

Inequidad en los sistemas de salud de América Latina: análisis para Colombia, Argentina y México

Manuel Felipe Martínez*

Centro de Estudios Latinoamericanos – Uniciencia Bucaramanga
celu@unicienciabga.edu.co

Resumen— La desigualdad en América latina persiste entre las más elevadas del mundo. Sus efectos sociales se manifiestan en cada uno de los órdenes sociales y económicos entre los distintos países del continente. La prestación de los servicios en salud y la financiación de los sistemas sanitarios presentan un sesgo de inequidad. Este documento pretende analizar la relación entre la inequidad en la salud con la desigualdad en los ingresos en tres países de América Latina (Colombia, Argentina y México) usando sencillas metodologías que comprueban dicha hipótesis.

Palabras clave— **Desigualdad, Inequidad, Salud, América Latina.**

Abstract— Inequality in Latin America remains among the highest in the world. Its social effects are manifested in each of the social and economic orders among countries of the continent. The provision of health services and financing of health systems are biased inequality. This paper aims to analyze the relationship between health inequality with income inequality in three Latin American countries (Colombia, Argentina and Mexico) using simple methodologies that prove this hypothesis.

Keywords— **Inequality, Inequity, Health, Latin America.**

I. INTRODUCCIÓN

La desigualdad en los países de América Latina se mantiene entre las más altas del mundo. Sus efectos sociales se manifiestan en cada uno de los órdenes sociales y económicos entre los distintos países del continente. Las políticas públicas y sociales aplicadas en los últimos años acompañadas de unos favorables precios de las materias primas, permitió reducir las brechas, disminuir el desempleo, la informalidad y la pobreza. Sin embargo, las desigualdades e inequidades en la prestación de servicios de salud, así como en la financiación de los sistemas sanitarios aún persisten en muchos de estos países. Este estudio tiene como objetivo analizar, a la luz de diversas investigaciones, la inequidad en los sistemas de salud de América Latina y su relación con la desigualdad social. Se

tomaron los casos de Colombia, Argentina y México para abordar estos elementos desde una rigurosa selección bibliográfica y análisis descriptivo de estadísticas.

Los organismos internacionales, la Organización Mundial de Salud, premios nobel y reconocidos investigadores, han alertado sobre los efectos de las desigualdades en los sistemas de salud. En este sentido, la Organización Panamericana de Salud, plantea que “medir las desigualdades, es decir obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es el primer paso para identificar las inequidades en salud”¹. Para el reconocido premio nobel de economía, Amartya Sen, la equidad en salud tiene que ser vista como una disciplina amplia y no como un criterio estrecho y formalista. Ésta debe encargarse a su vez de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria, y así mismo como esta relaciona la salud con otras características por medio de la asignación de recursos y de acuerdos sociales.²

Este abordaje novedoso que integra diversos campos del conocimiento ha llegado a la conclusión que efectivamente, las desigualdades sociales producen efectos mensurables en pérdidas de salud. Según Manceira “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”³

Las inequidades en la salud son consecuencia de los sistemas de salud. Es decir, es posible que en países con elevadas concentraciones de riqueza tengan sistemas de salud que amortigüen las desigualdades en la prestación del servicio. Sin embargo, este no es un patrón de organización en los sistemas de salud en América Latina. De hecho, la fragmentación en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe constituye un reflejo de las brechas en la distribución del ingreso existentes entre países, y tienen su correlato a su interior entre centros urbanos y rurales, y entre poblaciones de disímil situación económica. Estas brechas regionales se asocian con diferencias en la capacidad de gasto de los Estados, como también en la organización de sus sistemas de salud, que condicionan la gestión efectiva de los recursos disponibles.⁴

De otro lado, los países con distribuciones de ingreso más homogéneas, tienen mayor capacidad institucional para incidir

Manuel Felipe Martínez, economista de la Escuela Colombiana de Ingeniería, docente investigador de Uniciencia – Bucaramanga. Coordinador CELU.

en la regulación, financiamiento y prestación de los servicios de salud más equitativa para sus habitantes.

El vínculo entre el ingreso de los países y la distribución del mismo, analizados como factores “extra-sanitarios”, interactúan con la organización estructural del sistema de salud y la capacidad de gasto público de los Estados y su capacidad para administrar y distribuir los recursos en el sector salud. Esta interacción afecta los resultados del sistema, tanto en la calidad como en la cantidad de prestaciones, servicios brindados, indicadores tradicionales (esperanza de vida, mortalidad infantil, morbilidad, transmisión de enfermedades, etc).

Otras consecuencias de la inequidad de salud, tiene que ver con el gasto del bolsillo de los hogares y los gastos catastróficos. El primer elemento tiene que ver con las asignaciones privadas que dedican las familias en los gastos de salud por fuera de la prestación social. El segundo, es decir, los gastos catastróficos hacen referencia a un gasto de bolsillo mayor al 40% de los ingresos de las familias para atender sus necesidades sanitarias. La desigualdad en los sistemas de salud, obligan a las familias, en especial a las de menos recursos, utilizar una porción importante de sus ingresos para esos propósitos. En efecto, según se reporta⁵ cada año alrededor de 44 millones de hogares (aproximadamente un 2.5% de la población mundial) enfrentan gastos de salud considerados catastróficos. El 16% de éstos empobrecen por sus erogaciones en salud. Si se considera que algunos hogares pueden no utilizar servicios de salud por barreras geográficas o por la incapacidad de efectuar gastos, el carácter catastrófico de los gastos podría ser aún mayor.

Por último, conviene mencionar que la inequidad en la salud refuerza las desigualdades sociales. Donde la enfermedad o la fecundidad excesivamente alta pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares y marcar incluso la diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza. Además, la mala salud se asocia frecuentemente a considerables costos de atención sanitaria. Pero la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud. Los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud. De este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza⁶.

Este documento pretende analizar este fenómeno en tres países de América Latina (Colombia, Argentina y México) usando sencillas metodologías que comprueben la relación entre causas extra sanitarias, como la desigualdad social, y los resultados de los sistemas de salud, los gastos sociales en los países y por las familias.

II. DESARROLLO

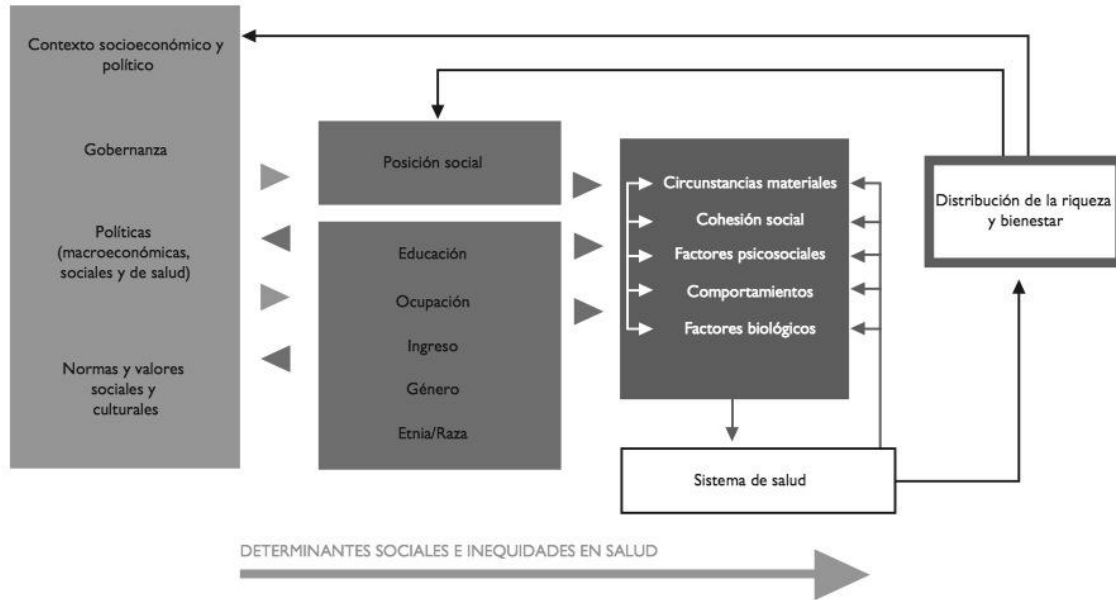
A. ¿Qué es la equidad en salud?

