



La inequidad en el campo de la salud pública en América Latina: Una cuestión crucial

Bernardo Kliksberg

Banco Interamericano para el Desarrollo (BID)
Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES)
Washington D.C. Estados Unidos. Apartado Postal 20577
Telf.: + 1 202 6233765

Resumen

América Latina es considerada la región más desigual del planeta. Es el Continente donde, según múltiples fuentes, las polarizaciones son mayores en diversos campos, y el acceso a las oportunidades es marcadamente disímil para los diferentes sectores sociales. ¿Cómo impacta la inequidad latinoamericana el fundamental campo de la salud? ¿Qué problemas determina en esta área decisiva de la vida de las sociedades, y qué obstáculos y trabas pone al avance de los esfuerzos para mejorar la salud?

A pesar de su clara relevancia, este tema ha sido limitadamente puesto a foco. El objetivo de este artículo es llamar la atención sobre el mismo, y contribuir a estimular este debate tan necesario. Para ello se subraya, en primer término, el papel central de la salud para el desarrollo, se reseñan las amplias brechas que existen, a pesar de ello, a nivel mundial entre países, y a su interior, se encaran ciertos difundidos mitos sobre cómo superar los problemas en salud, se exploran algunos de los principales impactos de la desigualdad de América Latina sobre aspectos básicos del campo de la salud y, finalmente, se sugieren algunas líneas de la gran tarea por realizar para enfrentar el peso de la inequidad sobre la salud pública.

Palabras clave: Salud Pública, Inequidad, Inversión, Mortalidad, Esperanza de Vida, América Latina.

Anxiety in the Field of Public Health in Latin America: A Key Issue

Abstract

Latin America is considered to be the least equal region on the planet. It is the continent, where, according to many sources, polarization in many fields is greater, and access to opportunities is markedly dissimilar for different social sectors. How does this inequality affect Latin America in the fundamental field of health? What are the key problems in this critical area in the life of a society, and what obstacles and difficulties are affecting the success of efforts to better public health?

In spite of its clear relevance, this theme has been little focused on. The objective of this paper is to call attention to this reality, and to contribute in stimulating the necessary debate. To do this, in the first place we underline the central role of health in development, and then, in spite of this importance, explain the wide gaps that exist on a world level between countries, and within countries. Certain myths as to how to solve these problems are analyzed, and some of the principal impacts of in-equality in basic aspects of the health field in Latin America are explored. Finally certain lines of action are suggested in this great area of need, in order to correct the weight of inequality in the public health area.

Key words: Public Health, Inequality, Investment, Mortality, Life Expectative, Latin America.

La inversión en salud, campo estratégico para el desarrollo

La salud es ante todo un fin en sí mismo. Pertenece a la categoría de los derechos humanos más básicos. Crear condiciones favorables a la salud de toda la población no es una concesión, o una facilidad, es hacer honor a ese derecho básico. Es una de las obligaciones fundamentales de un sistema democrático por su misma definición. Como lo destacan adecuadamente George Alleyne (Director de la Organización Panamericana de la Salud -OPS-) y Gerth Rosenthal (CEPAL) (1998), “el acceso equitativo a servicios de salud es un derecho esencial de los seres humanos en nuestro tiempo, y es una condición básica para asegurar la fortaleza de la democracia, la gobernabilidad de las naciones y la legitimidad de los Estados”.

Al mismo tiempo la inversión en salud es de las de mayor retorno posible. Significa fortalecer el capital humano de la sociedad, como se ha enfatizado, base de la productividad, el progreso tecnológico y la competitividad. Sin una base firme en materia de salud los objetivos de crecimiento educativo de la población, antes exa-

minados, no tendrán posibilidad de materializarse. Un mejor nivel de salud, dice el Banco Mundial (1993), aporta al crecimiento económico en cuatro aspectos muy concretos: reduce las pérdidas de producción causadas por enfermedades de los trabajadores; permite el acceso a recursos naturales que serían inaccesibles si no se eliminan enfermedades propias de las zonas, donde se hallan los mismos (por ejemplo, malaria, paludismo, etc.); aumenta el enrolamiento de niños en las escuelas y su capacidad de aprovecharlas; y libera recursos que de otro modo deberían destinarse a la curación de enfermedades. OPS y CEPAL (1998) destacaron que, condiciones de salud no adecuadas aumentan los días de ausencia laboral, disminuyen la productividad, restan motivación e iniciativas en el lugar de trabajo. La salud es un elemento de competitividad empresarial. Las empresas con personal más saludable tendrán menor ausentismo y mayor productividad.

El estado de salud es un catalizador de círculos virtuosos o perversos en relación con la pobreza. Un círculo perverso frecuente es el de que los pobres tienen más posibilidades de enfermarse y, al perder salud, tienen mayores dificultades para buscar alternativas para enfrentar la pobreza. A la inversa, la mejora en su acceso a la salud los dota de mejores posibilidades para encararla.

La salud es asimismo, por sus características, un campo casi óptimo para mejorar la inequidad en general. Es posible en salud lograr avances importantes en cobertura, acceso, información, y otros aspectos, con costos más bajos y en períodos de tiempo más cortos, que lo que significaría introducir cambios en la redistribución del ingreso, o crear empleos estables.

Por otra parte las sociedades tienden a tener una actitud de apoyo casi consensual al mejoramiento de las condiciones de salud, y una intolerancia mucho mayor a la inequidad en salud que en otros campos. Ambos aspectos crean bases favorables para políticas activas en esta materia.

Por estas y otras razones la equidad en salud es una meta esencial para las sociedades democráticas de nuestro tiempo. Según M. Whitehead (1990) esa equidad puede definirse como:

- igual acceso a servicios de atención similar para iguales necesidades de salud;
- igual capacidad de uso de los servicios para las mismas necesidades;
- igual calidad de atención para todos.

A pesar de la aceptación en el “discurso público” usual de los hechos anteriores y de importantes avances en salud pública, principalmente ligados a descubri-

mientos en el campo médico, las realidades internacionales actuales indican pronunciadas brechas en las tres áreas de equidad mencionadas: acceso, capacidad de uso y calidad. Ellas forman parte de los factores que conducen a pronunciadas diferencias en esperanza de vida, mortalidad general y mortalidad infantil entre los países pobres y ricos en la actualidad.

