

DESIGUALDADES EN SALUD EN LA NORPATAGONIA ARGENTINA: UNA APROXIMACIÓN DESDE EL ENFOQUE DE LAS CAPACIDADES

Health Inequality in Argentina North-Patagonia: an approach from capacities framework

Soledad Pérez / Serena Perner

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

soledadaperez@gmail.com

Resumen:

En los últimos años ha aumentado la cantidad de estudios orientados a indagar acerca de la relación entre desigualdades sociales y salud. Si bien América Latina es el continente con mayores asimetrías en la distribución de ingresos, esto no se correlaciona con el desarrollo de esfuerzos intelectuales dirigidos a analizar el impacto de las desigualdades socioeconómicas en los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado (PSEAC).

En función de ello, en el presente trabajo nos propusimos analizar desigualdades en la salud a la luz del enfoque de las capacidades seniano, prestando especial atención a los funcionamientos logrados en salud y a las prácticas alimentarias, de actividad física en poblaciones de contextos socioeconómica y culturalmente diferentes. Para ellos tomamos como evidencia empírica un relevamiento realizado en la ciudad de San Carlos de Bariloche, Río Negro, norpatagonia argentina¹.

Palabras clave: desigualdades; salud; capacidades.

Abstract:

Research on the connection between social inequality and health care has burgeoned over the past years. Although Latin America is the continent with the highest asymmetries in income distribution, this does not coincide with the development of academic efforts/projects aimed at analysing the impact of socio-economic inequality on health/illness/medical care/healthcare processes (PSEAC).

Against that backdrop, this work aims to explore inequalities in health from the perspective of Sen's capabilities approach. We focus especially on functionings achieved in health and nutrition practices and physical activity in popula-

¹ El relevamiento se realizó a mediados 2013.

tions from different socio-economic contexts and cultures. Our empirical data is based on a survey carried out in the city of San Carlos de Bariloche, Río Negro, in the Argentine North Patagonian region².

Keywords: Inequalities; Health; Capacities.

Introducción

El interés por el estudio de las desigualdades en salud se renovó en las últimas décadas del siglo XX, luego de la publicación del Informe Black en Gran Bretaña (Black, Smith y Townsend: 1980); a partir de entonces las investigaciones sobre desigualdades incorporaron nuevos indicadores tales como la esperanza de vida libre de incapacidad, las muertes evitables y las morbilidades específicas. En la misma línea, a partir de la década del 90, distintos estudios se focalizaron en el rol que desempeñan el sexo, la edad, la etnia y la situación sociocultural y económica de las personas en la generación de las desigualdades en salud (Barbosa da Silva, 2002; Borrell, 2003; Gwatkin, 2000; Lopez et al., 2005; Macintyre et al., 1996).

La mayoría de los estudios sobre desigualdades en salud utiliza abordajes de macroáreas, que comparan características de países o regiones dentro de un mismo país; donde se relacionan indicadores demográficos, socioeconómicos o de condiciones de vida, como variables independientes, y los resultados de salud, como variables dependientes (Alazraqui y Spinelli, 2008). Sin embargo, como sostienen Alazraqui y Spinelli (2008):

“los indicadores agregados a nivel nacional, regional y provincial homogeneizan valores que pueden ocultar una amplia dispersión. Por este motivo, trabajar con unidades espaciales pequeñas permite poner al descubierto diferencias que debieran ser abordadas a los fines de resolver las necesidades de los diferentes espacios poblacionales. La posibilidad de identificar necesidades y desigualdades estará en relación directa con el nivel de agregación de la información” (p.24).

Con la intención de contrarrestar este déficit, nos propusimos realizar un análisis a escala local tomando como marco el enfoque de las capacidades desarrollado por Amartya Sen.³ Para este autor, la salud constituye una de las condiciones más relevantes de la vida humana y un aspecto primordial en el marco de la reflexión ética en torno a la justicia social.

En lo que sigue, expondremos las categorías centrales del enfoque de las capacidades dando cuenta de su utilidad para el abordaje de la salud. Habiendo dado cuenta del enfoque, describiremos la metodología utilizada para realizar el relevamiento. Posteriormente, nos centraremos en el análisis de los datos recogidos y finalmente expondremos algunas conclusiones que surgen del trabajo realizado.

² The survey was carried out during mid 2013.

³ Si bien excede las pretensiones de este trabajo, es oportuno aclarar que consideramos a este enfoque como un marco evaluativo y no una teoría cerrada. En este sentido, seguimos la distinción de niveles de análisis realizada por Robeyns (2003) para quien el enfoque de las capacidades debe considerarse primero como marco de pensamiento, luego como crítica a otros enfoques de la evaluación del bienestar y finalmente como fórmula para hacer comparaciones interpersonales de bienestar.

