



LOS PROBLEMAS DE EQUIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

INTRODUCCIÓN:

La equidad en salud, en tanto ausencia de diferencias evitables, injustas y modificables para la población (CSHD, 2005-OMS), es un faro rector, que a menudo se declama como prioritario en el desarrollo de las sociedades modernas. El concepto de “salud en todas las políticas” introduce de modo especial la visión de que asegurar salud no solo depende del sector sanitario, sino que desde diferentes sectores “satélites” en su planteo, existen poderosas palancas que accionan más o menos salud en el transcurso de la vida.

Cabe preguntarse entonces cuál es el papel de los responsables sanitarios y del propio sistema de salud a la hora de restituir la salud, promoverla y prevenirla, funciones de la clásica salud pública. Bajo este esquema sería incoherente sostener que aquellas diferencias a las que las personas son expuestas por causas de distribución de poder e ingresos, educación, etc., sean acentuadas cuando las mismas asisten al sistema de salud en busca de “sanación”. En el esquema de trabajo propuesto por la epidemiología social, el sistema de salud, es una potente atenuante o consolidante de las diferencias en salud. Sin embargo no cabe duda que quienes tienen la capacidad de atenuar y disminuir estas diferencias son los “decisores de políticas”, tanto en la distribución de recursos como del poder mismo. Es que a pesar de su potencial para promover la equidad en salud, muchos sistemas de salud actualmente trabajan para generar inequidad en salud y consolidar la estratificación social (Estados Unidos, China, países en desarrollo y en especial América Latina).

¿Cuáles son entonces los problemas que enfrentan los sistemas de salud y que atentan contra su innata capacidad de promover la equidad? La Red de Conocimiento sobre Sistemas de Salud, de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (HSKN -OMS, 2007) identifica **cuatro** grupos de situaciones relacionadas con la distribución de atención sanitaria y acceso a la salud:

Las estrategias adoptadas (las “operantes”)

En primer lugar, la mayoría de los sistemas de salud tienen, en el mejor de los casos, una salud poblacional y una orientación hacia la equidad en salud, débiles. Hacen intentos limitados y con frecuencia no sostenidos para hacer frente a la exposición y vulnerabilidad diferencial a través de la Acción intersectorial en Salud (IAH, en inglés) y el empoderamiento social (Báez y Barron 2006; Wallerstein 2006). Sólo unos pocos países aplican una fuerte orientación de atención primaria de salud dentro de sus sistemas de salud

(Vega-Romero y 2007 Torres-Tobar). Además, la acción social, en torno a los problemas del sistema de salud y de la salud en general, a menudo excluye a los grupos de población socialmente desfavorecidos y marginados (Goetz y Gaventa 2001; Loewenson 2003).

“Quienes más necesitan menos llegan”

En **segundo lugar**, a pesar del potencial para asegurar el acceso a la atención de la salud, como se señaló anteriormente, en muchos países de ingresos medios y bajos (LMICs, en inglés), y en particular los países de ingresos más bajos, la atención de la salud no es favorable a los pobres: los grupos de mayores ingresos hacen un mayor uso de los servicios de salud pública (Castro-Leal et al 2000; Gwatkin et al 2004; Haddad et al 2004; O'Donnell et al 2005a; Ouendo et al 2005; Palmer 2007; Sahn y Younger, 2000). Un reciente estudio sobre seis países de Latinoamérica (Brasil, Perú, Colombia, Jamaica, Chile, México) analiza las desigualdades en salud y de utilización de los servicios de salud y acceso, relacionadas con los ingresos de los grupos poblacionales (Almeida G, Sarti FM. Rev. Pan. Salud Pública 2013). Las curvas de concentración muestran a las claras como a medida que aumentan los ingresos de las personas se accede más al sistema de salud, y los grupos más pobres, además de ser los más necesitados, son los de menos acceso. En la fig.1, se muestra una curva de concentración que resulta de comparar la población ranqueada por ingresos (eje x) versus las consultas especializadas y acumuladas al sistema de salud de los mismos. El eje horizontal representa la población según ingresos, de los más pobres (izquierda) a los más ricos (derecha). El eje vertical representa la distribución de las consultas especializadas. La línea roja representa la igualdad de la distribución, la situación en el que las visitas de atención especializada se distribuyen por igual entre cada grupo de ingreso. La curva de concentración (azul) muestra que el 20% más pobre de la población (eje horizontal) representa sólo el 5% de las consultas especializada de salud (eje vertical), mientras que 20% más ricos de la población representa alrededor 60%. Esta curva muestra una concentración de distribución claramente pro-rico, y representa a los países latinoamericanos.