Cuando se habla de equidad en la salud se refiere a las desigualdades evitables en salud asociadas a ventajas o desventajas sociales atribuibles a diferencias en la condición o posición social de los individuos⁷. La inequidad también puede ser entendida como la ausencia de desigualdades en salud (y en sus determinantes sociales claves) que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales. En el gráfico 1 se muestran los principales determinantes socioeconómicos cuyas variables están relacionadas con el sistema de salud.

Como se observa en el gráfico 1, los determinantes pueden ser macro (contexto socioeconómico, políticas públicas y patrones de comportamiento social) como específicas (nivel de educación, ocupación, ingreso, género, etnia o raza), los cuales definen las condiciones sociales del sistema de salud. La distribución de la riqueza, el bienes y la posición social se consideran como determinantes transversales que interactúan con el sistema y los demás determinantes mencionados. Según la Organización Mundial de salud (OMS), “los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Son definidos como “aquellas características específicas del contexto social que afectan la salud y las formas en que las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud”⁸.

En la literatura sobre la equidad en la salud existen posturas las cuales plantean que ésta remite a planos éticos, que involucran valores, justicia social y derechos. Es decir, una primera diferencia entre *desigualdad en salud* y *inequidad en salud*, tiene que ver con juicios de valor sobre las causas estructurales que generan los resultados diferenciados en la prestación de servicios y la incidencia de la enfermedad en la población.

Gráfico 1: Determinantes socioeconómicos de la inequidad en la salud. (Teoría materialista – estructuralista).



Fuente: Tomado de OPS (2012)

A su vez, la equidad en la salud se pueden entender desde dos enfoques separados: la equidad en el financiamiento de servicios de salud y la equidad en la prestación de los servicios, como se aprecia en el cuadro 1.

Recientemente, en la literatura de estudios sociales en salud⁹ se han realizado abordajes teóricos que explican la inequidad en la salud desde enfoques multidisciplinarios, las cuales constituyen acercamientos divergentes, pero no mutuamente excluyentes:

- *La teoría psico-social:* La teoría se basa en la autopercepción de la enfermedad por parte de los pacientes que ocupan un lugar en la base de la pirámide social. En países altamente desiguales los pacientes menos privilegiados de la estructura les causa estrés acompañado de respuestas fisiológicas de larga duración las cuales pueden tener manifestaciones en la prevalencia de enfermedades en su sistema neuroendocrino.

- *La teoría de la producción social de la enfermedad:* Esta teoría se basa en el materialismo – estructuralismo, el cual indica que la inequidad en la salud esta asociada al escaso ingreso de los pacientes y grupos sociales que no pueden superar los factores que alteran su salud y les produce enfermedad. Esta teoría no niega los factores psicosociales, pero se centra en un análisis estructural de las condiciones materiales (alimentación insuficiente, vivienda precaria, ambiente laboral inseguro, entre otras) de los pacientes.

- *La perspectiva eco-social:* Esta teoría es una síntesis de las dos anteriores y configura una plataforma multinivel para analizar las inequidades en salud desde la organización socioeconómica y biológica de los pacientes, desde el nivel

celular hasta la complejidad de las organizaciones sociales, las cuales constituyen un eco-sistema que interactúa como un todo y condiciona la salud de las personas. Esta perspectiva analiza el contexto social, de medio ambiente, psicológico y biológico que determinan “estilos de vida individuales y colectivos”, las cuales son influenciadas por oportunidades y desafíos en el medio social en el que las personas se desarrollan.

A partir de esta breve revisión teórica, es indispensable analizar los sistemas de salud en América Latina en general y los de los tres países que se tomaron como caso de estudio: Colombia, México y Argentina. Las teorías y enfoques sobre la equidad en salud se tomaron como referencia para valorar los sistemas y construir un método gráfico de análisis comparativo.

B. Los sistemas de salud en AL

Al analizar el principal determinante de la inequidad en la salud en los países de América Latina, en el gráfico 2 se observan los cambios en el índice de Gini para los países seleccionados a analizar en el presente documento. Se observa que Argentina logró reducir 16 puntos porcentuales (de 58,68 a 48,49) la desigualdad entre 2000 y 2012, demostrando los mejores avances y resultados en las políticas públicas del país gaucho comparado con los demás países seleccionados. En México, se logró reducir la desigualdad en 3 puntos del índice de Gini, al pasar de niveles relativamente elevados a rangos aceptables (51,67 a 48,07), mientras en Colombia, se observó un aumento de la desigualdad de ingresos al pasar de 51,06 a 53,54, siendo un caso atípico en la región.

Cuadro 1: Enfoques de análisis de la inequidad en salud.

ENFOQUE	SIGNIFICADOS	EVALUACIÓN
EQUIDAD EN EL FINANCIAMIENTO	Un sistema de salud se considera equitativo en el financiamiento en cuanto los individuos (o mejor, los hogares) contribuyen a financiarlo de acuerdo a su capacidad de pago, y sin importar su estatus de salud o sus riesgos no elegidos libremente; esta faceta de la equidad se refiere pues a la forma como se recolectan los fondos necesarios para sufragar el gasto en salud de un país.	La equidad en el financiamiento se puede evaluar en términos de la regresividad/progresividad de los diferentes esquemas de recolección de recursos, los cuales se pueden resumir en cuatro fuentes genéricas de financiación: los impuestos generales, los impuestos a la nómina, los seguros privados y el gasto de bolsillo
EQUIDAD EN LA PRESTACIÓN	Un sistema de salud se considera equitativo en la prestación de servicios, cuando los individuos reciben atención en salud de acuerdo a su necesidad, sin importar su capacidad de pago. Esta definición obliga a buscar una mayor precisión en el concepto de necesidad, pues de lo contrario no sería posible saber cuándo un sistema es o no equitativo en la prestación de servicios.	La equidad en términos de prestación se puede evaluar en la igualdad en el acceso, es decir, que dado que un individuo tenga una necesidad en materia de salud, tenga la oportunidad de ser atendido por un proveedor calificado; se esperaría que no hubiera diferencias en el acceso debidas al ingreso, o a la ubicación geográfica, sino estrictamente a la necesidad sentida de

Fuente: Elaboración propia con base en Garriga Et al.

