

**Enfoque para el análisis y la investigación
sobre Equidad / Inequidad en Salud
Revisión conceptual**

**Félix León Martínez Martín
M.D. M.S.P.**

Bogotá, Septiembre de 2006

Dado que la igualdad democrática permite algunas desigualdades y condena otras, es necesario incluir un método para determinar cuando unos grupos son iguales o desiguales en aspectos determinantes. Para Rawls, las desigualdades relevantes se dan entre miembros representativos de grupos sociales, como entre trabajadores no calificados y ejecutivos de corporaciones, o entre miembros de diferentes grupos étnicos. El enfoque de grupos refleja el punto de vista de Rawls, en el sentido de que los principios de justicia gobiernan la “estructura básica” de la sociedad, esto es sus principales instituciones sociales como “la constitución política y los principales acuerdos económicos y sociales”. Estas instituciones tienen profundos efectos sobre la gente porque “distribuyen los derechos y deberes básicos” y determinan la división de las ventajas que resultan de la cooperación social”. 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, Norman. 2002. *Democratic Equality. Rawls Complex Egalitarianism. En: The Cambridge Companion to Rawls.*ⁱ

1. La perspectiva ética y la perspectiva utilitaria¹

1.1. El concepto de Justicia Distributiva

El principio de justicia distributiva se ha entendido históricamente de muchas maneras, casi todas presentes en el debate contemporáneo. En la perspectiva clásica aristotélica, aún hoy presente, se entiende lo justo como la adecuación de las decisiones humanas a la proporcionalidad natural. Si el orden natural es equilibrado en sí mismo, la decisión más justa será aquella que se orienta hacia la conservación o la restauración de tal equilibrio. En la perspectiva clásica, la desigualdad y la jerarquía social son naturales, derivadas de las capacidades y virtudes desiguales entre los miembros de la sociedad. De allí que no es deseable una atención igual para todos sino, por el contrario, proporcional al rango y la jerarquía de las personas.ⁱⁱ

¹ Especiales agradecimientos a los compañeros del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional, por sus observaciones y aportes.

La concepción clásica aristotélica perduró en occidente por más de 20 siglos, hasta el desarrollo del modelo liberal en el siglo XVIII, según el cual, lo justo no se deriva de la distribución natural, sino de la decisión moral derivada del contrato social. La justicia distributiva se entiende aquí como “libertad contractual”, en la medida en que los ciudadanos otorgan al gobernante el poder necesario para demandar de él la garantía de los “derechos naturales”, derivados de la condición humana. Según Locke, la garantía de los derechos a la vida, a la integridad física, a la libertad y a la propiedad sería la única justificación del poder del Estado. Ir más allá de esto sería atentar contra el contrato social constituyente.

En el siglo XVIII la declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, por parte de la Asamblea Nacional Francesa reafirma el pensamiento de Locke. Tal como lo ha sustentado Robert Nozick en el debate contemporáneo, siguiendo a Locke, la atención en salud de los pobres es un asunto de caridad y no de justicia, pues nadie puede pedir del Estado más que la garantía de la “justa adquisición” de bienes y servicios, en función del trabajo, de la compra o de la herencia. La atención médica se compra y se vende, pero no es un derecho, derivado del principio de justicia distributiva. Si se acepta que algunas personas no pueden comprar esos servicios porque no tiene suficientes recursos, cualquier provisión por otro o por el Estado se sustenta en el principio de beneficencia, que sustenta la caridad, no en la justicia.ⁱⁱⁱ

Para los autores liberales este planteamiento resulta insuficiente puesto que, por ejemplo, “no existe un derecho particular y específico a la asistencia sanitaria, sino un derecho genérico a la redistribución de una cierta riqueza”^{iv}.

Economistas como Adam Smith reconocieron que en ocasiones bienes como la educación y la salud se deben colocar fuera de la esfera del mercado y considerarse bienes meritorios, a fin de que todos los miembros de la sociedad accedan a ellos. Sin embargo no resuelven la contradicción resultante del hecho de que la labor médica esté vinculada a la economía de mercado y la salud de los pobres continúe a merced de la beneficencia.

Ante el resultado limitado de este esquema de los derechos y la crítica al liberalismo, surgen algunos tipos de igualitarismo, que refutan este enfoque.

a) El igualitarismo social que tiene en Marx y Engels sus mayores exponentes, argumenta que garantizar el derecho a la propiedad privada perpetúa las desigualdades, porque limita a la clase trabajadora el acceso a bienes y servicios. Una distribución equitativa es para Marx “a cada cual exigirle según su capacidad y darle según su necesidad”. En el caso de la salud, la enfermedad es la necesidad y la salud la capacidad, según esas condiciones deben ser redistribuidos los recursos.²

b) Igualdad de en los resultados finales: el papel del Estado consiste en redistribuir los recursos de tal forma que los resultados de largo plazo sobre las personas sean iguales. No obstante, dicha perspectiva es fuertemente criticada porque no deja espacio a la iniciativa individual, a la superación personal y a la competencia.

c) Igualdad de recursos generales: Los precursores de esta teoría como Ronald Dworkin³ propenden por garantizar a todas las personas o familias un determinado nivel de ingreso, para que los individuos le den la destinación que

² Párrafo adaptado de Gracia, Diego, Introducción a la Bioética. (iii)

³ Citado en: Peter F, Evans T. *Dimensiones éticas de la equidad en salud*. (ix)

consideren oportuna y adecuada, pero han sido criticados por los que creen que los individuos quedan vulnerables frente a situaciones contingentes. “La justicia sólo requiere la igualdad de los recursos generales (por ejemplo oportunidad de ganancia económica, acceso a la educación). Una vez lograda la igualdad de recursos, dependerá de cada uno decidir como quiere utilizarlos”.⁴ Igualmente puede ser criticada porque responsabiliza a los individuos por no aprovechar las oportunidades que les da la sociedad, o de no cuidar su salud, presuponiendo la existencia real de una igualdad de oportunidades para la utilización de esos recursos.

Por supuesto que, de una parte, todos los ciudadanos pueden ganarse la lotería, pero de otra, las condiciones de los niños en los barrios marginados se traducen en una desventaja real (desnutrición, deprivación psicoafectiva), aún para aprovechar el beneficio de la educación y otros recursos generales que brinda la sociedad.

1.2. La bifurcación de liberalismo: el utilitarismo y el liberalismo social

“El utilitarista indica que el sistema económico liberal produce y distribuye más riqueza, optimiza la asignación y la utilización de recursos escasos y coordina de forma espontánea los deseos y las capacidades de los participantes en el mercado”^v. La idea de utilidad consiste en la cantidad de satisfacción que proporciona una determinada asignación de bienes, dado un conjunto de preferencias individuales y condiciones que garantizan que la utilidad pueda ser maximizada. Esta idea desde la perspectiva microeconómica ha tenido gran aceptación, porque la utilidad se emplea para caracterizar preferencias individuales, pero para analizar la utilidad social, el utilitarismo recurre a sumar las utilidades individuales⁵ y a partir de esta definición estructura su idea de bienestar social. Las implicaciones de este enfoque sobre la justicia distributiva son las siguientes:

- a) La regla de justicia, a la cual esta subordinada la distribución, es al concepto de utilidad marginal. La utilidad marginal indica la magnitud en que cambia la utilidad ante el incremento del consumo de una unidad adicional. Esta utilidad marginal se supone decreciente, es decir, cuanto mayor es el consumo menor es la utilidad marginal. De esta forma, según los principios distributivos del utilitarismo es equivalente proporcionar una unidad adicional a alguien con un bajo consumo que dar muchas unidades adicionales a alguien con alto nivel de consumo a fin que la variación de la suma de las utilidades de todos los individuos de la sociedad se incremente.
- b) La importancia de la distribución para el utilitarismo es la eficiencia según el criterio de Pareto: asignación en la cual nadie pueda aumentar su utilidad si no es disminuyendo la de otro agente, es decir, que las asignaciones en mercado competitivo logran que no exista ni escasez y déficit en los mercados. Pero el criterio de Pareto es igual de óptimo con una distribución de los recursos igualitaria o con una extremadamente desigual.

