

HABLEMOS EN SERIO DE EQUIDAD, EL CASO DEL SUBSECTOR PÚBLICO

Prof. Dr. Schiavone Miguel Ángel
Director de la Escuela de Salud Pública –
Universidad Católica Argentina

Siguiendo una lógica sistémica es esperable que en un país sin rumbo tengamos un sistema de salud sin rumbo, también dentro de esta lógica explicativa es razonable que en un suprasistema sociopoliticoeconómico fragmentado tengamos un sistema de salud con la misma fragmentación; finalmente también es lógico que en un sistema fragmentado se presenten diferentes formas de financiamiento, diferente magnitud y distribución de los recursos, diferentes prestadores o diferente comportamiento de los mismos prestadores, diferentes niveles de accesibilidad, cobertura y calidad con las consiguientes desigualdades en el mejor de los casos o inequidades cuando las diferencias no son sólo evitables, sino además injustas.

Pero aún “interpretando” y no aceptando todo lo anterior ¿es posible que dentro del propio sistema público no solo no se garantice equidad sino que el estado sea generador de inequidades? ¿Es posible que el garante de la cobertura universal en equidad pueda ser también el artífice de inequidades?

Los valores de la Salud Pública

En los últimos años la formación de los “sanitaristas” se focalizó en los nuevos modelos de gestión, las nuevas formas de financiamiento, la economía de la salud, la gestión clínica, la gestión por procesos, la regionalización, y los sistemas locales de salud, pero todos fueron abordados desde un punto de vista pragmático-operativo; el ¿cómo? Fue dominante frente al ¿para qué? O el ¿para quién de estas estrategias e instrumentos?- A 30 años de Alma Atha seguimos analizando como implementar la estrategia???? Seguimos con libros, tiza, pizarrón, seminarios y charlas, huecas y vacías de contenido en sus valores.- Creo que el fracaso tiene sus orígenes en interesarnos más por los medios e instrumentos que por los fines y valores.- Si no estamos convencidos,

motivados y aferrados a los valores, los medios seguirán siendo un fracaso.- Los medios sirven en la medida que veamos que su implantación conduce al logro de los objetivos, y que estos son acordes a los valores.- Es muy probable que muchos de los “nuevos sanitaristas” conozcan como medir el producto hospitalario, conocen seguramente el punto de equilibrio y el costo marginal de una institución de salud pero ¿Cuáles son los valores de la salud pública?.- Hace muchos años me dijeron ¿Quieres saber cuáles son los valores que debería tener la salud pública? Bien..., entonces mirá el sistema, el comportamiento de sus actores y ya no necesitarás buscarlo en los libros, los verdaderos valores son lo opuesto a lo que viste.- Los valores no están el “libro de texto”, tampoco los enseña el docente; los valores solo los puede transmitir el “maestro” con su aptitud, su actitud y por sobre todas las cosas con su ejemplo y su vocación de entrega. El tema es que en nuestro país los maestros han desaparecido, alguien los asesinó pero nadie quiso firmar el certificado de defunción. , y entonces... ¿quién transmite los valores?

Bien vale entonces recordar los valores de la Salud Pública, y la equidad es el primero, seguido de la universalidad, la calidad, la eficiencia, la accesibilidad y la sustentabilidad.

Creciente interés en el estudio de las inequidades

El tema de la equidad en salud ha mostrado un interés creciente por parte de los investigadores. Las publicaciones sobre este tema se han sextuplicado en el transcurso de los últimos diez años. En la búsqueda bibliográfica se pueden encontrar más de 130 estudios primarios orientados a medición de desigualdades/inequidades en salud y múltiples referencias metodológicas para su medición. También en nuestro país hay líneas de investigación en este tema, como Bertranou (1993, 98, 99), Alves (2004), Collina y col (2004) y De Santis y Herrero (2006).-

¿Pero cuál es la motivación por el estudio de las inequidades y el interés por su abordaje en el sector salud?

En primer lugar pensemos en una razón moral y ética; el estudio y reparación de las inequidades existentes debería estar guiado por una preocupación moral. Pero si analizamos los indicadores sociosanitarios de los distintos grupos poblacionales, claramente se desprende que el peso del factor moral no ha sido suficiente; las inequidades no solo existen sino que además se incrementan. El ser humano en un comportamiento más ego-céntrico que solidario se preocupa por el tener y no por el ser, y para aquellos preocupados por si mismo las inequidades no son su problema.

