

# REPERCUSIONES POLÍTICAS DE UN ENFOQUE EN LA EQUIDAD EN SALUD EN AMÉRICA LATINA<sup>1</sup>

*William D. Savedoff*

---

En los últimos decenios, la asistencia internacional prestada a América Latina en el sector salud se ha orientado sobre todo hacia el mejoramiento de las condiciones de salud de los pobres. Sin embargo, dentro de este amplio objetivo se ha promovido y ensayado una amplia y diversa gama de políticas. En el decenio de 1980, los esfuerzos se concentraron en aumentar el acceso, en gran parte por medio de la expansión de los clínicas de atención primaria a zonas previamente desatendidas. En el decenio de 1990, el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993* preparado por el Banco Mundial esbozó un enfoque complementario para incrementar la eficiencia del gasto en salud pública dirigiéndolo hacia actividades eficaces en función del costo. También en los años noventa, los programas de “modernización del Estado” comenzaron a influir en la política del sector salud, y en países tan diversos como la Argentina, Jamaica, México y Venezuela se presenciaron cambios trascendentales con respecto a diversos programas de seguro, financiamiento, cobertura y pagos en el sector salud. Esos programas encierran la promesa de abordar las condiciones de salud de los pobres cambiando la estructura de los incentivos, de tal manera que los recursos se asignen más eficazmente a las políticas y programas que abordan los problemas de salud de los pobres.

Una gran parte del debate político sobre el sector salud desde el decenio de 1980 se ha enfocado en el problema de la inequidad. Mucha de esta atención pro-

viene de la insatisfacción con la manera en que las reformas del Estado han afectado al sector salud; a saber, las reformas estructurales de los años ochenta en América Latina o, en el caso de Gran Bretaña, las reformas introducidas por el gobierno de Thatcher en ese mismo decenio. Los estudios de equidad en salud en Europa han avanzado a un ritmo bastante constante en los últimos decenios, con una vasta colección de publicaciones sobre la amplia variación del estado de salud en las diferentes clases socioeconómicas.<sup>2</sup> Al examinar esas publicaciones y aplicar técnicas modernas de análisis de distribución a las encuestas domiciliarias hechas en Europa, van Doorslaer *et al.* (1993) observaron inequidades en diferentes países pertenecientes a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, que podrían relacionarse con la estructura de sus sistemas de atención de salud.<sup>3</sup> En época más reciente, este enfoque se ha aplicado al financiamiento concedido por el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a los países de América Latina en relación con el proyecto EquiLAC. La participación de la OPS en el proyecto es comprensible, en vista de la gran atención prestada a la equidad en la mayoría de los órganos de deliberación de la Organización desde mediados del decenio de 1980.

Una dificultad clave en la mayoría de los estudios de equidad, ya sea sobre el estado de salud o sobre cualquier otro tema, es seleccionar la definición apropiada de equidad. Esa selección no consiste solamente en escoger instrumentos técnicos correctos para la medición. Más bien, tiene un efecto de importancia crítica en la interpretación de los resultados y sus repercusiones políticas. En estos comentarios pongo en tela de juicio las definiciones particulares de “equidad en salud” comúnmente empleadas en los debates políticos celebrados en

---

<sup>1</sup>El autor expresa su agradecimiento a Rubén Suárez y Adam Wagstaff por su invitación a hacer comentarios sobre los documentos preparados dentro del proyecto de EquiLAC del Banco Mundial, y por las diversas conversaciones e ideas formativas. Philip Musgrove ofreció valiosas observaciones sobre una versión preliminar de estos comentarios y es una fuente continua de inspiración. El autor también hace llegar su reconocimiento a Norberto Dachs, por haberlo iniciado en la consulta de una amplia colección bibliográfica sobre este tema. Las opiniones e interpretaciones contenidas en el documento son exclusivamente del autor y no se deben atribuir al Banco Interamericano de Desarrollo. El autor asume plena responsabilidad por cualquier otro error.

<sup>2</sup>Véanse, por ejemplo, Wilkinson (1996) y Whitehead (1990, 1992).

<sup>3</sup>Véanse van Doorslaer *et al.* (1993) y Wagstaff y van Doorslaer (2000).