En salud, una muestra lamentable de la visión utilitarista a ultranza nos la da el premio nobel de economía Elias Baker, en su artículo sobre el mercado de órganos^{vi}. Baker considera útil y ético que los pobres vendan sus órganos en el mercado y mejoren sus

⁴ Dworkin, Ronald 1981. *Justice in distribution of Health Care*, citado por Fabienne Peter y Timothy Evans, Dimensiones éticas de la equidad en salud. (xi)

⁵ Algunos economistas como Jhon Hicks argumentan que las utilidades de diferentes individuos no pueden sumarse.

ingresos de esta forma, al tiempo que considera un desperdicio que un jugador famoso de baloncesto done su riñón a un hermano.

En un intento por incorporar un criterio de equidad al modelo utilitarista, Jhon Harsanyi, en 1955, plantea la equidad como equiprobabilidad, en el cual “individuos racionales eligen la sociedad en la que quisieran vivir partiendo del hecho de que tienen igual probabilidad de ser cualquiera”^{vii}. A pesar, que este planteamiento es considerado como preludio de la posición original de Rawls, fue duramente criticada porque, para superar el hecho que en la sociedad existen diversidad de opiniones, Harsanyi recurre a suponer que todos los individuos frente al riesgo eligen de la misma forma (*hipótesis de similitud*).

“En la actualidad el utilitarismo es defendido como una doctrina moral y sus defensores afirman que los principios distributivos utilitaristas son principios justos”. Sin embargo, hay quienes argumentan que la teoría utilitarista en la cual la búsqueda del bienestar individual esta por encima del bienestar de los demás, es incompatible con alguna consideración ética.^{6 viii} No obstante, este planteamiento abrió paso al liberalismo social, en el cual lo justo se prioriza frente a lo bueno, Rawls uno de sus precursores, crítica el pensamiento utilitarista y “plantea una teoría contractualista en la que los principios de justicia surgen por acuerdo entre los individuos en una situación hipotética (posición original) en la que estos desconocen el lugar que ocuparán en la sociedad (velo de la ignorancia)”.⁷

Para Rawls el bienestar social esta dado por la situación de los individuos en mayor desventaja de la jerarquía social, es decir, un incremento del bienestar social solo es posible si se garantizan y/o mejoran los bienes sociales primarios a los individuos en mayor desventaja. Plantea un ideal de sociedad como sistema justo de cooperación. El objetivo de la justicia social consiste en garantizar que las instituciones sociales, económicas y políticas básicas funcionen sin exclusiones^{ix}. Surge entonces la perspectiva de la prioridad: “Lo que nos hace preocuparnos por las distintas inequidades no es la falta de equidad en sí, sino el problema identificado por el principio subyacente. Es el hambre del hambriento, la necesidad del necesitado, el sufrimiento del enfermo, etc. “Lo importante es que su hambre es mayor, su necesidad más imperiosa, su sufrimiento más doloroso y, por tanto, es nuestra preocupación por el hambriento, el necesitado, el sufriente, y no nuestra preocupación por la igualdad, lo que nos hace darles prioridad”⁸

El enfoque de la prioridad, derivado del ideal rawlsiano de sociedad como sistema de cooperación justo, coloca el objetivo de la equidad en la esfera de la salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social.⁹

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

⁶ Fragmento adaptado de Dieterlen, Paulette. *Algunas consideraciones sobre Justicia Distributiva*. pag 74 (ix)

⁷ Op.cit (ix) página 233.

⁸ Joseph Raz 1986 *The Morality of Freedom*, citado por Fabienne Peter y Timothy Evanas (x)

⁹ Opus cita (x)

garantizarse es que las personas desarrollen las capacidades o posibilidades de realización de dichos logros.

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

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

1.3. Equidad en salud centrada en los Derechos Humanos

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.

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”*.^x

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.

1.4. A modo de cuestionamiento: La medición de las desigualdades entre grupos sociales vs. la valoración ética o del cumplimiento de derechos.

El valor normativo ¿Valor ideal alcanzable o valor mínimo asegurable?

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, como parece ser el planteamiento de la “posición original” de Rawls.

Los derechos, por otra parte, si bien se establecen jurídicamente o 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”*.^{xi}

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 reconocen (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.

Pero la ética impone límites a la organización social. Aunque una sociedad, considere como “normales” y por tanto en algún grado “norma” grandes desventajas y niveles de exclusión social, estos valores serán cuestionados en función del espacio y el tiempo. Si la sociedad fija unos valores diferentes de los reconocidos internacionalmente y unos derechos inferiores a sus ciudadanos, estos resultarán siempre cuestionados.

“No puede ser considerado “normal” y por tanto “no modificable” en una sociedad, lo que era y ya no es aceptable por otras. Los valores éticos y morales se modifican con el tiempo y con los cambios sociales en un mundo global. Por ello el racismo, la esclavitud, el sometimiento de la mujer, etc, que fueron aceptables en un tiempo no lo son ya. Igual sucede con la desnutrición de los niños, la inasistencia sanitaria, la insalubridad ocupacional, etc..

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 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 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 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”^{xii}. 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”.^{xiii}

Resulta mucho más claro entender que siempre se parte de la desigualdad. 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. La valoración ética debe hacerse con posterioridad al análisis de las desigualdades o en sentido transversal a la medición de estas, para determinar cuales son injustas y cuales no.

Es importante en este punto entender que la ley y la justicia en términos del derecho positivo siempre tienen tres preocupaciones:¹⁰

- Una preocupación utilitaria: se trata de permitir que la vida social se desarrolle sin demasiados tropiezos. La preocupación regulatoria necesaria para el ordenamiento social, para que no reine la ley de la selva y los diferendos entre ciudadanos no se solucionen simplemente mediante la ley del más fuerte.
- Una preocupación filosófica y moral: donde se incluyen las ideas de equidad, de los derechos de los ciudadanos, la preocupación por los excluidos, los valores morales y religiosos.
- Una preocupación justificatoria, para asegurar privilegios que se han constituido inicialmente como hechos, mediante su formulación legal.

Desde el punto de vista del derecho positivo todo acuerdo social, toda ley, es el producto de una negociación entre los intereses económicos y los intereses sociales, e implica relaciones de poder en una sociedad concreta. Esta negociación fue especialmente visible y relevante en Colombia en la Constitución de 1991, donde a cambio de permitir el ingreso de los intereses económicos en el sector social, tradicionalmente en manos del Estado, se formularon unos derechos mínimos para los ciudadanos colombianos.

2. El Derecho a la salud y la seguridad social

Existe en general gran dificultad en la comprensión del derecho a la salud. ¿De que hablamos cuando mencionamos este derecho. Del derecho a...

- crecer y desarrollarnos sanos, desarrollar capacidades (potencial)?
- lograr la mayor expectativa de vida posible con las mayores capacidades posibles?
- 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).?

