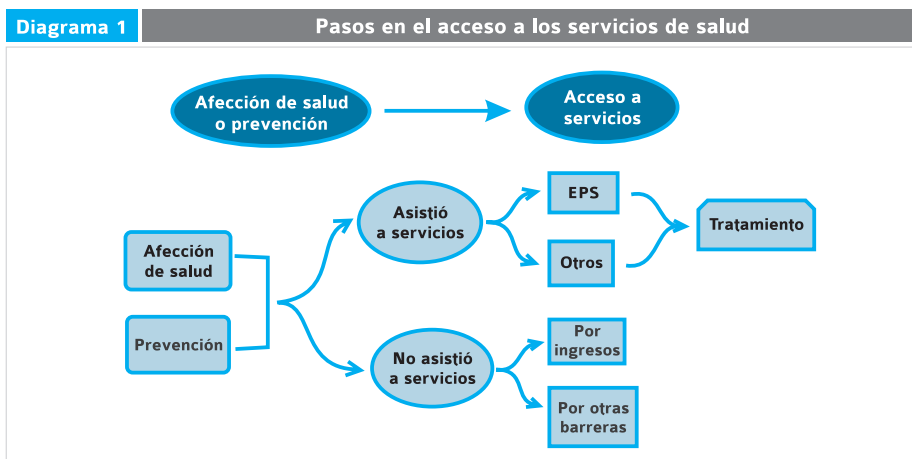
Teniendo en consideración que la fuente del presente estudio es la ECV 2007, la desigualdad en respuesta social referida al acceso a los servicios de salud se aborda desde una perspectiva operativa. En este sentido, el acceso como un proceso en el cual los individuos pueden aprovechar las posibilidades de lograr la atención en salud que brinda el sistema. Esto quiere decir que por el momento no se podría juzgar el grado de oportunidad y calidad con que se satisfacen las necesidades de atención que requieren las personas.

Para el análisis que a continuación se presenta, tal proceso puede ser concebido como una cadena en la que existen distintos momentos críticos, referidos a los pasos que tiene que cumplir un usuario en el marco de nuestro sistema de salud. Esos pasos pueden agruparse en tres: el primero es la cobertura en se-

⁸ Ver Travassos (2004) citado por Castro, 2009. Esta aproximación es presentada por Julio Frenk y se relaciona con el modelo de "Pluralismo estructurado" propuesto por Frenk y Londoño (1997), que es una manera de ilustrar cómo institucionalmente se puede dar viabilidad a la cadena. En ese modelo, manteniendo el ideal del mercado se recurre a la idea de competencia regulada a través de la cual se divide el sistema según las funciones que deben cumplir los distintos agentes; por ello entre las demandas de la población y los prestadores de servicios de salud se integra la función de articulación que debe ser cumplida por los aseguradores en salud.

guridad social, dado que nuestro sistema de salud define este mecanismo como el principal escalón en el acceso a los servicios de salud; el segundo tiene que ver con recibir la atención por parte de un profesional de la salud; y el último se refiere al tratamiento que permite lograr los objetivos fijados por el profesional.

Estos tres pasos se estudian en dos áreas relacionadas con la demanda de servicios de salud: la prevención y la presencia de una afección de la salud. A partir de allí se distinguen las personas que asistieron a los servicios de aquellas que no asistieron, y se establecen las diferencias en las razones por las cuales éstas últimas se quedaron al margen de la prestación de servicios profesionales; finalmente, se aborda la fase de tratamiento de la enfermedad (gráfico 1).



Al igual que en la definición de acceso, en la estimación de las magnitudes en la desigualdad hay varios enfoques y propuestas, según el área de análisis que se quiere destacar. Hay medidas simples como el cálculo de las diferencias entre los grupos extremos, es decir, los aventajados y los menos aventajados, realizado a partir de la razón de tasa, o como aquellas derivadas de los estudios de epidemiología para calcular las diferencias en los riesgos de muerte o enfermedad como la razón de los productos cruzados o el riesgo atribuible (Landmann, Bastos y Tavares, 2002). Aumentando un poco el grado de complejidad se sitúan las estimaciones de brechas en salud y de gradientes en salud; con la primera se centra en las diferencias entre quien está en peor condición y el resto, suponiendo que en ese resto disfrutaran de salud de manera uniforme, la aproximación del gradiente en salud mira las diferencias a través del espectro de la población, reconociendo un patrón sistemático en las inequidades en salud (Bonney y otros, 2008).

Otras medidas más elaboradas utilizan el orden del nivel socioeconómico para relacionarlo con la variación de los indicadores de salud,⁹ y unas más están dirigidas a comprobar la homogeneidad de las probabilidades de incidencia de agravios en salud en distintos grupos poblacionales (Landmann, Bastos y Tavares, 2002).

A pesar de la importancia de este tipo de medidas en tanto permiten conocer la incidencia de distintos factores sobre la desigualdad, como lo señala Braveman (2007) no resultan apropiados cuando se quiere mostrar los resultados de las políticas o cuando se desea informar a un público amplio. Con esta perspectiva las medidas que aquí se presentan tienen la intención de describir las formas de desigualdad en el acceso y por ello se utilizarán indicadores simples, pero ilustrando una gama de formas de contrastar tales indicadores.

Asistencia a los servicios de salud y barreras de acceso

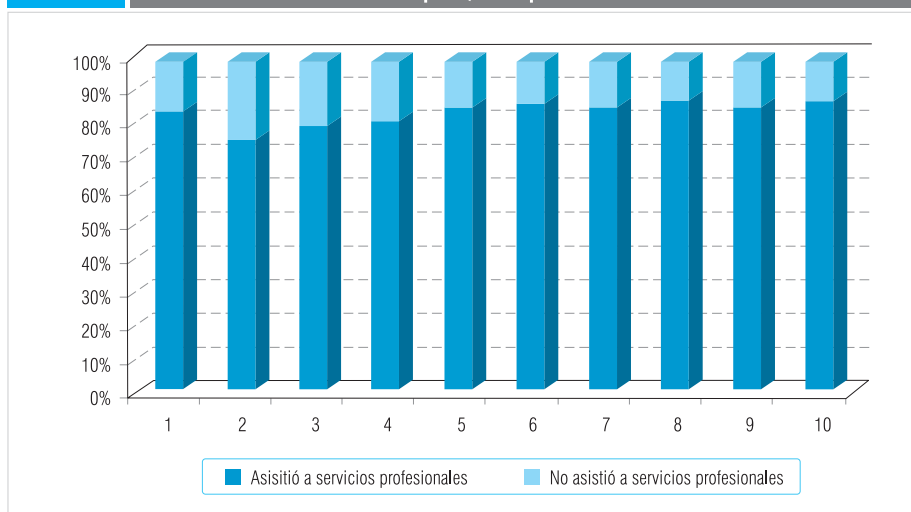
En el caso de Bogotá, y a través de la ECV 2007, se puede tener una aproximación a los resultados, pero, como hemos señalado, se hará desde la perspectiva de la desigualdad. Para ello se fijan las diferencias en el porcentaje de personas que habiendo sufrido alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud no asistió a servicios prestados por profesionales de la salud (EPS, medicina prepagada, particular, ESE). Por supuesto, de estas cifras se han descontado las personas que no asistieron porque consideraban que la dolencia era leve, o que no tuvieron tiempo o que no confían en los médicos, pues son razones que no se podrían imputar como responsabilidad de la oferta de servicios. No entran en esta contabilidad los establecimientos como farmacias, los yerbateros, los curanderos y la automedicación, que son otras formas a través de las cuales las personas intentan resolver sus problemas de salud.

Como se señaló al comienzo del capítulo, las desigualdades resultan de la presencia sistemática de desventajas de un grupo social sobre otros debido a su posición social, derivada de las diferencias de poder, riqueza, género, entre otros. Dado que el estudio se refiere a la ECV 2007, entre los descriptores de desigualdad que se exploran están: el sexo, la edad, la escolaridad y la localidad. Esta selección obedece al ánimo de mostrar la forma como se puede aprovechar la información de la encuesta para describir las desigualdades y con ello contribuir a la producción de programas de intervención.

⁹ Dos ejemplos de la construcción de este tipo de indicadores se pueden observar en los capítulos precedentes.

Una mirada de los resultados globales brinda una imagen alentadora de la asistencia a los servicios de salud. Se observa que para el conjunto de la ciudad cerca de 92% de las personas que sufrieron una enfermedad o tuvieron un accidente (bajo las consideraciones arriba descritas) asistieron a la prestación de servicios médicos profesionales (gráfico 1). En términos absolutos se nota que más de 5000 personas, estando enfermas, no pudieron contar con los servicios.

Gráfico 1 Distribución de las personas que enfermaron, por decil de ingreso y según si acudieron o no a la prestación profesional de servicios médicos



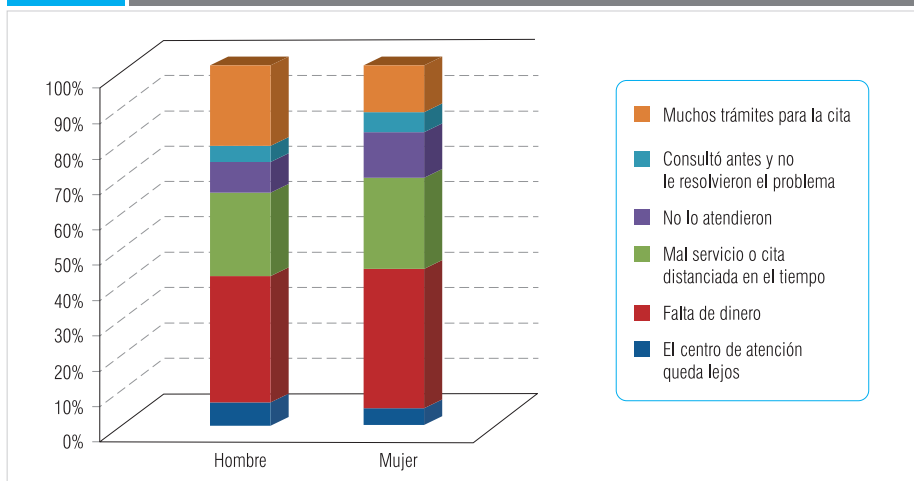
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Una mirada más detallada sobre los resultados anteriores pone en evidencia desigualdades en la proporción de asistencia a los servicios. En el gráfico mencionado se ve que a medida que aumenta el nivel de ingresos mejora el porcentaje de personas que acude a los servicios. Teniendo en cuenta que de este cálculo se extrajeron las personas que por propia voluntad no acudieron (prefirieron otra opción), el resultado es imputable a barreras para el acceso.

Una primera forma de capturar las diferencias en estas barreras es a través de la categoría sexo que hay en la encuesta. De los registros se deduce que existe una ligera disparidad en los porcentajes de personas que resultan excluidas del acceso a los servicios de salud: en el caso de los hombres, el porcentaje de quienes sufrieron barreras para el acceso llega a 8,4% y en el de las mujeres a 6,7%. Mayor afinidad existe en el tipo de barreras: para mujeres y hombres el principal obstáculo es la falta de dinero, seguido del mal servicio o la cita

distanciada en el tiempo y los trámites que deben realizar, con el fin de acceder a la prestación de los servicios. Vale la pena destacar que cerca de 1% de las mujeres y 0,7% de los hombres reportan haber asistido a un centro de atención médica y no haber sido atendidos; si este porcentaje se traduce en valores se encuentra que esta situación afectó, en conjunto, a cerca de cuatro mil personas (gráfico 2).