Las distancias mundiales en salud

Puede apreciarse la magnitud de las brechas en el siguiente cuadro producido por la Organización Mundial de la Salud (1998):

Cuadro 1
Indicadores mundiales de salud
1997

26 países más ricos		49 países más pobres
78	Esperanza de vida al nacer (En años)	53
8	Muertes antes de los 50 años (Porcentajes del total de muertos)	73
8	Muertes antes de 5 años (Por cada 1000 nacimientos)	144
6	Mortalidad Infantil (Muertes en el primer año de vida por cada 1000 nacimientos)	100

Como se observa, la diferencia en esperanza de vida entre los habitantes de los 26 países más ricos y los de los 49 países más pobres eran en 1997, de 25 años. La mortalidad de personas de menos de 50 años representaba el 8% de la mortalidad total en los países ricos, y el 73% en los pobres. Los datos sobre mortalidad infantil dan cuenta de enormes diferencias. El número de niños que perecían antes de cumplir 5 años de edad era de sólo 8 de cada 1000 en los países ricos, y de 144 cada 1000 en los pobres. La cifra básica de mortalidad antes de cumplir un año de vida, de los pobres, multiplicaba 16 veces a la de los ricos. Uno de cada 10 niños entre los pobres no llegaba al año de edad.

La población pobre sufre todo orden de inequidades en salud. Tiene más posibilidad de enfermarse, su acceso a cobertura médica es menor, tiene menos infor-

mación sobre su misma existencia y sobre cómo lidiar con sus dolencias, tiene menos capacidades para hacer uso de los servicios de salud, y la calidad de la salud que se le ofrece es mucho menor que la que llega a los otros sectores. En consecuencia, es una población que tiende a sufrir lo que Musgrave (1996) llama “indigencia médica”, una forma de pobreza que se añade a las otras, pero que puede conducir a la pérdida de la vida, o a deterioros graves de la salud.

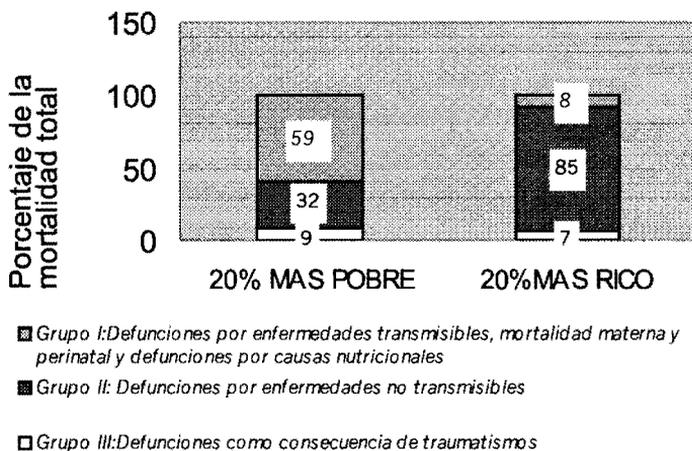
La Organización Mundial de la Salud (1998) describe con precisión su situación:

“Los pobres soportan una parte desproporcionadamente grande de la carga mundial de morbilidad y sufrimiento. Suelen habitar en viviendas insalubres y haciendas, en zonas rurales o tugurios periurbanos poco atendidos. Están más expuestos que los ricos a la contaminación y a otros riesgos en el hogar, en el trabajo y en sus comunidades. Asimismo, es más probable que su alimentación sea insuficiente y de mala calidad, que consuman tabaco y que estén expuestos a otros daños para su salud. En general, esta situación reduce su capacidad de llevar una vida social y económicamente productiva y se traduce en una distribución diferente de las causas de mortalidad (véase el gráfico 1). Las desigualdades y la creciente diferencia entre ricos y pobres en muchos países y comunidades, aun cuando haya un crecimiento económico continuo, amenazan la cohesión social y en varios países contribuyen a la violencia y a la tensión psicosocial”.

El problema de la alimentación es de los más graves. Según datos recientes de la FAO, 828 millones de personas de los países en desarrollo padecen hambre crónica, y otros 2000 millones tienen deficiencias de micronutrientes como vitaminas y minerales. El problema no es de disponibilidad de alimentos a nivel mundial. Según FAO, si la producción mundial de alimentos se distribuyera según las necesidades, se podría proporcionar a cada persona una dieta de energías diaria de 2.720 calorías. La situación real muestra una gran brecha. El promedio diario de la dieta energética es en los países desarrollados de 3.340 calorías, y de sólo 2.060 en los países pobres.

Algunas de las derivaciones de esta situación pueden apreciarse en el gráfico siguiente, que marca las diferencias que existen entre las causas de muerte del 20% de población más pobre, y el 20% más rico:

Gráfico 1
Distribución de la mortalidad según sus causas entre el 20% más rico y el 20% más pobre de la población mundial.
Estimaciones de 1990



* Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1998. "La salud para todos en el siglo XXI".

Casi el 60% de las defunciones de los pobres son causadas por enfermedades transmisibles, causas nutricionales y mortalidad materna y perinatal. En los ricos esas cifras se reducen drásticamente, es sólo el 8% de las defunciones. El Banco Mundial (1993) ha estimado que las cifras de defunciones de los pobres podrían reducirse dramáticamente. Según sus cálculos, 7 millones de adultos mueren anualmente por enfermedades transmisibles que podrían ser prevenidas o curadas con costos mínimos. La tuberculosis sola causa 2 millones de esas muertes.

En los niños las reducciones podrían ser enormes. Casi la mitad de las muertes en los países pobres es causada por diarreas y enfermedades respiratorias exacerbadas por la desnutrición. En lo relativo a las madres, las tasas de mortalidad materna son, en promedio, 30 veces mayores en los países en desarrollo que en los ricos.

El peso decisivo de las inequidades en salud va incluso a poner seriamente en riesgo, los logros alcanzados por poblaciones humildes, con muchos esfuerzos. En cualquier momento dichos logros pueden esfumarse si se presentan contingencias médicas significativas para poblaciones en "indigencia médica". Un ejemplo relevante puede encontrarse en un estudio sobre el Grameen Bank, una de las experien-

cias de lucha contra la pobreza más premiadas del Planeta. Este pionero banco popular de Bangla Desh consiguió suministrar mini-préstamos a millones de pequeños agricultores. Con ellos pudieron mejorar su situación económica. Pero según el estudio (Todd, 1996) al analizar los usuarios del Banco, que después de 10 años de préstamos seguían en la pobreza, encontró que la mayoría de ellos tenían en común que un miembro de la familia había tenido una enfermedad seria en los últimos tres años. Allí tuvieron que vender sus bienes para pagar la asistencia médica.