Articulación entre el enfoque de las capacidades de Amartya Sen y la salud

El enfoque de las capacidades constituye un marco evaluativo no prescriptivo cuyo desarrollo comenzó en la década del 80. La ruptura conceptual generada por este enfoque se vincula a la apertura de una nueva estrategia de evaluación del bienestar, que no está centrada en los bienes sino en la libertad que tienen los individuos de llevar el tipo de vida que valoran. En esta línea, el valor que tiene un estilo de vida depende de la libertad que ha tenido el sujeto de elegirla.

Los conceptos fundamentales del enfoque de Sen son los funcionamientos y las capacidades; los primeros son estados y acciones de una persona, mientras que las capacidades son las diversas combinaciones de funcionamientos que una persona puede alcanzar. Las realizaciones identifican los objetos valiosos, mientras que las capacidades determinan el valor que la persona asigna al conjunto de esas realizaciones (Sen 1997).

La conexión de los funcionamientos con las condiciones de vida es más directa que con las capacidades, que están atadas a la noción de libertad. Desde esta perspectiva, conocer los bienes que una persona posee o puede usar, no es suficiente para saber qué funcionamientos puede alcanzar ya que se deben tomar en cuenta tanto los procesos que posibilitan la libertad de acción y de decisión como las oportunidades que tienen los individuos en función de sus circunstancias personales y sociales.

El enfoque de las capacidades no considera los funcionamientos que una persona ha logrado como la última medida normativa. Para Sen, entre los bienes y lo que se puede conseguir con ellos median una multiplicidad de factores personales y sociales que hacen que el resultado final entre los logros de una persona y otra varíe significativamente. Desde esta perspectiva, la característica principal del bienestar está dada por aquello que una persona puede "realizar", entendiendo esta noción en un sentido amplio. Al hablar de realizaciones, Sen alude a "varias formas de hacer y ser" (Sen 1997: 77). Las mismas, pueden consistir en actividades o estados de existencia o de ser. Entre las primeras encontramos: comer, leer, ver; y entre las segundas, situaciones como estar bien nutrido, tener buena salud, no estar avergonzado por la vestimenta que se lleva, etc. Lo central es que las personas tengan libertad para desarrollar el tipo de vida que quieren. El desarrollo y el bienestar son analizados de una manera comprensiva e integral en la que se presta atención a las relaciones entre el bienestar material, mental y espiritual, como también a las dimensiones económicas, sociales, políticas y culturales de la vida.

Para Sen, la pobreza debe pensarse como privación de capacidades (*capability deprivation*). Estar privado no es sinónimo de carencia de capacidades. Sen, al hablar de *capability deprivation*, lo hace pensando en la suspensión del potencial de las personas, en la suspensión de ciertas capacidades que están presentes y que no pueden desarrollarse por diversos condicionantes a los que se ven sometidos los individuos: enfermedades, escasos o nulos ingresos, desempleo o falta de educación, entre otros.

En línea con lo anterior, Sen se ocupa de la importancia que tienen ciertas libertades para el enriquecimiento de la vida de las personas, entre las que se destacan capacidades elementales como: evitar situaciones de desnutrición, la morbilidad evitable, la mortalidad prematura; también libertades relacionadas con la capacidad de expresarse, leer, escribir, calcular o tener participación activa en política (Sen 2000).

Este conjunto de capacidades elementales y las libertades a las que están asociadas, no son sólo instrumentalmente importantes; su importancia no radica en que su ausencia impediría alcanzar otros logros, sino en que son constitutivas del desarrollo. "Hay que prestar considerable atención a los factores sociales, incluidas las intervenciones del Estado, que contribuyen a determinar la naturaleza y el alcance de las libertades individuales. Las instituciones sociales pueden contribuir de manera decisiva a garantizar y a aumentar las libertades del individuo" (Sen 2000: 61).

Tal como se desprende de la cita anterior, las capacidades individuales para Sen dependen en gran medida de los sistemas económicos, sociales y políticos. En esta línea, los individuos deben ser vistos como agentes que participan activamente en el diseño del curso de sus vidas si tienen oportunidades para lograrlo. Estas oportunidades no son ajenas al rol que desempeñan el Estado, las instituciones y la sociedad en la protección y reforzamiento de las capacidades humanas. “Su papel es ayudar, no proporcionar algo ya acabado” (Sen, 2000: 75).

Para Sen, el espacio de evaluación debe ser el de las libertades fundamentales. Dado que el propósito consiste en centrar la atención en las oportunidades del individuo para alcanzar sus objetivos, se deben considerar no sólo los bienes de los que disponen los sujetos, sino las características personales que condicionan el proceso de conversión de los bienes en logros. Una enfermedad, o la edad avanzada, pueden condicionar seriamente las posibilidades de desarrollar una vida normal, aún cuando las cantidades de bienes que las personas posean sean mayores comparadas con las de una persona más joven y sana.