Tratando de encontrar otra explicación podríamos decir que el interés por la eficiencia en la gestión podría motivar el estudio de las

inequidades, pero es justamente en aquellos países o jurisdicciones en donde la eficiencia no se refleja en la toma de decisiones en los cuales las inequidades son mayores.

Buscando otra explicación podríamos decir que la preocupación por el estudio de las inequidades está vinculada al interés por alcanzar el desarrollo de una comunidad.- El desarrollo de un país requiere que sus habitantes estén en un “completo bienestar físico, psíquico, social y espiritual”.- Salud y desarrollo son interdependientes, el debate se plantea en si la salud es un medio para alcanzar el desarrollo o es un fin en sí misma, siendo entonces el desarrollo el medio para este fin.- Los países necesitan que sus habitantes dispongan de una capacidad creativa y productiva tal que les permita trabajar, pensar y crear; en esta línea de pensamiento a mayor número de personas en estas condiciones mayor chance de alcanzar el desarrollo.

Finalmente la búsqueda de la equidad hoy se plantea como respuesta al miedo y temor por la difusión de las enfermedades.- Ya no existen barreras jurisdiccionales para la propagación de los padecimientos biopsicosociales; pasó la época del barco en cuarentena esperando en el puerto, un problema de salud biológica o social representa una amenaza para la comunidad vecina. El interés por las inequidades y por resolver la enfermedad del otro, pasa hoy por el temor al contagio, o a sufrir las consecuencias sociales que genera la enfermedad del prójimo.- Así nos preocupó el cólera de Bolivia, o la Fiebre Amarilla de Paraguay pero también genera inquietud problemas sociales (violencia, adicciones, terrorismo, hambre) de las comunidades lindantes. Una de las posibles explicaciones de la desaparición de la civilización Maya fue justamente la gran inequidad existente en su pueblo, cuando la plebe aniquiló a una elite que monopolizaba el poder y el saber.

Desigualdad e inequidad, diferencias inevitables vs. diferencias injustas e innecesarias

El termino equidad lleva implícito la necesidad de medición, operativamente podemos identificar dos variables a medirse: las variables de necesidad y las variables de no necesidad.- Las primeras son características o factores que razonablemente pueden afectar el uso de los servicios de salud, como puede ser la edad, la biología humana, la presencia de una enfermedad, el embarazado, etc...- Las variables de no necesidad son factores que no deberían afectar la cantidad de servicios de salud consumidos, como es el caso del ingreso económico de un individuo o grupo familiar, o el tipo de cobertura o la accesibilidad al sistema.

A partir de estas dos variables podemos definir según Gavelle et all (2005) a la desigualdad cuando individuos con diferentes variables de

necesidad obtienen distintas cantidad en el consumo o utilización de servicios de salud y a la inequidad cuando los individuos con iguales variables de necesidad reciben cantidades diferentes a las que necesitan. El término “inequidad” tiene una dimensión moral y ética: se refiere a las diferencias que no son sólo innecesarias y evitables, sino además consideradas injustas. Inequidad en salud es la diferencia en el estado de salud entre grupos con diferentes niveles de ventajas sociales (Braveman 2003). La inequidad hace referencia a una diferencia que lleva implícita una preocupación moral (Asada 2006), un juicio moral (Karachi 2002).

Así entonces existen diferencias en salud que son inevitables ya sea como producto de las variaciones biológicas naturales, de conductas en salud que puedan producir daño si son elegidas libremente, como la participación en ciertos deportes o de ventajas transitorias de un grupo sobre otro cuando este grupo adopta en primer lugar una conducta que promueve la salud.- Pero existen otras diferencias que no solo son innecesarias sino además injustas como las conductas que dañan la salud cuando el grado de elección del estilo de vida está restringido severamente, o ante la exposición a condiciones laborales insalubres y estresantes, o cuando el acceso a la salud esencial o a los servicios públicos de salud es inadecuado.

Finalmente equidad en salud implica que idealmente cada uno debería tener una oportunidad justa de obtener su potencial de salud total y, más pragmáticamente que nadie debería tener desventajas para obtener este potencial si pueden ser evitadas.

En el sector salud hay cosas que con pastillas no se solucionan

El médico habitualmente no prescribe comprimidos de equidad, tampoco dispone en su vademécum del fármaco “mejores condiciones de vida”; la salud y la equidad en salud van más allá del sistema de atención de la salud.