¹⁰ Opus cita Derecho y legislación (xiv)

- tener un sistema de protección social que nos garantice un sistema de financiamiento y provisión de servicios que permita superar las barreras financieras?
- 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?.

“Cada vez que se toca el tema de la equidad en salud, se tiende a considerar como aspecto fundamental el acceso a la asistencia sanitaria. De la misma forma la bioética tiende a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de salud”¹¹.

Es prácticamente imposible abordar el tema de igualdad en el derecho a la salud, en los términos de la inasible definición de la Organización Mundial de la Salud, de la salud como el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, como resulta por otra parte estrecho el concepto de ausencia de enfermedad para este propósito, es decir hablar de salud en términos negativos.

2.1. **Salud como desarrollo de capacidades y potencialidades**

Una definición normativa de salud en la línea del pensamiento de Canguilhem permite entender 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, etc.) desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. Así mismo **la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto**, gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico.^{xiv}

Con una definición de salud en términos positivos pero medibles, es posible plantear el derecho desde la perspectiva individual y de la organización social.

- el derecho de cada ciudadano a unas condiciones de vida adecuadas para poder contar con una buena salud y por otra
- el derecho a que la organización de la sociedad responda a las necesidades de salud de todos los ciudadanos

El primero se puede dividir en

- El derecho de cada niño a unas condiciones de vida que le permitan desarrollarse sano y crecer con las mayores capacidades posibles
- El derecho de cada ciudadano joven y adulto a unas condiciones de vida y trabajo saludables que lo protejan de los riesgos de enfermedad, lesión, incapacidad o muerte.

El segundo se puede dividir en

¹¹ Opus cita Dimensiones éticas de la equidad en salud (x)

- El derecho de cada ciudadano a una atención médica en las mejores condiciones tecnológicas, de calidad y respecto a sus derechos.
- El derecho de cada ciudadano a ser informado sobre los riesgos para su salud y educado en las formas de prevención y cuidado de la salud.

Planteados en términos de derechos estos aspectos, parecería suficiente señalar que el derecho debe ser universal y que la equidad o inequidad se establece respecto al logro de estos derechos. (valor normativo ideal)

Por otra parte, desde el punto de vista colectivo, los derechos se pueden plantear igualmente como obligaciones del Estado. En este caso el Estado, para lograr una situación de equidad, debe procurar una acción más intensa hacia los grupos más desaventajados.

De tal modo, la función del Estado para garantizar igualdad en el derecho podrían reacomodar los puntos antes señalados en términos de obligaciones.

- La obligación de garantizar unas condiciones mínimas a todos los niños, especialmente en los grupos más desaventajados para que logren desarrollarse sanos y plenos de capacidades y puedan competir en el mercado de trabajo en condiciones de igualdad. “
- La obligación de garantizar unas condiciones de vida y de trabajo que conserven la salud de los ciudadanos, especialmente de aquellos más expuestos a los riesgos del ambiente y el trabajo.
- La obligación de organizar un sistema de protección social, seguridad social y salud que garantice a todos los ciudadanos el acceso a una atención médica en las mejores condiciones tecnológicas, de calidad y respeto a sus derechos. Con especial atención a las poblaciones con barreras geográficas, económicas, culturales o de otra índole para el acceso al servicio.
- La obligación de organizar un sistema de protección social y salud capaz de prevenir y controlar los riesgos de salud pública más frecuentes. Con especial énfasis en los grupos en mayor riesgo de enfermar y morir.

Sin embargo, aun con este desarrollo, tal perspectiva del derecho conlleva ineludiblemente el problema de la generalidad en la formulación del valor normativo ideal y la trampa de los derechos progresivos o servicios mínimos que se deben garantizar a los ciudadanos, entre tanto las metas resultan alcanzables en función del tiempo (los más vulnerables, los más pobres, focalización, etc).

3. El enfoque de equidad en salud

Con base en el marco conceptual revisado, el enfoque de equidad que se propone parte de las siguientes premisas:

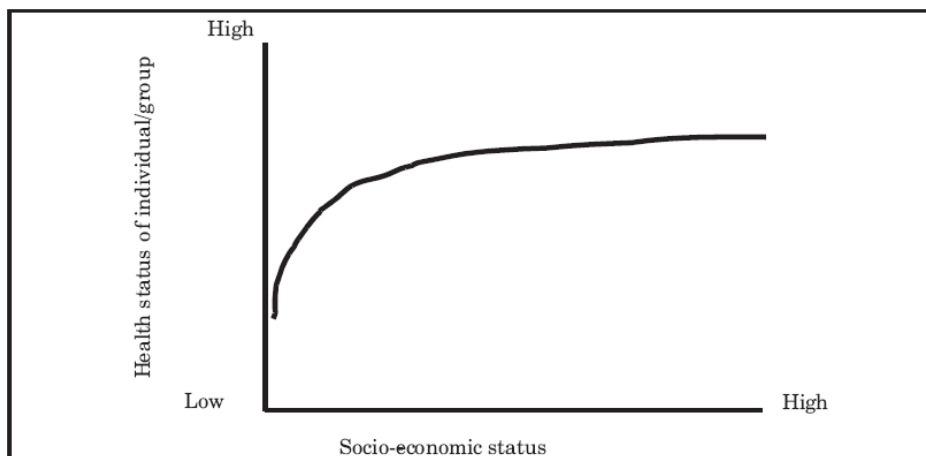
1- Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud.

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”.^{xv}

Figura 1

Figure 1: Relationship of health status to SES



Fuente. Reducing Health Disparities –Roles of the Health Sector^{xvi}:

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”^{xvii}

“Los gradientes sociales de salud están presentes en todos los países del mundo y no sólo en las sociedades “ricas”.^{xviii}

“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”.¹²

Para mayor claridad en este punto existe algún grado de dificultad con la apreciación que define inequidad en salud como desigualdades en materia de salud “injustas e innecesarias y evitables”:

“La expresión inequidades en materia de salud se refiere a las disparidades sanitarias de un país determinado” y entre zonas de dicho país “...que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (es decir: que no son ni inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de las estructuras sociales fundamentales y de las instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen.”^{xix}

La dificultad reside fundamentalmente en que se podría interpretar por este camino que las diferencias sociales son “normales”, pero que arrojan resultados injustos sobre los individuos (suerte o vulnerabilidad). Y no que una organización social injusta produce resultados correspondientes a dicha estructura de injusticia. Se podría

¹² MacIntre S. *Social Inequalities and health in the contemporary World*. (citado por xix)

interpretar en el mismo sentido que las inequidades en salud se pueden solucionar (evitar) sin modificar en absoluto las estructuras de inequidad social que las generan.

Aunque, por otra parte, se podría interpretar como el llamado a identificar la evitabilidad como criterio de justicia, que llama a la sociedad y al Estado a considerar ciertas desigualdades en salud como injustificables. Resultados por lo tanto intolerables, cuya superación constituye una necesidad social.

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 Braveman¹³ en que la equidad en salud puede ser definida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales claves) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales.

Estas relaciones expresan el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones^{xx}.

4- La valoración ética debe quedar en el campo de la justicia o injusticia de las relaciones sociales o inequidad social (determinante)

Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas.¹⁴

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 sino en la sociedad que establece una posibilidad desigual o unas barreras (injustas) para el acceso a los alimentos.

3.1. Análisis de desigualdades

El término “desigualdad” hace referencia, como se señaló, 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, sin que en la determinación de estas diferencias medie evaluación sobre si la diferencia de ocurrencia del fenómeno entre distintos grupos es justa o injusta.¹⁵

Es claro que existen muchas desigualdades en salud. La edad, el género, condiciones biológicas o geográficas se traducen naturalmente en desigualdades en salud.