Cuestionando mitos

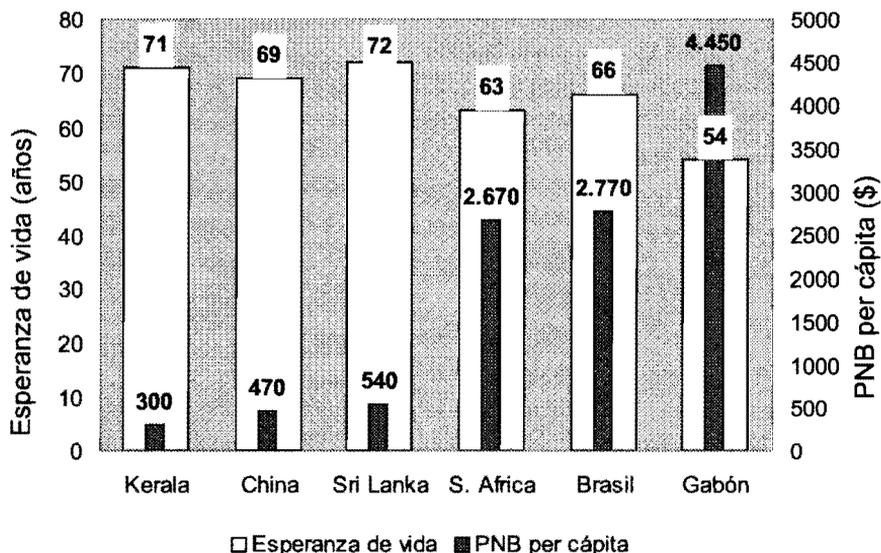
Una difundida tesis resalta que la problemática de la salud pública es básicamente una cuestión de ingresos. La elevación del producto bruto nacional y del producto bruto per cápita traería consigo la vía de solución. Habría un paralelismo claro entre dichas elevaciones y cambios importantes en los parámetros de salud, y por tanto todos los esfuerzos deberían concentrarse en el crecimiento económico que de por sí solventaría el problema. Amartya Sen (1998) pone en seria duda este orden de razonamientos. Señala que la evidencia empírica indica realidades más complejas. Los ingresos reales de la gente no dependen sólo del nivel de producto bruto per cápita, están fuertemente afectados por el tipo de estructura de distribución del ingreso. Por otra parte la calidad de vida de una persona no depende meramente de su ingreso personal, sino de diversas condiciones físicas y sociales. Por ejemplo, el ambiente epidemiológico en que la persona vive puede tener un impacto sustancial sobre la mortalidad y la morbilidad. La disponibilidad de servicios de salud y la naturaleza de los seguros médicos, públicos y privados, están dentro de las influencias importantes sobre la vida y la muerte. También otros servicios sociales, como la educación básica, la organización de la vida urbana y el acceso a conocimiento médico.

Su tesis surge de diferentes estudios de campo. Entre ellos, analiza la evolución de las tasas de esperanza de vida en Inglaterra y Escocia en las primeras seis décadas de este siglo. El crecimiento de la esperanza de vida es moderado en las diversas décadas, salvo en dos de ellas donde presenta un brusco aumento: 1911-21 y 1941-51. Esas son las décadas de la primera y la Segunda Guerra Mundial. ¿Cómo se explica esta diferencia? Parece hallarse en el tipo de proceso que surgió de la situación especial creada por el esfuerzo bélico: la mejora en la entrega pública de alimentos y servicios de salud en ambas décadas. Mientras que la provisión total de alimentos per cápita descendió en los años de guerra, la incidencia de la desnutrición también declinó por el uso más eficiente de sistemas de distribución pública y la mayor igualdad en la distribución que surgía de los sistemas de

racionamiento. Puede ser que hubiera una atmósfera de compartir, y de acciones cooperativas, en esos períodos. Incluso el Servicio Nacional de Salud nació en Gran Bretaña en la década 1941-51.

La influencia de factores de diversa índole que trascienden al mero ingreso bruto per cápita explicaría, asimismo, el éxito comparativo en salud de algunos países que en términos de ingreso per cápita son mucho más pobres que otros. Así Sri Lanka, Costa Rica, y el Estado de Kerala en la India, indica Sen, tuvieron rápidas reducciones en las tasas de mortalidad a pesar de no tener mucho crecimiento económico. El proceso operó a través de la prioridad asignada a los servicios sociales. También podría adicionarse a la mejor equidad que tienen sus estructuras económicas en relación con otros países. Sen construye el siguiente gráfico, comparando el Producto Nacional Bruto per cápita y las esperanzas de vida en un grupo de países:

Gráfico 2
Producto nacional bruto y esperanza de vida en países seleccionados.
1992



*Fuente: Amartya Sen (1998) Mortality as indicator of economic success and failure. The Economic Journal, January.

Como se observa los productos per cápita de los tres primeros casos (Kerala, China, Sri Lanka) son muy inferiores a los de los otros tres (Sud Africa, Brasil, Gabón), sin embargo los superan ampliamente en esperanza de vida.

¿Pero cómo lo han hecho, se plantea Sen, si son países pobres, con pocos recursos, de dónde ha surgido el financiamiento para expandir servicios sociales básicos como salud y educación? El investigador indica que los servicios sociales son trabajo-intensivos. Sus costos básicos son en mano de obra. La misma es mucho más barata en estos países que en los países ricos, consiguientemente con menos recursos se pueden generar servicios equivalentes a los que requerirían muchos más recursos en los anteriores. Estos factores, los costos y precios relativos, deberían ser también tenidos en cuenta al analizar el tema de la salud.

También los pioneros análisis de Sen (1981) sobre las causas de las hambrunas han llevado a conclusiones en similar dirección. En diversos países los períodos de hambruna masiva no están asociados necesariamente con escasez grave en la producción de alimentos. Influyen decisivamente factores como el acceso real a los mismos de los sectores pobres en función de los precios relativos, y de las posibilidades de trabajo y de remuneración al alcance de los mismos.

El replanteo de las causas profundas de los problemas en salud que sugieren las hipótesis anteriores, descarta el razonamiento mecanicista de que bastaría el crecimiento económico para superarlos. Es absolutamente deseable y favorable pero el tema es más amplio. Los niveles generales de inequidad de las sociedades, sus políticas de lucha general contra la pobreza, y los arreglos organizacionales en materia de servicios básicos de salud y educación, influyen fuertemente en los resultados de salud.

Los procesos al respecto no son espontáneos, se necesitan intervenciones públicas sostenidas y eficientes. Musgrave (1996) destaca: "Mientras que ninguna de las razones para la intervención del Estado es solamente para el sector de salud, ciertas fallas del mercado son peores aquí, que en cualquier otra área de la economía".

¿Qué situaciones se observan en América Latina en términos de inequidad en cuanto a factores como los resaltados y, particularmente, qué peso tienen las agudas estructuras de inequidad de la región en el campo de la salud? Se requieren amplios esfuerzos de investigación y análisis en esta materia. A continuación se presentan exploratoriamente algunos elementos de la realidad regional al respecto, que mueven a reflexión.