En este punto, cobra importancia según Sen la noción de funcionamientos/realizaciones, que manifiestan “*las cosas que una persona puede valorar hacer o ser*” (Sen 2000: 99). Las realizaciones valorables abarcan un espectro que va desde cuestiones elementales, como comer o no padecer enfermedades evitables, hasta actividades o estados personales, como respetarse a sí mismo o participar en actividades comunitarias. “*La capacidad de una persona se refiere a las diversas combinaciones de funciones que puede conseguir... es un tipo de libertad: la libertad fundamental para conseguir distintas combinaciones de funciones*” (Sen 2000: 99-100). Se trata de la libertad de elegir el estilo de vida que se quiere llevar.

Si bien el enfoque de las capacidades no contempla una concepción específica de la salud, sus conceptos centrales, brindan coordenadas para analizar este campo. En este sentido, puede pensarse tanto en el rol preponderante asignado a la libertad como fundamento ético de las acciones en salud, la concepción de la persona como agente y la valoración de la percepción que cada persona tiene basada en su objetividad posicional aplicables al campo de la salud, así como también, el pluralismo valorativo.

Desde esta perspectiva, la evaluación de la salud no atañe solamente al hecho de que las personas estén libres de enfermedades sino que tengan la libertad para alcanzar funcionamientos valiosos como estar bien nutrido y otros más complejos como el respeto a uno mismo o el autocuidado.

En este contexto, las desigualdades en salud y las diferencias respecto a las prácticas alimentarias y de actividad física que se asocian a las mismas, entendidas como formas de autocuidado, ponen de manifiesto algo mucho más profundo que es el vínculo entre la salud y las posibilidades de llevar el tipo de vida que cada uno valora, sin padecer enfermedades y sufrimientos evitables.⁴

⁴Cabe mencionar que al analizar las prácticas alimentarias y las actividades físicas es necesario ser cuidadosos respecto a qué se considera hábitos de vida saludables ya que estas nociones pueden entrar en tensión con el respecto del tipo de vida que cada uno valora, con la necesidad de pensar desde la capacidad de agencia de los sujetos para valorar distintos conjuntos de funcionamientos en relación con su propia salud y por otro, subestimar las oportunidades que las personas tienen de alcanzar tales funcionamientos en función del contexto económico, social y cultural en el que viven.

Objetivos y Metodología

El objetivo de este trabajo apunta a analizar condiciones de salud, prácticas de alimentación y de actividad física en poblaciones de contextos socioeconómicos y culturalmente divergentes, prestando especial atención a la autopercepción de la salud, la prevalencia de sobrepeso/obesidad, de azúcar elevada/diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia desde el enfoque de las capacidades seniano.⁵

Para ello, realizamos una encuesta cuyo diseño fue transversal o de prevalencia. Dicho instrumento fue creado específicamente para este trabajo por un grupo de investigación interdisciplinario (médicos, antropólogos, sociólogos, trabajadores sociales, profesores de educación física) de la Universidad Nacional de Río Negro. Para su realización se utilizó como base el formato de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada por el Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Salud, 2011), en la cual fueron incorporadas preguntas específicas sobre actividad física y alimentación

El relevamiento se hizo a partir de una encuesta realizada en 2013 a familias de dos escuelas: una pública y una privada de la ciudad de Bariloche⁶ (Río Negro, Argentina) como estrategia de aproximación a familias de distinto nivel socioeconómico.⁷ La escuela pública concentra a grupos de sectores de nivel socioeconómico medio bajo o bajo, que viven en el mismo barrio o en barrios cercanos; en tanto que el establecimiento privado recibe niños y niñas de sectores medio-altos y altos de diversos barrios. La población de estudio estuvo representada por las familias de los niños de ambas instituciones. Fueron encuestadas 69 familias en la escuela pública, lo que representó a 145 niños (muchas familias tienen más de un niño en esta institución), es decir, un 35% de la matrícula de esta institución. De la escuela privada fueron encuestadas 80 familias, representado a 137 niños (nivel inicial y primario), un 46% de su matrícula.

⁵ Las capacidades y funcionamientos de una persona están imbricadas pero son distintas. Los funcionamientos son logros, mientras que la capacidad es la habilidad para alcanzarlo. La conexión de los funcionamientos con las condiciones de vida es más directa en contraste con las capacidades que están atadas a la noción de libertad, es decir, a las oportunidades reales que un individuo tiene de alcanzar el tipo de vida que prefiere. La noción de capacidades apunta a situarse entre la subjetividad de las preferencias y la objetividad de las necesidades, manifestando la libertad que una persona tiene para desarrollar el tipo de vida que valora; de modo que el valor que tiene un estilo de vida depende de la libertad que ha tenido el sujeto de elegirla.

⁶ Bariloche es una ciudad en la cual una parte de la población vive en condiciones socioeconómicas y ambientales privilegiadas, y un gran grupo en condiciones de alta vulnerabilidad. Esta polarización económico-social y cultural se manifiesta en la convivencia, no libre de conflictos, entre la imagen de una aldea turística (inserta en la zona de bosques y lagos), y numerosos barrios pobres (ubicados en su mayoría en la zona suroeste de la ciudad, zona de estepa, más vulnerable a condiciones climáticas adversas, zona denominada localmente como “el alto”).