América Latina, al demostrar que pueden conducir a políticas cuyo resultado es la creación de sistemas de salud menos equitativos, no más equitativos. Esta paradoja se presenta porque las definiciones más comunes concentran la atención en medidas de desigualdad que pasan por alto las respuestas conductuales a las políticas en términos de: a) la elección individual sobre la utilización de atención pública o privada, b) el desempeño de los proveedores públicos de servicios, y c) la eficacia de la aplicación del régimen tributario. Como resultado de esas respuestas conductuales, las políticas públicas apropiadas —es decir, las destinadas a mejorar las condiciones de los pobres— tendrán que aceptar y, a veces, hasta fomentar una “inequidad” aparente en el sistema de atención de salud en general. El abordaje de las inequidades en salud con las políticas seguidas en América Latina en el pasado —a saber, buscar proporcionar gratuitamente los mismos servicios a todos— ha sido ineficaz y contraproducente. Los países deben adoptar políticas destinadas a tener sistemas de atención de salud eficientes para que se puedan convertir en instrumentos efectivos para mejorar las condiciones de salud de la población más pobre.

Estos comentarios no intentan hacer una revisión completa de la literatura ni realizar una discusión sobre la equidad en salud, tema bastante extenso. Más bien, comienzo por analizar algunas pruebas de que, en ciertos casos, las condiciones de salud y la utilización de los servicios están distribuidas de forma mucho más equitativa que otras medidas sociales. Luego evalué las repercusiones de algunas de las definiciones más comunes de equidad y sigo con una discusión de varios conceptos equívocos sobre la equidad en el financiamiento de la salud. Por último, concluyo con una discusión de las repercusiones políticas para los sistemas de atención de salud de América Latina.

## LA DISTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN PERSPECTIVA

¿Cuánta inequidad es mucha inequidad? Un índice de Gini de 0,06 para la mortalidad infantil o la autoevaluación del estado de salud, ¿es mucha o poca inequidad? En lugar de establecer un nivel arbitrario, van Doorslaer *et al.* (1993) trataron de abordar prudentemente esta cuestión con una comparación de países. Encontrar que un país es tan equitativo como Suecia o tan inequitativo como los Estados Unidos tiene más significado que la presentación de un solo índice. Aunque eso representa un gran avance, también es necesario apreciar los índices en perspectiva en relación con otros resultados de la distribución en la sociedad, obviamente el ingreso, pero

también otros indicadores de la condición social o del bienestar. En ese sentido, dada la alta elasticidad del ingreso con respecto al gasto en salud y la relación de un ingreso elevado con un nivel de educación más alto (con todos los beneficios que ello reporta para la salud de una persona por medio de modificaciones del comportamiento), se espera que los resultados de salud tengan una distribución más inequitativa que el ingreso.<sup>4</sup> Desde otro punto de vista, el ingreso no tiene un límite superior relevante, en tanto que el estado de salud está delimitado, en términos relativos, por la buena salud. Por ende, se espera que el estado de salud esté mejor distribuido que el ingreso. De hecho, casi desde cualquier punto de vista, este último es una caracterización más precisa. Al parecer, los resultados de salud tienen una distribución más equitativa que el ingreso. Ese hecho no se presenta como excusa sino, más bien, para indicar que la norma según la cual la política pública influye en la distribución de las condiciones de salud reviste importancia para las conclusiones postuladas.

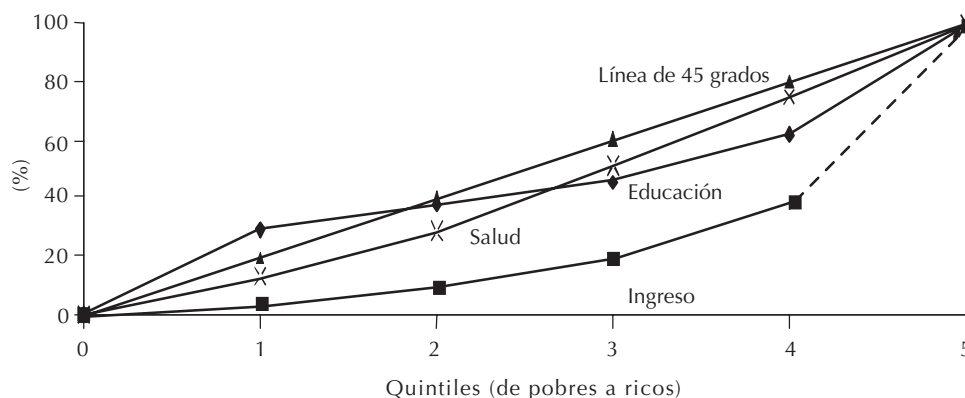
Se puede usar un ejemplo para ilustrar este punto. El Brasil está entre los países más inequitativos del mundo, según la medida de la distribución del ingreso. El índice de Gini para el ingreso se acerca a 0,59, y el quintil inferior recibe aproximadamente 2,5% del ingreso nacional y el superior, 63% (figura 1).<sup>5</sup> La distribución de la educación también es una de las más inequitativas del mundo y está muy sesgada: para los jefes de familia de 25 a 65 años en 1995, el quintil inferior tuvo un rendimiento escolar promedio de unos 2,4 años en comparación con un promedio de 8,5 años en el quintil superior de este grupo de edad. Como se indica en la figura 1, esto representa una distribución sesgada aunque, de alguna manera, tiene una distribución más equitativa que el ingreso, particularmente para los grupos de menores ingresos.<sup>6</sup>