Inequidad en salud en América Latina

Ha habido progresos considerables en materia de salud en América Latina. Sin embargo, existen serios problemas que denotan la presencia de un agudo patrón de inequidad. Los promedios nacionales muestran avances, pero cuando se desagregan por niveles socioeconómicos, regiones, género y edades, se observan amplios sectores de población con serios problemas. La Cumbre Presidencial de Miami (1994) hizo expresa, en su Plan de Acción final, la necesidad de que los Gobiernos de la región se esfuercen por mejorar la equidad en salud como una condición esencial para el desarrollo humano. La Cumbre de Presidentes de Santiago (1998) señaló, en su Declaración final, la determinación de “remover las barreras que niegan a los pobres el acceso a una nutrición adecuada, a servicios sociales, a un medio ambiente saludable ...”

La esperanza de vida promedio varía considerablemente entre los países de la región, como puede observarse en la tabla siguiente:

Cuadro 2
América Latina: Esperanza de vida al nacer.
1990-1995

Países	Esperanza de vida al nacer
América Latina	68,7
Bolivia	59,3
Haití	56,6
El Salvador	66,3
Guatemala	64,8
Honduras	67,7
Nicaragua	66,1
Paraguay	68,5
Brasil	66,3
Colombia	69,2
Costa Rica	76,3
Ecuador	68,8
México	71,5
Panamá	72,9
Perú	66,7
República Dominicana	69,6
Venezuela	71,8
Argentina	72,1
Chile	74,4
Cuba	75,3
Uruguay	72,4

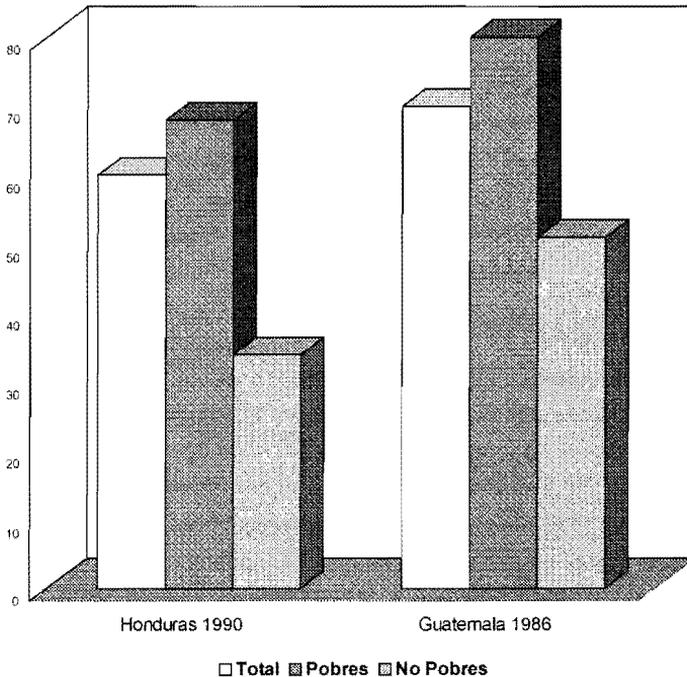
Fuente: CELADE, BID (1996). Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina.

Las distancias van desde las esperanzas de vida de Costa Rica (76,3 años), Cuba (75,3) y Chile (74,4), cercanas a los promedios del mundo desarrollado, hasta las de Haití (56,6) y Bolivia (59,3), cercanas a los países más pobres del Universo.

Similares distancias se observan en mortalidad infantil. Mientras que las cifras de Costa Rica (13,7 por mil), Cuba (11,8) y Chile (14) están cerca de las de los países desarrollados, las de Haití (86,2), Bolivia (75,1), están cerca de los más pobres, y se observan altos promedios en países como, entre otros, Perú (55,5), Brasil (57,7), Nicaragua (52,3), Ecuador (49,7) y Guatemala (48,5).

En los países con elevadas tasas de mortalidad infantil, se observan fuertes distancias al interior, al desagregar los promedios nacionales entre pobres y no pobres, como puede apreciarse a continuación en Honduras y Guatemala:

Gráfico 3
Tasa de mortalidad infantil según situación de pobreza
Tasa por mil nacidos vivos



Fuente: CELADE, BID. Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina, 1996.

Esas distancias tienen también alta expresión en las diferencias entre las zonas rurales y urbanas. La mortalidad infantil es mucho mayor en el campo, en los países con altas tasas, llegando a sobrepasar en ellos los 100 niños por cada mil nacidos. Influyen en ello significativamente las carencias mucho más agudas en las zonas rurales en cuanto a agua potable, instalaciones sanitarias y servicios de salud primarios.

Las asimetrías mencionadas en esperanza de vida y mortalidad infantil se acentúan en relación con la población indígena. Con frecuencia padece de malnutrición crónica, es muy vulnerable a ciertas enfermedades transmisibles, y está a distancia de servicios de salud.

Las cifras de mortalidad materna de la región son muy elevadas con relación a las del mundo desarrollado, y están fuertemente influidas por el patrón de inequidad. Según el Informe del Banco Mundial (1996) 2.250.000 madres latinoamericanas dan a luz sin contar con asistencia médica. Ello desde ya va a impactar la mortalidad materna. Las cifras que se manejan siendo elevadas son, según los expertos, considerablemente menores que las reales, por el sub-registro pronunciado que existe en esta materia. Así, mientras la cifra estadística de Guatemala para 1985-89 era, promedio anual, 97 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos, la cifra que surgía de estudios directos era de 270 muertes. Estudios de este orden han podido establecer la extrema vulnerabilidad de determinados grupos de madres. Mientras que médicamente es posible controlar la gran mayoría de las causas de mortalidad materna y llevarla a límites mínimos (en Costa Rica es inferior a 28), en los barrios urbanos marginales de Lima se ha estimado en 286, en comunidades indígenas Mapuches en 414, y en villas rurales de actividad minera y precarias condiciones de vida de Bolivia, en 1379.

Las desigualdades en las tasas descritas de mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad materna, están influidas por diversos factores según se ha indicado. Entre los aspectos básicos, influyen las condiciones socioeconómicas básicas, el acceso a servicios de salud, la disponibilidad de agua, instalaciones sanitarias y electricidad, el medio ambiente, y el acceso a educación.

Una expresión fundamental de las consecuencias de las pronunciadas inequidades que se observan en la región en las condiciones socioeconómicas básicas de los diversos sectores de población, se registra en la vital área de la alimentación. La posibilidad de ingesta de los alimentos necesarios, factor decisivo de salud puede estar fuertemente restringido por la pobreza y la inequidad. Según indican OPS-CEPAL (1998):

“Se observa en casi todos los países de la región un incremento en enfermedades no transmisibles crónicas asociadas con alimentación y nutrición”. Destacan las mismas organizaciones que:

“Las medidas de ajuste implementadas por los países han afectado la disponibilidad nacional de alimentos y han tenido repercusiones negativas sobre el poder de compra de los grupos más pobres amenazando la seguridad alimentaria”.