Gráfico 2 Desigualdad, por género, en el acceso a la prestación profesional de servicios

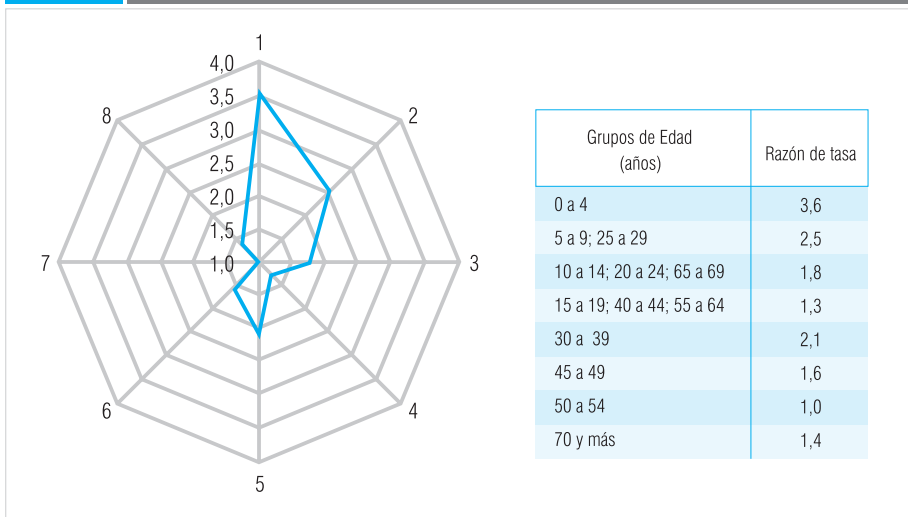


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Una desigualdad que parece más notoria está en el acceso por edad. En esta forma de agrupación se encuentra que el grupo de 50 a 54 años registra la mayor proporción de personas que deben enfrentar barreras al acceso de los servicios de salud (12,47%), seguido por grupos como los de 60 a 64 años, 40 a 44 y 15 a 19, que registran proporciones de exclusión de alrededor de 10%. Por el contrario, el grupo de 0 a 4 años es el que refleja una menor grado de exclusión (3,4%).

El nivel de desigualdad en edades se hace evidente cuando se calculan las diferencias entre los grupos, al estimar una razón de tasa; en este caso, el número de veces en el que los grupos mejoran su condición respecto al que presenta la más alta exclusión, se encuentra que el grupo de 0 a 4 años está 3,6 veces en mejor posición que el grupo de 50 a 54 años que es el que proporcionalmente enfrenta mayores barreras. Por su parte, los grupos de 15 a 19, 40 a 44 y 55 a 64, estarían en la penúltima posición en términos de contar con garantías para el acceso (gráfico 3).

Gráfico 3 Desigualdad por edad en el acceso a la prestación profesional de servicios

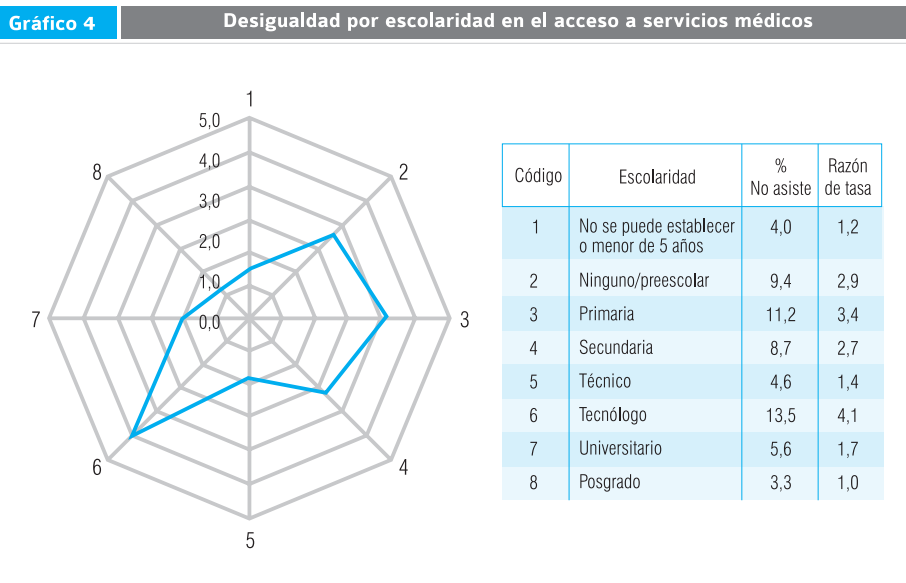


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Concordante con el diagnóstico que antecedió al Plan Maestro en Salud y el desarrollo de la política para la infancia y la adolescencia, en 2008 el gobierno de la ciudad puso en marcha una de las principales metas en salud propuestas por Bogotá positiva, la gratuidad en salud para niñas y niños menores de cinco años de edad. Para esta población quedan cubiertas las citas médicas, las acciones de promoción y prevención, el tratamiento y la rehabilitación, los medicamentos, los exámenes de laboratorio, entre otras, todo ello financiado con recursos propios. Igualmente se estableció la atención prioritaria para los niños y niñas de los niveles 1, 2 y 3 del Sisben y para aquellas personas afiliadas al régimen subsidiado que estén en condición de discapacidad severa y que pertenezcan a los niveles 1 y 2 del Sisben. Finalmente, se presta atención en servicios especiales de alto costo, medicina interna, cuidados intermedios, consultas especializadas, servicios de otorrinolaringología y neurología en la red pública de los menores de 18 años de edad afiliados al régimen subsidiado en salud en 100%, atención en salud mental y prevención del suicidio (Alcaldía Mayor, 2009). La gratuidad se extendió también a la población de adultos mayores.

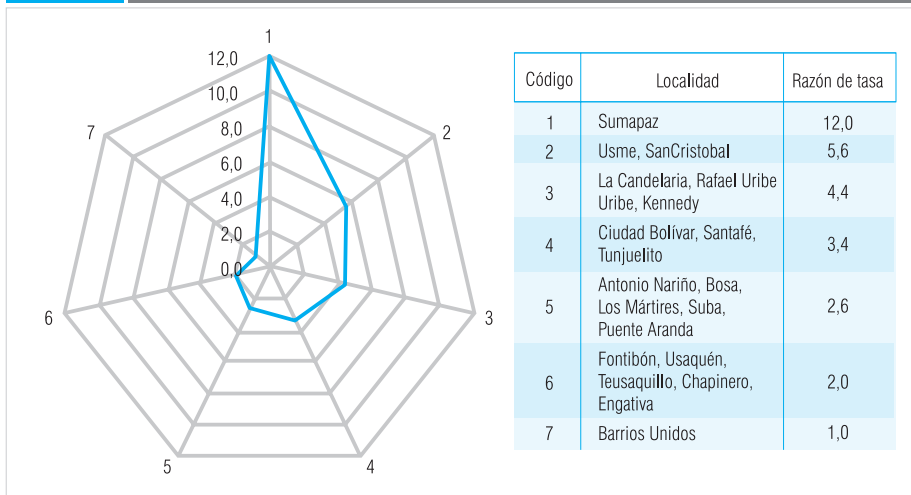
Aunque no se han publicado resultados que permitan ver el efecto de dichas políticas sobre la población de la ciudad, es de esperarse que mejore el acceso, pues estas acciones se ven reforzadas con el mandato de unificación del POS emanado de la Corte Constitucional a través de la sentencia T-760 de 2008.

Si se consideran los grados de escolaridad como referencia para observar las desigualdades en las barreras de acceso se encuentra que los que tienen hasta el grado de tecnólogos, así como los que han cursado primaria, registran las más altas proporciones, mientras que los posgraduados y los menores de cinco años de edad logran el mejor acceso. Como en los otros casos la principal razón aducida para no asistir a los servicios médicos profesionales es la falta de dinero, seguida por las citas distanciadas en el tiempo. La desigualdad en esta característica social implica que los tecnólogos superan en 4,1 veces la proporción de posgraduados que enfrentan barreras para el acceso y los de primaria los superan en 3,4 veces (gráfico 4).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

A pesar de que por edad y escolaridad existen importantes desigualdades, éstas se profundizan al considerar las diferencias por localidad. Localidades como San Cristóbal, Usme, La Candelaria y Rafael Uribe Uribe registran proporciones superiores a 12% en las personas que no pudieron asistir a los servicios médicos profesionales en razón de las barreras para el acceso aquí estudiadas. Tienen particular relevancia la falta de dinero, las citas distanciadas en el tiempo y la no atención (gráfico 5).

Gráfico 5 Desigualdad por localidad en el acceso a la prestación profesional de servicios

Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

El caso más sobresaliente en términos de la presencia de barreras es el de Sumapaz en donde la proporción de personas que no puede acceder a los servicios alcanza 30%. No obstante, se trata de un caso especial por cuanto es la única localidad rural que tiene el municipio: la conforman treinta veredas y “entre una y otra hay de 2 a 8 horas de distancia y se unen por medio de carreteras sin pavimentar y caminos de herradura, quebrados, que en épocas de lluvia son intransitables”¹⁰. Por estas características es evidente que en la encuesta sobresalgan como barrera las altas distancias que deben cubrir los habitantes para llegar a un centro médico (en esta localidad solo hace presencia el Hospital de Nazareth, que cuenta con un CAMI I y una UPA), a ello se suma la falta de dinero y las citas distanciadas en el tiempo. Este conjunto de características conducen a que la localidad de Sumapaz se encuentre en el extremo más bajo de la línea de desigualdad, lugar que podría modificarse eventualmente por la incidencia del programa de atención familiar y comunitaria, que en la actualidad ha llegado a una cobertura cercana a 100% de su población objetivo. Con estas circunstancias las autoridades han expandido la cobertura del programa Salud a su Casa, y en años recientes han logrado una cobertura cercana al 100% en la identificación de necesidades.

¹⁰ Alcaldía Mayor. Experiencia de salud en Sumapaz 2002-2003. Boletín epidemiológico distrital. Semanas 21 a 24 / 23 de mayo a 19 de junio de 2004 Sumapaz. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Cartillas/Cartilla14.pdf>

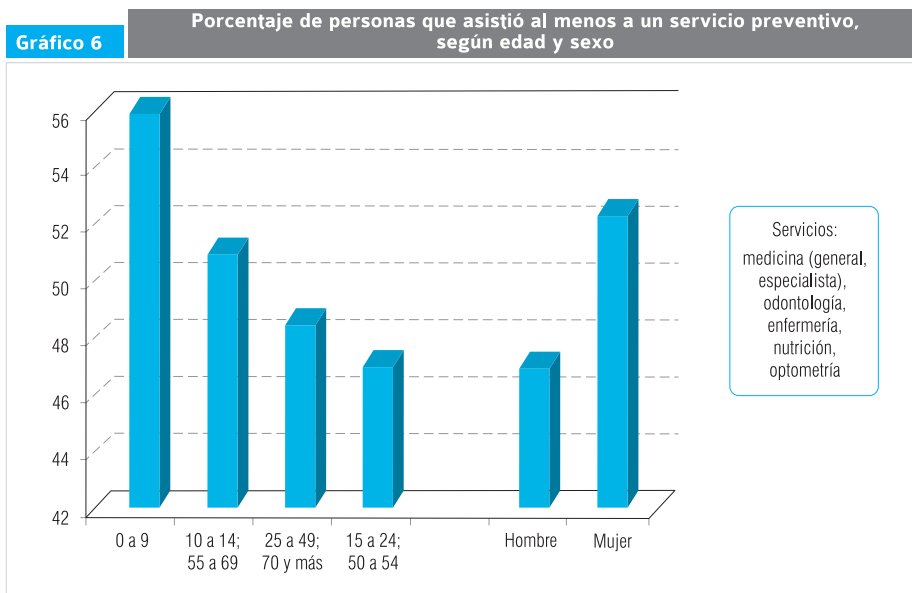
Descontando el especial caso de Sumapaz, de todas maneras se observa una gran diferencia entre localidades. Usme y San Cristóbal registran el más alto lugar en barreras para el acceso (5,6 veces más que la mejor situada), en la primera de ellas las causas más frecuentes para no tener los servicios fueron la no afiliación a la seguridad social y el mal servicio; en la segunda se esgrimieron como razones el mal servicio, las citas distanciadas en el tiempo y la no atención efectiva. Es preciso señalar que la localidad de Usme tiene baja presencia de entidades hospitalarias o clínicas que efectivamente generan una limitación por disponibilidad. En estos lugares, así como en La Candelaria, Rafael Uribe Uribe y Kennedy el porcentaje de personas que no puede acceder a los servicios médicos supera (en algunos casos ampliamente) el promedio que se encuentra en Bogotá.