Hablar de desigualdad, sin embargo, no es lo mismo que hablar de inequidad; esta última incorpora en su concepto el valor de justicia. Para calificar una situación

¹³ Opus cita (ii) Definiendo Equidad en Salud

¹⁴ Opus cita OPS (xx) La Situación de Salud en la Región de la Américas

¹⁵ Opus cita OPS (xx) La Situación de Salud en la Región de la Américas

desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas.

Medir las desigualdades, es decir obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es apenas el primer paso para identificar las inequidades en salud¹⁶

Se deben por tanto analizar las desigualdades en salud a la luz de las condiciones sociales injustas o inequitativas que las generan y no a partir de presuponer la injusticia previa de tales desigualdades.

3.2. Análisis de inequidades en salud o del efecto e impacto de las desigualdades sociales sobre la salud

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

Figura 2

Key points

- A definition of equity in health is needed that can guide measurement and hence accountability for the effects of actions.
- Health equity is the absence of systematic disparities in health (or its social determinants) between more and less advantaged social groups.
- Social advantage means wealth, power, and/or prestige—the attributes defining how people are grouped in social hierarchies.
- Health inequities put disadvantaged groups at further disadvantage with respect to health, diminishing opportunities to be healthy.
- Health equity, an ethical concept based on the principle of distributive justice, is also linked to human rights.

Fuente: Defining equity in health. P Braveman, S Gruskin (ii)

4. Variables de exclusión social (desventaja social) para el análisis de inequidad

La OPS señala: *Se han sugerido como características recomendables de un indicador de inequidad las siguientes: 1) que refleje la dimensión socioeconómica de las inequidades en salud, es decir, que estas estén sistemáticamente relacionadas con el*

¹⁶ Opus cita OPS (xx) La Situación de Salud en la Región de la Américas

*estado socioeconómico; 2) que refleje la experiencia de la población en su conjunto, es decir, que el indicador use la información disponible de todos los grupos de la población, y 3) que sea sensible a los cambios en la distribución y tamaño de la población a lo largo de la escala socioeconómica.*¹⁷

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 parecen ser las más indicadas.

Se puede afirmar que Colombia las diferencias raciales, religiosas o de sexo han generado igualmente inequidades, pero resulta claro que no tanto como en Sudáfrica, Israel o Afganistán, respectivamente. En este punto es necesario “priorizar” las que generan más inequidad en Colombia.

Exclusión social en Colombia

Según el Departamento Nacional de Planeación, “A pesar de las diferencias en los enfoques, para tratar de explicar la exclusión social, parece existir un punto de acuerdo: la educación interviene en la exclusión a través del mercado laboral. Sin embargo, la educación puede intervenir de formas diferentes. La persistencia de elevados niveles de desigualdad y de pobreza en América Latina está altamente determinada por el limitado y desigual acceso al capital humano, en particular a la educación”.^{xxi}

La exclusión social es entonces concebida a partir de las relaciones existentes entre mercado laboral y educación, y guarda una estrecha relación con la inequidad en el ingreso.¹⁸

La exclusión social en Colombia tiene una estrecha relación con la inequidad en el ingreso. La referencia más importante a este respecto es forzosamente el libro “La Distribución del Ingreso en Colombia”, donde Mauricio Cárdenas y colaboradores afirman que “de hecho, cuando se comparan las mediciones de desigualdad colombianas con la evidencia internacional, Colombia emerge como uno de los países con mayor desigualdad en Latinoamérica; de hecho, ésta es la región con mayor desigualdad en el mundo”.¹⁹

En consecuencia, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional y la posición social (condiciones de vida estimadas por distintas medidas e índices como estrato, ICV, SISBEN) parecen ser las variables más importantes para clasificar las desigualdades y desventajas sociales en nuestro país y por tanto deben ser la referencia obligada para su relación con las condiciones de salud.

Adicionalmente, es necesario señalar que hay sociedades más desiguales que otras. “Cuando se comparan las mediciones de desigualdad colombianas con la evidencia recolectada en otros países, Colombia emerge como uno de los países con mayor desigualdad en Latinoamérica; de hecho, ésta es la región con mayor desigualdad en el mundo”^{xxii} (desde la perspectiva de las diferencias en el ingreso entre quintiles o deciles). (figura3)

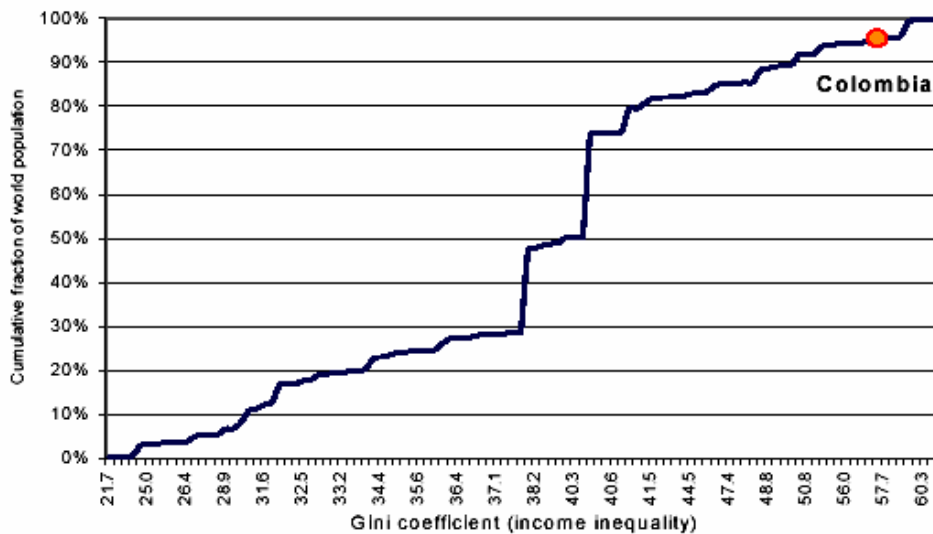
¹⁷ Opus cita OPS La Situación de Salud en la Región de las Américas (xx)

¹⁸ Opus cita El Desempeño de la Economía y la Desigualdad (xii)

¹⁹ Opus cita El Desempeño de la Economía y la Desigualdad (xii)

Figura 3

Figure 1. Colombia's Inequality in the International Context, 1999



Source: World Bank Tables, 2002.

5. Areas de medición del impacto en salud de las desigualdades sociales

Propuestas en este campo

La OMS recomienda que se otorgue la máxima prioridad a las investigaciones centradas en cinco áreas generales^{xxiii}:

- los factores y procesos mundiales que afectan a la equidad sanitaria y/o limitan las posibilidades de los países para corregir las desigualdades en salud dentro de su territorio;
- las estructuras y las relaciones sociales y políticas que afectan diferencialmente a las oportunidades de la gente de conservar la salud en una sociedad determinada;
- las interrelaciones entre factores a nivel individual y social que aumentan o disminuyen la probabilidad de lograr y mantener una buena salud;
- las características del sistema de atención de salud que influyen en la equidad sanitaria, y
- las intervenciones normativas que reduzcan eficazmente las desigualdades en salud en las cuatro primeras áreas.