El turismo es una de las principales fuentes de ingreso de esta localidad, lo que genera en la economía local oscilaciones propias de esta actividad: con puestos de trabajo temporario y una mayor oferta de empleo durante los meses de mayor afluencia de turistas en la zona.

⁷ La primera se ubica al este de la ciudad y la segunda en el oeste. En el caso de la institución pública se trata de un Centro de Desarrollo infantil⁷ y de una escuela primaria de jornada simple, mientras que la escuela privada, se caracteriza por ser bilingüe, de jornada completa y posee nivel inicial, primario y secundario.

Aproximación general a la caracterización de lo/as encuestado/as

En ambas instituciones las encuestas fueron respondidas en una mayor proporción por mujeres (88.4% en la escuela pública vs. 77.5% en la privada). El promedio de edad general de los padres encuestados fue mayor en la escuela privada (39 años) que en la escuela pública (32 años), característica asociable al mayor nivel educativo de las madres y los padres de este sector que probablemente hayan podido planificar su maternidad/paternidad y posponerla para luego de terminados sus estudios.

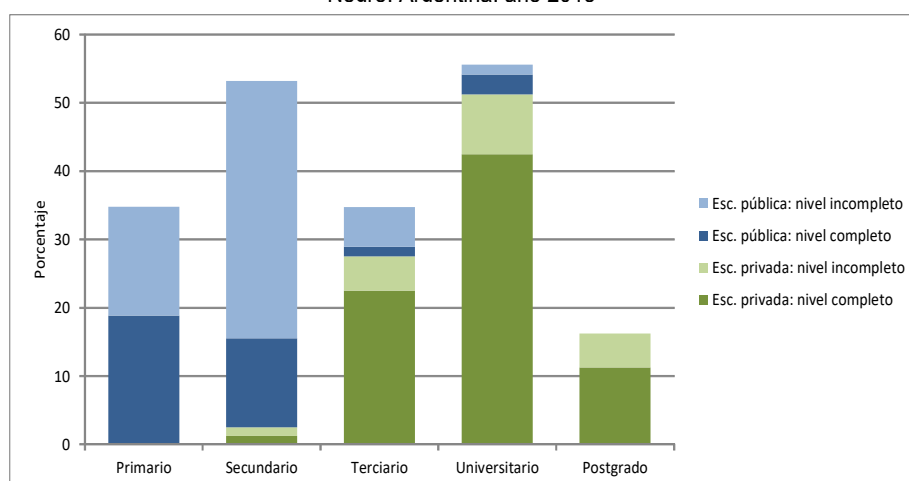
Respecto a los lugares de residencia, los familiares de la escuela pública residían en su mayoría (88,5%) en barrios cercanos a la escuela: a una distancia máxima de 20 cuadras. En cambio, las familias que respondieron de la escuela privada provenían de 38 barrios distintos, ubicados hacia el norte y oeste de la ciudad: algunas familias a unas pocas cuadras y otras a una distancia de 20km.

En cuanto al lugar de procedencia, los familiares que concurrían a la escuela pública nacieron en su mayoría en Bariloche (63%). Los restantes nacieron en otras localidades de Río Negro (11.6%), otras provincias argentinas (14.5%) u otros países (14.5%). Estos últimos, en general, migraron de países limítrofes, como Chile y Paraguay. La mayoría de los que nacieron en otros lugares viven hace más de 10 años en Bariloche.

Los familiares de la escuela privada, en una proporción similar a los que en la otra escuela habían nacido en Bariloche son oriundos de otras provincias argentinas (65%), principalmente de Ciudad de Buenos Aires o provincia de Buenos Aires. Un 25% nacieron en Bariloche y un 7.5% en otros países, como Escocia, Suiza y Francia. Al igual que los familiares de la escuela pública, los que no nacieron en Bariloche viven hace más de 10 años en esta localidad, lo cual nos permite pensar en un cierto nivel de arraigo al lugar y de consolidación de la posición económica.

Por otra parte, se observó una notable diferencia en el nivel de instrucción alcanzado. Entre los familiares de la escuela privada, el 95% concurrió al nivel terciario o universitario (de grado y postgrado); el 76% completó el nivel que inició. En cambio, entre los familiares de la escuela pública la mayor proporción concurrió a la escuela secundaria (51.5%), pero solamente una de cada cuatro personas completaron ese nivel (véase el gráfico 1).

Gráfico 1: Nivel de instrucción alcanzado (escuela pública y privada).. Bariloche, Río Negro. Argentina. año 2013



En cuanto a la situación laboral, hubo una mayor proporción de encuestados que se encontraban trabajando entre los de la escuela privada respecto en los de la escuela pública (85% en privada vs 48% en pública). Esto se modifica si distinguimos por sexo (ver tabla 1).

