

EQUIDAD EN SALUD Y ATENCION DE SALUD

Cuad. Méd. Soc. XLI, 3-4, 2000/ 14-20

Dr. Carlos Montoya Aguilar*

RESUMEN

En una reunión organizada por la OPS (octubre 1999) se abordó la marcada desigualdad en niveles de salud y atención de salud que existe en países de América Latina y el Caribe. Este fenómeno se relaciona con la desigualdad de ingresos, con el tipo, lugar y calidad de atención, con las clases de intermediación financiera del sistema de salud, con las políticas de salud, con el desarrollo económico del país, y con decisiones y preferencias personales. Influyen en los resultados los indicadores de salud que se utilicen.

El autor presenta un esquema conceptual que organiza algunas de las relaciones en juego y que destaca el papel de las sucesivas instancias de *distribución del producto nacional* y el rol de la organización social, así como el de la posición de cada país en el sistema global.

Este marco puede ser útil para orientar ulteriores investigaciones que ayuden a formular recomendaciones de políticas gubernamentales en este campo.

Palabras claves: equidad, calidad de la atención de salud, financiamiento gubernamental.

ABSTRACT

A meeting organized by PAHO (October 1999) dealt with the inequalities in levels of health and health care that exist within countries of Latin America and the Caribbean.

These inequalities are related to: income distribution; types, place and quality of care; age and sex of users; categories of financial intermediaries; the level of national income; health policies, and personal preferences.

The health status indicators utilized may influence the results obtained.

The author presents a conceptual framework that structures some of the relationships found. This highlights the successive instances of opportunities for redistribution of the national product and the role of social organization, as well as the need to take into account the place that each country occupies in the global system.

This framework may be useful in guiding new research that might help in formulating policy recommendations on the subject.

Key words: equity, quality of health care, financing, government.

* Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile.

INTRODUCCION

Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con el Banco Mundial y con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, convocó a una reunión en la cual economistas y otros profesionales abordaron el tema de las desigualdades en salud y atención a la salud, con especial referencia a América Latina y el Caribe (Washington, D.C., 5-6 octubre 1999).

Varios investigadores usaron la información disponible en Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Perú y otros países, con los objetivos de determinar:

- La existencia y magnitud de las desigualdades intranacionales en indicadores de niveles de salud y de atención de salud.
- Las relaciones entre una y otra variable, buscando medir la brecha entre servicios y necesidades.
- Los factores de las desigualdades.
- Los eventuales problemas de información y de metodología.

DESIGUALDADES EN SALUD

El nivel de salud mostró, en todos los países mencionados, una marcada desigualdad, siempre que se usaron indicadores objetivos, tales como la mortalidad, la morbilidad, la estatura, la edad de la menarquía y el informe sobre episodios de enfermedad en un período breve y reciente. Se encontró, además, que el nivel de salud se asocia positivamente con la fecundidad, excepto en los deciles de mayores ingresos.

Los resultados se resumieron utilizando curvas de Lorenz y coeficientes de Gini u otras medidas similares (8).

En la discusión se hizo notar que también en Europa y Estados Unidos se encuentran notables desigualdades intranacionales en salud. Con todo, estas desigualdades son menores que las que se dan respecto a los ingresos, por la simple razón de que la variación posible en salud tiene un techo (lo cual parece no ocurrir con los ingresos económicos). La comparación entre esos países muestra escasa o nula relación entre salud y el nivel de ingreso nacional (12).

Llamó la atención el hecho de que los indicadores subjetivos de salud ("mi salud es buena-regular-mala") fueron muy poco sensibles en los estratos pobres, creando una falsa imagen de relativa igualdad al interior de los países de América Latina y el Caribe que se estudiaron (8, 10).

DESIGUALDADES EN ATENCION A LA SALUD

La atención de salud es también desigual, con niveles inversos a los de las necesidades de salud, en Ecuador, Guatemala, Brasil y Jamaica. La brecha entre atención recibida y atención requerida varía según el lugar, el proveedor y el sexo, edad y nivel de salud de los individuos. En Jamaica se pudo precisar que la desigualdad es mayor para el número de contactos, y especialmente para los contactos preventivos, que para el acceso a una primera consulta; ello se atribuye en parte a la afiliación de la gente más acomodada a seguros privados de salud (9).