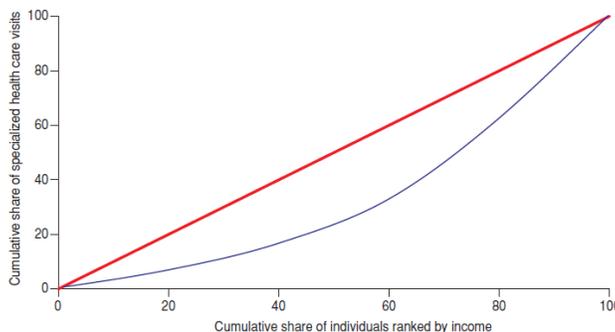


Figura 1. Ejemplo de curva de concentración de consultas especializadas al sistema de salud.

Las principales barreras para el cuidado incluyen: los costos (directos o indirectos) ocasionados por el acceso a la atención, la falta de información y conocimientos, la falta de voz o empoderamiento, los servicios de calidad inaccesibles y pobres, y los proveedores de servicios que no responden (Ashford et al 2006;. Gilson 2007a; McIntyre y Thiede 2007; Palmer 2007).

La “búsqueda” de atención de la salud

Un **tercer punto** es que, a menudo es el paciente el que “persigue al sistema de atención” y esto conlleva además de pérdidas de oportunidades de aquel, una experiencia de estigma que influyen en la salud y su adhesión: el acceso a los recursos para pagar por el cuidado de la salud; experiencia y recursos para cubrir los costos de oportunidad de la búsqueda de atención - alimentos, transporte, servicio de calidad, tiempos de espera, y el control sobre las decisiones de atención (Nyirenda et al 2006) en todos los entornos, las mujeres y otros grupos socialmente marginados a menudo experimentan el cuidado de la salud como degradante y excluyente, como resultado de la mala calidad de la atención interpersonal (Gilson 2007a; Govender y Penn- Kekana 2007). Las mujeres, en particular, también se enfrentan a abuso físico y sexual (Govender y Penn-2007 Kekana). Cuando el sistema de salud sale a la búsqueda o recibe a sus usuarios, a menudo, ofrece un “paquete único” que no modela las necesidades de la población a cargo.

Hay evidencia de que estos problemas aumentan la probabilidad de mal pronóstico, particularmente en relación con la atención crónica, baja auto-reporte de estado de salud, negación de la dignidad y derechos de los pacientes (Gilson 2007a).

Por último, las consecuencias diferenciales del cuidado de la enfermedad y de la salud pueden incrementar las desigualdades sociales. La enfermedad y los pagos agregados por el cuidado de la salud, por separado y en combinación, empujan a los pobres hacia mayor pobreza o empeoran su ya existente pobreza (McIntyre et al 2006; Russell 2004). Un estudio reciente sobre los efectos de pagar de su bolsillo por los servicios de salud en Asia llegó a la conclusión de que los pagos de atención médica empujaron un 2,7 por ciento de la población total de países de ingresos bajos- medios, por debajo del umbral de pobreza (van Doorslaer et al 2006; véase también Xu et al 2005; Xu et al. 2003). Otros estudios muestran la carga que imponen dichos pagos en los grupos más pobres (McIntyre et al 2006.; Russell 2007; OMS 2006a). No es sorprendente que los altos niveles de gasto privado (incluso los gastos fuera de su bolsillo) aminoran el impacto redistributivo de la atención de salud en los países de ingresos medios y bajos (Mackintosh 2007).

Los altos niveles de gasto fuera de bolsillo están vinculadas en parte a las tarifas al paciente, el costo de los medicamentos es a menudo particularmente importante (McIntyre et al 2006; Doorslaer van et al 2006).