Marc Lalonde identificó cuatro determinantes en el proceso de salud-enfermedad: la biología humana que contribuye en un 27%, el medio ambiente al que le asigno un 19%, los hábitos y estilos de vida que influyen en un 43% en el desarrollo de las enfermedades y el sistema de atención de la salud que aporta tan solo un 11%. Sin embargo este último se lleva el 90% del presupuesto destinado a salud, el entorno un 1,6% y el porcentaje destinado a modificar hábitos y estilo de vida es únicamente del 1,5%. A mayor recurso destinado a remediar el daño, menos recursos quedan para prevenir, siendo la educación para la salud un elemento esencial para modificar hábitos y conductas.

El sanitarista chileno Mardones identificó como factores conducentes a la salud a la vivienda, vestimenta, alimentación, trabajo, recrea-

ción, seguridad social y educación, todos ellos vinculados a las condiciones socioeconómicas de un país.

Por lo que la equidad en salud necesariamente va a estar afectada por la falta de equidad en el acceso a estos factores. Al analizar la distribución del ingreso entre el quintil más rico y el más pobre de nuestro país vemos como pasamos de una diferencia de 12 veces en 1974, a 13 veces en 1983, 15 veces en 1990, 28 veces en 2001, 30 veces en 2002, para finalmente alcanzar una diferencia de 50 veces en el 2003.

¿De qué sirve tratar a las personas enfermas si luego vuelven a las mismas condiciones que lo enfermaron?

No hay equidad si no hay eficiencia en la gestión de los recursos

Ante un escenario de recursos ilimitados la incorporación indiscriminada de nuevas tecnologías puede distraer recursos para intervenciones más importantes.

En este contexto se inscribe el concepto de costo de oportunidad: en la medida que se incorporan tecnologías que aún no fueron evaluadas dentro de nuestro contexto socioeconomicosanitario (evaluaciones de costo-efectividad) como el caso de cardiodesfibriladores, PET, o anticuerpos monoclonales se pierde la oportunidad de asignar recursos a programas preventivos, maternoinfantiles, inmunizaciones, y medioambientales.

Al momento de incorporar una nueva tecnología deberíamos necesariamente realizar una serie de evaluaciones que garanticen la racionalidad en la toma de decisión. Estas evaluaciones comprenden los estudios de: 1. Eficacia 2. Efectividad 3. Seguridad 4. Costo-beneficio y 5. Capacidad económica para ser cubierta por el sistema.- Solo después de realizadas estas evaluaciones podríamos incorporar el nuevo dispositivo diagnóstico, preventivo o terapéutico.

La incorporación indiscriminada de tecnología genera dependencia tecnológica y económica, pérdida del control social en su aplicación, e ineficiencia en la asignación de recursos con la consiguiente inequidad en salud.

El caso reciente de la adquisición de un equipo de cirugía robótica con un gasto de 8 millones de dólares por un municipio con 350.000 habitantes, nos obliga a preguntarnos: ¿se dispone del recurso humano capacitado para operarlo? ¿Ese recurso humano está dispuesto a trabajar bajo las reglas del subsector público? ¿Se dispone de capacidad para el mantenimiento? ¿Se priorizaron los problemas de salud e la región? ¿Esta nueva tecnología resuelve estos problemas prioritarios? ¿Es esta nueva tecnología costo-efectiva? ¿Se analizó el costo de oportunidad? Si todas estas preguntas no fueron analizadas y resueltas, seguramente la eficiencia y la equidad van a estar seriamente afectadas.- Con el solo objeto

de reflexionar sobre este tema se transcriben algunas notas publicadas en medios:

COFESA 20-10-2008 La Dirección de estadísticas del Ministerio de Salud de Nación informa que la tasa de mortalidad infantil en Argentina se incrementó en 2007 respecto del índice del 2006, pasando de 12,9 a 13,3 cada 1.000 nacidos vivos, a causa de enfermedades respiratorias y septicemias.

DYN 11-04-2009: Las enfermedades respiratorias y las septicemias son las principales causas de mortalidad infantil. El gobierno admite que es un índice relacionado directamente con el incremento de la pobreza. “En Argentina muere 1 niño cada 20 minutos”, afirmó el 15 de agosto de 2007 el Dr. Yabkowski (titular de FESPROSA) y sostuvo que “en Argentina miles de niños siguen muriendo por causas evitables y casi la mitad padece anemia”. En esa oportunidad manifestó que “estadísticas de 2006/7 revelaron que en el distrito bonaerense de San Fernando la mortalidad infantil pasó del 11,1 al 15 por mil nacidos vivos; en el municipio de Malvinas Argentinas pasó del 15 al 18,4 por mil; y en Moreno, del 14,8 al 17,4 por mil”.