En Brasil —estados del Nordeste y del Sudeste— la encuesta de medición de niveles de vida, 1997, reveló que el quintil con los ingresos más bajos utilizó atención para enfermedades crónicas por un 7% de la población; el quintil de más altos ingresos hizo uso de atención en 14%. Al ajustar por edad y sexo el desnivel disminuye a 8 y 12% respectivamente. Dicho ajuste revela que no hubo desigualdad en la utilización de atención por enfermedades agudas ni en la atención preventiva. En cuanto a la calidad de la atención, en el caso de las afecciones crónicas, hubo continuidad del profesional tratante en el 80% de los pacientes del quintil más alto y sólo en el 50% de los casos del quintil más bajo. El gasto médico promedio per cápita varió entre 28 y 125 unidades monetarias en los quintiles extremos (1).

En Guatemala el gasto médico familiar fue, en 1997, un 2% del gasto total de los hogares pobres y en los hogares no pobres fue un 4% (rurales) o un 5% (urbanos). La cobertura con vacunaciones fue relativamente igualitaria, pero la atención de la madre y el recién nacido fue muy inequitativa: Cuadro N° 1 (11).

CUADRO N° 1

Atención materno-infantil según nivel de educación. Guatemala 1995

	Sin educación %	Educación primaria %	Educación secundaria %	Educación superior %
Atención prenatal por médico	26,0	47,3	89,6	99,8
Parto en hospital	16,1	35,5	88,3	95,5

Fuente: Referencia 1.

EL PAPEL DEL ESTADO, DE LOS SEGUROS Y DE LAS PERSONAS

Las desigualdades anotadas tienen estrecha relación con los aportes muy diferentes de las distintas fuentes de financiamiento: aporte estatal, primas de seguros y pago directo. Esta asociación se comprobó en Jamaica y Ecuador. En Brasil, el lugar de tratamiento fue un establecimiento público para el 90% de casos del quintil más bajo y para el 20% de los del quintil más alto; y fue un proveedor privado para el 7% y el 60%, respectivamente. El uso del sector público por las personas de altos ingresos correspondió a tratamientos de costo elevado (5).

También desempeñan variados roles los intermediarios financieros. El Seguro Social, por ejemplo, tiene un efecto favorable a la equidad en el área rural de Colombia; y un efecto negativo respecto a la atención de la población rural de Perú, asociado éste a deficiencias en la gestión del respectivo presupuesto, el cual no es ejecutado en su totalidad (6, 10).

Se citó el caso de Chile, país en el cual la asignación de los recursos del Estado para la atención de salud por el subsector público es equitativa (14). En efecto, el subsistema público, que recibe el mayor aporte estatal (en compensación parcial por una menor contribución de los descuentos salariales obligatorios para salud) y que ofrece atención a bajo costo, sirve principalmente a las personas de menores ingresos; lo contrario ocurre con los seguros privados comerciales: Cuadro N° 2 (2).

La atención estatal de salud en Chile incluye al Programa Nacional de Alimentación Complementaria, el cual cubre a una proporción de los niños menores de 6 años que va desde el 84,0% en el primer quintil de ingresos hasta el 22,9% en el quintil superior. Los medicamentos recetados en el subsistema público fueron totalmente gratuitos para el 56,3% de las familias beneficiarias, en 1998 –un alza respecto al 38,6% en 1990. Persisten desigualdades en salud y atención, las cuales son, sin embargo, menores que la desigualdad de atención de salud según quintil de ingresos económicos.

CUADRO N° 2

Subsistema de atención de salud según quintil de ingresos.
Chile 1998

	Porcentajes en cada quintil					Total
	1	2	3	4	5	
Sistema público	86,2	73,9	62,4	47,1	26,0	61,8
Seguros privados comerciales	4,0	13,2	21,3	33,0	55,4	23,1

Fuente: Referencia 2.

En Perú, las personas de mayores ingresos utilizan más los servicios, tanto de proveedores pri-

vados como del Seguro Social y del Ministerio de Salud: Cuadro N° 3.

CUADRO N° 3

Porcentaje de personas que utilizaron servicios de salud, según deciles de ingreso, entre las que enfermaron. Perú. (Encuesta de medición de niveles de vida, 1997).

Deciles									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36,1	44,1	43,0	48,2	53,0	58,6	58,4	64,3	61,6	66,1

Fuente: Referencia 6.

