

## EQUIDAD, UN FUNDAMENTO DE LA DIMENSION SOCIAL DE LA SALUD

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 1, 1997/ 13-15

Dr. Oscar Román A.\*

En el campo de la salud, equidad significa asegurar una atención médica integral a todos los chilenos, no sólo en un nivel básico sino también en niveles de gran complejidad (1). En Chile, el problema de la pobreza es importante y ello se traduce en diferencias marcadas de ingresos y oportunidades. En la salud éste es un aspecto muy sensible. En Chile existe una medicina muy efectiva, con especialistas de alto nivel, pero tanto el modelo de atención como de financiamiento no permiten que estos recursos estén disponibles para todos, de acuerdo con las necesidades de cada individuo (2). Para el MINSAL (Massad V-96) la falta de equidad es uno de los defectos básicos del sistema (3).

En Europa se ha observado que las desigualdades sociales en la salud pública y en la atención médica preventiva y curativa han aumentado a pesar del crecimiento económico y el progresivo desarrollo social (4). Es un hecho conocido que la reducción de las desigualdades sociales beneficia el nivel de salud de toda la población. Si hipotéticamente en el país las clases media y baja tuvieran la misma mortalidad que las clases alta y medio-alta, el número de muertes totales se vería reducido mucho más que con cualquiera medida específica de salud pública y/o atención médica (4).

Las diferencias entre el ingreso de las clases sociales ha aumentado en los últimos años en vez de reducirse, lo que deriva en peores niveles de salud y menor esperanza de vida en las clases de

bajos ingresos. Esta situación no se observa con claridad si se estudian o analizan los datos globales del país, pero si se desagregan por regiones, por poblaciones en una misma región o por barrios en una ciudad, las diferencias son tremendamente significativas (4, 5).

Los grupos sociales con mejor nivel de estudios son los que presentan menor morbimortalidad C-V, lo que ha inducido a Favaloro (6) a catalogar al nivel socioeconómico como un real factor de riesgo C-V, similar al tabaco, alcohol, dieta, etc.

La **equidad en el acceso** está establecida sólo en términos legales, pues la Constitución Política del Estado resguarda el "libre e igualitario acceso a las acciones de salud". Es muy probable que en nuestro país el acceso legal sea el 100%, pero el acceso físico no lo es, particularmente si pensamos en las áreas rurales. Existen otros factores que limitan el acceso, como:

a) las barreras culturales y de información, que hacen que el número de las acciones preventivas sea el doble en las clases altas en relación a las de menores recursos;

b) el horario de funcionamiento de los centros asistenciales, que hace más difícil el acceso a la población trabajadora y condiciona, por tanto, una mayor dificultad de acceso a los programas preventivos. Esto determina, a la vez, un uso excesivo de los Servicios de Urgencia (4, 7).

La **equidad financiera** del sistema de salud

---

\* Profesor titular de Medicina U. de Chile. Cardiólogo Hospital CL.S.B.A.

tampoco existe. El acceso y la cobertura de atención médica son diferentes según la capacidad económica del usuario (Cuadro 1) (8). Se observa claramente que los beneficiarios privados pueden costearse todas las atenciones de salud, en tanto que los beneficiarios públicos del FONASA, sólo el 41% de sus necesidades. Por ello, la corrección de esta inequidad podría obtenerse mediante una asignación financiera basada en un per cápita, pero corregido por las diferencias demográficas, de edad, socioeconómicas, culturales y de salud local. Es posible aplicar tales fórmulas, como lo han demostrado países como Gran Bretaña y Holanda (4).

CUADRO 1

Equidad en el sistema de salud chileno. 1994

		S. público	S. privado
Población beneficiaria	Nº	8.686.996	3.650.984
	%	70,4	29,6
Gasto Total	US\$ Millon.	1.456	996
	%	59	41
Gasto per cápita	US\$	167	273

Fuente: Superintendencia ISAPRE y FONASA.

Otra gran fuente de inequidad en salud es la referente a la calidad de la atención médica y a sus resultados clínicos. Hay evidente disparidad entre los resultados obtenidos en este aspecto por diferentes servicios clínicos, tanto entre los sistemas público y privado como entre los hospitales y centros de cada uno de ellos. No hay información adecuada respecto a este punto crucial, pero es de sensación pública que las diferencias entre los Consultorios de Atención Primaria entre ambos Sistemas son ostensibles, como también en el mismo Sistema Público entre los Consultorios Municipalizados y los adosados a los Hospitales C y D del Sistema de Servicios de Salud (9, 10).

La información disponible en estudios de otros países (México) (11) y aun entre nosotros en otras esferas, como la educacional (12), son muy claros en conceder gran importancia a la calidad de la acción profesional. En educación, según Gacitúa (12) el problema no está en duplicar el gasto (camino optado por el Gobierno) sino en incrementar el rendimiento didáctico del sistema educativo, o sea, la calidad y eficacia de la labor del magisterio. Ello recién comienza a vislumbrarse, y de modo similar en salud, sólo recientemente se tien-

de a solicitar a los clínicos que colaboren en determinar las normas y características de la atención para optimizar su calidad y eficacia y, por tanto, para mejorar su eficiencia (11, 13).

