



Revista Facultad Nacional de Salud Pública
ISSN: 0120-386X
revistasaludpublica@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
Colombia

Mejía O., Luz M.

Protección social de los desempleados del área urbana de Colombia: un asunto de interés para la investigación en salud pública

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 30, 2012, pp. 9-11
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12025811025>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Protección social de los desempleados del área urbana de Colombia: un asunto de interés para la investigación en salud pública

Social protection for the unemployed in the urban areas of Colombia: a topic of interest for research into public health

Luz M. Mejía O¹.

¹ Administradora de empresas, magíster en Salud Pública, profesora Facultad Nacional de Salud Pública, estudiante doctorado en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: luzmmejia@hotmail.com

¿Por qué investigar las condiciones de protección social de la población desempleada en Colombia en una tesis doctoral de salud pública?

El empleo y la protección social son considerados como ordenadores de la democracia, la gobernanza, la gobernabilidad, la cohesión social, el desarrollo y el bienestar. Cuando alguno de estos dos elementos no está suficientemente consolidado, se evidencian múltiples desequilibrios sociales que se expresan en significativos riesgos de que la población sufra condiciones de pobreza, que franjas adicionales se precipiten a ella, y consecuentemente permanezcan marginados de las estructuras sociales y organizativas que son fundamentales para el desarrollo de la individualidad y la integración a los espacios solidarios de construcción de sociedad [1-5]. Igualmente, se expresan en negativos resultados de salud.

En salud pública, el conocimiento objetivo del proceso salud-enfermedad relaciona las formas de vida y de reproducción social. En tal sentido, comprende que las personas de acuerdo al modo de inserción en la esfera productiva, sus patrones de consumo, sus formas específicas de organización e interacción, su relación con el medio ambiente y el contexto histórico-cultural, pueden soportarse en fuerzas positivas que les permiten avanzar dignamente durante su ciclo vital, o al contrario, afrontar aspectos destructivos que les constringen y deterioran [6-9].

La comprensión de la salud-enfermedad como una relación dialéctica y como un proceso ecológico en la relación del hombre en constante interacción con lo biológico-psicológico y con el mundo social, ambiental, político, económico y sus respectivas categorías de clase social y modos de producción-reproducción, es objeto de estudio de la salud pública y por ello acude al análisis

de las condiciones de vida que determinan la salud y el bienestar colectivo [10].

Desde la perspectiva crítica de la salud pública, el proceso salud-enfermedad se entiende como una expresión de las condiciones de vida históricamente determinadas, que dependen de las formas de organización social de la producción y que generan diferencias en la calidad de vida de los grupos humanos. Sin lugar a dudas, la disímil exposición a factores que ponen en riesgo la salud y la manera como cada sociedad organiza y distribuye sus recursos, puede estimular procesos potenciadores de la salud y la vida digna, o contrariamente desencadenar situaciones que llevan al sufrimiento, la exclusión, la enfermedad y la muerte [6,11-12]. Bajo esta consideración, los conceptos salud, calidad de vida y vida digna, connotan planos axiológicos, éticos y políticos en los que las sociedades definen las características *de la buena vida o el buen vivir y del nivel de salud deseable para sus miembros* [13].

En razón de ello, destacados salubristas y otros intelectuales de otras disciplinas, han contribuido de manera significativa al conocimiento científico y mejor comprensión de las condiciones de vida de la humanidad, con sus estudios y pensamiento crítico. Sus aportes le han ayudado a la salud pública a comprender las complejidades de la interacción humana y los conflictos sociales derivados de esa interacción y de la confrontación de las distintas fuerzas de poder, en las que se determina la forma de distribuir los recursos para satisfacer las necesidades de supervivencia, identidad, libertad y bienestar.

Como producto de esas interacciones y de las relaciones de poder, el mundo dispone hoy de suficiente evidencia de las abrumadoras condiciones en las nacen, viven, crecen, se reproducen, trabajan, envejecen, enferman y mueren grandes conglomerados humanos, y especialmente, de las profundas desigualdades e inequidades

dades que ellas derivan [14-15]. Tales desigualdades, originadas en las particularidades sociales, políticas y económicas de cada sociedad, en los modos de producción, las clases sociales y en los perfiles reproductivos, hacen parte de los llamados Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

En la historia de los DSS pueden reconocerse varios momentos entre los cuales se destacan el Movimiento Sanitarista de la primera mitad del siglo XIX en Europa durante la Revolución Industrial [16-17]; los movimientos europeos de mitad del siglo XIX en Alemania y durante los siglos XX y XXI en Italia, Suecia e Inglaterra; y también el movimiento latinoamericano de la medicina social desde 1975 [18]. El más reciente, lo representa la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) cuyo informe de 2008 reitera que los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los DSS [19].