En el subsistema del Ministerio la desigualdad es mínima en el nivel primario urbano y en cambio es importante en la atención hospitalaria y rural. En general, el aporte estatal es más inequitativo que la utilización de las prestaciones; pero el gasto del Ministerio peruano para los consultorios generales urbanos aumentó desde 1995-96,

con el consiguiente aumento de utilización y de satisfacción de usuarios a este nivel (6).

El Cuadro N° 4 resume la forma en que se distribuyeron los beneficios del aporte estatal a la atención de salud en cuatro países, según nivel económico de los hogares. En dos de ellos se observa un claro efecto regresivo.

CUADRO N° 4

Distribución de los beneficios del gasto del gobierno para salud en cuatro países de América Latina y el Caribe

	Porcentajes en cada quintil					Total
	1	2	3	4	5	
Ecuador	12,5	15,0	19,4	22,5	30,5	100,0
Guatemala	12,8	12,7	16,9	26,3	31,2	100,0
Jamaica	25,3	23,9	19,4	16,2	15,2	100,0
Perú	20,1	20,7	21,0	20,7	17,5	100,0

Fuente. Referencia 8.

Por otra parte, influyen las decisiones de las personas, las cuales corresponden –al menos en parte– a la apreciación que cada grupo tiene de la atención de salud. Por ejemplo, los trabajadores independientes de Jamaica perciben que el acudir a los servicios estatales de salud –ampliamente accesibles– les hace perder un tiempo que necesitan en un medio económico que es competitivo. En Europa y los Estados Unidos la atención de salud muestra escasa desigualdad y una brecha pequeña respecto a las necesidades, con una excepción, sin embargo: los servicios ambulatorios de especialistas, utilizados en mayor medida por las personas de ingresos altos, en virtud de que son percibidos como de mejor calidad (12).

Al final del proceso, la población presenta un espectro de ingreso familiares, desde el más pequeño al más grande, espectro que se puede dividir artificialmente en agrupaciones de igual tamaño poblacional: deciles, quintiles, u otros.

Se puede apreciar así el grado de *desigualdad* económica, que resulta ser más alto en América Latina que en otras regiones: ver Cuadro N° 5.

CUADRO N° 5

Razón de ingresos del quintil superior sobre el inferior (20/20) en siete países americanos

País		Razón 20/20
Jamaica	1995	8
Perú	1997	12
México	1996	14
Chile ¹	1998	15,5
Ecuador	1995	20
Guatemala	1995	31
Brasil	1997	32

Fuente: Referencias 2 y 8.

1. Ingreso autónomo; el ingreso monetario, que incorpora las transferencias desde el Estado a los hogares, da en Chile una razón 20/20 igual a 13,9.