Por el contrario, Barrios Unidos tiene el nivel más bajo (2,24%); en esta localidad no se presenta ningún registro en barreras como citas distanciadas en el tiempo, no lo atendieron y consultó antes y no le solucionaron el problema; pero la falta de dinero es la principal causa. El alto porcentaje resulta significativo para el análisis por cuanto Barrios Unidos es una de las tres localidades en la que no se registra población de estratos 1 y 2.

Este tipo de disparidades se observaron en el diagnóstico que antecedió a la formulación del Plan Maestro y en desarrollo de ese plan el Distrito amplió el Hospital de Vista Hermosa, entró en funcionamiento el Hospital de Meissen de segundo nivel de atención, se inició la construcción de un nuevo hospital en El Tintal, la ampliación del Hospital de Usme y la adecuación de la clínica Fray Bartolomé; y se comenzaron las labores contractuales para un nuevo hospital en Bosa (Zambrano, 2008).

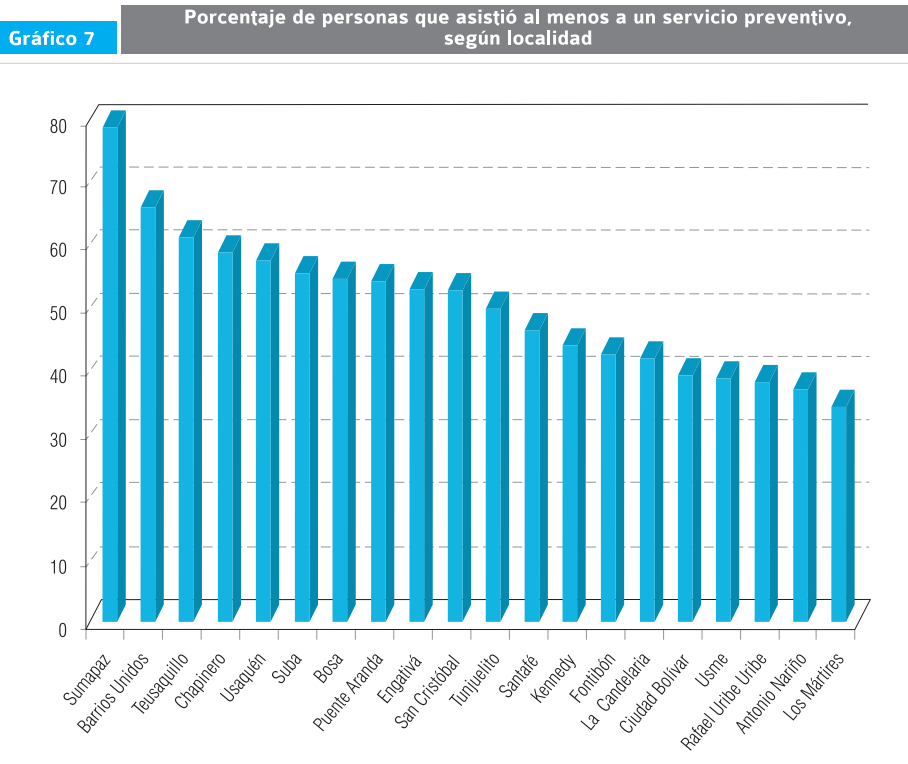
Respecto a la asistencia a servicios médicos como medida de prevención de la enfermedad y promoción de la salud se evidencia una muy baja proporción de personas que adoptan esas prácticas. El porcentaje mejora ligeramente en el caso de las mujeres y en niños y niñas menores de nueve años de edad. En el caso de los hombres menos de 50% consulta los servicios médicos por motivos de prevención. Al tomar las personas por rango de edad, se aprecia que las proporciones en asistencia a servicios preventivos no difiere sustancialmente y que los grupos de 15 a 19 años y 50 a 54 años son los que menos concurrencia a los servicios registran; además, como ya se señaló, son estos dos grupos los que tienen el porcentaje más elevado de personas que enfrentan barreras para el acceso a los servicios (gráfico 6). Los bajos niveles de frecuencia en los pro-

gramas de promoción y prevención muestran la distancia que nos separa de las prácticas de cuidado de la salud y anticipación al riesgo de eventos adversos, pero sobre todo ilustra la gran tarea que espera para que los sectores de bajos ingresos se inserten en una dinámica de prevención.



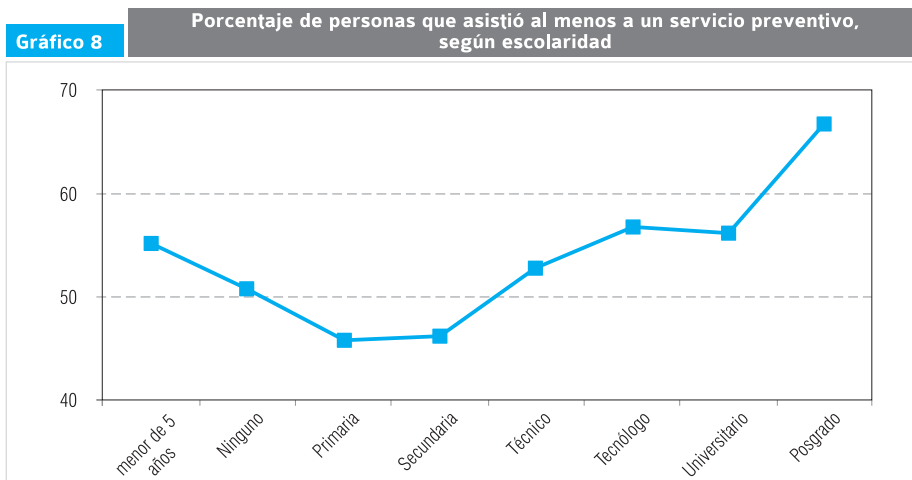
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Al observar la asistencia a citas de prevención por localidad se observa que las localidades con menor nivel de barreras para el acceso (Barrios Unidos, Teusaquillo, Chapinero y Usaquén) son también las que registran la mayor proporción de personas que concurren a servicios de prevención. Un dato distinto lo ofrece Sumapaz, que como lo habíamos mencionado tiene fuertes barreras para el acceso, como la distancia de los centros de atención y lo distanciado de las citas, pero, quizá por compensación, tiene un elevado grado de asistencia a consultas motivada por el funcionamiento del programa Salud a su Casa. De otro lado, localidades como Usme, Rafael Uribe Uribe y Los Mártires muestran una tendencia preocupante, no sólo por sus bajos registros de prácticas de prevención, sino también porque exhiben altas barreras para el acceso a los servicios.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Entre el nivel de escolaridad y las prácticas de prevención parece existir una clara relación, especialmente si se consideran los escalones entre primaria y posgrado: a mayor escolaridad mayor proporción de asistencia a servicios de prevención. El nivel de ningún grado (o preescolar) corresponde en su mayoría a niños y niñas, con lo cual no deben entrar en la consideración anterior; de todas maneras para menores de cinco años de edad y en el segmento de ningún grado se aprecia un porcentaje de asistencia mayor que los de niveles de primaria y secundaria.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

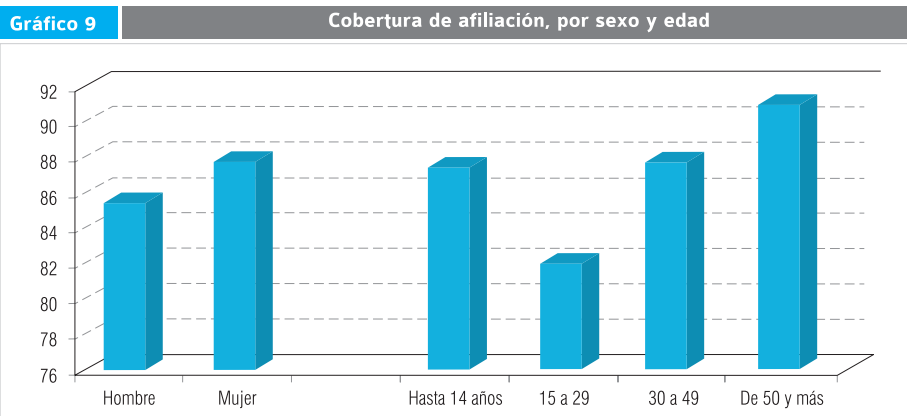
En conjunto se puede afirmar que en términos del acceso a los servicios y a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad existen fuertes desigualdades, particularmente observables en las localidades, situación que puede ser un indicador fuerte de la incidencia del nivel de ingresos sobre el acceso a los servicios de salud.

Desigualdades en afiliación al sistema general de seguridad social en salud

La afiliación se puede considerar como un primer momento crítico toda vez que la política sobre el sector la sitúa como la puerta de entrada. Según las previsiones señaladas en la Ley 100 de 1993, la cobertura universal de aseguramiento se lograría en el año 2000. Aunque dicha meta fue ampliada en una reforma posterior, aún no se ha alcanzado y es una de las principales evidencias de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Si bien uno de los mayores avances del sistema se ha producido en este campo, aún estamos lejos de conseguir la universalidad en la cobertura de afiliación, con el agravante de que sus fallas afectan con mayor severidad a la población de bajos ingresos.

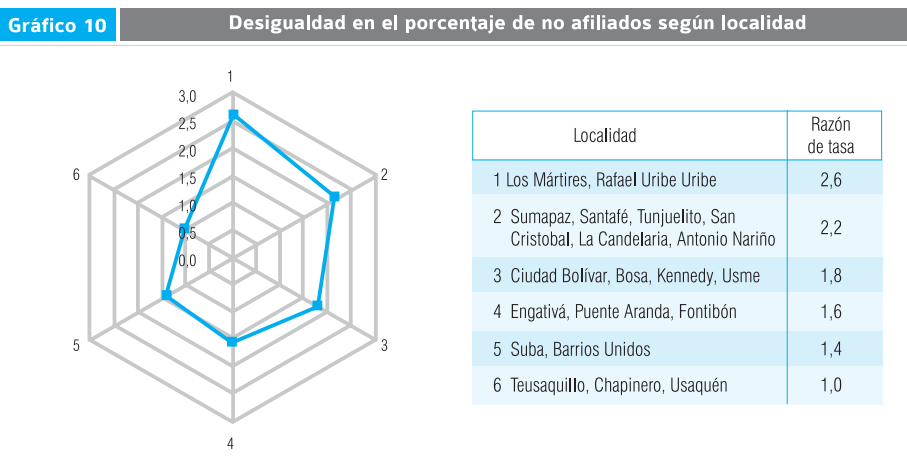
Según los datos de la ECV 2007, en Bogotá la cobertura de afiliación al sistema de seguridad social en salud, en general, supera el 80% de la población. Si se compara la afiliación entre hombres y mujeres no se aprecia una significativa diferenciación en su cobertura; lo es en algún grado importante en el caso de jóvenes de 20 a 24 años de edad, quienes registran un porcentaje de cobertura

de 80% y los de 15 a 19 con 82%. Sin duda, tanto los mayores esfuerzos en afiliación como en el interés de la población por protegerse están en los extremos de los menores de 14 años de edad y los mayores de 50.