Como *determinantes estructurales*, la CDSS incluye variables del contexto socio-económico y político tales como: gobernanza; política macroeconómica; políticas sociales sobre mercado laboral, vivienda y tierra; políticas públicas de educación, salud y protección social; y los valores sociales y culturales. A las condiciones de vida las denomina *determinantes intermedios* de la salud: condiciones de la vivienda y de trabajo y disponibilidad de alimentos; factores biológicos y de conducta; y factores psicosociales [19]. La interrelación de los estructurales y los intermedios impactan la equidad, la salud, el bienestar, la cohesión y el capital social.

Si bien este informe enfatiza en la problemática de las desigualdades y el gradiente social en salud, producto de la distribución desigual del poder, los ingresos, bienes y servicios, allí no se tiene en cuenta ni se discute que el origen de esas desigualdades está en las relaciones de poder, que son las que finalmente dan forma a los DSS [15].

No obstante, como se ha documentado en este informe y en múltiples estudios, el empleo-desempleo constituye uno de los más importantes determinantes de la salud y de las condiciones de vida. Resulta evidente que un trabajo productivo, bien remunerado, estable, realizado en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana, es un determinante favorable para la salud y el bienestar. Contrariamente, el desempleo actúa como determinante negativo porque aumenta el riesgo de caer y/o permanecer en la pobreza, sumerge a las personas en condiciones de marginación, aislamiento y exclusión, deteriora las relaciones familiares y sociales y limita el acceso a bienes y servicios esenciales para la salud y la vida digna [1,2,3,20,21]. Tal problemática sin duda, amerita respuestas sociales y estatales entre las cuales pueden considerarse los Sistemas de Protección Social (SPS).

La protección social como estrategia de salud pública para afrontar la adversidad del desempleo

De acuerdo con la CDSS, todas las personas necesitan protección social a lo largo de la vida, y muy especialmente en circunstancias adversas de enfermedad, discapacidad, invalidez y desempleo involuntario [19].

En general, los SPS han cumplido una misión fundamental de salud pública, no sólo porque ayudan a salvaguardar la salud y la vida humana, sino porque pueden contribuir a reducir la pobreza y las desigualdades sociales, promover los derechos de ciudadanía, la inclusión social y el desarrollo humano. En su evolución histórica, los SPS se han debatido en importantes reflexiones y según el contexto histórico, social y político, se han configurado en distintos modelos desde los más avanzados, integrales y progresistas como los europeos, hasta los más fragmentados, minimalistas y clientelistas como los de los países menos desarrollados [22,23].

De acuerdo con Oscar Rodríguez [24], el debate reciente de los SPS ha centrado sus aproximaciones en dos modelos: el Manejo Social del Riesgo (MSR) promovido por el Banco Mundial y los fundamentados en los derechos sociales. Estos últimos, ampliamente defendidos por los movimientos sociales por el derecho a la salud, constituyen la apuesta ética y política en este proyecto de tesis doctoral.

En este debate, la CEPAL promueve la extensión de la protección social mediante políticas de desarrollo del capital humano, la prevención de riesgos y la garantía de derechos, no limitados a respuestas paliativas [25], teniendo en cuenta que las políticas sociales se enfrentan a mercados laborales no controlados, volátiles, cambiantes, segmentados y precarios, en sociedades con importantes altibajos de crecimiento económico y de oportunidades de empleo. Entiende la CEPAL, que los SPS son acuerdos políticos fundados en derechos universalmente reconocidos, que denotan la acción social y estatal para garantizar la supervivencia de las personas que carecen de autonomía o la han perdido, y por tanto requieren ayuda para realizar los actos esenciales de la vida cotidiana [26].

En la misma dirección, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) defiende que los SPS deben garantizarse a toda la población durante todo el ciclo vital humano como la más importante inversión social. Reconoce que la era moderna plantea grandes desafíos frente a los múltiples riesgos derivados de fenómenos sociales y económicos, la globalización, alarmantes tasas de pobreza y desempleo, cambios demográficos y climáticos, pandemias y procesos migratorios, que finalmente traen

mayor carga de enfermedad, mortalidad, exclusión, inseguridad y vulnerabilidad social [27].