Terra.com/EFE 2-mayo.2009: Se prevé capacitar a cuatro médicos cada año en el hospital Federico Abete, del municipio de Malvinas Argentinas, donde desde comienzos de mes operan equipos robóticas “Da Vinci”, dijeron hoy a EFE fuentes de este distrito de la periferia norte de Buenos Aires. En el mundo hay 2.000 de estos equipos, el 50% está en EEUU, en Europa hay 800 y en América Latina sólo hay cinco. Estos equipos robóticos, que se instalaron en un edificio nuevo anexo al hospital Federico Abete, se pueden aplicar en cerca de 10.000 procedimientos quirúrgicos, pero se usan sobre todo en cirugía cardíaca, torácica y abdominal en general y en ginecología y urología en particular. La incorporación de esta tecnología ha supuesto una inversión superior a los 8 millones de dólares, aportados con fondos propios del municipio de Malvinas Argentinas, donde residen unos 350.000 habitantes. Las autoridades sanitarias de Malvinas Argentinas prevén usar estos equipos en un millar de operaciones cada año a un coste de 10.000 dólares de promedio cada una frente a los 50.000 que cuestan las que se llevan a cabo en EE.UU.

www.zonanortediario.com 28-mayo-2009-salud donación para el Hospital Materno Infantil: A través de una llamada “subvención compartida”, el Rotary Club de Grand Bourg entregó al Hospital Materno Infantil Mohibe Akil de Menem una importante donación recibida del Rotary Club de Minnetonka Excelsior de Estados Unidos. Se trata de dos incubadoras (una fija y una móvil) y dos oxímetros para la sala de neonatología del Hospital.- La Presidenta del Rotary local explicó que “uno de los temas más importantes para el presidente del Rotary Club internacional es el de la mortalidad infantil, y este es un pequeño granito de arena que ponemos nosotros para contribuir a que estos disminuya”.

Tipo de Cobertura, APS e inequidad

El 21, 9% de los residentes en la Ciudad de Bs. As., unas 846.123 personas solo disponen de cobertura de salud a través del subsector público.- Al analizar la distribución geográfica de este grupo poblacional dentro de la ciudad encontramos que la comuna 4 concentra un número importante de población de riesgo.- La comuna 4 comprende parte de los barrios de Nueva Pompeya, Parque Patricios, Boca y Barracas, con una población total de 240.000 habitantes el 50% se considera población de riesgo. El máximo nivel de instrucción alcanzado por la población de 25 años y más dentro de la comuna 4, es para el primario incompleto del orden del 11,6% versus el 4,8% para el total de la ciudad y el 21,6% para la primaria completa contra el 15,4% para la ciudad de Bs.As.- El promedio ingreso per cápita familiar para la comuna 4 es de \$ 675,61 mientras que el promedio para la ciudad es de \$ 1.113,03.- El 41% de la población residente en esta comuna solo dispone de cobertura a través del subsector público mientras que para el promedio de la ciudad es de 21,9%.- El efector público de esta comuna es el Hospital Penna que dispone de varios Centros de Salud ubicados en Villas de Emergencias y asentamientos, que están cada vez más poblados: Centro N° 5 y 35 en Villa 21-24; Centro N° 32 en Barrio Charrúa, Centro N° 30 en Barrio Zavaleta.- Dentro de este contexto socioeconómico se presentan a continuación algunos indicadores sanitarios, las inequidades de los mismos que acompañan las mencionadas inequidades socioeconómicas.

Si al promedio de la Ciudad le excluyéramos los de la comuna 4, las diferencias serían aún mayores, toda vez que en los datos presentados los primeros incluyen a los segundos.