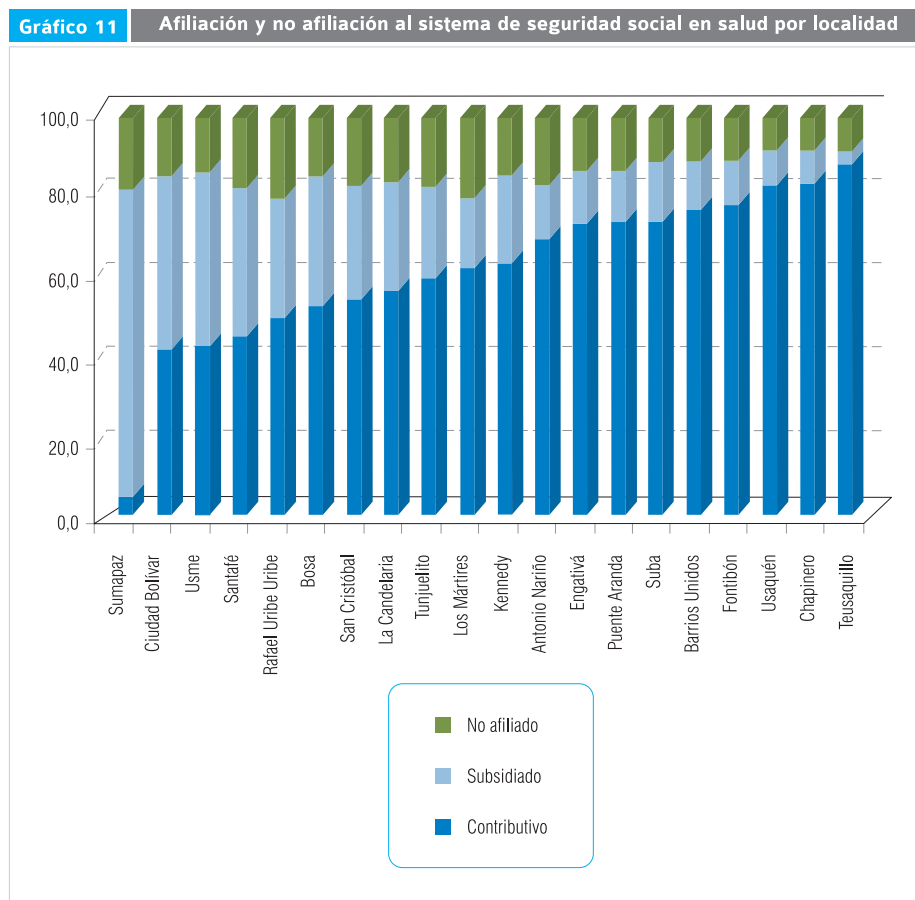
Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Las desigualdades más notorias se hallan al considerar las diferencias por localidad. Las de Los Mártires y Rafael Uribe Uribe registran tasas de afiliación de apenas 80%, lo que muestra una desigualdad muy fuerte con Teusaquillo, Chapinero y Usaquén, que reportan un nivel de afiliación de 92%. En términos del déficit de afiliación estas últimas localidades son superadas en 2,6 veces por las de Los Mártires y Rafael Uribe Uribe.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

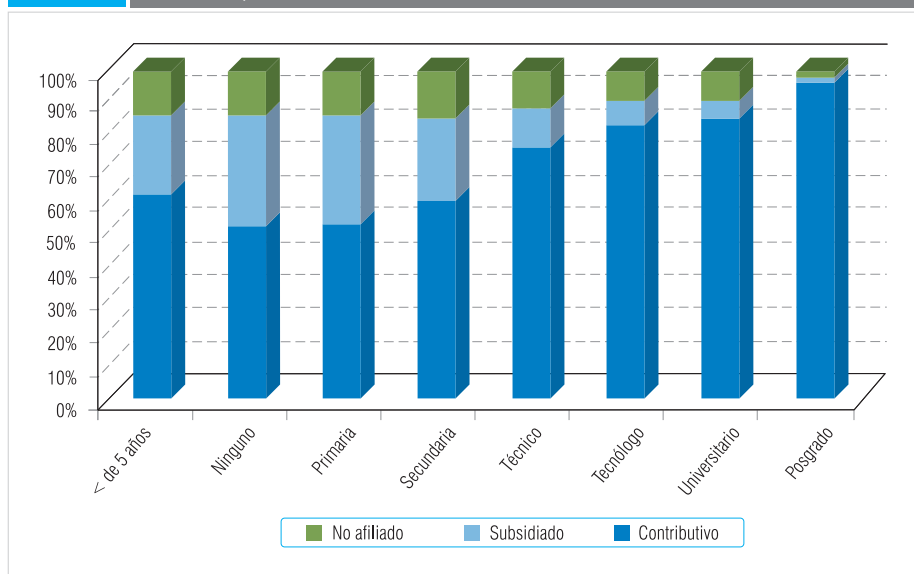
Los problemas de desigualdad en la afiliación son parcialmente resueltos a través del Régimen Subsidiado. A través de este régimen se amplía la cobertura, pero, como se sabe, se trata de un paquete de servicios que está por debajo del que se ofrece en el Régimen Contributivo, de modo que si bien se amplía la cobertura ello no significa un igual acceso a los servicios de salud. Esta tendencia se observa claramente en el caso de Sumapaz que tiene una muy baja afiliación al Régimen Contributivo (4,8% de la población está afiliada a este régimen) y se compensa ampliamente con el Régimen Subsidiado que cubre el 77% de la población de la localidad; situación que contrasta con la presentada en Teusaquillo, Chapinero y Usaquén, en las que el régimen contributivo asciende a más de 80% de la población (gráfico 11).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Las diferencias también son bastante notorias en el análisis por escolaridad. Como se puede apreciar en el gráfico 12, hay una estrecha relación directamente proporcional entre la escolaridad y la afiliación al régimen contributivo. En los grados más bajos de escolaridad se presenta una importante compensación del régimen subsidiado, aunque persiste la relación inversa entre escolaridad y no afiliación, es decir, los mayores porcentajes de desafiliación se encuentran en los niveles más bajos de escolaridad.

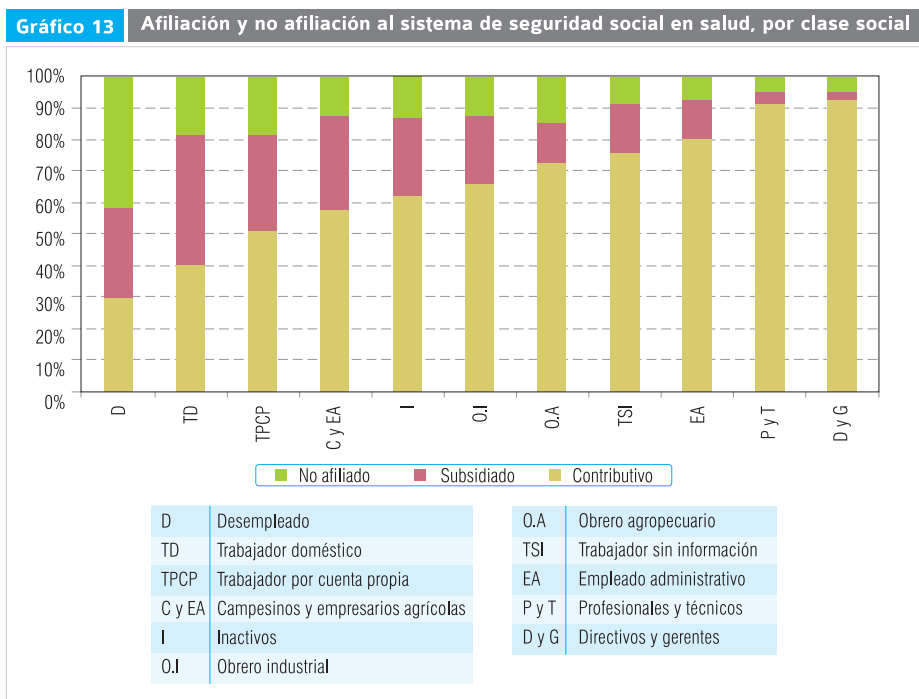
Gráfico 12 Afiliación y no afiliación al sistema de seguridad social en salud por escolaridad



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Hay que tener en cuenta que la señalada dinámica entre escolaridad y afiliación al sistema de seguridad social se encuentra ligada a la vinculación al mercado laboral, no sólo en términos de un mayor número de personas empleadas, sino también la clase de empleo con que cuenta. Siguiendo la clasificación de clase social desarrollada en esta investigación (Capítulo 2), se encuentran importantes desigualdades, tal como se puede derivar del gráfico 13, en el que se puede establecer una jerarquía según la cobertura que refleje la afiliación al régimen contributivo. Allí claramente se distingue cómo los desempleados, el trabajador doméstico y los trabajadores por cuenta propia son los más vulnerables, en tanto el régimen subsidiado débilmente compensa la falta de afiliación al régimen contributivo. Especial relevancia cobran los desempleados dado que

en este segmento la afiliación del régimen subsidiado juega un limitado papel pues hay una gran inflexibilidad para circular entre uno y otro régimen, con lo cual un elevado porcentaje de personas quedan sin protección.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

La situación puede ser aún más desigual si se considera que algunas de las personas que enfermaron y asistieron a los servicios profesionales de salud no pudieron acceder a los servicios por la falta de afiliación (cuadro 1), pues ésta es la razón que con mayor frecuencia adujeron quienes asistieron a servicios profesionales médicos, pero no a cargo de una EPS. Una proporción, también significativa de esta respuesta se encuentra en los niveles más bajos de escolaridad y en los técnicos (36,6%); al contrario, ésta es una situación que no parece afectar especialmente a los grados de tecnólogo, en los que la respuesta apenas cubrió al 3% y universitario, que registra 18% en esta razón de no asistencia. Sorprende que en los menores de cinco años de edad se esgrima esta razón de no asistencia, dado los ingentes esfuerzos que se han hecho por cubrir a este segmento de población.

Cuadro 1

RAZONES DE NO ASISTENCIA A UNA EPS PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD, POR SEXO Y ESCOLARIDAD

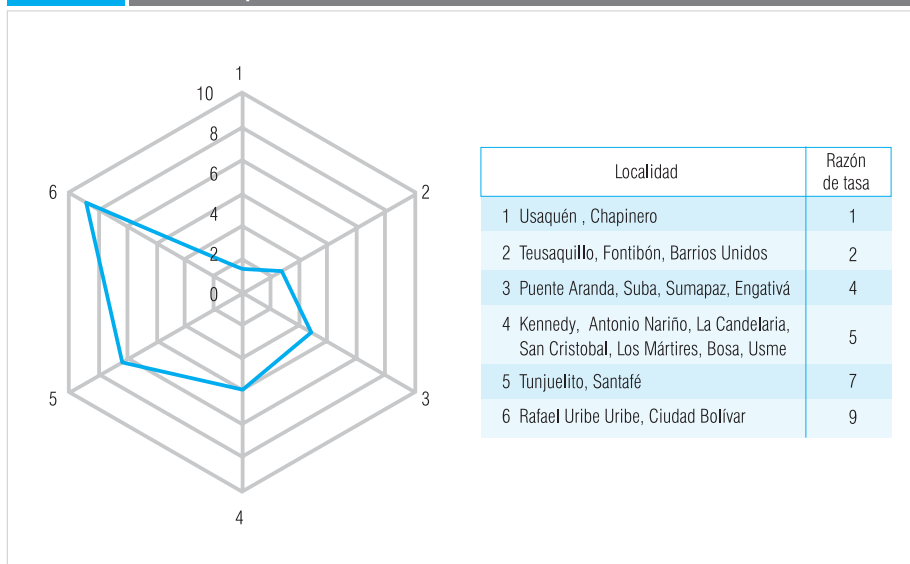
Razón de no asistencia a una EPS	Hombre	Mujer
No está afiliado	21,7	23,25
El centro de atención queda lejos	5,28	2,47
Falta de dinero para desplazarse	1,66	0,51
Falta dinero para cuota moderadora	1,2	1,53
Mal servicio	18,72	22,26
Cita distanciada en el tiempo	11,34	9,24
No lo atendieron	2,81	3,79
Muchos trámites para la cita	10,15	7,86
Prefiere medicina prepagada o particular	19,58	21,5
Otros - NS-NR	7,56	7,59
Total	100,0	100,0

Razón de no asistencia a una EPS	< 5 años	Ninguno	Primaria	Secundaria	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Posgrado
No está afiliado	29,54	21,82	25,37	24,7	36,61	3,47	18,19	3,09
El centro de atención queda lejos	1,22	11,95	5,62	4,03	0,89	5,33	2,95	0
Falta de dinero para desplazarse	0	1,86	2,14	1,62	0,11	0	0,23	0
Falta dinero para cuota moderadora	0,09	3,46	2,78	0,83	2,94	0	0,9	0,86
Mal servicio	20,29	12,99	19,73	18,03	15,09	38,41	21,31	37,25
Cita distanciada en el tiempo	6,19	15,16	9,36	15,09	7,42	10,1	7,49	5,56
No lo atendieron	1,74	0,81	5,44	4,4	6,16	4,31	0,64	3,08
Muchos trámites para la cita	3,94	17,61	11,23	7,46	4,77	3,43	11,62	7,49
Prefiere medicina prepagada o particular	29,27	11,65	8,53	14,19	10,88	18,67	33,06	42,58
Otros - NS-NR	7,72	2,69	9,8	9,65	15,13	16,28	3,61	0,09
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Si esta razón de no asistencia se estudia por localidad se encuentra que las diferencias se acrecientan, pues mientras en localidades como Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar cerca de 50% de quienes fueron a servicios médicos profesionales no asistió a la EPS por no estar afiliado, en sectores como Usaquén y Chapinero este porcentaje es cercano a 5,5. Es preciso recordar que estas últimas localidades son las que acusan los más elevados niveles de afiliación al régimen contributivo, mientras que las primeras tienen muy baja proporción de afiliados al régimen contributivo y unas de las más altas tasas de desafiliación. Con estos resultados se observa que las desigualdades son enormes, pues la proporción de quienes no asisten por no estar afiliados es nueve veces superior en Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar a las de Usaquén y Chapinero (gráfico 14).