En ambas instituciones, los hombres trabajaban una mayor cantidad de horas por semana que las mujeres. Un promedio de 24hs semanales las mujeres en la pública vs. 35hs en la privada; 34hs semanales promedio los hombres en la pública vs 40hs semanales en la privada. La mayoría de los entrevistados de los dos lugares poseía un empleo permanente, pero esta proporción fue mayor entre los trabajadores de Woodville (ver tabla 1).

Tabla 1: Situación laboral.
Familiares de la escuela pública y privada. Bariloche, Río Negro, Argentina, 2013.

| | Escuela pública (N=69) | Escuela privada (N=80) |
|-------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Trabaja (entre las mujeres) [n (%)] | | |
| Si | 26 (42,6) | 51 (82,3) |
| No | 35 (57,4) | 10 (16,1) |
| NC | | 1 (1,6) |
| Trabaja (entre los hombres) [n (%)] | | |
| | 7 (87,5) | 17 (94,4) |
| | 1 (12,5) | 1 (5,6) |
| Situación laboral [n (%)] | | |
| En su negocio/empresa/act | 9 (27,3) | 43 (72,8) |
| Obrero/empleado para un patrón | 16 (48,5) | 12 (20,4) |
| Servicio doméstico | 6 (18,2) | |
| Otro | 2 (6,0) | 2 (3,4) |
| NC | | 2 (3,4) |
| Situación contractual [n (%)] | | |
| Trabajo permanente | 19 (57,6) | 53 (78,0) |
| Trabajo temporario (plazo fijo) | 5 (15,1) | 6 (8,8) |
| Una changa | 4 (12,1) | |
| Trabajo de duración desconocida | 5 (15,2) | 7 (10,3) |
| NC | | 2 (2,9) |

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta realizada en ambas instituciones

Respecto a la cobertura de salud, el mismo porcentaje de encuestados en ambos grupos poseía obra social: 35%. La diferencia más notable radica en que mientras el 62% de los familiares de niños que concurren a la escuela pública no posee cobertura de salud, un porcentaje similar de las familias de la escuela privada po-

seen una prepaga (61%). Con respecto al lugar donde realizaron su atención, casi la totalidad de los familiares de la escuela privada utilizaban el sistema privado, en cambio los familiares de la escuela pública utilizaban en su mayoría el sistema público, inclusive las familias que poseen alguna obra social. Esto da cuenta de la calidad del servicio brindado por muchas obras sociales, cuando a pesar de poseerlas, se elige el sistema público.

Autopercepción de la salud y objetividad posicional

Entre los aspectos relevados en la encuesta se destaca la percepción de la salud de los propios sujetos encuestados. Esta forma de aproximarse al conocimiento de las condiciones de salud de las personas es el método utilizado en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y recomendado por la Organización Mundial de la Salud (2014) sobre la vigilancia de factores de riesgo (instrumento STEPS⁸), se utiliza en estudios epidemiológicos para medir calidad de vida debido a que ha sido validado para predecir la morbi-mortalidad. Presenta variantes de acuerdo al sexo, la edad, raza, etnia, niveles de educación, niveles de ingresos, situación laboral, entre otros factores (Alazraqui et al., 2009).

Los resultados arrojados respecto de la autopercepción de la salud pueden ser interpretados a la luz de la idea de objetividad posicional propuesta por Sen. Siguiendo a este autor, existen dos perspectivas para la evaluación de los estados del bienestar, la salud y la calidad de vida: por una parte, una perspectiva observacional vinculada a una posición exterioridad respecto de lo observado y por otro lado, una perspectiva inherente al carácter posicional de las valoraciones de los sujetos en torno a su propia vida. En este sentido es que creemos que los resultados de la autopercepción de la salud deben ser analizados considerando la objetividad posicional. Esto no implica adoptar una mirada ingenua sobre los resultados, ya que la percepción de los propios sujetos puede estar limitada por el contexto de vida, llevándolos en algunas ocasiones a naturalizar o invisibilizar ciertas situaciones. La naturalización de las privaciones, la resignación frente a las carencias, o el acostumbramiento a ciertos malestares físicos, entre otros, llevan a la pérdida de la capacidad de expresar deseos, aspiraciones, que encubren situaciones de injusticia e inequidad.

Así las cosas, en este punto, encontramos diferencias según el nivel socioeconómico, no así en el sexo o la edad. La auto-percepción de la salud fue notablemente mejor entre los familiares de la escuela privada: un 82% refirió poseer una salud excelente o muy buena. En cambio, entre los de la escuela pública, ninguno consideró su salud como excelente, y más del 40% la consideró buena.

Prácticas de actividad física

Con respecto a la actividad física la indagación se desdobló: se preguntó en una primera instancia si realizaban alguna actividad física (Tabla 2) y luego si caminaban durante al menos 10 minutos por semana. En términos generales, las familias de la escuela privada refirieron que realizan actividad física en una mayor proporción (81% en privada vs. 26 en pública), dedicando a la misma una mayor cantidad de tiempo.