<sup>4</sup>Obviamente, en este caso también se supone que el gasto en salud tiene un efecto favorable para la salud, lo que siempre es verdad.

<sup>5</sup>Las cifras de desigualdad se han tomado del Banco Interamericano de Desarrollo (1998).

<sup>6</sup>Estas estimaciones de la curva de distribución de la educación son en realidad un límite mínimo porque se basan en un promedio del quintil, que debe cambiar cada uno de los puntos en la curva un poco hacia la derecha (es decir, hacia una mayor igualdad). También es preciso hacer la salvedad de que estas estimaciones pueden contener un cálculo insuficiente del grado de desigualdad por dos razones: a) es posible que la calidad de cada año de escuela de los alumnos más pobres sea inferior a la de cada año de escuela de los ricos y b) el “valor” de cada año de escuela puede ser distinto (por ejemplo, mayores rendimientos anuales con un mayor grado de escolaridad; véase Interamerican Development Bank, 1998). Por otra parte, la búsqueda de una medida alternativa demostraría una igualdad mucho mayor: el joven común de 18 años de las familias del quintil inferior tenía un poco más de 4 años de

**FIGURA 1. Distribución del ingreso, la salud y la educación en el Brasil.**



**Nota:** La educación es el rendimiento educativo promedio de los jefes de familia de 25 a 65 años (Investigación nacional por muestras domiciliarias [PNAD] realizada en el Brasil en 1995); el ingreso se refiere al ingreso per cápita de la familia (Inter-American Development Bank, 1998); y los servicios de salud son las "consultas de un problema crónico, previstas según la necesidad, notificadas por Campino et al. (1999).

Al comparar la distribución de la utilización de servicios de salud, encontramos que la distribución es mucho más equitativa que la de la educación. Campino *et al.* (1999) calcularon el número de consultas de seguimiento de un problema crónico por quintil de ingresos. Esos valores oscilan entre cerca de 10% de las personas pertenecientes al quintil más bajo que buscan atención y alrededor de 14% en el quintil más alto.<sup>7</sup> Obviamente, la utilización por clase de ingresos tiene una distribución mucho más equitativa que el ingreso y quizá esté mejor distribuida que la educación. Los hallazgos en materia de atención preventiva y curativa son similares, con índices de concentración del orden de 0,1 a 0,2. Cuando se hacen los ajustes por edad, sexo y autoevaluación del estado de salud, la distribución es mucho mejor, con índices de concentración inferiores a 0,10.<sup>8</sup> Aun cuando cambia la distribución de la necesidad de atención preventiva y curativa, los índices de concentración se mantienen cerca de 0 (0,04 y -0,04, respectivamente).

El Perú ofrece otro ejemplo instructivo (Perú, Ministerio de Salud, 1999) (figura 2). En este caso también la distribución del ingreso es bastante desigual, con un índice de Gini de 0,46. Cabe recalcar que la utiliza-

ción de servicios tiene una distribución mucho más equitativa, con un índice de concentración de 0,17. Sin embargo, cuando se diferencian los servicios entre el Ministerio de Salud (MINSA), el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y el sector privado, la distribución es muy distinta. Las consultas del sector privado se distribuyen de forma muy cercana a la distribución inequitativa del ingreso; las consultas al IPSS (que atiende, sobre todo, a trabajadores del sector formal) por quintil de ingresos tienen una distribución más equitativa, y los servicios del MINSA tienen una distribución muy equitativa. También es aparente que la utilización de los servicios públicos de atención de salud tiene una distribución más equitativa que la educación.