Gráfico 14 Desigualdad en la proporción de personas que aduce la falta de afiliación para no asistir a los servicios brindados a través de la EPS

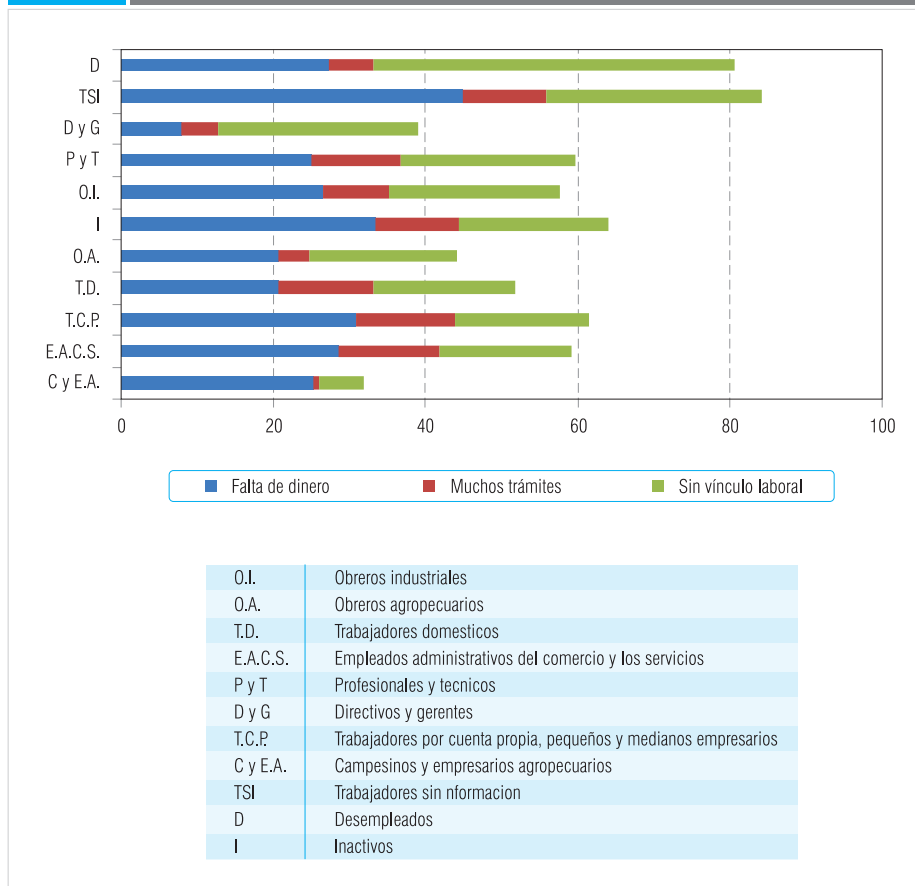


Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Es preciso señalar que desde su origen en los años cuarenta el sistema de seguridad social se creó en una perspectiva anclada en la relación laboral, y las sucesivas reformas no han quebrado esta tendencia, a pesar de que en los años ochenta se permitiera la protección a la familia del trabajador asalariado. La Ley 100 de 1993 manifiesta una perspectiva universalista de la protección pero mantiene el esquema de aseguramiento sustentado en la relación laboral,

así para los trabajadores asalariados será una obligación y para los trabajadores con cuenta propia será una opción. Por ello, como se ha visto, la cobertura de afiliación es más grande para los niveles educativos con mayor contacto en el grupo de asalariados o trabajadores por cuenta propia de altos ingresos. La desigualdad generada en el diseño de este esquema también se puede apreciar por medio de la estructura de clase, ya que al utilizar este factor discriminante se encuentra que la falta de dinero está relacionada de manera inversa con la posición de clase en la jerarquía social (gráfico 15). Las personas clasificadas en el grupo de inactivos y los trabajadores por cuenta propia tienen esa razón como una de las principales, mientras que para los directivos y gerentes no tiene papel importante, pues solo 3% de ellos la adujo.

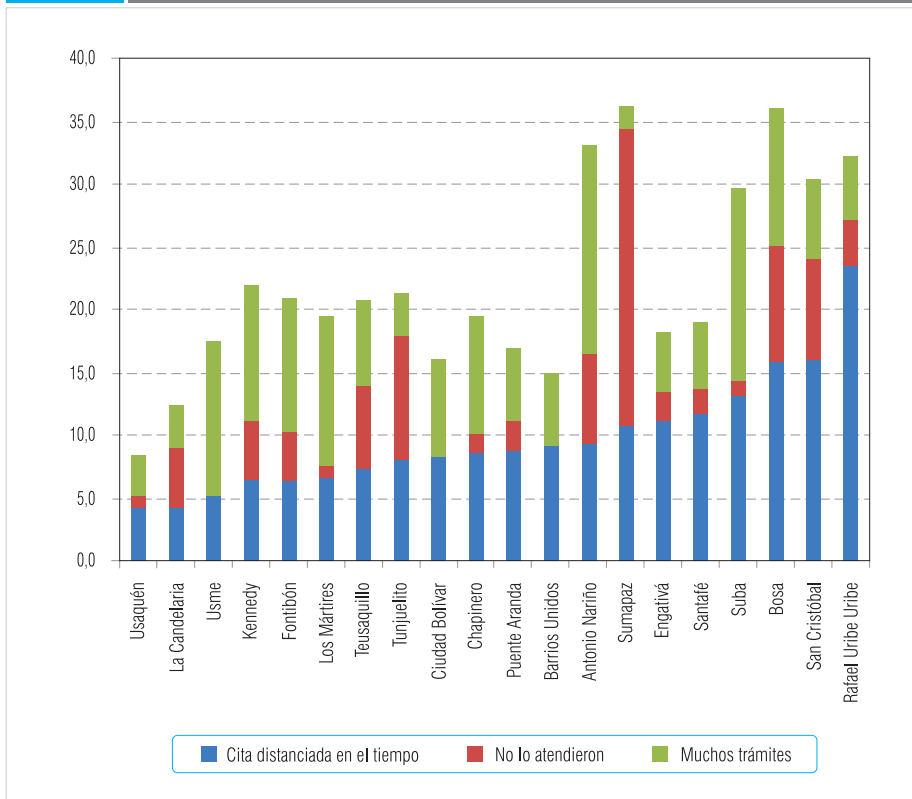
Gráfico 15 Porcentaje de personas por razones de no afiliación, por clase social



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007. (ver capítulo 2)

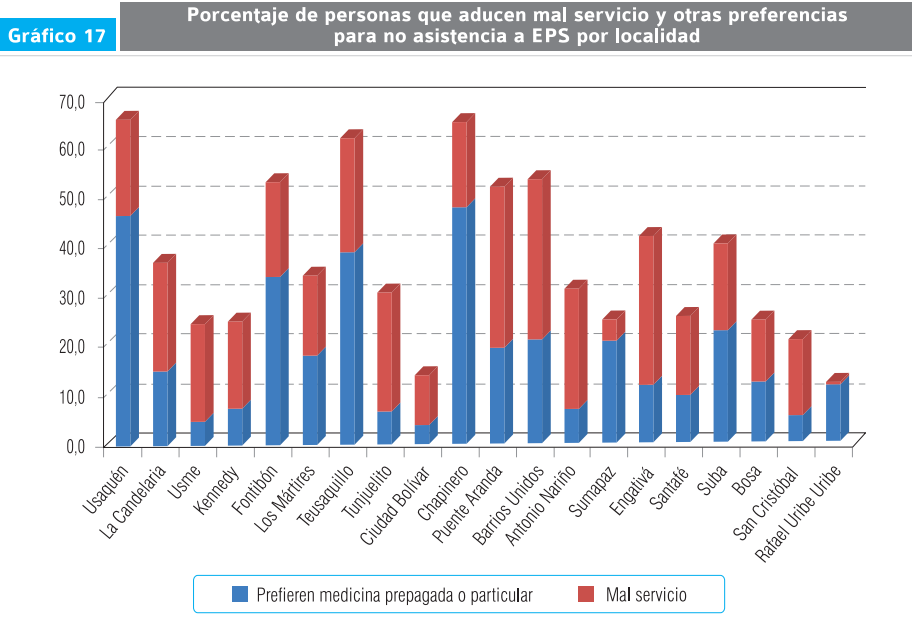
Un segundo motivo es la ausencia de vínculo laboral, que como resulta evidente es la principal causa invocada por los desempleados (47%), pero también es significativa para profesionales y técnicos, directivos y gerentes (26%) y, en proporciones más o menos similares, para trabajadores por cuenta propia, inactivos y empleados administrativos y del comercio (alrededor de 17%). Tal circunstancia pone en evidencia la vulnerabilidad de distintos grupos laborales ante las formas de contratación flexible a través de las cuales se evade la legislación, pero también las limitaciones que la falta de fluidez entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo genera en las personas que cambian su estatus laboral.

Además de la afiliación existen otras barreras que inhiben el acceso a la atención prestada como parte del aseguramiento en salud. Al revisar el conjunto de motivos de no asistencia a EPS registradas en la ECV 2007 en Bogotá, se evidencia que la falta de dinero sigue siendo el mejor elemento diferenciador entre los grupos de población. Una de las observaciones interesantes es que la multiplicidad de trámites para obtener una cita o la práctica de exámenes, así como las citas distanciadas en el tiempo, están entre las razones más importantes para desestimular la asistencia a los servicios por la EPS. Las citas distanciadas en el tiempo y los trámites son una constante en todas las localidades, siendo una situación especialmente difícil en las localidades de Bosa, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, en las que es una barrera para más de 15% de quienes asistieron a servicios médicos profesionales. Igualmente, es preciso destacar el tema de la no atención, que resulta particularmente grave en el caso de la localidad de Sumapaz, que como ya se mencionó atrás tiene una fuerte barrera al acceso en la oferta de servicios. En contraposición se puede observar el caso de Barrios Unidos, en el que no se registra ninguna exclusión directa y, como ya se dijo, es la localidad que menos barreras al acceso reporta (gráfico 16).