América Latina y el Caribe presenta dimisiones significativas en cuanto la privación del acceso a la salud. Más de 150 millones de personas en el subcontinente no pueden acceder al sistema de salud por diversas razones, donde sobresalen la pobreza, el desempleo, la informalidad laboral y empresarial, entre otras¹⁰. A su vez, América Latina es la región más desigual del mundo y como consecuencia presenta accesos diferenciados a servicios de salud. La condición social, económica, biológica y de “los estilos de vida colectivos” de los pobres en Latinoamérica determinan condicionamientos de la transmisión epidemiológica altamente vulnerable tanto de enfermedades agudas (asociadas a la pobreza) como de las crónicas (ligadas al proceso de envejecimiento). Las “enfermedades de la pobreza” como la anemia, ceguera, malnutrición, deterioro del crecimiento, daño de órganos internos, discapacidad física permanente y muerte prematura, se le suman ahora la diabetes, enfermedades cardíacas o del

hígado, trastornos mentales y lesiones. Este es el nuevo perfil que reta los sistemas de salud de la región.

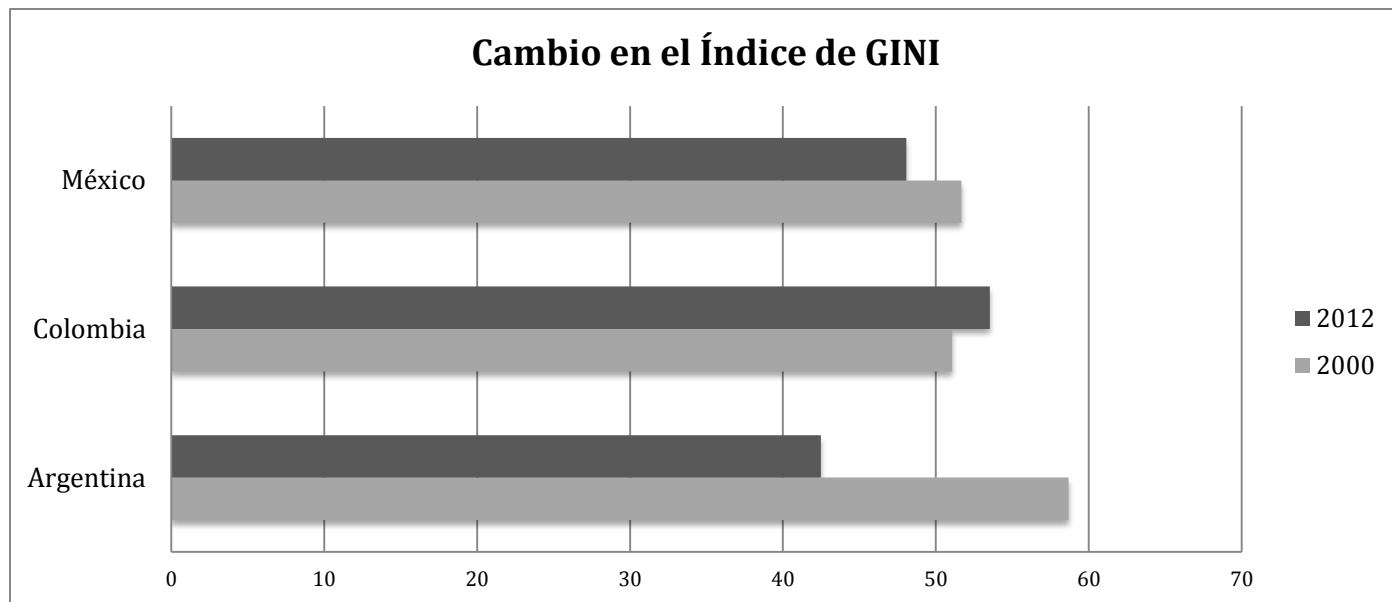
La inequidad en la salud, tanto en la financiación como en la prestación de servicios, no solo pone en relieve causas estructurales como la desigualdad social, sino también en la garantía de derechos humanos fundamentales y el acceso a bienes públicos como la salud. La privación de servicios de salud de alta calidad, restringidos sólo a los grupos sociales de altos ingresos, se intenta corregir con modelos de financiamiento a la demanda, focalización del gasto y atención subsidiada a los más pobres con instituciones de salud de baja calidad o de servicios deficientes que no logran atender las crecientes demandas en atención sanitaria¹¹. La “mercantilización” del derecho a la salud configura una barrera de entrada a los más pobres a los servicios de alta calidad por los elevados costos e impide el goce pleno de los derechos humanos consagrados internacionalmente y reafirmados en las constituciones políticas de los países del continente.

Como se mencionó en la introducción, la exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud, que obstaculizan las políticas de lucha contra la pobreza, la unidad social y mejoramiento de la calidad de vida. El acceso al derecho a la salud también se ve agravado por discriminaciones raciales o étnicas y por razones de género.

En cuanto a los resultados en salud de sistemas inequitativos, un indicador ejemplar es la mortalidad de niños menores de 5 años. Si se considera dicha tasa por nivel de riqueza del hogar donde viven, se observa que dentro de un mismo país la relación entre el nivel socioeconómico y la salud muestra un gradiente (gráfico 2). Los más pobres tienen las tasas de mortalidad de menores de 5 años más elevadas y la población del segundo quintil de riqueza tiene tasas de mortalidad en los niños más altas que las de los niños del quintil más rico¹².

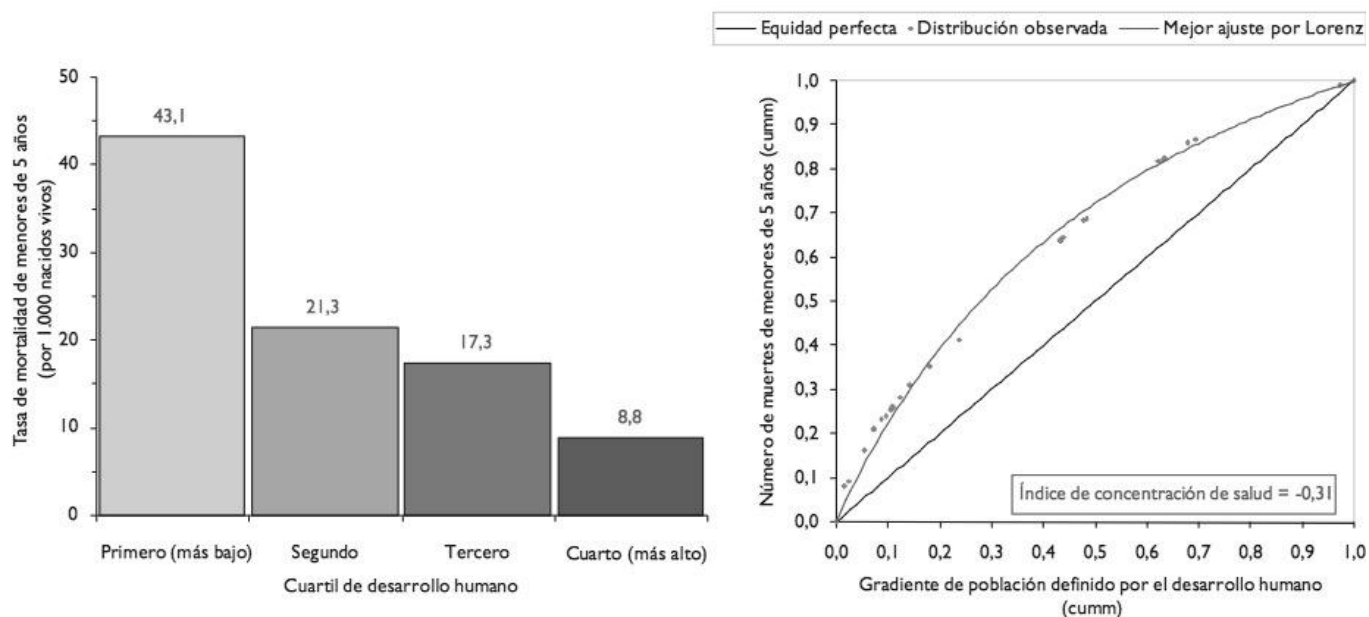
De igual forma, cuando se compara el nivel educativo en los países y las muertes prematuras, se encuentra una alta correlación entre las dos variables. Por ejemplo, en Colombia y México las personas con poca educación presentan un riesgo tres veces mayor de morir que aquellas con un nivel de educación alto, independientemente de la edad o el sexo¹³.