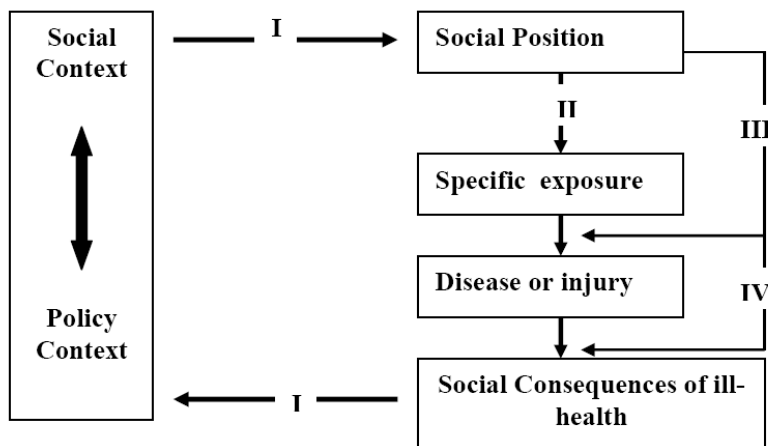
Un reciente informe del Banco Mundial^{xxiv} sobre prioridades en control de enfermedades en países en desarrollo señala que para estudiar la inequidad en salud deben tenerse en cuenta:

- Patrones de inequidad en el Estado de Salud
- Patrones de inequidad en provisión de servicios de salud
- Patrones de inequidad en exposición a riesgos

El grupo sueco de investigación²⁰ en el campo recomienda las siguientes prioridades, cuyo esquema básico se representa a continuación

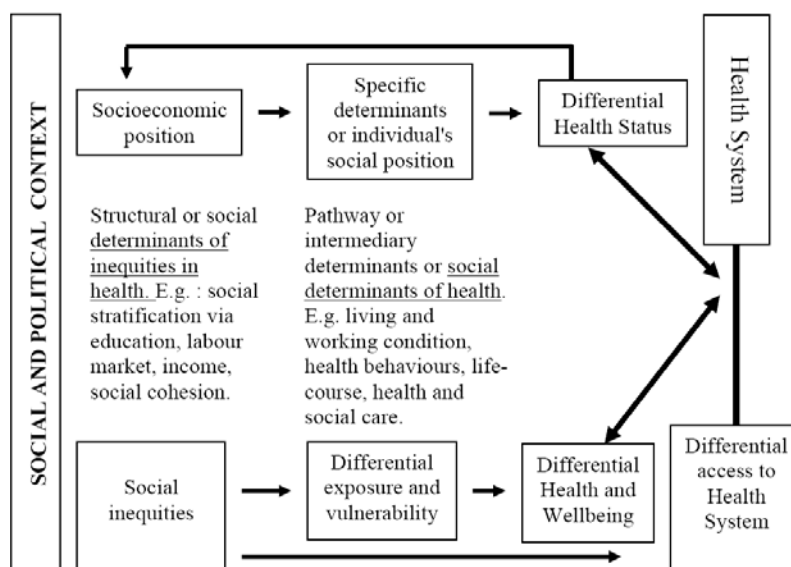
- Estratificación social (posición social)
- Exposición diferencial a riesgos
- Vulnerabilidad diferencial
- Mala salud debida al Diferencial social

Figura 4



Por su parte la Comisión sobre determinantes sociales en salud de la OMS^{xxv} propone como síntesis el siguiente esquema de análisis,

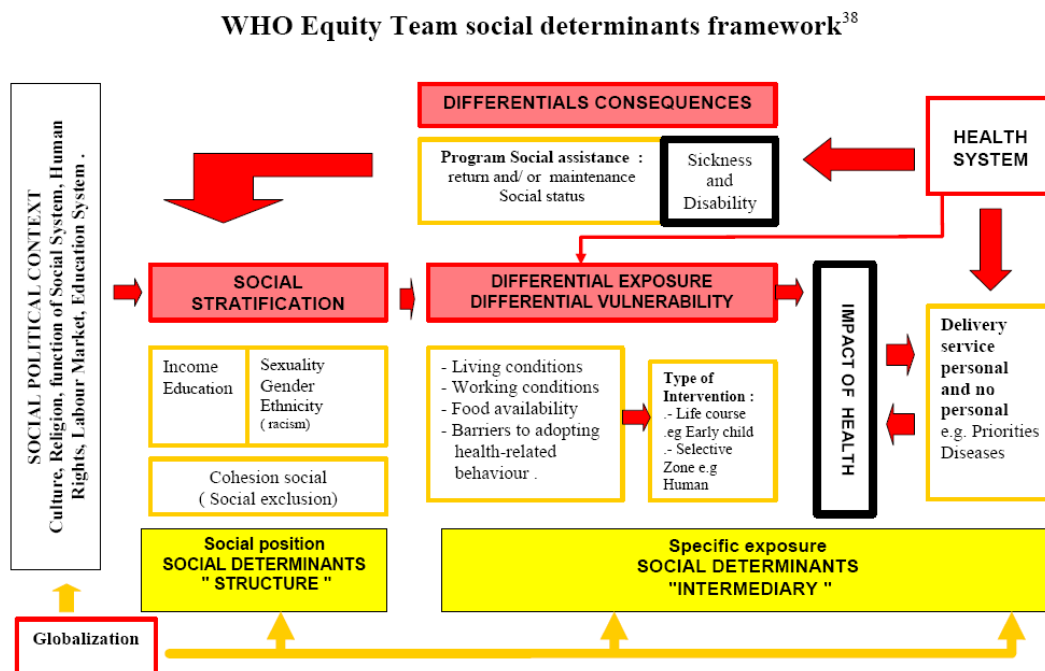
Figura 5



Y finalmente propone el siguiente esquema conceptual

²⁰ Opus cita *Bases sociales de las disparidades en salud*. (xviii)

Figura 6



6. Conclusiones y recomendaciones

Analizadas las distintas propuestas y con base en el desarrollo previo sobre los conceptos de salud y derecho a la salud, se proponen las siguientes áreas de medición de las desigualdades en salud relacionadas con la posición, ventaja o desventaja social.

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

- Resultados desiguales a largo plazo

La primera premisa de esta propuesta es que la posición social (Índice de Calidad de Vida, estrato, SISBEN), junto con el ingreso, el nivel educativo y la posición ocupacional, son los clasificadores de las diferencias o desventajas sociales y definen por tanto los grupos objetivo para comparar la situación de salud enfermedad de estos cuatro grupos o áreas de medición del fenómeno salud-enfermedad.

Es decir que las oportunidades en salud, o las exposiciones a riesgos o la respuesta de la sociedad, y finalmente, los resultados de salud a largo plazo, deben compararse (para buscar desigualdades) entre los diferentes estratos, niveles educativos, deciles de ingreso o diferentes posiciones ocupacionales.

Constituyen pues estas cuatro variables de ventaja o desventaja social, definidas como las marcadoras en el país, siempre el denominador del análisis,³⁸ mientras que las

cuatro áreas conforman los numeradores, para la búsqueda por ejemplo de tasas diferenciales.

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.

La segunda premisa es que se separan los indicadores de resultados desiguales de salud (de largo plazo), como expectativa de vida, mortalidad temprana, etc, de los indicadores que señalan un riesgo inmediato de daño en salud. La razón es considerar las desigualdades en los resultados de salud de largo plazo un resultado **acumulado** de las desigualdades en las tres áreas anteriores: oportunidades de salud, exposición diferencial al riesgo y respuesta diferencial de la sociedad.

Por esta misma razón, el área de oportunidades desiguales en salud está separada en esta propuesta de los resultados desiguales a largo plazo. A diferencia de otras propuestas consideramos que el área de oportunidades se refiere a la posibilidad de construir salud y no se debe mezclar con los resultados finales. Esta diferenciación está esbozada en algunas propuestas y no es clara en otras.