Gráfico 16 Porcentaje de personas que adujeron barreras para el acceso, por localidad

Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Resulta evidente (como se observa en el gráfico 17) que la preferencia por medicina prepagada o por médicos particulares es un elemento fuertemente diferenciador entre las localidades. En las localidades con mayor exclusión por razones de afiliación dicha preferencia no juega un papel preponderante, mientras que sí lo es para las localidades con mayores niveles de afiliación. Esta característica señala que en los medios de acceso a la prestación hay mecanismos que se refuerzan profundizando las diferencias; así quienes están en los niveles altos de la posición social cuentan con variadas formas de acceso mientras que en los segmentos bajos sobre sale la exclusión o la mono-opción. De otra parte, sobre sale el hecho de que la percepción de mala prestación de los servicios de salud brindados a través de las entidades aseguradoras se presenta en las diferentes localidades.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

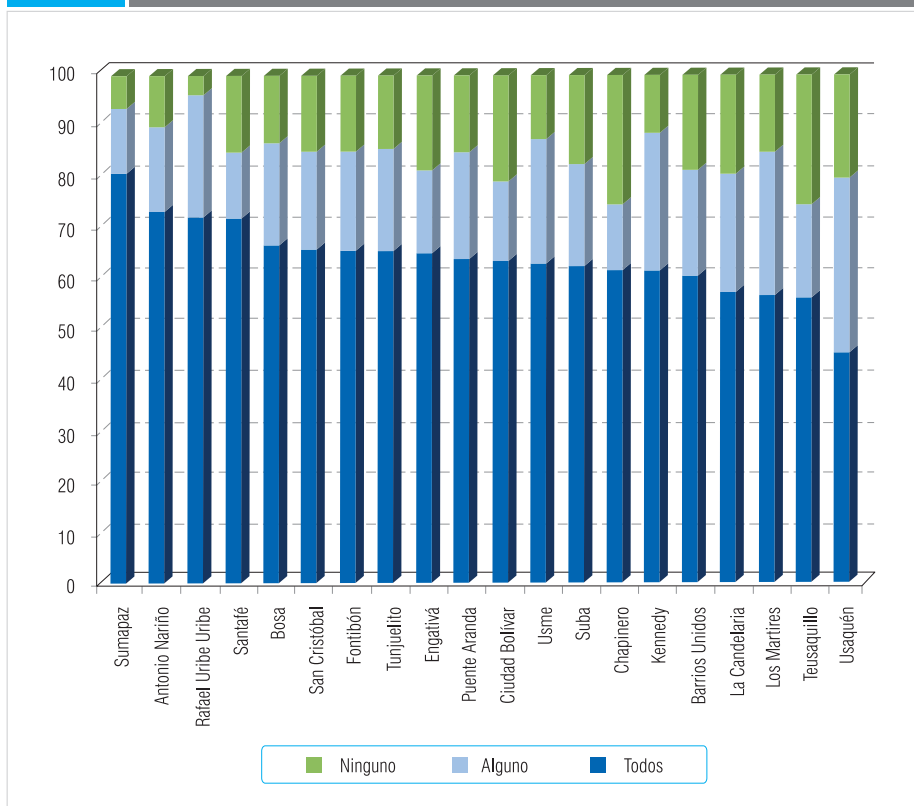
Tal percepción se complementa con la calificación dada a los servicios prestados a través del sistema de aseguramiento, cerca de 60% de los afiliados en Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar los califican como buenos y, en el otro extremo, alrededor de 75% de los afiliados en Chapinero le otorga esta calificación. De otra parte, aunque con rangos más estrechos, alrededor de 65% de las personas por nivel educativo califican como buenos los servicios de salud, una apreciación similar se podría anotar respecto al agrupamiento de la población por rangos de edad. Esta circunstancia revela la necesidad de avanzar sobre los temas de calidad y oportunidad en la prestación de los servicios.

Desigualdades en tratamiento

El último momento crítico en el proceso de respuesta social es el acceso al tratamiento. Una manera de aproximarse a esta fase a partir de la ECV es por medio de los medicamentos, en particular con su entrega. Al estudiar los resultados provistos por la encuesta se aprecian importantes diferencias entre las distintas localidades (gráfico 18). Sin embargo, las diferencias no parecen guardar concordancia con los niveles de afiliación o de barreras de acceso a la

prestación de servicios de salud. Como se recuerda las localidades de Usaquén y Teusaquillo están entre las que mayor nivel de afiliación reportan, e igualmente entre las que presentan menores barreras; no obstante, son las que exhiben menor porcentaje de personas a las que les son entregados todos los medicamentos. Por el contrario, la localidad de Sumapaz, que tiene el más alto nivel de afiliación al régimen subsidiado es la que menos sufre la falta de medicamentos. Estos resultados de la encuesta ilustran la persistencia del bajo acceso a los medicamentos encontrado en otros estudios de percepción como los realizados por la Procuraduría y por el CID en años anteriores. Sorprende también que Barrios Unidos, uno de los que reporta las mejores condiciones de atención en salud comparta los mismos niveles con localidades como Los Mártires y La Candelaria, que ocupan los últimos lugares.

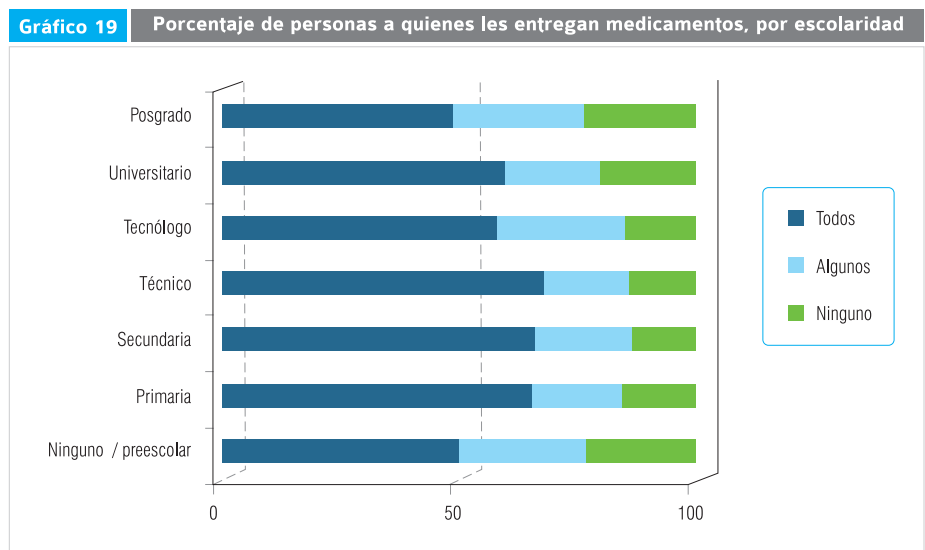
Gráfico 18 Porcentaje de personas a quienes les entregan medicamentos, por localidad



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

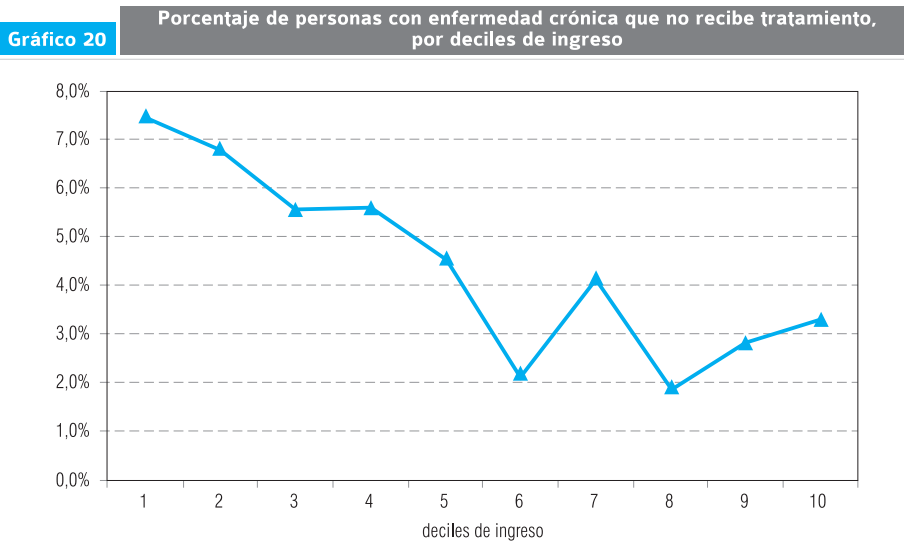
Tampoco parece existir mucha concordancia entre el nivel educativo y la entrega de medicamentos (gráfico 19). El nivel de posgrado y el de ninguna escolaridad registran igual porción de personas a las que les fueron entregados todos los medicamentos (inferior a 50%), mientras que los niveles de primaria, secundaria y técnico reportan los porcentajes más altos (entre 65 y 67%). Lo que se observa es consistencia en las proporciones de diferenciación en la entrega de todos los medicamentos, algunos de ellos o ninguno.

En el caso de las diferencias por género, prácticamente se encuentra igualdad en la condición de acceso a los medicamentos, 62% de los hombres y 63% de las mujeres pueden contar con la entrega de todo aquello que les recetaron. Respecto a la edad se notan algunas diferencias, que de manera sorprendente afectan más a menores de nueve años de edad y a la población mayor de 50 años.



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

Otra forma de conocer el problema del tratamiento es a través de los enfermos crónicos que lo reciben o que asisten a consultas. En la encuesta de calidad de vida se observa un importante porcentaje de asistencia, sin embargo, se notan diferencias significativas entre los deciles de ingreso. Si se consideran estos resultados como tendencia más que como registro puntual se concluye que efectivamente la población de menores ingresos presenta una mayor proclividad a permanecer por fuera del tratamiento que quienes se encuentran ubicados en los altos deciles (gráfico 20).



Fuente: CID – Grupo de protección social. Cálculos con base en ECV 2007.

CONSIDERACIONES FINALES

A través de la información consignada en las encuestas de calidad de vida se puede determinar la situación de distintos grupos de población y comparar unos con otros. De esta manera se pueden establecer las características que poseen aquellos segmentos de población que logran ventajas con el diseño y funcionamiento del SGSSS y, como correlato, cuál es la distancia o la brecha que se abre entre éstos y los otros grupos poblacionales. En esta dirección la principal contribución de esa fuente estadística es la identificación de sectores sobre los cuales se deben adelantar acciones para contrarrestar las desigualdades generadas por su posición social, también es útil para observar a través de la combinación de factores la manera como el sistema refuerza o mitiga los efectos provocados por esas diferencias sociales.

Desde otra perspectiva, las encuestas contribuyen a construir estudios sobre equidad en el acceso especialmente en términos de género y de espacialidad. Si bien en las encuestas se encuentra información discriminada por sexo, allí no se agota el análisis de género, pues como lo señala Elsa Gómez (2002), el género se refiere al significado social construido alrededor de esa diferencia. En el caso de salud no es suficiente con apreciar cuál sexo registra mejores indica-

dores, sino de determinar las diferencias que hay entre hombres y mujeres en torno a las oportunidades de obtener y mantener la salud, y a las probabilidades de enfermar, sufrir discapacidad o morir prematuramente por causas prevenibles. Igualmente, se podrían incluir consideraciones sobre las desigualdades en el financiamiento y en las responsabilidades sobre la producción y el cuidado de la salud en la familia.

Respecto a la espacialidad un uso intensivo de las encuestas permite encontrar unidades de análisis más pequeñas que las localidades. Los resultados observados en estas unidades de menor división propician el contraste con estudios de la oferta, de modo que se puede cruzar la información de unidades como UPZ, si en adición se puede disponer de datos sobre utilización de los servicios en esas unidades podría lograrse un acercamiento a la medición de la accesibilidad geográfica.