Gráfico 2: Índice de GINI en Economías seleccionadas de América Latina.



Fuente: Datos Banco Mundial. Elaboración propia

Gráfico 3: gradiente de desigualdad en salud por quintiles de riqueza en mortalidad de niños menores a 5 años.



Fuente: Tomado de OPS (2012)

Otra variable de caracterización de los sistemas de salud en América latina son los gastos de bolsillo (los gastos privados en salud por fuera de los sistemas públicos). En general, los investigadores¹⁴, encuentran que para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay los niveles de gasto de bolsillo en salud son muy heterogéneos y dependen de la organización y políticas de equidad dentro de los sistemas de salud.

En el caso de Argentina resalta como un país con una cobertura de seguro social de salud relativamente extendida, los hogares deben desembolsar grandes sumas (en relación a su capacidad de pago) en concepto de gastos de bolsillo. El 10% de la población con mayor gasto tiene erogaciones que superan el 20% de su capacidad de pago total, valor muy superior a los de Chile y Ecuador, que son 10% y 7,5% respectivamente. En Uruguay, los hogares realizan gastos de bolsillo en salud relativamente moderados, pero tienen gastos de bolsillo relativamente importantes por seguros médicos¹⁵.

Los gastos de bolsillo por eventos hospitalarios segmentan a los países en tres grupos. En Chile y México un hogar que experimenta un evento hospitalario puede ver crecer su razón de gasto a capacidad de pago en 5 y 6 veces respectivamente. En Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador, esta razón crece entre 2 y 3 veces. Finalmente, en Uruguay, un hogar que experimenta un evento hospitalario ve aumentar su razón de gasto a capacidad de pago en apenas un 20%¹⁶.

Estas diferencias se dan principalmente por la organización de los sistemas de salud, valorada en tres aspectos: i) la cobertura de salud, donde los países con mayor participación del Estado en la prestación presentan mejores resultados; ii) la calidad de los servicios y la atención oportuna; y iii) a la capacidad del hogar de ingreso precario al acceso de créditos y se vea impedido a gastar en salud porciones significativas de su ingreso.

En los siete países estudiados, encuentran que los gastos catastróficos (los gastos de bolsillo que superan el 40% del ingreso disponible) están asociados a eventos hospitalarios, es decir a enfermedades que requieren de medicinas o tratamientos que no están contemplados en el sistema de salud o requieren de intervención inmediata que el sistema no es capaz de atender a tiempo. En cuatro países, Brasil, Chile, Colombia y México, un hogar con un alto peso de los gastos de bolsillo, puede llegar a gastar más de 10 veces lo que gasta un hogar promedio¹⁷.

COLOMBIA:

El sistema de salud colombiano está basado en la ley 100 de 1993, por la cual se reglamentó la organización financiera y administrativa del aseguramiento mediante paquetes explícitos de servicios como el Plan Obligatorio de Salud (POS) y POS-subsidiado. En recientes fallos de la Corte Constitucional, obliga al Ministerio de Protección Social y Vice Ministerio de Salud equipar ambos paquetes para garantizar el acceso al derecho fundamental de salud. Sin embargo, la organización

estructural del sistema cuenta con una asignación y distribución basada en la intermediación financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes reciben los aportes del Estado (Unidad por Capitalización) y optimizan el gasto contratando servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que pueden ser públicas o privadas. El sistema se financia, por un lado de los aportes con contribuciones salariales y patronales (contributivo) y por otro, de subsidios cruzados del fondo contributivo y focalización del gasto fiscal a personas de menores ingresos (SISBEN I y II). El sector privado es utilizado por la población de mayores ingresos y funciona como un mecanismo de doble aseguramiento pero con uno de alta calidad y consultas particulares. A su vez, existen regímenes especiales (magisterio, Ecopetrol, Policía Nacional y Fuerzas Militares) que reciben una atención médica sin intermediación financiera en IPS públicas o privadas.

Se estima que la distribución de la población dependiendo del régimen es de la siguiente manera: en el régimen contributivo se concentra el 37% de los afiliados, en el subsidiado el 51%, en los regímenes especiales el 3% y el 8% restante se divide entre seguros privados y población por fuera del sistema de aseguramiento (4.3%)¹⁸.

La asimetría en la información del costo de las enfermedades y tratamientos, le da una posición privilegiada a las EPS que maximizan sus utilidades con los recursos públicos y logran poner por encima los precios finales cobrados a los pacientes. Este elemento ha generado un desequilibrio estructural que se manifiesta en las crecientes deudas de las EPS a las Clínicas y Hospitales Públicos y privados (IPS), liquidación de EPS, casos de corrupción, concentración de mercado, entre otras¹⁹.

Las recientes reformas al sistema de salud colombiano han reforzado la organización estructural pero sin detallar en un diagnóstico sobre el aspecto de equidad. “Uno de los aspectos que más preguntas ha generado, es el de la equidad; en este sentido, aunque la cobertura de aseguramiento se incrementó sustancialmente, encontrándose las mayores ganancias en los quintiles de ingreso más bajos, aún no es claro si el acceso efectivo a los servicios de salud ha mejorado de la misma manera, como consecuencia de la mayor cobertura de aseguramiento. Tampoco está claro si la reforma ha tenido impacto positivo sobre el gasto de bolsillo de los hogares o sobre la tenencia de seguros privados, las dos fuentes más inequitativas de financiamiento de un sistema de salud en Colombia”²⁰.

MEXICO:

El sistema de salud de México es mixto: por un lado el sector público cuenta con dos subsectores, uno dependiente financieramente del Ministerio de Salud y un subsector de seguridad social organizado en instituciones vinculadas a los empleados formales, cuyos recursos surgen de contribuciones salariales y patronales (en los empleados públicos el gobierno figura como empleador).

Las instituciones de seguridad social brindan servicios a los trabajadores formales y a sus familias, en estructuras de gestión y prestación integradas en primer, segundo y tercer nivel, sin un paquete definido de servicios. Por su parte, a los no afiliados a seguridad social, la Secretaría de Salud y distintos programas de atención brindan los servicios financiados por recursos del gobierno federal, gobiernos estatales y cuotas de recuperación abonadas por los usuarios. En ambos casos, se cuentan con personal, hospitales e instalaciones propias. A la población rural se le prestan servicios especiales financiados por el gobierno federal. En ninguno de los dos existe la intermediación financiera como en Colombia.

En la reforma del 2004 se fortaleció el Seguro Popular de Salud (SPS), el cual atiende a personas de bajos recursos sin empleo, cuentapropistas, y que no se encuentran beneficiados por ninguna institución de seguridad social. Previamente, los 2.5 millones de familias no aseguradas pertenecientes a los segmentos más pobres recibían únicamente intervenciones de salud comunitaria y preventiva básica mediante el programa de “combate a la pobreza” denominado Oportunidades. A partir del 2004, las familias afiliadas al SPSS tienen acceso a servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan las necesidades de salud. Este fue un gran avance en la equidad de salud de los mexicanos.