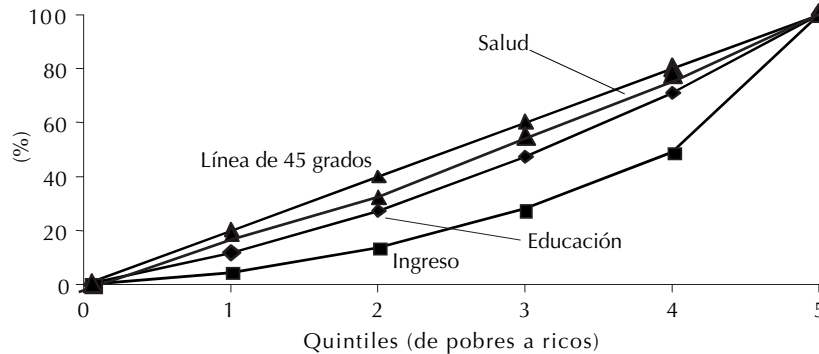
Como señala el estudio del MINSA, el principal problema de la inequidad en el Perú, en sentido más amplio, radica en que algunas enfermedades y causas de mortalidad específicas que son relativamente fáciles de prevenir están muy concentradas en los pobres. Las tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna son indicadores de ello. El estudio estima que el índice de concentración de la tasa de mortalidad infantil en el Perú se acerca a -0,05, es decir, que la mortalidad infantil está representada en exceso entre los pobres. En lo que respecta a la asignación de recursos públicos, parece que el MINSA realmente llega a los pobres más de lo que se esperaría a partir solo del ingreso, pero los pobres siguen sufriendo ciertas enfermedades relativamente fáciles de prevenir y curar.

De esta manera, si la utilización de los servicios de salud y los resultados pertinentes se comparan con la distribución del ingreso o de otros servicios sociales, no parecen tan deficientes como se podría esperar. Eso no

estudio en 1995 y su homólogo de las familias del quintil superior tenía 8,8 años de estudio. Esto tiene una distribución mucho más equitativa que para los jefes de familia o para población en general e indica que la política pública y el comportamiento social han compensado en gran medida la enorme falta de equidad en el ingreso en el país (aunque todavía no es suficiente).

<sup>7</sup>Las tasas sin ajustar oscilan entre 12 y 17%.

<sup>8</sup>Nótese que la autoevaluación del estado de salud no es necesariamente independiente del ingreso y la educación, aunque el efecto parece variar de un país y de un estudio a otro.

**FIGURA 2. Distribución del ingreso, la educación y la salud en el Perú.**

**Nota:** La educación es el rendimiento educativo promedio de los jefes de familia de 25 a 65 años (PNAD, 1995); el ingreso se refiere al ingreso per cápita de la familia (Inter-American Development Bank, 1998); y los servicios de salud se estiman a partir de las curvas de utilización de la figura 12 del documento del MINSA (1999).

quiere decir que se deba menospreciar ni minimizar el efecto de las inequidades restantes para la población cuya vida se ve afectada, pero ofrece una norma para evaluar el grado de "injusticia" de las tasas de utilización en América Latina y ofrece alguna perspectiva para considerar la política. Este es solamente un primer paso. Sabemos que las personas más pobres tienden a recibir atención médica de peor calidad y que se enferman más. También sabemos que no todas las enfermedades son iguales, algunas son potencialmente mortales y otras son pasajeras o leves. Una evaluación adecuada de la distribución del estado de salud exige que se tengan en cuenta esos factores. La presentación de la distribución de la mortalidad infantil en el Perú es un paso en ese sentido y puede ser representativa del grado en que la mortalidad es una variable substitutiva de la distribución de otros indicadores del estado de salud. Sin embargo, la distribución relativamente equitativa de la utilización aquí presentada contradice la creencia común sobre la equidad de los sistemas de salud de América Latina y demuestra la necesidad de tener datos de buena calidad para evaluar debidamente el debate político.