⁸ STEPS es un método recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles; y es el método utilizado en nuestro país, donde ya se han realizado tres encuestas nacionales de factores de riesgo, en el año 2005, 2009 y 2011 (Ministerio de salud 2011; Ministerio de salud, 2014).

Dentro de este mismo grupo, en su mayoría caminan casi todos los días una gran cantidad de cuadras; en general para llevar a los chicos a la escuela o para hacer las compras. Actividades que, los de la escuela privada, realizan en auto propio. Cuando caminan, la mayor proporción lo hace porque le dedica tiempo exclusivo a realizar dicha actividad.

Las actividades físicas que realizan los familiares de niños asistentes a la escuela privada fueron absolutamente variadas, la mayoría concurre a un gimnasio a realizarlas, seguido por los que la realizan en lugares públicos. Se trata de actividades elegidas como momentos de distensión asociadas al cuidado de la salud, al disfrute y dada la diversidad de prácticas, podríamos interpretar que a la búsqueda de distinción. Coincidentemente en ambos grupos, al indagar acerca de las razones por las que realizan actividad física, respondieron principalmente que lo hacen por gusto o diversión y por razones de salud.

La mayoría de los encuestados de la escuela privada realizan actividad física solitariamente, siendo una menor proporción los que realizan actividad física con amigos o compañeros. Mientras que los encuestados de la escuela pública practican actividad física principalmente con amigos o compañeros.

El principal motivo mencionado por el cual no realizaban actividad física es el mismo para los dos grupos: la falta de tiempo. El tiempo es un recurso fundamental cuya distribución desigual sirve especialmente en contextos de escasez de otro tipo de recursos. Esto repercute en el ejercicio de la libertad para usar el tiempo, que deriva en lo que diversos autores han denominado "pobreza de tiempo". La pobreza de tiempo, afecta las capacidades individuales y puede desgastar el capital humano y la salud, socavando el bienestar. En este sentido, existe una marcada diferencia en los roles y responsabilidades por género entre esferas productivas y reproductivas y suelen ser las mujeres, que dedican más horas de su tiempo al trabajo no remunerado, quienes experimentan este tipo de carencia.

La segunda causa vinculada a la no realización de actividad física fue distinta: fueron esgrimidos motivos económicos en el caso de los familiares de la escuela pública, y falta de voluntad en los familiares de los niño/as los de la escuela privada. Aparece aquí un condicionamiento estructural, la falta de recursos económicos para afrontar ese gasto, frente a la posibilidad de decidir.

Al ser consultados respecto al tiempo diario que realizan actividades sentados (como mirar televisión, utilizar la computadora, trabajar sentados u otras actividades), los familiares de la escuela pública respondieron que miran en mayor proporción televisión, con un promedio diario más elevado de horas que los de la escuela privada. En contraste, una gran proporción de personas de este sector utiliza computadora, muchos de ellos por motivos laborales. Gran cantidad de los familiares de niños que asisten a la escuela pública hicieron referencia a que no utilizan computadora porque no tienen. La mitad de los encuestados vinculados a la escuela privada trabaja parte del día sentado, marcando una acentuada diferencia con los familiares de los niños que concurren a escuela pública, de los cuales solo tres personas dijeron que parte de su jornada laboral es sentada.

Tabla 2: Realización de actividad física. Escuela pública y privada.
Bariloche, Río Negro, Argentina, 2013.

| | Escuela pública (N=69) | Escuela privada (N=80) |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Actividad física [n (%)] | | |
| Si realiza | 18 (26,1) | 65 (81,3) |
| No realiza | 51 (73,9) | 15 (18,7) |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Con quien realiza actividad física [n (%)] | | |
| Amigos – compañeros | 9 (50) | 23 (32,4) |
| Sola | 4 (22,2) | 28 (39,4) |
| Grupo | 3 (16,7) | 7 (9,9) |
| Pareja | 1 (5,6) | 2 (2,8) |
| Otros | 1 (5,6) | 8 (11,3) |
| NC | 1 (5,6) | 3 (4,2) |
| Lugar de realización de actividad física [n (%)] | | |
| Gimnasio | 5 (26,3) | 37 (48,1) |
| Espacio público | 10 (52,6) | 27 (35,0) |
| Hogar | 4 (21,1) | 9 (11,7) |
| Centro municipal o prov. | | 1 (1,3) |
| Trabajo | | 1 (1,3) |
| Club | | 2 (2,6) |
| Motivo de realización de actividad física [n (%)] | | |
| Por gusto / diversión | 11 (57,9) | 37 (46,3) |
| Por razones de salud | 6 (31,5) | 26 (32,5) |
| Por razones estéticas | 1 (5,3) | 7 (8,8) |
| Para competir | 1 (5,3) | 4 (5) |
| Por hábito | | 4 (5) |
| Por Obligación | | 1 (1,3) |
| Bienestar | | 1 (1,3) |
| Frecuencia de realización de actividad física [n (%)] | | |
| Menos de 1 vez/ sem. | | 4 (6,2) |
| 1 vez por semana | 8 (44,4) | 9 (13,8) |
| 2 veces por semana | 4 (22,2) | 20 (30,8) |
| 3 veces por semana | 2 (11,1) | 19 (29,2) |
| Más de 3 veces por sem | 4 (22,2) | 13 (20) |