En la medida en la que la información de ingresos en las encuestas esté depurada se genera una mejor aproximación al tema de la equidad financiera. De una parte, se podrían efectuar mediciones simples como las enunciadas en este escrito, pero también lograr indicadores de mayor complejidad haciendo confluir el comportamiento macroeconómico con la dinámica de los hogares en varios campos, entre ellos el de la equidad en el financiamiento, pues de una parte se tendría la dinámica de distribución generada por el gobierno y de otra los gastos en los que incurren los hogares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2009. Infancia y adolescencia en Bogotá Positiva. Informe de cumplimiento, marzo. Disponible en: www.shd.gov.co/...infancia.../Informe_infancia_Adolescencia_Trimestre1
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2008. Secretaría Distrital de Salud. Salud al Colegio. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/Paginas/saludalcolegio.aspx
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2004. Salud a su hogar una experiencia de atención primaria en salud (APS) con enfoque familiar y comunitario en Bogotá. Disponible en: <http://www.bogota.gov.co/imgalcalde/PREGUNTAS>
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2008. Secretaría de Educación. Cartilla Salud al Colegio aportes para una educación de calidad. Vol.1. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/Paginas/Cartillas.aspx
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Salud. Salud a su casa –SASC. Disponible en: http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/frame_detalle_scv.php?h_id=24944

- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2005. Plan maestro de equipamientos del sector salud. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. Disponible en: www.shd.gov.co/portal/page/portal/portal...fis.../DS_NO_1_06.pdf
- Bonnefoy, Josiane., Morgan, Antony., Kelly, Michael., Butt, Jennifer., Bergman, Vivian. 2007. National Institute for Health and Clinical Excellence. Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide. Disponible en: http://www.who.int/entity/social_determinants/knowledge_networks/add_documents/mekn_final_guide_112007.pdf
- Braveman, Paula. 2007. "Marco para un observatorio de equidad sanitaria". En Restrepo, D. (Editor). Equidad y salud. Debates para la acción. Bogotá: CID- Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Salud – Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Castro, Mónica (2009). Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la Encuesta Nacional de Salud 2007 (Tesis magíster en salud pública). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- DANE. 2007. Encuesta calidad de Vida. Bogotá: DANE.
- Defensoría del Pueblo. 2003. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud. Bogotá, Colombia: Defensoría del Pueblo.
- Frenk, Julio y Londoño, Juan Luis. 1997 Julio-Diciembre. "El pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina". Salud y Gerencia, (15).
- Fresneda, Oscar. 2007. "Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud en Bogotá". En D. Restrepo (Ed.). Equidad y salud. Debates para la acción. Bogotá: CID- Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Salud – Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Fundación Corona y otros s.f. Bogotá cómo vamos. Balance de tres años de la administración distrital 2004-2008. Bogotá: Fundación Corona, Casa Editorial El Tiempo, Cámara de Comercio en Bogotá.
- Gómez, Elsa. 2002. Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana de Salud Pública, (5-6). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500024&script=sci_arttext
- Hernández, Mario. 2007. "El pasado y el futuro del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá". En D. Restrepo (Ed.). Equidad y salud. Debates para la acción. Bogotá: CID- Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Salud – Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Landmann, Celia, Bastos, Francisco y Tavares, Carla. 2002 Julio-Agosto. Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos

- con una aplicación para la mortalidad neonatal en el Municipio de Rio de Janeiro, 2000. *Cadernos Saúde Publica*, 18 (4). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10179.pdf>
- Martínez, Félix. 2007. "Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. Revisión conceptual". En D. Restrepo (Ed.). *Equidad y salud. Debates para la acción*. Bogotá: CID- Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Salud – Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social y CID. 2007. *¿Ha mejorado el acceso a la salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado*. Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma.
- Ministerio de la Protección Social. 2007. *Metodología para el diseño y cálculo de un ordenamiento (ranking) de entidades promotoras de salud*. Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma.
- Rodríguez C., Adriana. 2005. *La salud en Bogotá - Un problema de acceso y equidad*. Presentación. Bogotá, Secretaría de Hacienda Distrital, mayo 27. Disponible en: www.shd.gov.co/portal/page/portal/.../E_Y_B_6_SALUD.pdf
- Rodríguez S., Oscar. 2010. "Sistema de protección social. La tributación en Bogotá y su relación con la nación". En D. Restrepo (Ed.). *Inequidad social en salud. El caso de Bogotá*. Bogotá: CID- Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Salud – Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Rodríguez S., Oscar. 2007. "Regulación macroeconómica y equidad". En Restrepo, D. (Ed.). *Equidad y salud. Debates para la acción*. Bogotá: CID- Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Salud – Alcaldía Mayor de Bogotá.
- SDP. 2006. *Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos de Salud*. Bogotá, D. C.: Decreto 318 de 2006.
- Travassos, Claudia y Martins, Mônica. 2004. "Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde". *Cadernos Saúde Pública*, 20 supl. 2, S190-198.
- Veeduría Distrital. S.f. *Cómo avanza el sector salud en el Distrito Capital*. Programa Nacional de Desarrollo Humano, Departamento Nacional de Planeación, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: http://www.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50fa/Boletinsaluddistrito.pdf
- Vega, Román y Carrillo, Janeth. S.f. *APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El Caso 'Salud a su Hogar' en Bogotá*. Disponible en: <http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11555870271vega.doc> Zambrano, Héctor (2008). *Ejercicio público en salud*. Disponible en: www.scp.com.co/.../EJERCICIO_PUBLICO_EN_SALUD_Dr_Zambrano.p...



Capítulo V

APORTES AL DEBATE INTERNACIONAL SOBRE EQUIDAD EN SALUD

*Mario Hernández Álvarez **

* Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional de Colombia.





El esfuerzo adelantado por el grupo de investigadores del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá (OECVS), en esta tercera fase de implantación, pretende destacar los aspectos conceptuales y metodológicos para el análisis de las encuestas poblacionales desde la perspectiva de la equidad. Pero valorar este aporte requiere una reflexión final que permita ubicar los avances a la luz del debate internacional sobre equidad en salud. Para ello, es necesario retomar algunos planteamiento elaborados en otro espacio (Hernández, 2008), de la manera más precisa posible, y arriesgar una visión a futuro de esta experiencia aplicada a una ciudad compleja como el Distrito Capital.

LOS DIFERENTES ENFOQUES

Para comenzar, conviene diferenciar con la mayor claridad posible, tres enfoques desarrollados en el campo de la salud en las últimas cuatro décadas, que hoy se presentan en el debate internacional sin mucha diferenciación. El primero, de más largo plazo y más consolidado en el pensamiento sanitario actual, es el de la “epidemiología multicausal” (EM) o multifactorial, que viene construyéndose desde la década de los treinta, en especial en Estados Unidos de América (EUA). El segundo, es el enfoque denominado, stricto sensu, de los “determinantes sociales de las desigualdades en salud” (DSDS), desarrollado especialmente por países del noroccidente europeo desde finales de los años setenta. Y el tercero, el enfoque de la “determinación social de la salud” (DSS), construido en América Latina alrededor de la Medicina Social y de la Salud Colectiva latinoamericanas, también desde mediados de los años setenta. Es importante diferenciar estos tres enfoques epistemológicos de la salud, pues en ellos se produjeron maneras diferentes de entender la relación salud-enfermedad-sociedad y, por lo tanto, interpretaciones diferentes sobre la equidad en salud.

La EM surgió en un momento del desarrollo del pensamiento biomédico en el cual se puso en tela de juicio la perspectiva etiológica que provenía del siglo XIX, basada en la esperanza de encontrar el agente causal de cada una de las enfermedades y la aspiración de erradicar, si no todas, la mayor parte de ellas en la sociedad del progreso científico. Las primeras que no respondieron al mo-

delo del agente causal fueron las enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, la diabetes y el caprichoso cáncer. Desde el momento en el que se produjeron los primeros estudios poblacionales para dar cuenta de la causalidad compleja de estas patologías, la salida fue muy clara: no existe una sola causa y menos un agente causal identificable. Por el contrario, en este tipo de enfermedades se articulan diferentes “factores” que constituyen un riesgo potencial de desarrollar la enfermedad por parte de un individuo en particular.

A finales de la década de los cuarenta y comienzos de la de los cincuenta ya se hablaba de una “nueva epidemiología”, que daría cuenta de una concepción de la enfermedad desde una perspectiva multicausal y que permitiría articular la acción individual de los médicos con la acción poblacional de los Estados. Tal fue la intención del famoso libro de Laevell y Clark, *Preventive medicine for the doctor and his community*, publicado en 1953, en el cual se plantearon los conceptos de “historia natural de la enfermedad”, de la “triada epidemiológica” (agente-huesped-ambiente) y de los niveles de prevención y de atención, con base en los períodos prepatogénico, patogénico y crítico de todas las enfermedades (Quevedo y Hernández, 1994).

En los años sesenta y setenta, la incorporación de la teoría general de sistemas en el campo de la salud llevó a una readecuación de la triada epidemiológica por parte de Mark Lalonde, en Canadá y de H. Blum, en EUA, para desarrollar la perspectiva de los cuatro grandes inputs de factores de riesgo que generarían el equilibrio (salud) o el desequilibrio (enfermedad) en cada individuo: la biología humana, el medio ambiente (físico y social), el estilo de vida y la organización de la atención en salud (Lalonde, 1996 [1974]). Desde esta perspectiva, lo social se entiende como un factor más que se expresa en variables o características de los individuos, como el ingreso, la educación, la vivienda, entre otras, vistos como factores independientes que se articulan, de manera estadística, esto es, por sus frecuencias verificables en una asociación causal, habitualmente de tipo múltiple, pero una a una y sin jerarquía previa. Se trata de una aproximación probabilística que pretende no dar cabida a valoración alguna y por tanto aspira a la neutralidad.

Más recientemente, este enfoque epidemiológico multicausal se ha articulado con la econometría para desarrollar relaciones entre características de los individuos y resultados en salud, como por ejemplo, la relación entre la desigualdad en el ingreso, a través del coeficiente de Gini, y otras características relacionadas con los grupos de factores de riesgo y con los resultados en salud (Wagstaff et al., 2003). El punto central es que no es necesario valorar, sino demostrar la relación entre las variables seleccionadas para verificar las causas de las desigualdades que afectan a los individuos.

En cambio, la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Desigualdad en Salud (DSDS) se originó en medio de la discusión sobre las desigualdades en una sociedad, como la inglesa, que aspiraba a alcanzar la igualdad, gracias al proyecto del Estado de Bienestar. Los primeros informes ingleses sobre las desigualdades en la mortalidad de los trabajadores del Estado, como el Whitehall Study, publicado por Michael Marmot y su grupo en 1978, y el Black Report, editado por Black y Moris en 1980, presentaron con claridad la idea de que el lugar que se ocupaba en la jerarquía socio-ocupacional del Estado generaba la muerte desigual entre empleados de cuello blanco y trabajadores de cuello azul (Anand y Peter, 2004: 1-2).

El esfuerzo explicativo estaba en dar cuenta de la desigualdad y no sólo en la causa de la enfermedad o de la mortalidad encontrada. Más adelante, esta corriente desarrolló la idea de equidad, como la valoración de las desigualdades desde la perspectiva de la justicia. Tal vez la autora más explícita en tal sentido fue Margareth Whitehead al comenzar los años noventa, con su acepción de inequidad como la "desigualdad injusta y evitable". Pero lo injusto estaba en su origen en las ventajas o desventajas derivadas de la posición social de las personas. Whitehead salvaba las desigualdades derivadas de la biología o de la opción personal, es decir, del ejercicio de la libertad para el libre desarrollo de la personalidad (Whitehead, 1992). Pero es el mismo Marmot quien ratifica su interés por explicar las desigualdades como producto de la organización de la sociedad y no como los factores probabilísticos del enfoque epidemiológico tradicional, aunque utilice las herramientas de la estadística para tal propósito (Marmot, 2004).

De esta forma, el enfoque de los DSDS se apoya en una idea de igualdad basada en la igual dignidad de las personas, y no sólo en la igual libertad, como se priorizaba en el enfoque epidemiológico. Esta perspectiva de la igual dignidad es la que permite el acercamiento entre la posición de Marmot y de Amartya Sen, tal como el mismo Marmot lo expresó en su encuentro académico a comienzos de la década de los dosmil (Marmot, 2004). Sus recientes aproximaciones al enfoque universalista de los derechos humanos se basan también en el mismo principio de igual dignidad (Venkatapuram, et al., 2010).

Desde la perspectiva de la DSS, basada en la Medicina Social y en la Salud Colectiva latinoamericanas, el tema central es la concepción del proceso salud-enfermedad-atención como un fenómeno de naturaleza social y, por tanto, relacional, no individual. La teoría de lo social en la que se apoyó esta corriente fue principalmente el materialismo histórico y, desde allí, las expresiones singulares del complejo biopsíquico humano se entienden como un resultado de las relaciones sociales en las que viven inevitablemente los seres humanos (Laurell, 1994).

Por lo anterior, desde esta perspectiva, la biología está subsumida en la realidad social y el modo de vida define las trayectorias que conducen a las diferentes maneras de vivir, enfermar y morir. Las relaciones de poder en que viven inmersas las personas producen y reproducen las desigualdades en salud-enfermedad, cuyos tres grandes ordenadores son la clase social, la etnia y el género. Estas no son variables, sino relaciones de poder entre grupos humanos que determinan el desarrollo de sus potencialidades y de sus maneras de enfermar y de morir. De allí que Jaime Breilh, uno de sus principales exponentes de esta corriente, hable de la triple inequidad en las sociedades capitalistas contemporáneas (Breilh, 2003).

El asunto de la equidad en salud no consiste entonces en la aplicación de un método. Se trata de posiciones epistemológicas, éticas y políticas diferentes, que deben ser reconocidas y que demandan de los investigadores un cierto grado de opción consciente, aunque, claro está, siempre puede ser inconsciente.