## EQUIDAD EN SALUD

¿Cuál es una definición apropiada de equidad? Se pueden encontrar varias definiciones en la literatura pertinente que, al parecer, son intuitivas. Una manifestación explícita de una definición muy sólida de equidad es una situación en que el estado de salud de una persona es independiente del ingreso. Obviamente, esto entraña

un nivel máximo de intervenciones políticas para equiparar no solo la utilización de servicios y el conocimiento, sino también el comportamiento. Una definición un poco más modesta es un sistema en el cual las personas con las mismas necesidades reciben el mismo tratamiento. Esto fija un estándar para que las políticas públicas garanticen que todas las personas reciban los servicios que necesitan y está implícita en la política de ofrecer servicios gratuitos de atención de salud, de manera universal o para las personas con medios insuficientes. Una tercera definición, casi idéntica a la segunda, es un sistema de salud en que la utilización de servicios por una persona es independiente de sus ingresos. Este estándar es un poco más débil que el anterior porque establece una regla que solamente asegura que todos los que busquen atención la reciban; el estándar de equidad se basa en la demanda de servicios más que en una medida objetiva de necesidad.

La principal dificultad encontrada en estas y otras definiciones similares está en que son inalcanzables, a menos que se esté dispuesto a ofrecer a todos el mismo nivel de cobertura de seguro que tienen Donald Trump y Bill Gates. Eso es fundamentalmente cierto porque las personas más ricas están preparadas para pagar más y, por lo tanto, reciben más servicios de salud que los pobres o que la clase media. La única forma de evitar que las clases de ingresos más elevados obtengan más servicios de salud de mejor calidad, es declarar ilegales a los servicios privados de atención de salud. Pero aun así, los ricos optarán por viajar a Miami, La Haya o Toronto.

En lugar de enfadarnos y sentirnos frustrados por las grandes opciones que tienen los ricos, podemos enfocarnos en otra definición de equidad que fija un mejor

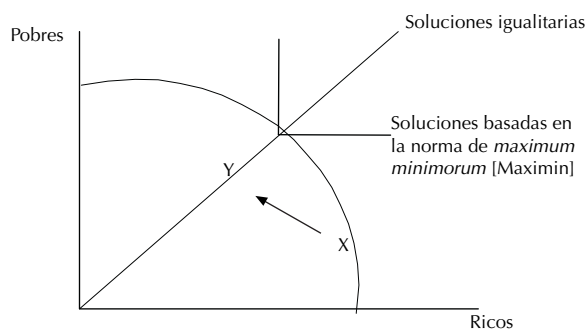
estándar de política pública, en lugar de aspirar a menos. Si en lugar de definir la equidad en salud con base en el modelo de una norma independiente, juzgamos las políticas públicas por sus atributos de aumento de equidad, podemos afirmar que cualquier política de salud que mejore las condiciones de salud de las personas menos acomodadas es equitativa. Esta definición es atractiva porque es factible y ofrece una guía más útil para formular políticas que realmente mejoren las condiciones de salud de las clases socioeconómicas más bajas.

El problema con las tres definiciones anteriores está en que miden la equidad de tal forma que asignan un valor positivo a una disminución de la utilización de servicios o al deterioro del estado de salud de los ricos, aunque para los pobres no haya beneficios asociados. Todas estas son medidas de equidad que se pueden considerar equivalentes en el sentido de que valoran la igualdad entre las personas, independientemente de las consecuencias a largo plazo con respecto a la producción total de servicios o al estado de salud de la sociedad. Las medidas utilitarias de equidad son apenas un poco mejores. Aunque una reducción de la utilización de servicios o el deterioro del estado de salud de los ricos deba contrarrestarse con una ganancia para los pobres, la norma utilitaria también podría llevar a soluciones en que se presten más servicios a los ricos cuando su ganancia potencial de salud es mayor que la de los pobres. La definición precedente de aumento de la equidad se acerca más a la solución basada en el *maximin*<sup>9</sup> defendida por John Rawls en su obra *Theory of Justice*. Con la solución basada en el *maximin* se busca mejorar la situación de las personas menos acomodadas. Este estándar permite aceptar un cierto grado de desigualdad cuando se justifique por las ganancias netas para la sociedad. El sector salud representa un caso en que esto no podría ser más crítico.

Para entender este punto, conviene considerar el argumento de equidad en frente a eficiencia. En la figura 3 se presenta una frontera normal de posibilidad de producción, que puede interpretarse como la producción de servicios o el estado de salud, distribuidos entre los ricos y los pobres. El punto X representa una situación de producción con eficiencia pero sin equidad, es decir, los ricos reciben más servicios o gozan de mejor salud que los pobres. La situación es inequitativa ya sea que

<sup>9</sup> La solución basada en la norma del *maximum minimorum* [*maximin*] es una simplificación extrema de una norma establecida por Rawls en su obra titulada *Theory of Justice*, en que la sociedad aspira a mejorar la situación de los menos acomodados. En esta sencilla figura, la óptima asignación bajo una norma utilitaria coincide con la solución igualitaria y con la basada en la norma del *maximin*. Esta discusión y las figuras se han tomado de Olsen (1997).