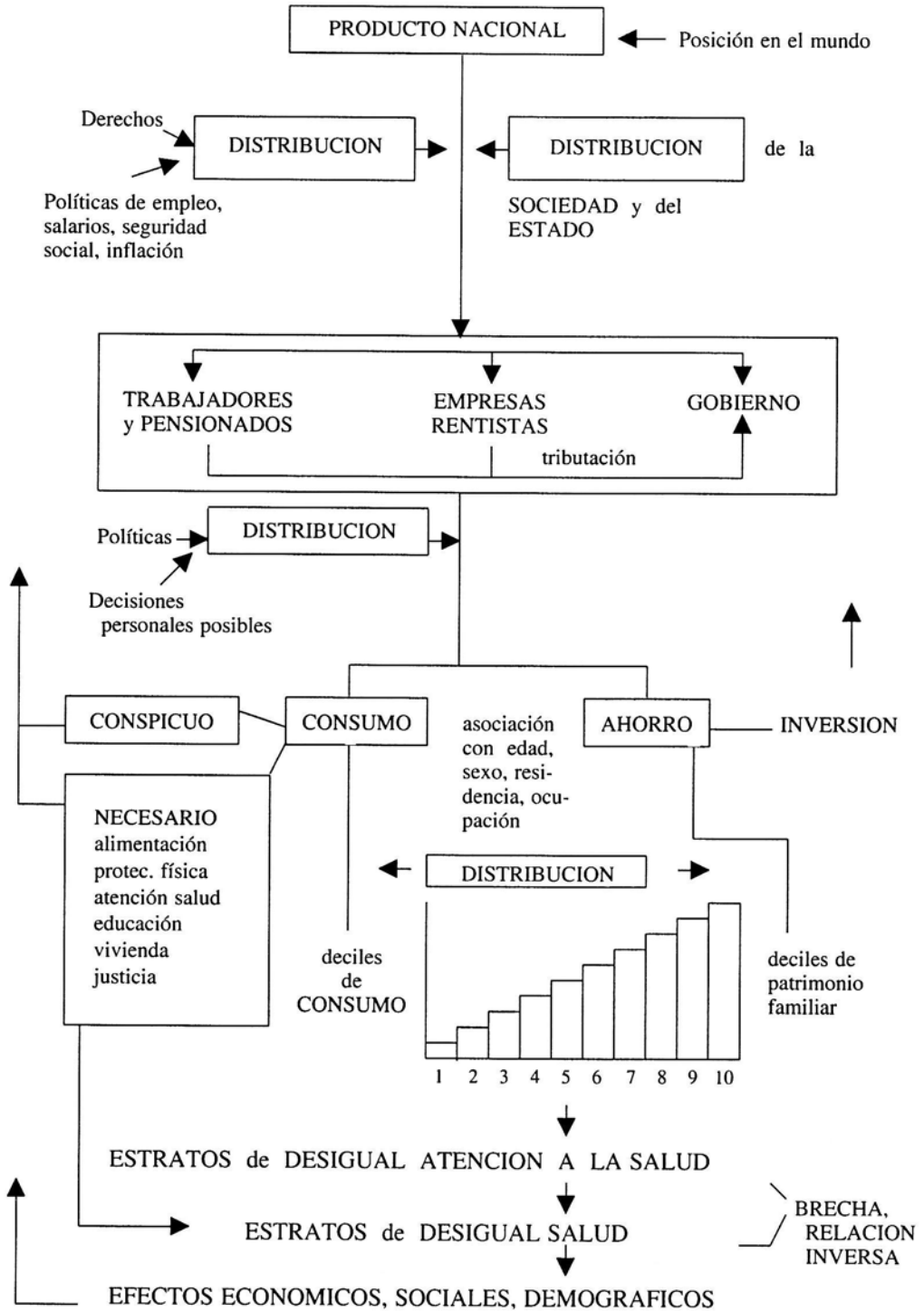
PROPUESTA DE UN MARCO CONCEPTUAL

Los participantes estuvieron de acuerdo en la necesidad de contar con un marco conceptual que diera cuenta de los mecanismos que pueden determinar las desigualdades observadas.

La Figura N° 1 muestra que el problema reside en la distribución de los recursos en diversas fases del proceso económico. Esta distribución depende en gran parte de las políticas nacionales, subordinadas a su vez al tamaño del producto y al tipo de organización de la sociedad y del Estado. Influyen también, aunque en menor medida, las preferencias personales (4, 5).

FIGURA N° 1

Mecanismos de la desigualdad en salud y atención de la salud



Otra manera de apreciar el resultado final del proceso consiste en ver cómo se distribuye la población entre aquellos cuyo nivel de ingreso alcanza sólo para el consumo mínimo básico –los pobres– y los demás –los *no pobres*.

El modelo muestra que hay oportunidades para mejorar la distribución del producto en varias instancias: en primer lugar, mediante los mecanismos de asignación a los grandes grupos de actores de la producción. Estos mecanismos incluyen: la propiedad, el empleo, las políticas salariales, la tributación, la seguridad social, las políticas macroeconómicas.

En segundo lugar, se puede orientar el destino del producto que queda en manos de cada grupo de actores, hacia el consumo y hacia distintos tipos de inversión, incluyendo la inversión en salud, educación, vivienda, y en nuevos medios de producción.

En tercer lugar, es posible reorientar los excedentes que tienden a sustentar un consumo conspicuo, suntuario, hacia el gasto social, la inversión productiva y el consumo necesario.

Finalmente, hay que examinar la distribución del gasto entre diversos grupos de la población, específicos por lugar de residencia, ocupación, educación, sexo y edad; y ver en qué gastan. En el volumen y estructura de estos gastos se encontrará el lugar que ocupa la atención de salud y gran parte de la determinación del nivel y de la estratificación de la salud.

En cada una de estas instancias pueden influir, en uno u otro sentido, tanto las políticas de gobierno como el mercado abierto.

ALGUNAS CONCLUSIONES

En la reunión de OPS se hicieron presentes algunas conclusiones generales sobre políticas.