UBICACIÓN DE LOS ENSAYOS DEL OBSERVATORIO

Si se acepta lo anterior, es posible identificar un proceso de transformación de la posición del grupo de investigadores del Observatorio. Inicialmente el énfasis se puso en la identificación neutra de las desigualdades en salud para valorarlas después como justas o injustas. Pero la discusión sobre la valoración llevó a una articulación fácil, aunque con adaptaciones, con la corriente de los DSDS, gracias al contacto con el grupo liderado por Evans, Whitehead y Diderichsen (2002). De hecho, éste es el enfoque predominante en los ensayos presentados en este libro.

Debe reconocerse también que, aún sin mayor conciencia de las relaciones entre la epidemiología social de Michael Marmot y el enfoque de capacidades de Sen para la medición de la calidad de vida, el estudio sobre la ECV 2007 incorporó de una y otra fuente conceptos y categorías.

Aún así, el esfuerzo realizado por el profesor Oscar Fresneda sobre la categoría "clase social", tratando de poner en diálogo los aportes de las corrientes neomarxista y neoweberiana en este asunto, para construir su propia manera de explorar las encuestas poblacionales y extraer una visión de la estructura socio-ocupacional de la población bogotana a través del tiempo, permite avanzar en la incorporación del enfoque relacional defendido sistemáticamente por la corriente latinoamericana de la DSS.

Más aún, la consistencia de las relaciones entre clase social y los índices compuestos de calidad de vida, de riesgo y protección, para mostrar la profundi-

dad de la determinación social en la producción y reproducción de las desigualdades, sin duda constituye un camino poco explorado en las tres corrientes de pensamiento descritas para este complejo tema de la equidad en salud.

Por otra parte, la persistencia del profesor Félix Martínez en ir más allá del parámetro abstracto del derecho a la salud, para examinar la consistencia de las relaciones entre diferentes aproximaciones a la posición social de las personas y sus procesos concentrados de exposición diferencial a riesgos y de protecciones simultáneas desiguales, consolida los enunciados de la posición de los DSDS, en un sentido de jerarquización que tampoco es frecuente en el debate internacional.

La búsqueda de aproximaciones al tema de la respuesta institucional relacionada con la posición social de las personas, que adelanta la profesora Decsi Arévalo, permite ir más allá de las asociaciones centradas en el acceso y en la utilización de los servicios, para tratar de comprender la relación con la organización del sistema y con las políticas y programas que en un momento dado se desarrollan para afrontar la desigualdad. La constatación de desigualdades persistentes en estos terrenos debe generar una reflexión profunda sobre la estructura misma de la organización institucional actual, a pesar de la exaltación del logro de la cobertura cuasiuniversal del aseguramiento en salud en Bogotá.

Se trata de ejercicios diferentes, con propósitos y puertas de entrada diferentes. Pero la maduración del enfoque -ahora más consciente y decidido- y las ganancias metodológicas para el manejo de encuestas poblacionales con enfoque de equidad no pueden ser valoradas menos que como un buen augurio con grandes potencialidades futuras.

LAS PERSPECTIVAS FUTURAS

La exploración, por parte del Observatorio, de caminos más seguros para dar cuenta de las inequidades en salud y calidad de vida dejan una sensación ambivalente. Por una parte, ratificar la existencia y la persistencia de las desigualdades llama a la acción, tanto del Estado como de la sociedad en su conjunto, para superarlas. Pero por otra, la verificación de la profundidad de sus determinaciones disminuye la esperanza de cambio en el corto plazo. En todo caso, es mejor comprender la magnitud del reto que subvalorarlo ingenuamente. Las transformaciones sociales, económicas, culturales y políticas que debe haber para superar las inequidades son enormes. Pero no por eso imposibles.

El Observatorio se ha planteado desde su origen la necesidad de articular la observación sistemática con la investigación comprensiva, con miras a la movi-

lización social y política por la equidad. Desnaturalizar la desigualdad social es, sin duda, un buen soporte para la acción colectiva. Insistir en ello, comunicar mejor y fortalecer el debate público serán las estrategias de mayor proyección para el trabajo futuro. Un sentido de trabajo en red, tanto social como académica, puede canalizar mejor la acción. Ir del observatorio al “accionatorio” será el reto más apremiante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anand, S. y Peter F. 2004. Introduction. En S. Anand, A. Sen, F. Peter (Eds.). *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press: 1-12.
- Breilh, J. 2003. *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e intercultural*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, Lugar Editorial.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., Wirth, M. 2002. Desafío a la falta de equidad en la salud, de la ética a la acción. (Publicación Científica N° 585). Washington, D. C.: Fundación Rockefeller, OPS.
- Hernández, M. (En prensa). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En C. Eibenschutz, S. Tamez, R. González (Comp.). *Determinación social o determinantes sociales de la salud. Memorias del Taller sobre Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, Rectoría de la UAM, del 29 de septiembre al 2 de octubre de 2008*. México, D. F.: UAM Xochimilco, OPS/OMS.
- Lalonde, M. 1996. [1974]. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. En OPS-Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. (Publicación Científica N° 557). Washington, D. C.: OPS/OMS: 3-5.
- Laurell, A. C. 1994. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En M. I. Rodríguez (Coord.) *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación de personal de salud*. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos. N° 101) Washington, D. C.: OPS/OMS: 1-12.
- Marmot, M. 2004. Social causes of social inequalities in health. En S. Anand, A. Sen, F. Peter (Eds.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press: 37-61.
- Quevedo, E. y Hernández, M. 1994. La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia. En M. I. Rodríguez (Coord.) *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud*. (Serie Desarrollo de

Recursos Humanos N° 101). Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud: 13-34.

Venkatapuram, S., Bell, R., Marmot, M. 2010. The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice. *Health and Human Rights*, 12 (2), 3-16. Disponible en: www.hhrjournal.org

Wagstaff, A., van Doorslaer, E., Watanabe, N. 2003. On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *Journal of Econometrics*, 112, 207–223.

Whitehead, M. 1992. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22, 249-445.





LOS AUTORES





DECSI ASTRID ARÉVALO

Economista, Magíster en Ciencias Económicas y Magíster en Historia de la Universidad Nacional de Colombia, Doctora en Ciencias Económicas de la Universidad Paris X. Profesora del Departamento de Historia de la Universidad de Los Andes. Integrante del Grupo de Protección Social – GPS – del CID de la Universidad Nacional de Colombia. Entre sus proyectos de investigación se encuentran “Equilibrio financiero del sistema de seguridad social en Colombia”, “Equidad en salud para Bogotá”, “Ordenamiento (ranking) de las EPS e IPS”. Las publicaciones recientes que ha realizado se sitúan en el campo de la protección social, la seguridad social y la equidad en calidad de vida y salud: “Muchas acciones y una solución distante. Mecanismos gubernamentales de protección social en Bogotá, 1930-1945”, “Avances y dificultades del sistema de salud para los pobres”, “La protección al adulto mayor: entre la dádiva y el derecho” y “El control social y la participación comunitaria en salud”. En el campo de la Historia Económica su última publicación en el libro Propuestas y Debates en historia económica en donde presenta dos artículos: “La protección en riesgos profesionales en Colombia: una interpretación histórica del camino al aseguramiento”. “El discurso histórico. Ruptura con el paradigma decimonónico de la Ciencia”.

ÓSCAR FRESNEDA BAUTISTA

Sociólogo, Magíster en Economía y candidato a Doctor en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor de la carrera de Sociología de Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia. Miembro del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID– de la Universidad Nacional de Colombia, y del grupo de investigación en “Conflicto y Dinámica Social” de la Universidad Externado de Colombia. Investigador del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Universidad Nacional de Colombia. Sus publicaciones principales se han referido a los temas de la pobreza, los indicadores sociales y la equidad social. Su trabajo de investigación actual está dirigido al análisis de la calidad de vida, las desigualdades sociales y la estratificación social en Colombia. Correo electrónico: oscarfresneda@hotmail.com

MARIO HERNÁNDEZ

Médico, especialista en Bioética, Magíster y Doctor en Historia de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública y Director del Centro de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la misma universidad. Líder del grupo de investigación “Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social”, miembro del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones de Investigaciones para el Desarrollo –CID- de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, e investigador del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Universidad Nacional de Colombia. Sus publicaciones se centran en la historia comparada de sistemas y políticas de salud y protección social, en la historia de la medicina y las profesiones de la salud y en equidad en calidad de vida y salud. Correo electrónico: mehernandeza@unal.edu.co ; mariohernandez62@gmail.com

FELIX LEÓN MARTÍNEZ

Médico, Magíster en Salud Pública, investigador en salud y seguridad social. Miembro del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional desde el año 2000. Docente de la Maestría de Protección Social de la Universidad Santo Tomás desde 2007. Presidente de la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y Seguridad Social – FEDESALUD– desde su fundación en 1999. Sus publicaciones recientes abarcan temas de seguridad social y protección social: “Subsidios o Seguridad Social. El no pago de la porción social del salario”, “Protección Social: Entre el aseguramiento y la asistencia”, equidad en salud “Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud”, “Inequidad Social y Discapacidad”, “Derecho a la salud o equidad en salud”, “Análisis de Desigualdades e Inequidades en Salud en Colombia”.

JORGE MARTÍNEZ COLLANTES

Licenciado y Magíster en Matemáticas, y Doctor en Estadística. Profesor pensionado del Departamento de Estadística de la Universidad Nacional de Colombia y actualmente profesor de la Universidad de los Andes e investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID- de la Universidad Nacional



de Colombia. Miembro de los grupos de investigación en “Series de tiempo” y en “Economía, Política Pública y Ciudadanía”. Sus publicaciones, tanto en teoría como en aplicaciones de la estadística, se encuentran en *Biometrika*, *Journal of Statistical Simulation and Computation*, *Test*, *Communications in Statistics*, *Revista Colombiana de Estadística*, *Revista de Salud Pública* y *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.

DARÍO INDALECIO RESTREPO

Filósofo y Especialista en Desarrollo de la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. Profesor de la Facultad de Ciencias Económicas en la Universidad Nacional de Colombia. Miembro del Grupo de Protección Social y del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá desde el Centro de Investigaciones para el desarrollo - CID - de la Universidad Nacional de Colombia. Ensayista e investigador sobre procesos de descentralización en Colombia y América Latina, mecanismos de participación ciudadana, políticas sociales y lucha contra la pobreza. Correo electrónico: direstre@cable.net.co







Libro editado por el Centro de Investigaciones CID, de la Universidad Nacional de Colombia. Tiraje de 500 ejemplares; páginas internas en papel bond 75 gramos y carátula en propalcote 270 gramos. Se terminó de imprimir en Marzo de 2012 por Marca Publicidad Ltda., Bogotá D.C.





El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá presenta en este libro un conjunto de aportes que desarrollan y aplican elementos novedosos del enfoque conceptual y metodológico que ha adoptado para el examen de las inequidades sociales de la ciudad. En sus capítulos se precisan las orientaciones conceptuales adoptadas y la forma de ponerlas en práctica, a través de un ejercicio de análisis de la información de la encuesta de Calidad de Vida del año 2007.

Los análisis expuestos se centran en torno a tres conceptos cuya compleja interrelación se busca desentrañar teórica y empíricamente: la calidad de vida, la salud (junto a los riesgos y protecciones que la determinan), y la posición social. El texto de los autores transita por esos conceptos desde diferentes puertas de entrada.

El espíritu que anima el libro es expresado por Félix Martínez señalando que "dada la disponibilidad de grandes encuestas de hogares en todos los países, los resultados de la investigación que aquí se presenta abren un camino útil para estudiosos e instituciones a nivel nacional e internacional, interesados en caracterizar las grandes inequidades en salud. Igualmente para relacionar la inequidad en salud con la inequidad social, con las condiciones de vida y con la estructura social que determina los fenómenos anteriores."

Las contribuciones en esos espacios temáticos forman parte del trabajo colectivo que ha venido adelantando el Observatorio, siempre orientado hacia una desnaturalización de las desigualdades injustas que vive la sociedad colombiana, para impulsar la acción colectiva y compleja que exige su superación.



ISBN 978-958-761-169-4



9 789587 611694