FIGURA 3.

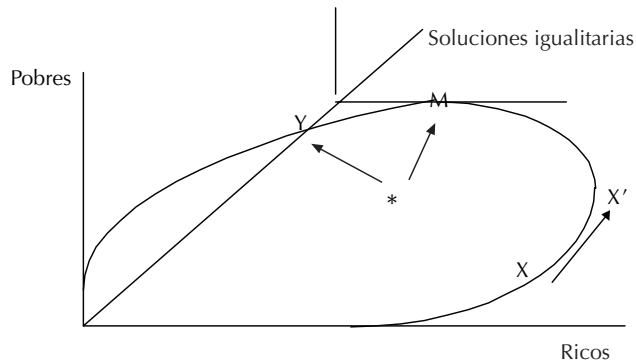


Fuente: Adaptada de Olsen (1997).

se mida con una norma igualitaria (representada por la línea) o una norma del *maximin* (representada por la forma en L). El argumento habitual radica en que la sociedad se beneficia más con la redistribución de los ricos hacia los pobres, aunque eso signifique producir servicios o mantener un estado de salud de una forma ineficiente (indicado con la colocación del punto Y dentro de la frontera de posibilidad de producción). La imposibilidad de llegar al punto igualitario en la frontera de producción se puede deber a varias razones complejas (por ejemplo, los efectos de los incentivos) o sencillas (por ejemplo, los costos de administración).

Sin embargo, en la figura 3 se simplifican mucho las respuestas dependientes del comportamiento que alteran la posible forma de la frontera de producción. La figura 4 muestra una situación en la que la producción está sobre la frontera (punto X), pero la frontera de producción tiene una tendencia ascendente, con una pendiente sobre varios intervalos de valores. Por ejemplo, los ricos podrían estar en mejor situación si compraran servicios en el sector privado que mejoraran al máximo su estado de salud (desplazándose de X a X'), pero esos

FIGURA 4.



Fuente: Adaptada de Olsen (1997).

servicios podrían tener efectos externos que incidentalmente mejorarían la salud de los pobres (por ejemplo, instalación de servicios de saneamiento y alcantarillado). En este caso no hay una compensación entre los factores de eficiencia y equidad. Otro ejemplo consiste en reencauzar los fondos gastados en curar a los ricos de enfermedades contagiosas, que podrían haberse evitado con la prestación a los pobres de servicios básicos rentables (como vacunas y exámenes).<sup>10</sup>

Esta clase de argumento no es compatible con la hipótesis de que la sociedad está probablemente lejos de lograr la eficiencia indicada por la frontera de producción. De hecho, un punto interno (como el marcado por el asterisco) tiene más posibilidades de reflejar la situación real. En ese caso, ¿cómo nos desplazamos hacia una situación más equitativa? Nótese que, debido a la pendiente de la frontera de producción, hay una divergencia entre la solución igualitaria y la basada en el *maximin*. El desplazamiento hacia una solución igualitaria (punto Y) representa aceptar una utilización más baja o un peor estado de salud para los ricos y los pobres. El desplazamiento del punto Y al punto M puede representar beneficios netos para todos por varias razones. Los efectos externos del aumento de los servicios de atención de salud para los ricos pueden mejorar los servicios de salud para los pobres, como es el caso del saneamiento o de las economías de escala en la producción de nuevos medicamentos. Lo que es más pertinente para el caso de América Latina es que cuando los ricos abandonan los sistemas públicos, les queda la posibilidad de destinar más recursos a las necesidades de salud de los pobres. La competencia de los proveedores de servicios privados puede dar origen a una producción mejor y más eficiente de servicios de salud en el sector público para los pobres, o los sistemas públicos que llegan a los pobres con más eficacia pueden gozar de mayor apoyo público. Todas estas razones, las que comienzan a considerar la relación entre los patrones de comportamiento de los consumidores y productores, obligan a introducir un cambio en la configuración de las posibilidades de producción que causan divergencia entre una solución igualitaria y otra basada en el *maximin*. Es importante reconocer las repercusiones: una política de aumento de la equidad (que se desplaza del asterisco a M) no reduce necesariamente la brecha entre los ricos y los pobres, pero sí la que existe entre el estado de salud actual y potencial de los pobres.<sup>11</sup>

<sup>10</sup>Birdsall y Hecht (1995) presentan esta clase de argumento.