En los 80 descendió la producción alimentaria, decreciendo en todos los países de Centroamérica y del Caribe, y en 1992, 22 países de la región recibieron asistencia alimentaria del Programa Mundial de Alimentos.

Como señalaba Amartya Sen, “La desnutrición no está sólo ligada a restricciones en la producción de alimentos, inciden otros factores”. Así, por ejemplo, el Estado de Portuguesa en Venezuela es el principal productor de granos del país. Sin embargo, tiene una de las mayores tasas de desnutrición del mismo.

En lo atinente al acceso a servicios de salud OPS estimaba, en 1992, que 160 millones de latinoamericanos no tenían acceso consistente a los mismos. La posibilidad de gastar en salud es totalmente desigual en la región. A pesar de tener mayores necesidades, los hogares más pobres dedican un porcentaje menor de sus ingresos a dicho gasto, que los más ricos. En un estudio sobre 11 países, se detectó que mientras que el promedio de los hogares gasta el 4,35 de sus ingresos en salud, en el 25% más pobre de la población ese porcentaje desciende al 3,7%. En el 25% más rico sube al 4,9%. Además, los pobres dedican su limitado gasto especialmente a medicamentos, ítem cuyo costo ha subido agudamente en los últimos años como consecuencia de las políticas de desregulación del mercado respectivo. En cambio, el gasto de los cuartiles más elevados de la distribución del ingreso, va a atención de médicos. La tabla siguiente, construida por OPS, da cuenta de las amplias inequidades en el acceso a servicios de salud en tres países de la región:

Cuadro 3
Patrones de gasto e inequidad del acceso a los servicios de salud en Jamaica, México y Perú

País y Años	Ingreso quintiles/deciles										
	Total	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Jamaica 1991(a)											
Gasto de salud per cápita (1988 US\$)	13,2	3,1	6,1	8,8	15,2	30,8					
Gasto de salud como % del gasto de vivienda (b)	1,7	1,5	1,6	1,6	1,9	1,8					
Personas enfermas con necesidad de ayuda médica (%)	47,7	38,7	52,0	48,7	50,6	47,8					
México 1989											
Porcentaje del gasto per cápita (1988 US\$)	31,0	11,4	14,8	14,5	18,0	16,8	23,3	26,7	31,8	52,1	100,8
Gasto de salud como % del gasto del consumidor	2,3	3,7	3,0	2,5	2,6	2,0	2,3	2,2	2,0	2,6	2,2
Porcentaje de hogares reportando gastos de salud	64,1	46,6	59,2	65,8	60,0	64,7	65,0	68,4	67,5		
Perú 1991											
Porcentaje del gasto per cápita (1988 US\$)	23,0	0,7	2,7	4,1	8,7	10,3	14,2	17,6	20,4	41,5	108,6
Gasto de salud como % del gasto del consumidor	2,2	0,5	1,1	1,2	2,0	2,0	2,4	2,5	2,7	3,6	4,5
Personas enfermas con necesidad de ayuda médica (%)	50,2	32,3	48,8	53,4	60,9	58,9					

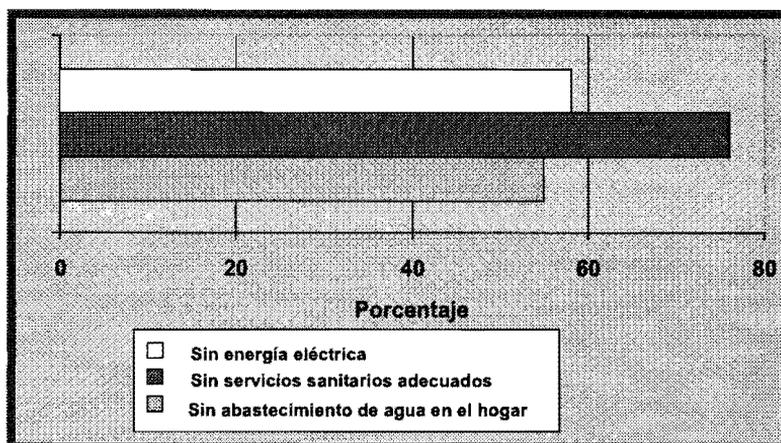
a) Información por quintiles en vez de deciles;

b) Basado en números de hogares que reportaron tener gastos de salud.

Fuente: Oficina Panamericana de la Salud, Gasto nacional los noventa. Proyecto y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la década de Economía y Financiamiento de la Salud. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. División Salud y Desarrollo, Washington, DC; PAHO 1994. (Tech. Rep. Series No. 30).

En cuanto se refiere a agua potable, instalaciones sanitarias y electricidad, insumos esenciales para las condiciones de salud, se aprecian amplios déficits. Se estima que 130 millones de latinoamericanos carecen de agua potable. El panorama de vida que puede presentarse a las poblaciones pobres, en algunos países de la región, aparece vívidamente en el siguiente gráfico sobre Guatemala:

Gráfico 4
Guatemala: Disponibilidad de servicios básicos de los hogares pobres
1992.



Fuente: Guatemala, INE/FNUAP (1992)

El 58,9% de los hogares pobres carecían de electricidad, casi un 80% no tenía servicios sanitarios adecuados, y un 56,3% no disponía de agua en la vivienda.

Los déficits en agua potable y en instalaciones de disposición de excretas tienen fuerte incidencia en la extensión de las infecciones intestinales en los niños de la región. En 11 países de la misma, la diarrea es una de las dos principales causas de muerte en niños de menos de un año, y la principal en niños de 1 a 4 años. Los déficits de agua potable fueron uno de los factores esenciales en la rápida extensión del cólera en la década del 90. Aparecida a comienzos de 1991 en Perú, la epidemia alcanzó 811.000 casos en septiembre de 1993.