Es evidente que la situación nutricional precaria de un niño aumenta su probabilidad de muerte temprana, pero en la mayoría de los casos tan sólo deja una huella de no salud, de falta de **desarrollo de las capacidades y las potencialidades** del cuerpo humano, que limita y coloca en desventaja a estos individuos para la vida en sociedad, además de aumentar sus riesgos y posibilidades de enfermedad. Por tanto esta medición en la construcción de la salud amerita una mirada independiente de aquella negativa en términos de menor expectativa de vida o mortalidad temprana, que sólo nos muestra el resultado final de algo que ya empezó con serias diferencias y desventajas.

La tercera premisa es que se acepta el área de análisis clásica y evidenciada en todas las propuestas sobre la exposición desigual a riesgos. Sin embargo, cabe aclarar que por exposición desigual al riesgo entendemos no sólo las exposiciones 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, la cultura, para ser analizados en los campos de medición de la posición social, ventaja o desventaja social.

La cuarta premisa es que se incluye el término respuesta desigual de la sociedad para el área aceptada en todas las propuestas conocidas que incluye respuesta desigual del Sistema de Salud. Sin embargo esta definición de respuesta desigual de la sociedad incluye además del 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, políticas que se dirigen o no a disminuir las inequidades, etc..

6.1. Relaciones entre posición social, exposición diferencial a riesgos y efectos. Recomendación para el análisis de inequidades.

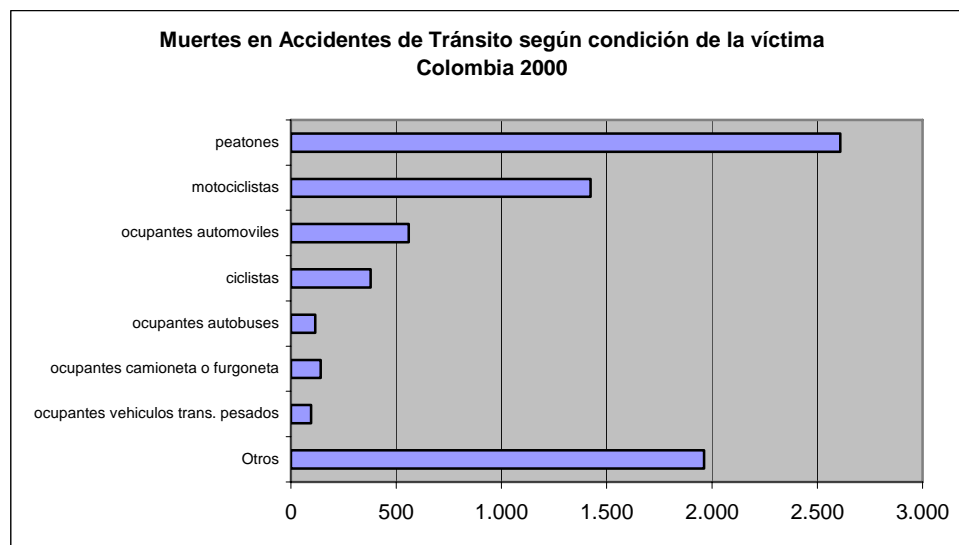
La relación entre posición social y un determinado efecto en salud no es una relación directa, sino que está mediada por causas próximas o riesgos específicos. Sin

embargo es posible evidenciar que tanto el efecto en salud como la causa próxima o riesgo específicos tienen relación con la posición social.

Para el 2000 la mortalidad por accidentes de tránsito en Colombia, según el tipo de víctima, evidenció que los peatones representan el mayor número de muertos, seguidos de los motociclistas. En porcentaje, los peatones representan un 35,8% y los motociclistas un 19,5%. Estas proporciones se mantienen relativamente estables, dado que para el 2002, el CNRV confirma que el 39% de los accidentes mortales involucraron peatones atropellados y el 19% motociclistas. Para el 2003 el 38.2% de las muertes correspondieron a peatones, y las muertes de motociclistas alcanzaron el 21.1%. Igualmente, las cifras del Centro Nacional de Referencia sobre la Violencia confirman que la motocicleta es el vehículo más peligroso y que está involucrado en el 39,2% de los accidentes mortales para el 2003. En el 2003, en 4 de cada 10 accidentes mortales de tránsito, estuvo comprometida una motocicleta y en 2 de cada 10 un automóvil.

Hasta aquí no se encuentra relación con la ventaja o desventaja social en los informes sobre accidentalidad. Sin embargo, puede evidenciarse que los riesgos relacionados con el transporte son distintos según el ingreso o el estrato. El riesgo de morir como peatón o en moto muestra un gradiente social y el riesgo de morir en un vehículo particular o avión otro, aunque los dos primeros correspondan a los menores quintiles de ingreso y los dos segundos correspondan a los quintiles superiores.

Figura 7



Fuente: Instituto de Medicina legal. Centro Nacional de Referencia para la Violencia.

Aunque pudiera encontrarse una relación significativa entre el nivel de ingreso y las muertes en motocicleta, esta información evidenciaría desigualdades pero no constituiría de por sí una inequidad en el resultado en salud. Se podría señalar simplemente que los deciles de ingreso más bajos acostumbran transitar en estos vehículos de mayor peligro (mayor tasa de lesiones y muertes por kilómetro) y se podría mostrar adicionalmente que también los deciles de ingreso más altos presentan una tasa de mortalidad mayor en aviones. Evidenciar desigualdades no es evidenciar inequidades.

Sin embargo, si se conocen las causas próximas de las lesiones y muertes en accidentes de tránsito, v. gr. el oficio de mensajeros, mototaxistas o repartidores a domicilio en las grandes ciudades, como actividad de alto riesgo para hombres jóvenes, actividad que también tienen relación estadística con el estrato y la posición ocupacional, se evidencia claramente una situación de inequidad. Ya no se puede afirmar que los hombres jóvenes pertenecientes a deciles bajos de ingreso tienen por costumbre arriesgar la vida transportándose en moto, pues resulta evidente que, por necesidad económica, se ven forzados a trabajar en una actividad muy riesgosa.

Si adicionalmente se encuentra que estos hombres jóvenes no tienen contrato formal de trabajo y por tanto sus patronos no están asegurados al Régimen Contributivo ni cotizan para riesgos profesionales, otra desigualdad injusta, se determina una inequidad mayor (mayor riesgo y menor cobertura de seguridad social). Las resultantes en muerte, lesiones y discapacidades y acceso a tratamiento y rehabilitación comienzan a evidenciar una gran situación de inequidad social hacia estos trabajadores que puede y hace necesario orientar una política pública.

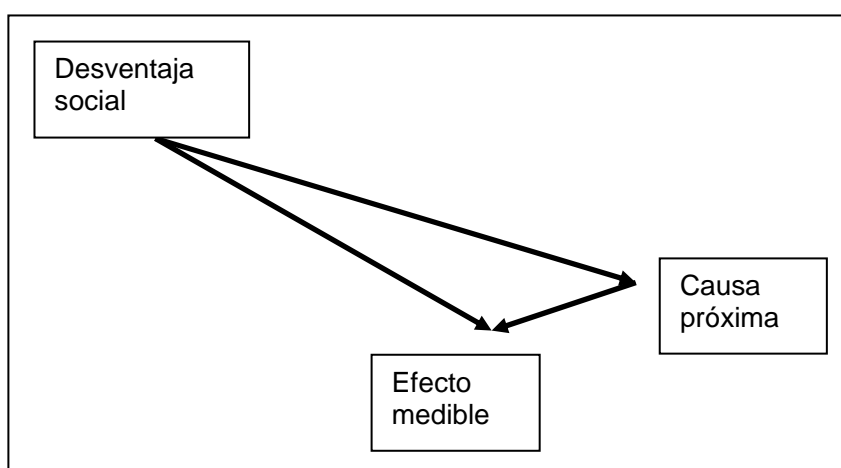
Por ello es necesario siempre buscar la relación de la desventaja social con la causa próxima y no sólo con el efecto en salud, recomendación clave para los análisis de equidad en el Observatorio.