	Comuna 4	Ciudad de Bs. As.	Diferencia Porcentual
Mortalidad por tuberculosis en residentes (tasa ajustada por 100.000 habitantes)	4,6	1,2	286%
Mortalidad por HIV en residentes (tasa ajustada por 100.000 habitantes)	17	7	142%
Mortalidad por agresiones en residentes (tasa ajustada por 100.000 habitantes)	17	5	240%
Mortalidad infantil en residentes (tasa por 1.000 nacidos vivos)	9,8	7,8	25,7%

La “solución” para resolver la cobertura universal y en equidad se planteó hace 30 años en Alma Atha, desde hace nada más ni nada menos que 30 años venimos hablando de la Atención Primaria; seguramente fueron más los que se beneficiaron con este “discurso” que la población que recibió los “verdaderos” beneficios de esta modalidad de reorganización del sistema.- Mientras que en algunos países la estrategia se implementó con éxito y con indicadores comprobables, nosotros seguimos con el discurso teórico y con una realidad práctica que genera más inequidad que la cobertura universal en equidad que propicia.- Implementada así como está “nuestra atención primaria” encontramos:

- Hospitales “divorciados” de los Centros de Salud, afectando la referencia y contrareferencia.
- “Clientela” del centro de salud distinta a la del Hospital.
- Recurso humano, tecnológico, físico y presupuestario del Centro de Salud condicionado por las necesidades “prioritarias” del hospital o de la autoridad sanitaria.
- Poca articulación intrasectorial y nula extrasectorial.
- Perfil epidemiológico distinto (consulta medicina general del Centro y del Hospital).
- Falta de estímulo al RRHH que trabaja en APS.
- Distribución espacial de los Centros de Salud no correlacionada con las necesidades de la población.
- Médico “deformado” por la universidad vs programas diseñados en base a un recurso humano inexistente.

Recurso humano del hospital “distinto” al del centro de salud, “clientela” y perfiles epidemiológicos distintos al del hospital y APS sólo en el discurso, hacen que la atención en los centros sea distinta a la de los hospitales y las inequidades se reflejen en los indicadores.-

Asignación presupuestaria y equidad

El presupuesto 2009 del Ministerio de Salud GCBA es de \$ 3.647 millones para una población residente en la Ciudad de Bs. As. De 3.034.162 habitantes. Pero las personas sin cobertura residentes en la ciudad con responsabilidad directa y exclusiva del sector público son 846.623 habitantes (150.000 entre 0-15 años de edad y 44.000 son \geq 65 años) a los que se debe agregar 1.500.000 personas sin cobertura no residentes que se asisten en los Hospitales de la ciudad. Fuente: Encuesta utilización servicios de salud, Min. Salud, 2002.

Haciendo un ejercicio matemático podríamos ver como se puede distribuir el presupuesto siguiendo criterios de igualdad, equidad y superequidad:

Igualdad: presupuesto/total de residentes de Capital Federal: \$ 100/mes/persona

Equidad: presupuesto/residentes de Capital Federal sin cobertura: \$ 359/mes/persona

Súper-equidad (equidad más solidaridad) presupuesto/residentes de la Ciudad sin cobertura, más no residentes sin cobertura que son asistidos en Hospitales de la Ciudad: \$ 130/mes/persona.

Al analizar el presupuesto en salud no solo corresponde considerar su monto sino además como se distribuye, y como se gestiona.

Equidad en salud como responsabilidad directa del estado

Tal como mencionamos las inequidades en salud son las diferencias en los niveles de salud de distintos grupos sociales, consideradas injustas o emanadas de laguna forma de “injusticia”. Al igual que existen diferentes definiciones de inequidades en salud, lo mismo ocurre con el concepto de “justicia”.- Por lo tanto, evaluar inequidades en salud, incluye la necesidad de realizar la medición de lo que es o no es justo en una sociedad, diferenciando claramente igualdad (dar a todos por igual) de equidad (identificar a los que más necesitan y asignar más recursos acordes a estas necesidades).- En este contexto Equidad en Salud encierra por lo menos tres imperativos:

- Igual acceso a la atención para igual necesidad.
- Igual utilización de recursos para igual necesidad.
- Igual calidad de atención para todos.

El concepto de salud, luego de haber pasado por diferentes paradigmas explicativos en el transcurso de la historia del hombre, (empírico-mágico, biológico, ecológico, y ecológico-operativo) concluye actualmente en el paradigma político-determinativo, la salud de las poblaciones es hoy el resultado de decisiones políticas.

La equidad en salud no es posible sin la intervención del estado en su condición de organismo rector y garante de este derecho legal, constitucional y moral.- Se requiere de un poder político que atesore como atributos su legalidad para acceder al poder, su legitimidad en la adopción de decisiones, su idoneidad en la aplicación de metodologías y técnicas, y finalmente su honestidad no solo en el manejo de los recursos económicos sino además en las ideologías y los valores que proclamaba antes de ser elegido por la ciudadanía.