LAS FUERZAS QUE IMPULSAN AL SISTEMA DE SALUD HACIA LA INEQUIDAD (PROBLEMÁTICA COYUNTURAL)

En las últimas décadas, los sistemas de salud en todo el mundo han sido “asaltados” por fuerzas económicas, políticas y sociales que agravan los problemas de equidad que enfrentan. Las tres fuerzas principales son: la comercialización y la globalización, las políticas de salud formuladas por los líderes de salud, y la cultura burocrática del sector público de salud, incluyendo las desigualdades sociales y de género. (Freedman et al. 2005, Global Health Watch 2005).

Comercialización: La comercialización dentro de los sistemas de salud está compuesta por : "la prestación de asistencia sanitaria a través de las relaciones de mercado (a los que pueden pagar), la inversión y la producción de los servicios y de insumos para los mismos con el objetivo de la generar ingresos o beneficios, incluyendo la contratación privada y la oferta de asistencia sanitaria financiada con fondos públicos, y la financiación de la atención de la salud derivada de pago individual y el seguro privado "(Mackintosh y Koivusalo 2005:3). Una amplia agenda neo-liberal que incluye la liberalización del comercio (Globalización), ha impulsado estos cambios macroeconómicos junto al fomento deliberado de un conjunto particular de políticas de salud sin rectoría del sector salud, como por ej. honorarios pagos

por los usuarios, remuneración relacionada con el rendimiento, la separación de las funciones proveedor y del comprador, y un refuerzo del papel de los agentes del sector privado.

Los altos niveles de comercialización del sistema de salud están asociados a peores y más desigual acceso de salud y sus los resultados. Además de los problemas de equidad generados por el gasto fuera de su bolsillo hay algunas pruebas internacionales de que la mayor dependencia global a los prestadores privados está asociada con desigualdad en las tasas de tratamiento entre los grupos socioeconómicos. (Mackintosh 2007; Mackintosh y Koivusalo 2005). La comercialización también ha tenido efectos en los aspectos claves del funcionamiento del sistema de salud. En un contexto amplio de disminución de los niveles salariales, se han alentado conductas poco éticas y abusivas para convertirse en el nuevo modo de práctica en algunos ámbitos del sistema de salud (Owusu 2005; Leberghe Van et al 2002). Otra consecuencia han sido los crecientes niveles de migración internacional de recursos humanos en salud que generalmente minan la salud de los sistemas de países de medios y bajos ingresos, y exacerban las desigualdades de acceso (Padarath et. al. 2003). Por último, la comercialización ha cerrado el espacio dentro de los sistemas de salud para la participación de la sociedad civil, importante para el empoderamiento social, y lo hizo más difícil para las organizaciones de la sociedad civil (OSC) (Cardelle 1998; Clayton et al. 2000; Embuldeniya 2001). Desde la arquitectura del sistemas de salud dos situaciones merecen aclaración por su presencia: la segmentación y la fragmentación observadas, entendidas como la división de los sistemas de protección en subcomponentes especializados tanto para la provisión como para el aseguramiento y la múltiple presencia de agentes operando sin coordinación que impiden la estandarización de las intervenciones de la calidad, agravan aún más la inequidad en el acceso.

Opciones de política sanitaria: La implementación de reformas de salud han sido impulsadas fuertemente por una combinación de organismos internacionales, actores comerciales y grupos corporativos, cuyo poder se ve fortalecido a partir tales reformas (2003a Bond y Dor; Homedes y Ugalde 2005; Lister 2007). La influencia de los organismos internacionales, en particular, sobre el desarrollo de la política nacional también se demostró en un periodo anterior por el estrechamiento del enfoque de atención primaria de la salud a un conjunto limitado de intervenciones de atención de salud de probada rentabilidad ofrecida a través programas administrados verticalmente, es decir, "atención primaria de la salud selectiva" (De Maeseneer et al. 2007). Con políticas recientes, la preocupación por la eficiencia fue un motor clave de la atención primaria de salud selectiva. El resultado fue un enfoque técnico-médico en el análisis, así como políticas que socavaron el desarrollo de la atención primaria

integral y los sistemas de atención que podrían abordar los determinantes sociales de la inequidad en salud (Rifkin y Walt, 1986; Ravindran y de Pinho 2005). Una serie de nuevas iniciativas sanitarias mundiales han traído una vez más el debate a la agenda política sobre enfoques selectivos versus enfoques globales de desarrollo de los sistemas de salud (Hanefeld et al. 2007). Aunque estas iniciativas han traído enormes nuevos niveles de financiación de los sistemas de salud en los países emergentes (U\$S 8.9 billones en 2006 para el VIH / SIDA solo (Hanefeld et al. 2007)), existe la preocupación de que tales programas, verticalmente administrados tienen potencial de socavar la orientación hacia la población de los sistemas de salud y exacerbar la inequidad en salud (Garret 2007).