El sector privado, por su parte presta servicios a la población con mayor capacidad de pago, financiándose mediante primas de seguros médicos y la remuneración al momento de recepción de servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

Según la Encuesta Integrada de Hogares, la población asegurada es aproximadamente el 60%, que se distribuye de la siguiente manera: 52.3% estaba cubierto por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (31.2% del total), 10.6% por el Seguro de trabajadores del Estado (6.3%), 32.5% por el Seguro Popular de Salud (19.4%), 4.7% por seguros privados (2.8%).

Sobre la equidad en la salud de México existen importantes críticas que apuntan a cuestionar los resultados de las últimas reformas aplicadas.

“La reforma impulsada en México destaca en sus planteamientos conceptuales, estratégicos y programáticos el interés por la equidad en salud. Sin embargo, dado que se trata de una reforma secundaria al proceso de reordenamiento neoliberal y modelada por él, en su implementación predominan los mecanismos orientados a modificar la lógica de financiamiento y gestión de los servicios, así como su racionalidad y eficiencia. Si bien el discurso sobre la equidad persiste a lo largo del proceso de reforma, los logros en esta dimensión son poco relevantes y su contribución a la modificación de los determinantes sociales de la salud es prácticamente nula”.²¹

ARGENTINA:

El sistema de salud argentino tiene como característica fundamental la descentralización de la gestión, prestación y financiación y aseguramiento que integrados permiten la cobertura del sector. El Ministerio de Salud Nacional es la institución encargada de la coordinación y distribución de los recursos por medio de programas federales, que sumados representan el 16% del gasto público del país en salud. Este podría considerarse el modelo de salud más público comparado con el de México y Colombia.

En la órbita federal existen dos instituciones: el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), organismos clave en el funcionamiento de las instituciones de aseguramiento social de Argentina. La primera se encarga de brindar la prestación de servicios a jubilados y pensionados, y la segunda a los trabajadores formales organizados por rama productiva y a sus familias con aportes salariales y patronales. En esta última se concentra el 35% de la población.

La financiación de hospitales (regionales, provinciales y municipales) está a cargo de los Ministerios Provinciales y las Secretarías Municipales, las cuales cuentan con una alta autonomía para determinar programas y prioridades en el gasto. Estos prestan atención gratuita al 34% de la población del país, en especial a los desempleados e informales.

Los empleados públicos están asegurados por la órbita provincial y corresponde al 14% de la población. Este se financia con aportes de los gobiernos provinciales (patronos) y salariales.

De los aportes de todo el sistema se extraen recursos para programas de enfermedades de alto costo y complejidad, así como la administración de todo el sistema.

Finalmente, un 10% de la población, mayoritariamente concentrada en los grupos de mayores ingresos, cuenta con cobertura de empresas privadas de medicina prepaga. El pago de bolsillo de las familias se concentra en el abono de copagos, seguros voluntarios y la proporción de gastos en medicamentos no cubiertos por la afiliación a ninguna de los regímenes anteriores.

De esta manera, la distribución de la población es de la siguiente manera: 33% en asegurados directamente por el Ministerio de Salud Nacional, Provincial o Municipal, 56% en los distintos programas de seguridad social y 10% en medicina propagada privada.

El principal obstáculo de la equidad en salud en Argentina es la misma descentralización, la cual genera una brecha de equidad entre jurisdicciones y sistemas de aseguramiento social. Es decir, las provincias y fondos sociales con mayor capacidad financiera tienen más posibilidades de brindar atención de alta calidad, diferenciándose de aquellos fondos de provincias y seguros más pobres. Esta situación repercute en los gastos de bolsillo de las familias.

Esta situación se manifiesta en el aseguramiento a salud por grupos de ingreso (quintiles). Por ejemplo, sólo un cuarto de la población del primer quintil posee cobertura de la seguridad social, comparada con el 50% de los tres quintiles más ricos. Paralelamente, el sistema privado cubre aproximadamente un 7% de la población más pobre del país, mientras que el 25% de los sectores de mayor riqueza posee un seguro privado de salud. En el extremo opuesto, el sistema público otorga cobertura al 63% de la población más desprotegida, valor que se reduce hasta llegar a un 16% en los grupos más ricos²².

C. Metodología de análisis

La metodología propuesta por Manciera²³ denominada *Cuatro Cuadrantes en el Análisis de los Sistemas de Salud*, consiste en construir marco de análisis gráfico y estadístico que vincule los determinantes económicos de los sistemas de salud (en este caso se utiliza la desigualdad de ingresos medida en el índice de Gini), indicadores de desempeño (la mortalidad de niños menores a 5 años) y variables de conducta, tanto por parte de los usuarios como del Estado en su papel de garante de la salud de la población (gasto público y de las familias), desde una mirada financiera y de intervenciones de salud pública.

Para observar la vinculación de las variables mencionadas (resultados de salud, contexto económico, conducta y salud pública), se establece una estructura de interpretación.

El autor toma como variables de análisis la tasa de mortalidad al 5to año como variable de resultados de salud, el Producto Bruto Interno per cápita como variable de contexto económico, el Gasto Total en Salud per cápita y la Participación del Sector Público en el Gasto Total en Salud como variables de conducta del Estado.

Al analizar las variables el autor encuentra los siguientes hallazgos, resumidos en la gráfica 4. Primero, al cruzar los indicadores de mortalidad y el PIB, se observa un vínculo inverso entre ambos indicadores, tal que a mayor ingreso promedio, la tasa de mortalidad es menor. Segundo, se refleja un vínculo progresivo y significativo entre los indicadores de riqueza y gasto en salud, reforzando la dependencia de la inversión sanitaria de los niveles de ingreso del país. Tercero, entre la participación del Estado en el gasto de salud y la mortalidad de niños menores a cinco años, se muestra una asociación inversa. Cuarto, la relación entre la mencionada participación pública en salud y el gasto per cápita sectorial. La tendencia sugiere que el involucramiento público se vincula positivamente con el desembolso per cápita en salud hasta un valor cercano al promedio del ingreso regional, mostrando una pendiente positiva.

Como se observa, el esquema vincula al contexto socioeconómico con el sistema de salud, a través de dos influencias: las socioeconómicas y las de políticas públicas. En la primera, a la derecha, se presenta la acción directa en los resultados de salud, que demuestran la interacción de los determinantes sociales (de acuerdo a la teoría materialista-estructuralista) sobre la calidad de vida. En el cuadrante de arriba a la izquierda, representa las decisiones individuales de los

usuarios de gasto en salud y sus limitaciones económicas. En esta región se observa un vínculo positivo entre la capacidad económica de las familias y la posibilidad de tener ahorro (seguros, cajas de compensación, etc) para evadir la posibilidad de gastos catastróficos, por ejemplo.

En la parte inferior de la figura, se muestra la influencia de las políticas públicas representada en el gasto público sobre el total del sector, no sólo de presencia financiera sino institucional (regulación, financiamiento, prestación de servicios, etc). En cuadrante que relaciona el gasto en salud con los resultados del sistema (mortalidad de niños menores a 5 años) muestra que a mayor participación pública en el diseño de intervenciones esenciales, mayores resultados en la identificación de mecanismos idóneos de priorización de intervenciones y su impacto sobre indicadores sanitarios clave, como el de mortalidad al quinto año. En el último cuadrante de análisis, abajo a la izquierda, que presenta al gasto público con el de las familias complementarios, lo que podría estar relacionado a la “economía política” del sector y la negociación e interacción entre los actores públicos y privados.