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 propone trabajar la relación de la desventaja social con las diadas causa - efecto reconocidas y aceptadas por la literatura científica^{xxvi}.

Como se ha señalado, para calificar de inequidad una desigualdad en salud se requiere no sólo relacionar el efecto en salud con la posición social, sino también aclarar la relación de la desventaja social con la causa próxima.

Figura 8

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 como 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.

6.2. Indicadores de inequidad

En consecuencia con lo anteriormente expuesto se propone la construcción de indicadores de inequidad en las tres áreas propuestas y en los efectos finales o efecto acumulado de las inequidades en el largo plazo.

- Oportunidades desiguales. Desarrollo humano, desarrollo de capacidades – salud, asociadas a desventaja social.
- Exposición diferencial al riesgo Enfermedad y discapacidad relacionadas con condiciones de vida y trabajo asociadas a desventaja social
- Respuesta desigual de la sociedad. Acceso a servicios, exclusión en salud, asociadas a desventaja social.
- -----
- Resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o mayor por ciertas patologías, asociadas a desventaja social.

Avanzados los estudios sobre estos aspectos, se podría considerar la investigación sobre las consecuencias sociales y económicas de las inequidades en salud. En este sentido han avanzado los estudios canadienses.²¹

6.3. Referencia geográfica

La relación entre variables geográficas y variables socioeconómicas no resulta sencilla ni muy útil para los análisis de equidad, cuando las agrupaciones poblacionales georeferenciadas son muy heterogéneas respecto a las variables de ventaja o desventaja social.

“Por un lado, la agregación de datos en grupos o unidades de análisis compuestas de agregados de personas conlleva la posibilidad de incurrir en la denominada “falacia ecológica”, es decir, de dar por sentado que las observaciones efectuadas en unidades geográficas representan el riesgo de cada persona individualmente. Sin embargo, la

²¹ Opus cita xvi *Reducing Health Disparities –Roles of the Health Sector: The causes and costs of health disparities. The potential economic benefit of reducing health disparities*

plausibilidad de que así sea, proveniente de estudios etiológicos, y la coincidencia entre los resultados de distintos estudios observacionales a nivel individual y colectivo, respaldan la validez de las observaciones. En este sentido, la elaboración de mapas de áreas pequeñas ha sido útil para identificar conglomerados regionales y locales y para generar hipótesis etiológicas, como se desprende de los análisis del atlas de mortalidad de los Estados Unidos, donde se observa una asociación geográfica entre diferentes patrones de distribución de la mortalidad por diversos tipos de causas, por un lado, y factores que definen los estilos de vida, así como los niveles de pobreza y urbanización, por el otro. ^{xxvii}

Por tanto son mucho más útiles las desagregaciones geográficas menores que las mayores, por ejemplo a nivel urbano, puesto que se encuentra mayor homogeneidad de las variables de posición social en las pequeñas agrupaciones poblacionales georeferenciadas.

Sin embargo debe tenerse en cuenta la distribución de las variables sociales al interior de cada localidad geográfica, puesto que es fácil encontrar que una localidad que muestra por ejemplo mayores ingresos en promedio que otra, resulte con mayores tasas de mortalidad infantil, aparente resultado contradictorio. Sólo al revisar la distribución del ingreso al interior de cada una de las localidades logra evidenciarse, por ejemplo, que en la de promedio de ingreso superior, existe un barrio con alto nivel de exclusión social, en el que se origina la mayor parte de esta mortalidad, mientras que en la otra, con ingreso promedio algo menor, presenta una distribución más uniforme, sin grupos de altos ingresos, pero sin barrios de miseria donde se concentra la mortalidad infantil.

6.4. Cómo debe enfocarse la investigación sobre Equidad en Salud

La investigación sobre equidad / inequidad en salud, en consideración a lo anteriormente señalado, no debe pretender convertirse en investigación causal sobre los diferentes problemas de salud, sino limitarse a evidenciar el efecto de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su impacto total sobre la salud.

La aproximación al conocimiento de los problemas de salud de las comunidades puede hacerse desde distintas perspectivas. De hecho para tratar de aproximarse a los mismos se requiere la mirada de la morbilidad, pero también la de la mortalidad, también la de la incapacidad, pero ellas deben ser complementadas con la mirada de la prevención, de los factores de riesgo. Se podría continuar con el análisis de los modelos de prevención y de atención, con las implicaciones en costos, la utilización de tecnología o el recurso humano. Pero también en relación con los problemas de salud podemos tener en cuenta la mirada cultural, la mirada ecológica o ambiental. Por supuesto también la mirada social. Todas las miradas permiten apreciar distintas caras de estos elementos de múltiples dimensiones y sólo todas juntas permiten una mejor comprensión de los fenómenos salud enfermedad.

Profundizar en una de estas perspectivas, como la de equidad en este caso, no supone la negación de las otras, ni pretende invalidarlas. Simplemente implica que se ha evidenciado la necesidad de observar con mayor detenimiento esta cara de los fenómenos de salud. Observar la equidad en salud es precisamente lo que se ha solicitado al Observatorio en construcción, con base en una decisión política.

Por otra parte, los efectos de las desigualdades sociales o las ventajas y desventajas sociales no son discursos teóricos ni políticos netamente. En arquitectura pueden medirse los efectos de las ventajas o desventajas sociales en términos de metros

cuadrados por residente de la vivienda, calidad de los materiales, costo del metro cuadrado, calidad de los acabados, condiciones sanitarias, ubicación urbana del lote, disponibilidad de servicios, riesgos derivados del terreno en el que se construye, resistencia sísmica de la construcción, etc..

Negar, por ejemplo, que los riesgos que sufren los colombianos en sus viviendas se originan en la inequidad social de nuestro país no es rechazar un discurso político sino, por el contrario, asumir una posición política que busca impedir que se evidencien los dañinos efectos de las desigualdades sociales, con el único objeto de impedir la modificación de dichas inequidades.

Igual que las desigualdades en la vivienda pueden medirse las desigualdades en salud atribuibles a diferencias en la condición o posición social, medición de especial importancia en nuestro país, catalogado como uno de los más inequitativos del mundo.

6.5. El conocimiento de la inequidad en salud como motor de transformación social

“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”²²

*Los vínculos entre la salud, la equidad y los derechos humanos no han sido examinados de forma sistemática, y quienes se interesan por la pobreza y la salud han considerado a veces que la equidad y los derechos humanos son conceptos abstractos con escasa aplicación práctica. El análisis de los conceptos de pobreza, equidad y derechos humanos y de las relaciones entre ellos y con la salud demuestra que están estrechamente relacionados desde el punto de vista conceptual y operacional y que cada uno de ellos proporciona valiosas orientaciones singulares para el trabajo de las instituciones sanitarias. Las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos pueden contribuir de forma concreta a los esfuerzos de las instituciones sanitarias para abordar la pobreza y la salud, y para operacionalizar estos compromisos es esencial centrarse en la pobreza. Los principios de la equidad y de los derechos humanos determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido marginación o discriminación.*²³

La OPS²⁴ 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. Como se mencionó al inicio de este capítulo la calificación de una situación desigual como inequitativa implica al menos establecer valoraciones de justicia, de causa y de necesidad social. 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. Una vez que se han instrumentado las intervenciones específicas, los mismos métodos de medición y análisis servirán para la vigilancia y evaluación de su impacto en la salud.