Wagstaff y van Doorslaer, asesores del Banco Mundial, anotan que el rol del Estado como intermediario financiero tiene un efecto progresivo; que el pago directo y los seguros privados de salud tienen un efecto regresivo, y que el tipo de influencia de los seguros sociales depende de las reglas que los rigen. De todos modos, encuentran que el financiamiento del sector salud en los países industrializados tiene un potencial redistributivo pequeño, en comparación con el impacto potencial del impuesto a la renta (12).

Savedoff, del BID, halla que es importante incrementar la salud y la atención de salud para el conjunto de la sociedad, allegando más recursos

públicos para proporcionar un mejor paquete de servicios a los pobres. Ello tendría externalidades positivas para todos. Argumenta que aquello se puede lograr aún si la desigualdad se mantiene o aumenta. Las conductas y oportunidades de los ricos y de los propios proveedores tenderían a anular los propósitos de aumentar la equidad; pero se ganaría con el hecho de que los más acomodados dejaran de utilizar recursos destinados a la atención de los pobres; también, proveedores privados sólidos pueden obligar a los públicos a mejorar y a focalizarse, ganando así aprobación social (7).

Margaret Whitehead, en un documento básico (13), alude a que, *en países con sistema de atención universal*, como el Reino Unido, la equidad en atención de salud se promueve mediante fórmulas de asignación de recursos que elabora y revisa periódicamente una Comisión Nacional; a ello debe agregarse una permanente auditoría (monitoreo) de la situación de equidad o inequidad en salud y un real compromiso del sector respectivo.

Finalmente, no debe olvidarse que cada país ocupa un lugar determinado en el mundo, hoy globalizado. Aquellos que están aún en vías de desarrollo viven sus desventajas frente a los demás países y sus inequidades internas dentro de un complejo de problemas multifacéticos: están en una situación similar a la que hace que a los hogares pobres les sea difícil superar su condición (3).

REFERENCIAS

1. Coelho, A.C.; Montoya Díaz, M.D.; Paulini, L.M. *et al.* Equity in health, Brazil, *Equilac and IHEP*, Jan., 1999.
2. Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile, División Social, Resultados Encuesta CASEN 1998, Santiago, julio, 1999.
3. Montoya Aguilar, C. La salud en el contexto del desarrollo social, en: Meneghello, J. y cols., *Pediatría*, 4ª edición, Vol. I, pp. 14-17, Ed. Mediterráneo, Santiago, 1991.
4. Montoya Aguilar, C. El aporte de la salud a la superación de la pobreza, *Cuadernos Médico Sociales*, 1995; 36 (1): 5-11.
5. Montoya Aguilar, C. Fundamentos de una política de salud que integre el principio de equidad, *Cuad. Méd. Sociales*, 1997; 38 (1): 31-39.
6. Petrer, M.; Cordero, L. Equidad en la atención de salud, Perú 1997, enero, 1999.
7. Savedoff, W.D. *Policy implications of a health equity focus for Latin America*, Banco Interame-

- ricano de Desarrollo, abril, 1999. Presentación en la reunión de OPS sobre el tema, Washington D.C., 5-6 octubre 1999.
8. Suárez, R.M. *Health systems inequalities and poverty in Latin America and the Caribbean: summary of results and policy implications*. Brief report of the World Bank Equilac project and the PAHO/UNDP IHEP Project. July, 1999.
 9. Theodore, K.; Stoddard, D.; Yearwood A., et al., Jamaica study, *Equilac and IHEP Projects*, Dec., 1998.
 10. Valdivia, M. *Equidad de la salud en Perú*. Presentación en la reunión de OPS sobre el tema, Washington D.C., 5-6 octubre, 1999.
 11. Valladares, R.; Barillas, E. *Health sector inequalities and poverty in Guatemala*. Presentación en la reunión de OPS sobre el tema, Washington, D.C., 5-6 octubre, 1999.
 12. Van Doorslaer, E.; Wagstaff, A. *Inequalities in the delivery of health care: methods and results for Jamaica, a report to the World Bank*, Washington, D.C., June, 1998.
 13. Whitehead, M. *The contribution of health policies and improved health to poverty alleviation and the reduction of inequalities in access to health services: experience from outside Latin America and the Caribbean*. Presentación en la reunión de OPS sobre el tema, Washington D.C., 5-6 octubre, 1999.
 14. World Bank. *Chile: Poverty and income distribution in a high-growth economy, 1987-1995*, Washington D.C., 1997.