El autor advierte que este esquema, aunque presenta un avance en el análisis gráfico y estadístico de los países, tiene resultados diversos por fuera de las líneas de tendencia observada. Es decir, bajo distintos escenarios nacionales, gastos en salud similares llevan a resultados de salud diferentes, o iguales tasas de mortalidad infantil son producto de estructuras sectoriales heterogéneas.

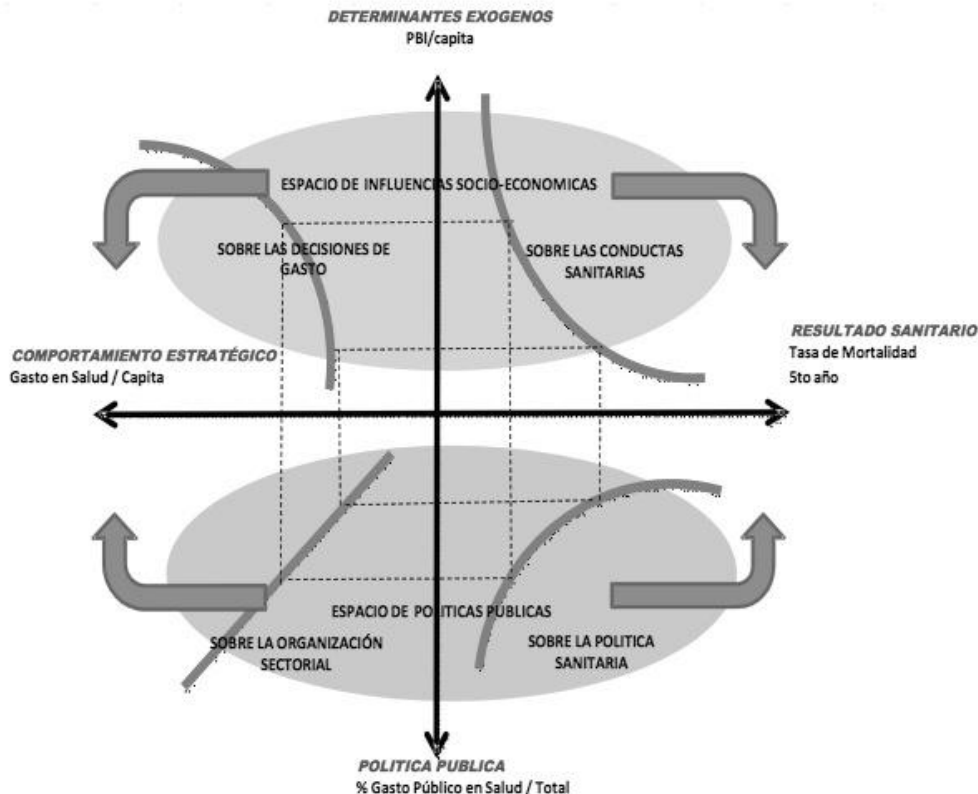
Este método de análisis abre la oportunidad para abordar un debate sistémico de los resultados de salud y el contexto socioeconómico, yendo más allá del enfoque tradicional de gastos y capacidad de financiamiento de los países.

Por esta razón, en este documento se desarrolló un esquema de cuatro cuadrantes con variables que permitan demostrar la asociación entre la desigualdad social y la inequidad en la salud, ampliamente analizada en la investigación.

Las variables que se escogieron para obtener resultados concluyentes de Colombia, México y Argentina fueron las siguientes:

- Desigualdad de ingresos medida en el índice de Gini como variable de contexto socioeconómico.²⁴
- Mortalidad de niños de menos de 5 años como variable de resultados de salud.²⁵
- Gasto público en salud (% de gasto del gobierno) como variable de conducta del Estado.²⁶
- Gasto de bolsillo en salud (del quintil de ingreso 5 – el más alto- sobre el quintil 1 –de menores ingresos-) como variable de conducta de las familias.²⁷

Gráfico 4: Cuadrantes de análisis de los sistemas de salud.



Fuente: Tomado de Manceira (2012)

Los gráficos se contruyeron a partir de diagramas de dispersión y líneas de tendencia ajustadas a los valores observados (en todos los casos el R cuadrado es mayor al 80%).

En el gráfico 5 se presenta la relación entre la desigualdad social en los 3 países seleccionados y los resultados del sistema de salud de cada uno de ellos. Se muestra una marcada relación creciente entre el resultado de salud elegido y la inequidad: menos equitativa es la distribución de ingreso al interior del país se vincula generalmente con un desempeño poco satisfactorio del indicador de salud. Como se observa, en Colombia con una desigualdad elevada, presenta peores resultados en la mortalidad antes de 5 años. Este resultado coincide con las referencias bibliográficas citadas anteriormente.

En el gráfico 6 permite observar una asociación inversa entre la prioridad del gasto social en salud de un país y su indicador de mortalidad al quinto año de vida. La pendiente de la curva permite inferir que naciones más desiguales revelan limitaciones públicas para garantizar el derecho a la salud y pueden tener mayores restricciones en el gasto (gasto en defensa, pago de deuda externa, entre otras), aumentando la probabilidad de un sesgo sectorial inequitativo y malos resultados sectoriales. El caso de Argentina es ejemplar: la salud corresponde a más del 20% del gasto del gobierno,

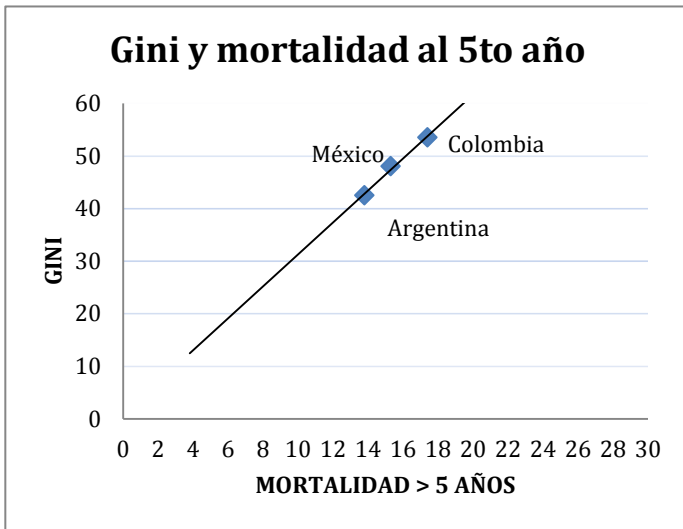
evidenciando una clara prioridad en la política pública de salud, lo que le permite obtener mejores resultados e indicadores sanitarios.

En el gráfico 7 se muestra la relación entre el gasto de bolsillo de las familias más acomodadas con respecto a las más pobres y el índice de Gini. Los resultados para los tres países dan como se esperaba: mayor desprotección financiera en los grupos más necesitados y mayor proporción de sus ingresos utilizados en salud esta estrechamente relacionado a una distribución desigual del ingreso en los países con sistemas de salud Con sesgos de inequidad.

Finalmente, en el gráfico 8 se demuestra una tendencia negativa entre el gasto público en salud y la proporción de los gastos de bolsillo entre las familias de mayores ingreso y las de menos. Es decir, ante una mayor participación del Estado en el gasto en salud y prioridad en el gasto social, llevaría a una reducción en los desembolsos de las familias, especialmente de aquellas con menores recursos.