Este reconocimiento de la multiplicidad de riesgos, y especialmente de los efectos que los determinantes económicos derivan sobre la salud y las condiciones de vida de la población, ha sido tema de interés para la investigación y la acción en salud pública. Justamente a partir de esa comprensión de la determinación social, económica, política, biológica, ambiental y cultural de la salud y el bienestar colectivo como su objeto de estudio, la salud pública ha mantenido su búsqueda de respuestas sociales y del Estado que contribuyan a la protección y promoción de la salud, el bienestar y la vida digna. Tales consideraciones son las que motivan y justifican esta investigación como tesis doctoral en salud pública.

Referencias

- 1 Stiglitz J. Empleo, justicia social y bienestar de la sociedad. *Revista Internacional del Trabajo* 2002; 121 (1-2): 9-31.
- 2 el Pozo I, Ruiz M, Pardo A, San Martín R. Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados. *Revista Psicothema* 2002; 14(2): 440-443.
- 3 García Y. Efectos del desempleo sobre el nivel de salud mental y física, ansiedad y depresión. *Revista Ansiedad y estrés* 1998; 4(1): 17-30.
- 4 Arendt H. *Qué es la política*. Traducción de Rosa Sala Carbó. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A; 1997. p 46
- 5 Arendt H. *La condición humana*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A; 1993. p 222-223.
- 6 Breilh J. La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. En: Breilh J, Campana A, Costales P, Granda E, Paez R, Yepez J. *Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*. Quito: Corporación Editora Nacional; 1990. p 23-30.
- 7 Krieger N. *Glosario de Epidemiología Social*. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2002; 11(5/6):480-490.
- 8 McMichael AJ. *Prisoners of the proximate: loosening the constraints on epidemiology in an age of change*. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 887-897.
- 9 Krieger N. *Emerging theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective*. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 668-677.
- 10 San Martín H. *La crisis mundial de la salud*. Madrid: Karplos, 1982. p 54.
- 11 Breilh J. *Epidemiología económica y medicina política*. México: Distribuciones Fontamara S.A. 1989. 170-175
- 12 Cardona A. *Historia, ciencia y salud-enfermedad*. Medellín: Zeus Asesores Ltda. p 89-102.
- 13 Malagón R. Salud en calidad de vida: un enfoque innovador. Re-pensar las relaciones entre calidad de vida y salud. En: Franco S, editor. *La Salud Pública Hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública. Memorias Cátedra Manuel Ancízar- I Semestre 2002*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005. p 212.
- 14 Daniels N, Kennedy B, Kawachi I. La justicia es buena para la salud. Por qué una mayor igualdad económica promovería la salud pública. *Boston Review Magazine - OPS 2000*. p 1-13.
- 15 Navarro V. What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services* 2009 39(3): 423-441.
- 16 Fee E, Brown T. Why Hystory? *American Journal of Public Health* 1997; 87(11): 1763-1764.
- 17 Cardona A. 150 años de la primera ley de salud pública en el mundo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 1999; 16(2): 71-77.
- 18 Franco S. Determinación bionatural y social de la salud y Atención Primaria en Salud: reflexiones y sugerencias. Conferencia presentada en el Sexto Congreso Internacional de Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública “Atención Primaria en Salud, un compromiso de todos con la equidad” 2006. [Internet [Acceso junio 2011]. Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/congresosp6/memorias6/>
- 19 Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud 2008. p 1-36.
- 20 Wilkinson R, Marmot M. *Social determinants of health. The solid facts*. Second edition. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2003. p. 17- 19.
- 21 Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V y Quinlan M. *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*. Madrid: Icaria Editorial S.A; 2010. p 244-249.
- 22 Fleury S. Modelos de protección social. En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*. Washington: INDES; 2002. p. 3-6.
- 23 Mejía L, Franco A. *Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina*. *Revista Salud Pública* 2007; 9(3):471-483.
- 24 Rodríguez O. Programas de investigación y políticas públicas en los sistemas de protección social. En: Hernández A, Rico de Sotelo C, editoras. *Protección social en salud en América Latina y el Caribe*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana 2011. p 35-68.
- 25 Naciones Unidas-CEPAL. *La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2002. p 37-38.
- 26 Naciones Unidas-CEPAL. *Panorama Social de América Latina 2009*. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010. p 43.
- 27 Bonilla A, Gruat J. *Protección Social: una inversión durante todo el ciclo de vida para propiciar la justicia social, reducir la pobreza y fomentar el desarrollo sostenible*. Ginebra: OIT; 2003. p 1-44.