La calidad de la atención debe enfocarse en dos planos, longitudinal y vertical. Obviamente, en el plano longitudinal es difícil desarrollar una cobertura total con un nivel de calidad y rendimientos óptimos. Ya hemos advertido que la calidad de esta atención, reflejada en la atención primaria, deja mucho que desear y está verdaderamente en crisis (14). Respecto a la verticalidad, ella se refiere a la complejidad de la atención. Depende obviamente del desarrollo de las especialidades en el país. Es casi consenso nacional que nuestros especialistas están a un nivel de excelencia en prácticamente el 100% de las patologías complejas. Sin embargo ello no constituye un cuadro parejo a nivel de los sistemas público y privado y menos en las regiones en relación a la capital. El problema fundamental se refiere al alto costo que esta atención provoca, lo que determina una controversia entre dos posiciones aparentemente muy distantes y antagónicas: una, de ideario social, que establece una canasta mínima adecuada para las diversas patologías. Significa para algunos un nivel mínimo operativo que satisfaga el 100% de los problemas de salud de mediana y baja complejidad y un porcentaje mucho menor de las patologías complejas. De esta manera es posible contener costos. Quedan así sin atención oportuna cuadros clínicos o terapéuticos complejos pero muy sensibles para la opinión pública, como trasplantes, neurocirugía con apoyo de alta ingeniería, rayos laser, cirugías cardíacas complejas, etc. La otra posición plantea que un Sistema de Salud Nacional debe disponer de todas las tecnologías al mejor nivel mundial posible, aunque no todos los Hospitales o Centros las posean. Deberían existir Institutos o Centros capaces de ofrecer servicios en las patologías más complejas o catastróficas (de gran costo financiero y social). Es posible que la solución para un país en desarrollo sea asegurar una adecuada complejidad en Hospitales regionales, y una alta complejidad en Hospitales de la capital o de cabeceras de Regiones de alta densidad de población (4).

Posibles acciones para implementar la equidad en el Sistema de Salud nacional:

Aplicar el principio de solidaridad a la financiación del Sistema de Salud global, esto es, estableciendo que todos los chilenos deben contribuir al financiamiento, de acuerdo a sus ingresos y capacidades socioeconómicas. Los que tienen más o

cuyo riesgo de enfermar es menor durante un largo período de su existencia (jóvenes) deberían contribuir solidariamente al financiamiento. Actualmente los trabajadores imponen un 7% de su ingreso para salud, pero los que depositan sus fondos en el Sistema Privado (ISAPRE) lo hacen para sí mismos (no solidario) en tanto que los que imponen menos, pero que son mayoría, lo hacen en forma solidaria, no sólo para ellos sino también para los indigentes o no imponentes. Es necesario modificar las leyes de Salud y de ISAPRE para establecer, por ejemplo, un seguro único obligatorio de salud para todos los ciudadanos (1, 8). Este seguro debería costear las prestaciones básicas (no mínimas), consultadas en el Arancel de FONASA. Lo que falta podrá ser financiado independientemente por las personas con rentas altas en base a un contrato privado con las ISAPRE, y lo que falte en el sistema FONASA podría ser costeado por el Estado como Aporte Fiscal directo.

## REFERENCIAS

1. Román O., Solar G. Proposición global de reforma del Sistema de Salud en Chile. Cuad. Méd.-Soc. (1993) 34:23-37.
2. Colegios Profesionales de la Salud. Propuesta de política Integral de la Salud. Ed. Col. Med. Chile, 1997.
3. Massad C. El Contexto de la Reforma del Sistema de Salud de Chile. Discurso ante 49ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 1996. Ed. Minsal, 1996.
4. Bengoa, R. Sanidad, la Reforma posible. Documentos ESADE (Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas), España. Ed. Bega Comunicación, Navarra. 1997.
5. Román Alfredo. Comparación del Gasto per cápita de Salud en los Servicios de Salud. Comunicación personal. 1993.
6. Favalaro R. La Rehabilitación Cardíaca. Sus implicancias sociales. ICYCC (Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de la Fundación Favalaro. VIII-1996. Buenos Aires.
7. Feliú R. Crisis en los Servicios de Urgencia. Cuad. Med. Soc., 1993.
8. Román Alfredo. Sistema de Salud en Chile. Tesis Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada, España. (Comunicación personal), 1997.
9. Román O. La Salud Municipalizada en la Visión del PRSD. Documentos Comisión de Salud. 1994.
10. Gattini C. y col. La Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud Minsal. 1993.
11. Arredondo A. Evaluación económica del cambio en el perfil epidemiológico: información para las reformas del sector salud. Rev. Med Chile (1997) 125: 244-252.
12. Gacitúa A. ¿Qué será lo que quiere el Estado? ¿Mejorar la calidad de la educación? Rev. Ch. Psicología 1994. 15: 51-63.
13. Román O. Costo-Beneficio de un Programa de control de la Hipertensión Arterial. Proyecto DP-SSMC. 1997.
14. Román O. El Sistema de salud Pública y el Gobierno. Documento para la O. Multigremial del SSMC. 1996.