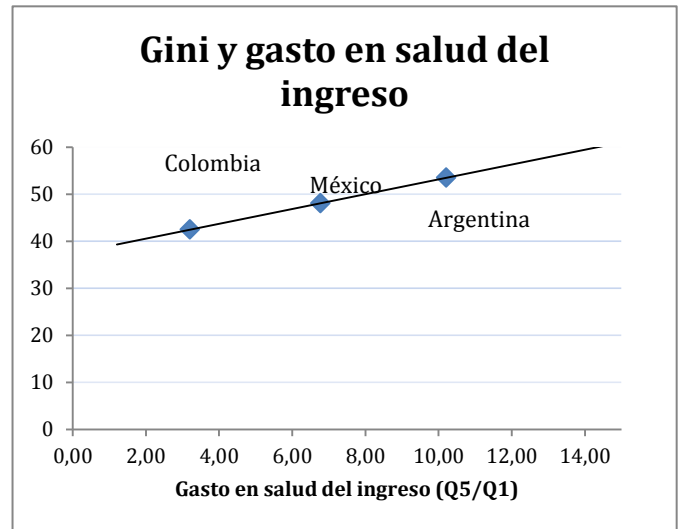
En el gráfico 9 se presentan los cuatro cuadrantes en un mismo esquema. Los resultados analizados coinciden con las ventajas de interpretación gráfica de los sistemas de salud inequitativos causados por entornos socioeconómicos desiguales, aceptando la hipótesis inicial de la presente investigación, por lo menos para los tres países seleccionados.

Gráfico 5: Gini vs Mortalidad antes de 5 años.



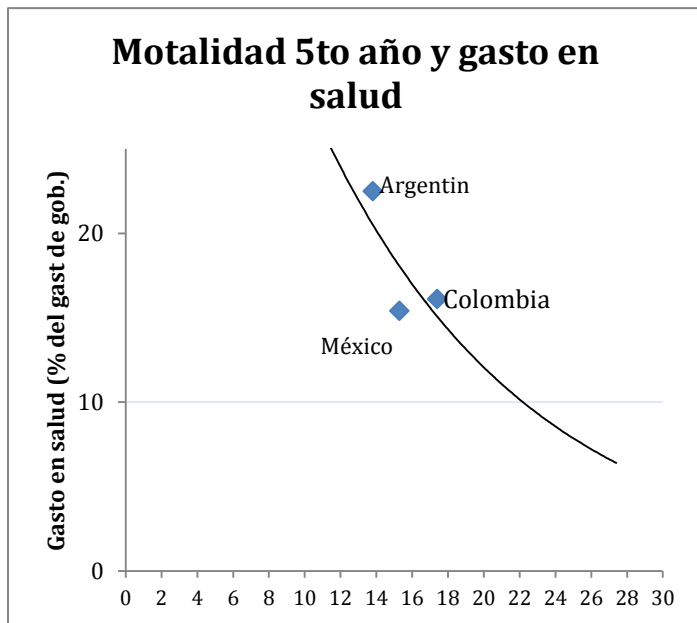
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Gráfico 7: Gini vs gastos de bolsillo en salud (Quintil 5/Quintil 1)



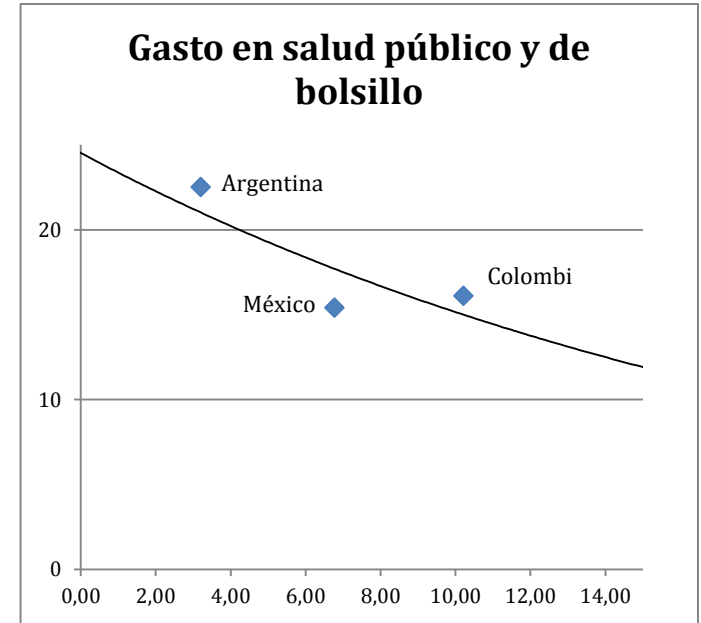
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial y Departamentos de Estadística de cada país.

Gráfico 6: Mortalidad al 5 año vs Gasto en salud (% del gasto del gobierno)



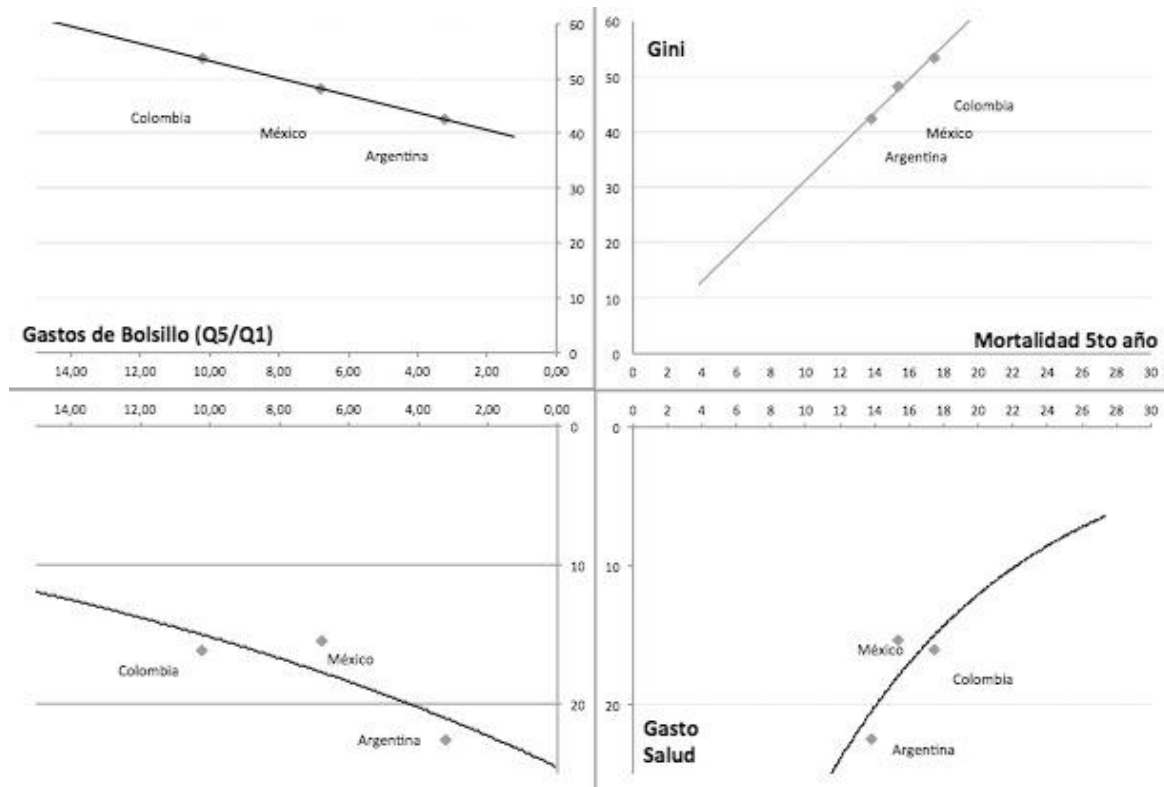
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Gráfico 8: Gasto en salud público vs gastos de bolsillo (Q5/Q1)



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial y Departamentos de Estadística de cada país.