<sup>11</sup>Nótese que en este argumento se pasa por alto la definición de la población "menos acomodada". En Musgrove (1999) se puede encontrar una discusión de la posible contradicción entre el tratamiento de las personas con las enfermedades más graves y el tratamiento de las personas que más se pueden beneficiar de la atención.

## EQUIDAD EN SALUD Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La complejidad del concepto de equidad ocasiona numerosas dificultades en los debates celebrados en América Latina sobre el mejoramiento de la salud en la Región. Uno de los problemas clave en el debate sobre la equidad radica en que las metas perfectamente razonables, complementadas con algunos conocimientos, pueden ser un peligro. Muchos países han adoptado metas dignas de encomio: cobertura universal y acceso equitativo. La mayoría de la gente sabe que los sistemas financiados con fondos públicos (por ejemplo, el de Suecia) tienden a ser más equitativos que los que dependen en gran parte del gasto privado (por ejemplo, el de los Estados Unidos).<sup>12</sup> El proceso político en la mayoría de los países de América Latina impone un alto costo a la equidad (en teoría, si no en la práctica) y se lanza desde esa posición para aspirar a la provisión de servicios públicos gratuitos de salud, lo cual hasta está consagrado en varias constituciones.

Las dificultades surgen cuando se reconoce que los miembros de la sociedad responden a la política pública de una forma que va en detrimento de las metas originales. En particular, dos de esos procesos son comunes en América Latina. Primero, a menos que los servicios públicos sean de alta calidad, las clases de ingresos más elevados optan por servicios privados que compiten por personal médico y elevan los costos para el sector público.<sup>13</sup> También buscan evadir el pago de impuestos destinados a servicios que no utilizan. Junto con eso, no es raro que los gobiernos financien (o provean) atención de alta calidad para intervenciones particularmente costosas. Entonces, los grupos de ingresos elevados tienen la oportunidad de reducir sus primas de seguro si acceden a excluir esa cobertura y recurren al sector público para las intervenciones costosas.

El segundo proceso se deriva de un problema institucional cuando el sector público financia o provee servicios médicos. La rendición de cuentas dentro de los organismos públicos que compran o prestan servicios médicos es muy difícil y, a menudo, está limitada por disposiciones de la administración pública y por interferencia política. Esto se agrava por las dificultades políticas y económicas para establecer una acción colectiva sostenida alrededor de los programas de salud pública que carecen de fondos o se promueven sin la debida eficacia.

Por estas razones, la ventaja del financiamiento público (o la provisión de servicios) en términos de mayor

<sup>12</sup>Para más información, véase Wagstaff y van Doorslaer (2000).

<sup>13</sup>Los costos pueden elevarse con el alza de los sueldos o, más comúnmente, con el ausentismo en los establecimientos públicos.

equidad, como se ha demostrado en los países europeos, se puede compensar radicalmente con respuestas razonables de las personas más acomodadas y de funcionarios del sector público. En muchos países latinoamericanos, esos inconvenientes han sido suficientemente graves para minar las metas de cobertura universal equitativa. Solo con políticas que reconozcan plenamente esas respuestas dependientes del comportamiento se puede esperar la solución de esas inequidades.

El intento por igualar en este momento la utilización o el gasto en salud va en contra de esos dos procesos. La búsqueda de equidad en esas condiciones, cuando se define como igualdad de atención ante una misma necesidad, igualdad de utilización independientemente del ingreso o igualdad del estado de salud independientemente del ingreso, es sencillamente inalcanzable por las oportunidades en el sector privado de gasto y de prestación de servicios. Esas metas se pueden alcanzar solo con alguna clase de nivelación. Por contraste, el mejoramiento de las condiciones de salud de las personas menos acomodadas es equitativo en el sentido de que es justa o deseable aun cuando, en términos estrictos, aumente la brecha en el estado de salud, la utilización o la atención entre los ricos y los pobres.