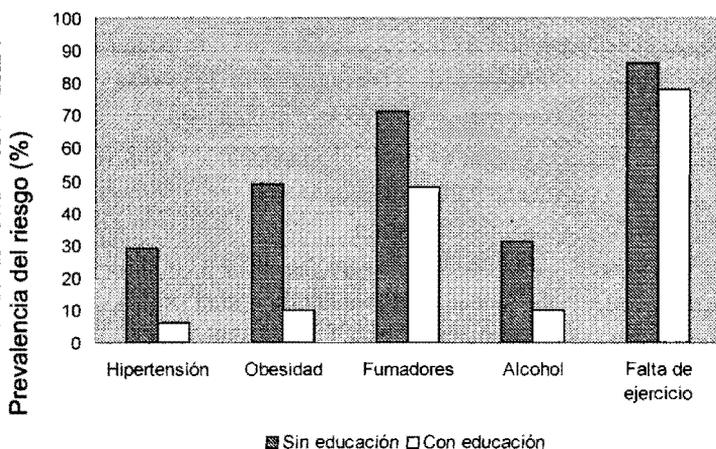
El agua es un elemento vital en general. En Perú, según refieren OPS-CEPAL (1998), se realizó una significativa investigación. Se trató de comprobar la hipótesis de que la preparación en hábitos de higiene bastaría para reducir la transmisión de enfermedades infecciosas en una comunidad. Se llevó a cabo un estudio en pueblos jóvenes de Lima. Las dificultades de provisión de agua potable en ellos eran considerables. Se observó el comportamiento de 53 familias durante 12 horas diarias, en 3 días. Los hábitos familiares podían considerarse distantes de los aconsejables higiénicamente: limitado lavado de manos, poco uso de jabón, etc. Pero, según se ve-

rificó, no estaban determinados por falta de conocimiento sino estrictamente por la escasez de agua.

Los problemas medio ambientales afectan asimismo, de modo diferenciado, a los diversos sectores sociales. Los sectores de mejores ingresos se ubican en zonas de las ciudades con menos industrias contaminantes, con áreas verdes, y pavimentos que evitan la contaminación con partículas de polvo. Los de menores ingresos están en áreas sin verde, con frecuencia en la cercanía de industrias contaminantes, y con calles de tierra.

Educación y salud se hallan profundamente interrelacionados. Las dos fuentes principales de educación básica son la familia y el sistema educativo. Haber nacido en una familia con mejores niveles de educación implicará disponer, desde los primeros años, de una “cultura de salud” actualizada. La escolaridad permite continuar y ampliar los insumos familiares y conforma actitudes de salud preventiva. Las inequidades observables en el acceso de las familias a educación, y en las estructuras educativas, condicionan fuertemente las conductas en salud. Ello puede apreciarse en el siguiente gráfico que indica la prevalencia de conductas de riesgo, en varias áreas básicas para la salud en poblaciones con educación secundaria, y sin educación, de Porto Alegre. Las áreas indagadas fueron: hipertensión, obesidad, fumadores, alcohol, y falta de ejercicio.

Gráfico 5
Educación y factores de riesgo de salud en Porto Alegre, Brasil
1987
Prevalencia del riesgo (porcentaje)



Fuente: Achutti y otros, 1988

La población con educación secundaria presenta factores de riesgo mucho menores a la población sin escolaridad. En el mismo sentido, según indica el Banco Mundial (1993), en el Perú, al indagar a jóvenes de 25 a 29 años de edad en el grupo que tenían padres educados, el 72% de los mismos estaban vivos, mientras que esa proporción bajaba al 55% en el grupo cuyos padres carecían de educación.

Puede inferirse, por consiguiente, que las desigualdades en educación contribuyen a la generación de desigualdades en salud, que a su vez van posteriormente a afectar las posibilidades de trabajo y las condiciones socioeconómicas básicas, llevando a problemas en educación, configurándose un círculo perverso de pobreza.

Las tendencias a la inequidad delineadas para toda la región en campos básicos como la alimentación, los gastos en salud, las condiciones en cuanto a agua, instalaciones sanitarias y electricidad, el medio ambiente y la educación se registran actualmente en casi todos los países de la región, aun cuando con intensidades desde ya diferentes. Los estudios al respecto son limitados, pero recorramos brevemente trabajos recientes sobre tres países muy diferentes: Ecuador, Jamaica, y Argentina.

Un estudio reciente sobre Ecuador, Laspriella (1998) que integra una serie de estudios sobre inequidad en salud patrocinados por el Banco Mundial indica, entre otros aspectos, los siguientes:

- Sólo el 21% de la población está protegida por algún tipo de seguro médico.
- El uso de servicios de salud se halla fuertemente sesgado hacia los sectores de mayores ingresos. Hacen mayor uso del gasto público en salud que los pobres. Incluso el porcentaje de personas sanas que usan los servicios de salud es mucho mayor entre los sectores de mayores ingresos.
- Los de mayores ingresos gastan más que los pobres en salud proporcionalmente a sus ingresos.
- El número de visitas al médico y al dentista está directamente correlacionado con el nivel de ingresos.
- En los pobres hay una fuerte tendencia a automedicarse.
- Hay una correlación inversa entre el nivel socioeconómico y los días de inactividad debidos a enfermedad.

- El informe concluye que: “hay diferencia en los patrones de gastos de salud, enfermedad, y utilización de servicios de salud que benefician a la población de más altos ingresos”.

En el caso de Argentina, un país tradicionalmente ubicado en los mejores niveles de la región en salud, algunos análisis recientes dan cuenta de profundas disparidades regionales entre los grandes centros urbanos, y las provincias con fuertes problemas de pobreza. Así, entre otros datos:

- En Salta el promedio de desnutrición para menores de dos años, es del 17%. La tasa de mortalidad infantil es de 31,1 por cada mil nacidos vivos. El 47,83% de la población no tiene cobertura de salud, y el 34% carece de inodoro con descarga de agua.
- En Misiones sobre 24.000 partos anuales, las muertes de niños menores de un año llegan a 700.
- En Formosa la desnutrición alcanza al 8% en toda la Provincia. La mortalidad infantil es del 35 por mil, muy superior a la media nacional. Se adjudica en gran parte a las carencias nutricionales.
- En el Chaco se ha estimado que el 60% de las muertes se producen por enfermedades vinculadas con la marginalidad y la pobreza. La tasa de mortalidad infantil es de 32,5 y la de mortalidad materna, 130 por 100.000.
- En las áreas de pobreza del Gran Buenos Aires y del interior de la Provincia de Buenos Aires, se estima que uno de cada cinco niños menores de dos años presenta algún tipo de desnutrición. El 20% de las mujeres embarazadas presenta también cuadros de desnutrición.

Jamaica es considerado uno de los países de la región con mejor cobertura en salud. Un sistema de salud centralizado predominantemente financiado por el Estado, asegura que todos los miembros de la población tengan acceso a una relativamente buena calidad de atención médica. Sin embargo, Van Doosaler y Wagstaff (1998) encuentran:

- Los grupos de menores ingresos tienen una mayor necesidad de cuidados preventivos de salud. Analizando las cifras de visitas preventivas se observa que el patrón de las mismas es inverso. Cuanto más alto el nivel de ingresos mayor es el uso de los servicios preventivos.

- Lo mismo sucede con las visitas curativas, son más utilizadas por los grupos de mayores ingresos, a pesar de que sus necesidades son menores.