²² Opus cita xvii Desafío a la falta de Equidad en salud. Introducción

²³ Opus cita ii Definiendo Equidad en Salud

²⁴ Opus cita OPS La Situación de Salud en la Región de las Américas (xx)

La orientación y el alcance de las intervenciones en las condiciones de salud están mediados por valoraciones implícitas en el mismo proceso de medición. Así, la selección del estado de salud del mejor grupo socioeconómico o del valor promedio poblacional como referente de igualdad de un indicador de impacto total de inequidades en salud determinará que la intervención tenga un enfoque maximalista, de mejoría para todos, o conservador, que supone una solución redistributiva para el problema de la inequidad en salud. Por un lado, la decisión de aplicar medidas de impacto exigirá el diseño de políticas intersectoriales y de alcance poblacional para maximizar su efectividad. Por el otro, el uso de medidas de efecto requerirá intervenciones selectivas, de mayor nivel intrasectorial en salud, en los grupos menos favorecidos.

Por otra parte, cabe afirmar que las estructuras sociales “injustas o inequitativas” se sostienen firmemente sobre “visiones parciales y parcializadas de la realidad”, o interpretaciones de los fenómenos sociales convenientes a quienes cuentan con mayores ventajas en la sociedad.

El papel del conocimiento es precisamente derrumbar visiones parciales y limitadas de la realidad, abrir nuevas puertas, en este caso develar las consecuencias reales de la organización social en daños a la salud. Tradicionalmente estos fenómenos se estudian sin relacionarlos con las ventajas o desventajas sociales, por lo que se acaban considerando propios del azar, simplemente causados por agentes del medio o, en síntesis, “naturales”.

Nuevas miradas y aproximaciones a los fenómenos sociales se traducen en nuevos saberes que ponen en jaque las visiones parciales, siempre útiles al mantenimiento del statu quo. El surgir de un nuevo saber subvierte la “verdad conocida” por la sociedad, la ideología^{xxviii} ²⁵ que impregna el pensamiento colectivo. Por tanto, el nuevo conocimiento alimenta y propicia la transformación de la sociedad.

²⁵ Se utiliza el concepto de ideología de Althusser como “representación de relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia”

- ⁱ Daniels, Norman (2002). *Democratic Equality. Rawls Complex Egalitarianism*. En: Freeman Samuel (2002). *The Cambridge Companion to Rawls*. Cambridge University Press. Cambridge 2003.
- ⁱⁱ Gracia, Diego, Introducción a la Bioética. Edit. Buho, Bogotá. 1991
- ⁱⁱⁱ Hernandez Mario. “Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas”. En: Restrepo, D.I. (Editor) *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Vicerrectoría Académica y Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia: 347-361. 2002.
- ^{iv} Hayeck , Friederich von. *Los fundamentos de la libertad*, Barcelona, 1997, página 449-450.
- ^v Capella, Francisco. *Utilitarismo o el iusnaturalismo*. Revista española y americana: la ilustración liberal. No9, septiembre de 2001.
- ^{vi} Baker Elias. *Introducing Incentives in the Market for Live and Cadaveric Organ Donations*. Organ Transplantation: Economic, Ethical and Policy Issues at the University of Chicago, May, 2003.
- ^{vii} Uribe López, Mauricio. Economía del Bienestar y Justicia Distributiva. Ética y Economía. Ed. Universidad Externado de Colombia. Compilador: Jorge Iván González. Julio de 2003.
- ^{viii} Dieterlen, Paulette. *Algunas consideraciones sobre Justicia Distributiva*. Revista de Teoría y Filosofía del Derecho. N° 2, abril 1995.
- ^{ix} Peter Fabienne y Evans Timothy, *Dimensiones éticas de la equidad en salud* En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).
- ^x Braverman, Paula y Gruskin, Sofía. Defining equity in Health, Theory and Methods, J Epidemiol Community Health, No 57.2003 Página 25-258.
- ^{xi} Sen Amartya 2004. *Elements of a Theory of Human Rights*. Philosophy and Public Affairs. Blackwell Publishing inc. 2004.
- ^{xii} Rawls John, 1971. *Teoría de la Justicia*. Fondo de Cultura Económica. Segunda Edición en español. Cuarta reimpresión 2003.
- ^{xiii} *Derecho y legislación*. Enciclopedia Temática Argos Tomo 13 ICiencias Sociales (I). Editorial Argos, Barcelona. 1970
- ^{xiv} Martínez Félix “Aportes a la Discusión sobre el concepto de Salud y Enfermedad”. Revista Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Volumen 11, No. 1 Junio 1988.
- ^{xv} Wagstaff Adam.2002. *Poverty and health sector inequalities*. Bulletin of the World Health Organization 2002;80:97-105.
- ^{xvi} *Reducing Health Disparities –Roles of the Health Sector*: Discussion Paper. Prepared by the Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. *Canadá December 2004*
- ^{xvii} Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth. *Introducción* En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).
- ^{xviii} Diderichsen Finn, Evans Timothy y Whitehead Margaret. *Bases sociales de las disparidades en salud*. En: Evans T, Margaret W, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ed. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, DC.: Fundación Rockefeller; Organización Panamericana de la Salud; 2002. (Publicación Científica y Técnica No. 585).
- ^{xix} Krieger, Nancy. *Glosario de epidemiología social*. En: OPS- OMS. Boletín epidemiológico Volumen 23 Número 2 Junio de 2002. Página 10.
- ^{xx} OPS. *La situación de salud en la región de las Américas*. Informe Anual del Director. Washington. 1998.
- ^{xxi} Sanchez Fabio (Compilador) “La Distribución del Ingreso en Colombia”. Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico TM Editores en coedición con el DNP 1998
- ^{xxii} Cardenas Mauricio. Capítulo 3 “El Desempeño de la Economía y la Desigualdad” En “*La Distribución del Ingreso en Colombia*” Fabio Sánchez Torres (Compilador). Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico TM Editores en coedición con el DNP 1998
- ^{xxiii} OMS. *Priorities for research to take forward the health equity policy agenda*. WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health,1 & the WHO Equity Team2. Bulletin of the World Health Organization 2005;83:948-953.
- ^{xxiv} *Disease Control Priorities in Health*. The World Bank, Oxford University Press Washington 2006.

^{xxv} OMS Commission On Social Determinants Of Health. *Towards a conceptual framework for Analysis and Action on The Social Determinants of Health* Discussion Paper for The Commission On Social Determinants Of Health Draft. 5 May 2005

^{xxvi} OMS. *"The Solid Facts. Social Determinants of Health"*. Segunda Edicion. Ginebra. 2003

^{xxvii} Loyola Enrique, Castillo-Salgado Carlos, Najera Aguilar Patricia, Vidaurre Manuel, Mujica Oscar y Martínez-Piedra Ramón. *"Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud"* Rev. Panam. Salud Publica. 12(6), 2002

^{xxviii} Althusser Luis, 1970 *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Ediciones Los Comunereros. Bogotá.