Los actores de los organismos internacionales pueden influir en las políticas nacionales a través de la generación de ideas políticas mundialmente aceptadas, a través de la prestación de asesoramiento más específico y directrices de política o, con mayor fuerza, uniéndose a las condiciones de los flujos de financiación (Lee y Goodman 2002; Walt et al 2004;.. Hanefeld et al 2007). Sin embargo, la experiencia también sugiere que cuando la capacidad del sector público es más débil, como en los países pobres, hay una mayor probabilidad de que los responsables locales se vean indebidamente influenciados por los grupos externos de interés, que en donde las burocracias públicas son más fuertes.

La capacidad del sector público y la cultura organizacional: los problemas del sector público, en tanto débil capacidad de organización (Mills et al. 2001) son, desde una perspectiva de equidad en salud, agravadas por la cultura de la organización (es decir, los patrones básicos de supuestos que impulsan el comportamiento y las prácticas de las personas que trabajan dentro de una organización concreta (Schein 1992)). La investigación empírica muestra que las organizaciones del sector público se caracterizan por una cultura jerárquica, rígida y norma-dependiente que fomentan un estilo de gestión autoritario. Comúnmente obstaculizan la acción innovadora, como la acción intersectorial en salud, necesarias para promover la equidad en salud (Gilson 2007b, 2007c). Además, el poder se encuentra a menudo con el médico, capacitado para proporcionar atención individualizada, curativa, más que la enfermera o el equipo multidisciplinario responsable de la atención primaria de salud, en un nivel local dado. Las normas y prácticas del sector público también pueden promover la desigualdad, tales como las normas que alientan pagos informales. Dentro de la fuerza laboral sanitaria, las mujeres ocupan generalmente posiciones menos importantes, ganan menos que sus homólogos masculinos, son vistas como problemáticas debido a sus diferentes necesidades y se les dan papeles que tienen menos credibilidad a los ojos de la comunidad (por ejemplo, las acciones preventivas) y no se les reconoce por las funciones vitales que en el seno familiar y doméstico desempeñan en la atención de la salud (George



2007). Los resultados son la generalización de las inequidades de género: brechas en los servicios que necesitan las mujeres, actividades llevadas a cabo por mujeres, e interacciones interpersonales degradantes que desafían la dignidad del paciente y su autonomía (George 2007; Govender y Penn-2007 Kekana).

CONCLUSION

Dada la variedad de los problemas existentes, tanto el análisis técnico y el compromiso político son necesarios para fortalecer los sistemas de salud y direccionar hacia el tratamiento de las desigualdades sanitarias. El objetivo de tal acción debe ser “apalanquear” ciclos positivos del sistema de salud de modo de construir su propio impulso hacia la equidad en salud. El análisis técnico puede ayudar a identificar qué características del sistema de salud se requieren nutrir y proteger. La acción política y el compromiso se necesitan para enfrentar una y otra vez los actores poderosos, las limitaciones institucionales y las normas socioculturales que actúan como obstáculos en el desarrollo del sistema de salud hacia la equidad sanitaria. Esta acción también debe estimular, premiar y reforzar el poder de actuar dentro de los grupos, los procesos y mecanismos que apoyen estos cambios virtuosos.

A la comercialización, fragmentación y segmentación del sistema de salud, la equidad indica mayor rectoría, aseguramiento y cobertura universal de salud. Al tratamiento de las enfermedades, la equidad indica acción intersectorial y en el “origen” de los problemas de salud; a iguales necesidades independientemente de la posición social, nivel educativo, la equidad indica igual asignación de recursos sanitarios; a diferentes necesidades, la equidad indica atención diferenciada, acorde a las necesidades, y para coordinar estas acciones, cualquier disciplina indica planificación para la ejecución de las acciones.

Autor: Farm. Jorgelina Álvarez