Este patrón regresivo está vinculado con el hecho de que, si bien todos los habitantes del país tienen acceso a los servicios públicos de salud, los grupos de altos ingresos toman seguros suplementarios que les dan acceso a servicios de calidad mayor de carácter privado. La proporción de personas que cuentan con seguros privados está directamente correlacionada con el nivel de ingresos. Las cifras indican:

Quintil	Porcentaje de personas con seguros privados de salud
1 (20% más pobre)	1
2	1,8
3	5,2
4	10,1
5 (20% más rico)	24

En los tres países comentados, de características muy diversas en materia de salud, se observa la existencia de un patrón de inequidad en plena operación con las especificidades de cada caso. En Ecuador, con serias brechas en salud, las distancias son muy importantes. Pero también se dan en el ámbito regional en la Argentina, con muchos mejores índices, y en Jamaica, con un sistema de cobertura integral. La inequidad aparece como una característica estructural de la problemática de la salud en la región.

La actividad pública resulta muy estratégica ante este cuadro. Su rol es fundamental en relación con buena parte de los problemas que se plantean. Como lo señala Musgrave (1998), entre otros aspectos, la acción del Estado en salud es especialmente importante a los niveles de ingresos bajos, por razones epidemiológicas y económicas. El financiamiento estatal es crucial. Asimismo, todas las personas pueden potencialmente tener que enfrentarse con riesgos de salud catastróficos. En las sociedades con alta pobreza habrá muchos que no puedan financiar seguros para cubrirse. La intervención pública es central. También como previene, la primera tendencia que el Gobierno debería evitar, es usar el sistema impositivo o cualquier sistema de cobro de aranceles en facilidades públicas para hacer que los pobres subsidien servicios de salud utilizados por los ricos.

Las tendencias seguidas por el gasto público en América Latina en este aspecto parecieran no ajustarse en diversos planos a objetivos como los referidos y otros semejantes. El gasto de la región en salud se halla a distancia considerable del mundo desarrollado y de los promedios mundiales. Ello puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Cuadro 4
Indicadores del gasto nacional en América Latina,
el Caribe y en los países desarrollados
(en dólares EEUU, 1990)

Indicadores	América Latina y El Caribe	Países Desarrollados
Gasto nacional de salud como % del PNB		
Total	5,7	7,8
Público	2,5	4,9
Privado	3,2	2,9
Componentes del gasto nacional de salud		
Total	100,0	100,0
Público	43,4	64,6
Gobierno central	12,2	
Gobiernos descentralizados	7,4	
Seguro social	23,9	
Privado	56,6	35,4
Gastos per cápita		
Total	133,0	1.620,0
Público	58,0	1.010,0
Privado	75,0	610,0
Proporción Privado/Público	1,31	0,6

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Gasto nacional y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la década de los noventa. Proyecto de Economía y Financiamiento de la Salud, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo, Washington, DC; PAHO, 1994.

El cuadro indica que la región presenta un gasto per cápita anual en salud de 133 dólares frente a una media mundial de los países desarrollados de 1.620 dólares. En estos últimos el sector público tiene además una presencia en el campo de la salud mayor (64,6% vs 43,4%). La media mundial de gastos de salud per cápita era 323 dólares para la misma época.

Cominetti y Ruiz (1996), señalan respecto a la evolución de esta tendencia que en 1994/5 sólo cinco de dieciséis países mostraban un gasto real per cápita en salud superior al de 1980.

La restricción del gasto público y de los recursos manejados por la seguridad social ha llevado, entre otros efectos, a la no realización de inversiones necesarias, la falta de mantenimiento adecuado de equipos, serias limitaciones en el entrena-

miento del personal, y dificultades para sostener un nivel adecuado de gastos corrientes. Entre otras consecuencias regresivas de esta situación sobre los pobres, una de ellas es la extensión de las “colas” en los servicios médicos. Ello significa, para los pobres, fuertes “costos de oportunidad”, dado que su supervivencia depende estrictamente de sus horas de trabajo efectivas.

Según indican los estudios de OPS-CEPAL (1998), las limitaciones de la intervención pública en salud han llevado a que las familias tuvieran que asumir un porcentaje creciente del gasto total en salud. Las unidades familiares pobres se han visto forzadas a usar una parte en ascenso de sus precarios recursos a este fin. En 1990 el gasto de las familias en salud representaba en América Latina el 56,6% del financiamiento total del sector. En cambio, en los países desarrollados de la Unión Europea, Canadá, y USA, representaba sólo el 35,4%.

En su conjunto la inequidad en salud está contribuyendo activamente a agravar las inequidades generales. En una situación en donde el ascenso de la pobreza incrementa los riesgos de enfermedad, las dificultades de las familias pobres para encontrar respuestas efectivas son muy considerables por las tendencias antes descritas. Los resultados son “circuitos de salud” muy diferenciados de acuerdo al estrato socioeconómico, la región, el género y las edades. Esas inequidades en un aspecto tan crucial contribuirán severamente a aumentar las distancias en capacidad de utilizar el sistema educativo, posibilidad de integrarse al mercado de trabajo y de permanecer en él, y en definitiva en duración y calidad de la vida.

La tarea por realizar

Asegurar un acceso universal a una nutrición adecuada, y a sistemas de salud públicos de buena calidad, son metas que deben estar al tope de las prioridades de cualquier país. Están fuera de discusión, son fines últimos de toda sociedad. Se hallan en las Constituciones de todas las naciones de la región, en la esencia de la promesa de igualdad de oportunidades de la democracia, y deberían convertirse en realidades a través de políticas sistemáticas. Las políticas de salud deberían considerarse una real “cuestión de Estado”. Al respecto se han señalado los marcados déficits y brechas que se presentan en América Latina en campos claves como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Se han indicado las claras diferencias que se dan a nivel de estrato social, zonas de los países, género y edades. Asimismo se han planteado el peso sobre estas violaciones al derecho humano más básico como lo es la salud, de factores como la desnutrición, las debilidades en cobertura y calidad de la atención en salud disponible, las carencias de agua

potable, instalaciones sanitarias y electricidad, las interrelaciones negativas entre los vacíos educativos y la salud.

Hay un enorme trabajo por delante que tiene en su apoyo los radicales avances producidos en los últimos años en las ciencias médicas. Los progresos conseguidos en la región son considerables y deben defenderse porque en este campo también puede haber retrocesos, como sucedió con el cólera, pero es necesario ir mucho más lejos. Se debe comprender todo el problema como derivado de las interrelaciones entre la evolución económico-social de la sociedad y la salud. No es exclusivamente una cuestión resoluble al interior del campo de la salud. Las condiciones de pobreza e inequidad globales influyen cotidianamente los parámetros de salud. Go Brutland (1998) describe con realismo la situación:

“Existen importantes factores determinantes de una mejor salud que se encuentran fuera del sistema sanitario. Entre ellos cabe mencionar una mejor educación, un ambiente más limpio y sin riesgos, y la reducción constante de la pobreza ... Hay que decirles a los presidentes, los primeros ministros y los ministros de finanzas que ellos también son ministros de salud”.