Gráfico 9: Esquema de cuatro cuadrantes del sistema de salud.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial y Departamentos de Estadística de cada país.

Esta corresponde a la representación formal de los cuatro cuadrantes de análisis de inequidad en la salud a raíz de un contexto socioeconómico de desigualdad en el ingreso. Como se observa, Colombia presenta las más altas tasas de desigualdad, los peores resultados en el índice de mortalidad de niños menores a cinco años, un menor gasto en salud del gobierno y una mayor incidencia del gasto de bolsillo de las familias más pobres. Por su parte, Argentina y México presentan mejores indicadores en línea con la organización administrativa y los mecanismos de financiación y distribución de sus sistemas de salud.

Los resultados parecen indicar que las diferencias en los sistemas de salud son importantes en la comparación de resultados y prioridades en las políticas públicas de los gobiernos, pero el determinante fundamental de la discrepancia entre los países es el entorno socioeconómico, como lo es la desigualdad de los ingresos, generador de inequidad en la prestación, financiación y acceso a servicios de salud.

III. CONCLUSIONES

La inequidad en la salud tiene como principal determinante las condiciones socioeconómicas de la población, en especial la desigualdad en los ingresos. Un esquema de cuatro cuadrantes que relaciona variables asociadas a los resultados sanitarios y las prioridades del gasto público y de las familias, permiten corroborar que para Colombia, Argentina y México se cumple esta hipótesis.

Queda claro que la desigualdad y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países más desiguales, como Colombia al compararlo con Argentina y México, tiende (Maceira, Sistema de salud en Argentina, 2008) (Maceira, Sistema de salud en Argentina, 2008) a presentar peores resultados sanitarios que los más equitativos. La fragmentación en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe constituye un reflejo de las brechas en la distribución del ingreso existentes entre países, y tienen su correlato a su interior entre centros urbanos y rurales, y entre poblaciones de disímil situación económica.

De otro lado, la inequidad en los sistemas de salud, obligan a las familias, en especial a las de menos recursos, utilizar una porción importante de sus ingresos para esos propósitos.

Por último, se demuestra que las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza, incrementado la inequidad en los sistemas de salud y la desigualdad social.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Maceira, D. (2008). Sistema de salud en Argentina. En F. Barten, W. Flores, & A. Hardoy, *La Inequidad en la Salud Hacia un abordaje integral* (pág. 14). Buenos Aires, Argentina: IIED-América Latina Publicaciones.

Maceira, D. (2014). *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud en América Latina*. Obtenido de <http://www.unicef.org>:

<http://www.unicef.org/lac/Documentos-trabajo-CEDES-Unicef-122-2014.pdf>

Ministerio de Protección Social. (Diciembre de 2010). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20VI--Análisis%20de%20desigualdades%20e%20inequidades.pdf>

Pérez-Valbuena, G., & Silva-Ureña, A. (2015). Banco de la República. (49, Ed.) *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional* (218).

Castaño, R. A. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. *Financiamiento del desarrollo* (108), 52.

Galindo, L. (Mayo de 2010). La Equidad en Salud, en el caso colombiano. Bogotá.

CLACSO. Pobreza, Desigualdad y Salud en América Latina y El Caribe: Superando el grió Redondo. Santo Domingo.

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Determinantes e inequidades en salud*.

Garriga, Y. e. (s.f.). *Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud*. Obtenido de <http://bvs.sld.cu>: <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid07212.htm>

Perticara, M. P. (2008). Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *Serie Políticas Sociales* (141), 1-68.

Sen, A. (2001). *¿Por qué la equidad en salud?* Obtenido de <http://www.scielosp.org>: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>

Wagstaff, A. (2002). Obtenido de <http://www.scielosp.org>: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10717.pdf>

Alazraqui, M. E. (2007). *Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina*. Obtenido de <http://www.scielosp.org>: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n1/a01v21n1.pdf>

Aguilera, N. E. (Febrero de 2006). *Bancomex*. Obtenido de <http://revistas.bancomext.gob.mx>: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/88/3/RCE3.pdf>

R. Todd Jewell, M. R. (2007). *EL ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR EN AMÉRICA LATINA*. Obtenido de Cuadernos de Economía: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceco/v26n46/v26n46a06.pdf>

¹ Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Determinantes e inequidades en salud*.

² Sen, A. (2001). *¿Por qué la equidad en salud?* Obtenido de <http://www.scielosp.org>: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>

³ Maceira, D. (2014). *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud en América Latina*. Obtenido de <http://www.unicef.org>: <http://www.unicef.org/lac/Documentos-trabajo-CEDES-Unicef-122-2014.pdf>

⁴ Ibid

⁵ Perticara, M. P. (2008). Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *Serie Políticas Sociales* (141), 1-68.

⁶ CLACSO. Pobreza, Desigualdad y Salud en América Latina y El Caribe: Superando el grió Redondo. Santo Domingo.

⁷ Garriga, Y. e. (s.f.). *Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud*. Obtenido de <http://bvs.sld.cu>: <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid07212.htm>

⁸ Ibid

⁹ Ibid

¹⁰ CLACSO. Pobreza, Desigualdad y Salud en América Latina y El Caribe: Superando el grió Redondo. Santo Domingo.

¹¹ Ibid

¹² Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Determinantes e inequidades en salud*.

¹³ Ibid

¹⁴ Perticara, M. P. (2008). Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *Serie Políticas Sociales* (141), 1-68.

¹⁵ Ibid

¹⁶ Ibid

¹⁷ Ibid

¹⁸ Maceira, D. (2014). *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud en América Latina*. Obtenido de <http://www.unicef.org>: <http://www.unicef.org/lac/Documentos-trabajo-CEDES-Unicef-122-2014.pdf>

¹⁹ Martínez, M (2015). Crisis económica y hospitalaria en Colombia. *Revista Deslinde* No. 57. Bogotá.

²⁰ Castaño, R. A. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. *Financiamiento del desarrollo* (108), 52.

²¹ Aguilera, N. E. (Febrero de 2006). *Bancomex*. Obtenido de <http://revistas.bancomext.gob.mx>:

<http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/88/3/RCE3.pdf>

²² Maceira, D. (2008). Sistema de salud en Argentina. En F. Barten, W. Flores, & A. Hardoy, *La Inequidad en la Salud Hacia un abordaje integral* (pág. 14). Buenos Aires, Argentina: IIED-América Latina Publicaciones.

²³ Maceira, D. (2014). *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud en América Latina*. Obtenido de <http://www.unicef.org>: <http://www.unicef.org/lac/Documentos-trabajo-CEDES-Unicef-122-2014.pdf>

²⁴ Base de datos del Banco Mundial

²⁵ Ibid

²⁶ Ibid

²⁷ Para Colombia se consultó la Encuesta de Ingresos y Gastos (2007) en el DANE: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/ingresos-y-gastos-de-los-hogares>. Para Argentina se consultó la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (2013) del INDEC: http://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&id_tema_2=27&id_tema_3=44. Para México se consultó la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (2012) del INEGI: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33500>.