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta realizada en ambas instituciones

Prácticas de alimentación

Con respecto a la alimentación, la encuesta apuntó a indagar respecto a quien asume en la familia la responsabilidad de las compras de alimentos y donde se realizan. En ambos grupos las compras forman parte del trabajo no remunerado realizado por las mujeres; la mayoría realizaba las compras en supermercados. Entre los familiares de la escuela privada, un 20% además realiza las compras en otros negocios: pollería, pescadería, verdulería, dietética o carnicería. En ambas instituciones hay algunas familias que participan de cooperativas de consumo.

El consumo de frutas fue mayor entre los entrevistados de la escuela privada (91% privada vs. 75% pública) y entre los hijos de la escuela privada (97% privada vs. 87% pública). En cambio, el consumo de verduras fue similar en ambas instituciones, alrededor del 95% tanto entre los padres como entre los hijos.

Con respecto al consumo de sal, entre las familias ligadas a la escuela pública el 40% refiere que le agrega sal siempre o casi siempre a las comidas, el 17% a veces y el 29% nunca, mientras que en la escuela privada, un 18% refirió que le agrega sal siempre o casi siempre a las comidas siendo un 46% los que raras veces y nunca.

En relación a las prácticas alimentarias también se indagó acerca de con quién/quienes comparten el almuerzo y la cena los familiares encuestados. Las diferencias respecto a la duración de la jornada escolar, permiten comprender que el almuerzo sea compartido con los hijos o con toda la familia en la mayoría de los hogares entrevistados de la escuela pública, a diferencia de los que concurren a la escuela privada, donde la mayoría almuerza sola/o ó con su pareja. En cambio, la cena era realizada por la mayoría con toda la familia en ambas instituciones.

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular

Finalmente, fue relevada la prevalencia de sobrepeso/obesidad (mediante el relevamiento del peso y la talla autoreferido de los entrevistados), de azúcar elevada/diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia en base al autorreporte⁹. Entre los encuestados de la escuela pública hubo mayor prevalencia de azúcar elevada/diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad. En el caso de la hipercolesterolemia la prevalencia fue mayor entre los familiares de la escuela privada (tabla 3). Respecto de la diabetes, es considerable la diferencia entre uno y otro grupo poblacional, siendo el 23,2% en los familiares de niños/as que concurren a la escuela pública, y el 5% en la escuela privada advirtiéndose una importante distancia respecto a la media nacional, en mayores de 18 años, en el año 2013 se ubicó en el 9,8%¹⁰ (Ministerio de salud, 2014). Respecto de obesidad y sobrepeso, la diferencia entre ambos grupos es superior a 10%, desaventajando también a los adultos vinculados a la escuela pública.

⁹ Método recomendado por la OMS para la medición de factores de riesgo en enfermedades crónicas mediante el instrumento STEPS.

¹⁰ La diabetes es una enfermedad donde la prevalencia (cantidad de personas afectadas en la población en determinado momento) y la incidencia (número de casos nuevos de una enfermedad) presentan una relación lineal con la edad: a mayor edad, mayor prevalencia. Entonces, teniendo en cuenta que la población en nuestro trabajo no incluyó a adultos mayores y que este valor de la ENFR si los incluyó, esta diferencia fue mayor: en la población de 35 a 49 años la prevalencia de diabetes según la ENFR fue del 7,9% a nivel nacional, y en los mayores de 65 años llegó a un 19%.

Tabla 3: Prevalencia de enfermedades crónicas.
Familiares de la escuela pública y privada. Bariloche, Río Negro, Argentina, 2013.

| | Escuela pública (N=69) | Escuela privada (N=80) |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Diabetes o azúcar elevada [n (%)] | | |
| Si | 16 (23,2) | 4 (5) |
| No | 52 (75,4) | 76 (95) |
| NC | 1 (1,4) | |
| Hipercolesterolemia [n (%)] | | |
| Si | 2 (2,9) | 11 (13,8) |
| No | 66 (95,7) | 67 (83,8) |
| NC | 1 (1,4) | 2 (2,4) |
| Hipertensión arterial [n (%)] | | |
| Si | 9 (13) | 8 (10) |
| No | 60 (87) | 72 (90) |
| Peso corporal (IMC) [n (%)] | | |
| Bajo peso | 1 (1,5) | 1 (1,3) |
| Normal | 30 (43,5) | 56 (70,0) |
| Sobrepeso | 21 (30,4) | 17 (21,3) |
| Obesidad | 10 (14,5) | 3 (3,7) |
| NS/NC | 7 (10,1) | 3 (3,7) |

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta realizada en ambas instituciones

Reflexiones Finales

El ejercicio de comparar la prevalencia de enfermedades crónicas, prácticas alimentarias y actividad física, entendidas como formas de autocuidado en poblaciones de contextos socioeconómicamente tan diversos, pone de manifiesto no sólo el peso de las limitaciones materiales en la salud de las personas, sino también, el vínculo entre salud, libertad y posibilidades de llevar el tipo de vida que cada uno valora.