Junto al abordaje de las interrelaciones entre medio y salud, en términos de políticas que favorezcan la salud, es necesario atacar a fondo los problemas existentes en salud. Como lo resalta Alleyne (1998) disminuir las inequidades en este área debe ser una meta fundamental. Llevar adelante políticas públicas ambiciosas en salud, no se halla fuera de las posibilidades reales de los países. Además de que esta sería una asignación de recursos de mayor prioridad a otras, los cálculos de los expertos indican que los recursos necesarios existen. En base a ejercicios de simulación realizados en varios países de la región, la OPS (1998) resalta que: “es económicamente viable para casi todos los países de la región, proveer cobertura universal de los servicios de salud actualmente ofrecidos por el sector público, y aún ofrecer programas que proveen más servicios y tienen mayor grado de complejidad tecnológica”. Debe tenerse en cuenta que, como lo marcaba Amartya Sen, los costos respectivos pueden ser bajos en la región, dado que los insumos centrales requeridos son mano de obra de médicos, técnicos, y personal paramédico cuyos salarios son comparativamente mucho menores a los de los países desarrollados.

A un nivel universal, enfatizando los contrasentidos en la fijación de prioridades y la asignación de recursos que caracterizan a la realidad de fines de siglo, estima el Informe de Desarrollo Humano (1998) de las Naciones Unidas, que proveer servicios de salud básica y nutrición a los 4.400 millones de personas que viven en países no desarrollados, costaría 13.000 millones de dólares anuales. Actualmente se gastan 17.000 millones anuales en alimentos para perros en Europa y USA,

35.000 millones anuales en la industria del entretenimiento en el Japón, y 50.000 millones anuales en cigarrillos en Europa.

Esclarecido el carácter prioritario de la tarea en salud, y visualizada su viabilidad, se requieren políticas públicas activas. El papel del Estado en este campo es clave en diversos aspectos. Entre ellos uno central es el diseño de políticas alimentarias de largo plazo que enfrenten los delicados problemas nutricionales, concertando los esfuerzos de actores múltiples. La política pública de seguridad alimentaria debe ser una política unificada y programada ubicada entre las políticas públicas de más alto rango.

Otro de los campos relevantes es el practicar políticas de discriminación positiva en relación a los sectores más pobres. Como destacan Birdsall y Hecht (1995): “resulta evidente que para lograr la igualdad en resultados de salud, el gasto público requerido por persona es mucho mayor para pobres que para ricos”. En los países en donde se han practicado consistentemente políticas de esta índole los resultados han sido muy importantes. El Banco Mundial (1993) cita como ejemplar el caso de Costa Rica. Resalta cómo allí el gasto público en salud siguió favoreciendo a los pobres aún en medio de los problemas de la década de los 80 y los recortes de presupuesto público. En 1988 cerca del 30% del gasto público para salud iba al 20 % más pobre de los hogares, y solamente un 10% al 20% más rico. Toda la población, en principio, está cubierta por los sistemas de seguridad social en salud, aunque sólo el 63% de la mano de obra activa contribuye a los mismos. Todos los costarricenses disfrutan, subraya el Banco Mundial, de un acceso y una calidad relativamente iguales. Los resultados han sido muy concretos. Se reflejan en las altas tasas de esperanza y calidad de vida en términos de salud que colocan al país por encima de muchos países del mundo de renta per capita muy superior.

Mejoras importantes en el campo del acceso a la salud significarán restaurar derechos humanos violados, y serán una contribución de fondo en términos de lucha contra la inequidad. Elevarán el nivel de vida de los pobres en un aspecto decisivo, poniéndolos en mejores condiciones para enfrentar las otras inequidades. Ayudarán a romper “el círculo perverso de la pobreza y la exclusión” en uno de sus puntos de mayor incidencia.

Referencias bibliográficas

Libros

NACIONES UNIDAS. “Informe de Desarrollo Humano, 1998”.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998), “La salud para todos en el siglo XXI”.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-CEPAL (1998), "Health, social equity and changing production patterns in Latin America and the Caribbean".

Revistas Periódicas

ALLEYNE, George (1998). Mencionado por Fernando Salas en "Salud, educación, inequidad". El Mercurio, Chile, 23 de diciembre.

COMINETTI, Rosella y RUIZ, Gonzalo (1996), "Evolución del gasto público social en América Latina 1980-1995", Cuadernos de la CEPAL, N° 80.

SEN, Amartya (1998), "Mortality as an indicator of economic success and failure", The Economic Journal, January.

WHITEHEAD, Dafoe and WHITEHEAD, B. (1993), "Dan Quayle was right". The Atlantic Monthly, New York, April.

Tesis, Seminarios e Informes Técnicos

ALLEYNE, George and GERTH, Rosenthal (1998), Foreword. "Health, social equity, and changing production patterns in Latin America and the Caribbean," PAHO, ECLAC.

BIRDSALL, Nancy and HECHT, Robert Michael (1995), "Swimming against the tide: strategies for improving equity in health," World Bank, Human Resources Development and Operations Policy, Washington, DC.

LASPRIELLA, Enrique (1998), "Equity in Health in LAC", Country Studies: Ecuador, World Bank.

MUSGRAVE, Philip (1996), "Public and private roles in health", World Bank, Discussion paper, N° 339.

SEN, Amartya (1981), "Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation", Clarendon Press, Oxford.

TODD, H. (1996), "Women at the Center, Grameen Bank Borrowers after One Decade," Boulder Westviews Press.

VAN DOORSLAER, Eddy and WAGSTAFF, Adam (1998), "Inequity in the Delivery of Health Care: Methods and Results for Jamaica", World Bank, June.

WAGSTAFF, Adam and VAN DOORSLAER, Eddy (1998), "Inequalities in Health: Methods and Results for Jamaica," World Bank, May.

WORLD BANK (1993), "Investing in health", World Bank Development Report.

Memorias de Congresos

BRUTLAND, Gro Harlem (1998), "Alocución" en 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Comité Regional para las Américas, Organización Mundial de la Salud, 50ª Sesión, Washington, DC, 21 al 25 de septiembre.

CUMBRE PRESIDENCIAL DE MIAMI (1994).

CUMBRE PRESIDENCIAL DE SANTIAGO (1998), "Declaración de Santiago".