Según evidencia el análisis realizado, el contexto configurado por el nivel socioeconómico, el nivel de instrucción y las condiciones laborales de ambas poblaciones impactan en sus capacidades. Las condiciones materiales de vida delimitan los funcionamientos (logros) de salud, formas de alimentación posibles y las prácticas de actividad física realizables y elegibles. En este marco, el desarrollo y la evolución de enfermedades como la diabetes, la hipertensión, la obesidad y el sobrepeso afectan contrastablemente al sector socioeconómicamente menos favorecido aún siendo más jóvenes en promedio.

Tal como pretendimos mostrar, las condiciones de salud de las personas derivan de las oportunidades que estos tienen en tanto sujetos sociales. De ahí que el espacio de evaluación de la salud no pueda limitarse a la autonomía que tienen los sujetos para tomar decisiones que afectan o favorecen el logro de su salud tales como la oferta de ciertos lugares “gratuitos” para hacer actividad física, sino que debe incluir dentro de la evaluación, la libertad real de las personas para procurar el logro de su salud. En este marco, pareciera que la “pobreza de tiempo” influye fuertemente y constituye una limitación previa, que impide la posibilidad de elegir realizar ciertas actividades, aún cuando éstas se muestran como accesibles.

Omitir la dimensión de las oportunidades dentro del análisis de la salud, hace recaer en el sujeto la responsabilidad por su situación de salud y no en pocas ocasiones culpabilizarlo, ignorando el papel fundamental que tiene el Estado y la sociedad frente a los determinantes sociales de la salud y la determinación social de la vida. (Restrepo Ochoa, 2376)

En esta línea, la realización de estudios a escala local, permite visibilizar las asimetrías entre distintos grupos y al interior de los mismos también, posibilitando que se generen otras formas de intervención sobre colectivos especialmente vulnerables.

Bibliografía:

- Alazraqui, M., DiezRoux, A.V., Fleischer, N., Spinelli, H. (2009). Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, 2005. *Cadernos Saúde Pública*. 25(9):1990-2000. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/13.pdf>. [consulta: 28-04-2015]
- Alazraqui, M. & Spinelli H. (2008). Desigualdades en salud en el nivel local / municipal. Lanús: Colección Salud Comunitaria. Ediciones de la UNLa.
- Almeida Filho, N., Kawachi, I., Pellegrini Filho, A., Dachs, N. (2003). Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971–2000) and Descriptive Content Analysis (1971–1995). *American Journal of Public Health*. 93(12):2037-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448147/pdf/0932037.pdf> [Consulta: 28-04-2015]
- Almeida Filho, N. (1999). Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. Washington DC: *Organización Panamericana de la Salud*. Disponible en: <http://www1.paho.org/Portuguese/HDP/HDR/s%E9rie19composite.pdf> [Consulta: 28-04-2015]
- Barbosa da Silva J, Berti Azevedo Barros M. (2002). Epidemiologia e Desigualdade: Notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 12(6):375-383.
- Black, D. Smith, C. y Townsend, P. (1980). Inequalities in health, Report on the reaserch working group. Recuperado de: <http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/> [Consulta: 08-09-2015]
- Borrell C. y Benach J. (2003). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- Bourdieu, P. (2002). La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. México: Taurus.
- Domínguez Alonso, E. (2003). Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*. 24(2):200-213. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v24n2/end09213.pdf> [Consulta: 28-04-2015]
- Fleischer, N. y Diez Roux, A.V. (2013). Inequidades en enfermedades cardiovasculares en Latinoamérica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 30(4):641-648. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n4/a17v30n4.pdf>. [Consulta: 28-04-2015]

- Gwatkin D. (2000). Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer? *Boletín de la OMS*. Recopilación de artículos. 3:3-17.
- López E., Findling L., Abramzón M. (2005). ¿El cuidado de la salud es igual para todos? En: VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población [CD-ROM]. Buenos Aires: Área Salud y Población, Instituto Gino Germani, Facultad Ciencias Sociales, UBA.
- Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. (1996) Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science Medicine*. 42(4):617-624.
- Ministerio de Salud. *Segunda encuesta Nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles*. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Buenos Aires: 2011. Disponible en:http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf[Consulta:28-04-2015]
- Ministerio de Salud. *Tercera encuesta Nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles*. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Buenos Aires: 2014. Disponible en:<http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>[Consulta:28-04-2015]
- OMS (2014). Instrumento del método progresivo (STEPS). Cuestionario básico y cuestionario ampliado. *Organización mundial de la salud*. Disponible en:http://www.who.int/chp/steps/instrument/STEPS_Instrument_V3.0_ES.pdf?ua=1[Consulta:28-04-2015]