En esencia, la política pública se debe destinar a establecer una garantía de servicio mínimo (es decir, un conjunto de servicios básicos de salud orientados hacia las enfermedades y concentrados en los pobres), junto con esfuerzos para mejorar la calidad de la atención financiada por el sector público. Un ejemplo de la primera parte de esta receta se puede encontrar en el análisis de la dotación de puestos de salud rurales, realizado en un estudio del Ministerio de Salud. La ampliación del acceso a las zonas rurales puede agotar los recursos públicos en las zonas urbanas y alentar a más familias a abandonar el sistema público de atención de salud y a evadir el pago de impuestos o de la seguridad social; además, puede exacerbar la deficiencia de la calidad de los servicios públicos porque es difícil atraer personal calificado. Sin embargo, el efecto neto en el estado de salud puede ser más equitativo, aun si los puestos de salud son de peor calidad que los de las zonas urbanas y si el consumo de servicios de salud en el sector privado tiene un aumento más que proporcional. Un ejemplo del mejoramiento de la calidad de la provisión se puede encontrar en Costa Rica donde, a pesar de las dificultades, los servicios prestados en el sector público son suficientemente buenos como para disminuir la demanda de servicios del sector privado.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Véase un debate de la relación entre los sectores público y privado en un informe del Banco Interamericano de Desarrollo (1996), Maceira (1996, 1998) y Musgrove (1996). Costa Rica tampoco puede considerarse como modelo de prestación de servicios

## FINANCIAMIENTO Y EQUIDAD EN SALUD

Hasta ahora, no se ha abordado la fuente de financiamiento de los servicios de salud ni las medidas de promoción de la salud. Eso no es un accidente. En otra parte del debate general se afirma que los servicios de salud no solo deben tener una distribución equitativa sino que, también, se deben pagar según la capacidad para ello. Así como en el caso de la distribución de los servicios o del estado de salud, gran parte del debate sobre el financiamiento de los servicios de salud falla en reconocer que la forma de recaudar fondos afecta al volumen total de recursos disponibles. Esta sección argumenta que, en algunos casos, se responde mejor al estado de salud de los pobres con un aumento de impuestos en forma proporcional y, a veces, regresiva.

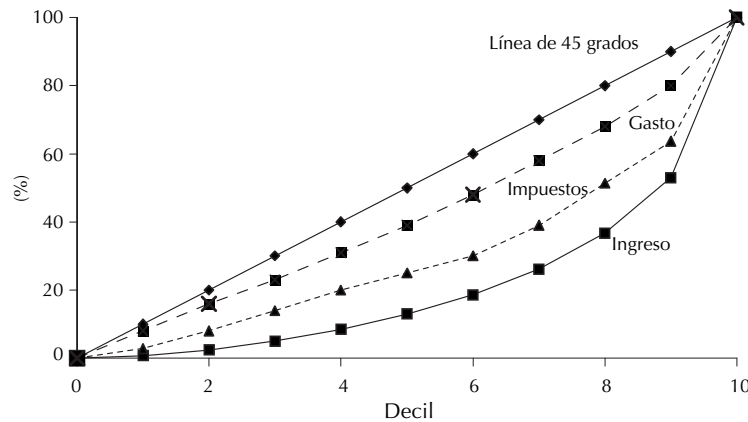
Podemos comenzar preguntando ¿cuál es una definición apropiada del financiamiento equitativo de los servicios de salud? La respuesta a esta pregunta se ha dificultado por el uso de dos estándares diferentes para la medición de la progresividad del impuesto y del gasto. En lenguaje común, la progresividad del impuesto se considera en relación con la curva de distribución del ingreso. Se considera progresivo si los ricos pagan una mayor proporción de su ingreso que los pobres y regresivo en el caso contrario. Por contraste, los gastos se evalúan frente al gasto per cápita y no frente al ingreso. Como consecuencia, los gastos se consideran progresivos si una mayor cantidad per cápita se destina a los pobres que a los ricos, y regresivos si los pobres reciben menos per cápita.

Como resultado de esas definiciones, es totalmente posible tener una política de impuestos regresivos y una política de gastos regresivos que, con todo, redistribuyan los recursos de los ricos a los pobres.<sup>15</sup> Analicemos la figura 5. La curva del impuesto está por encima de la curva del ingreso y representa una política de impuesto regresivo: en el ejemplo, el cuartil inferior recibe 3% del ingreso nacional pero paga 8% de los impuestos. La curva de gastos está por debajo de la línea de 45 grados, lo que indica una política de gasto regresivo: en el ejemplo, el cuartil inferior representa 20% de la población, pero recibe solamente 16% del gasto. Sin embargo, hay una redistribución neta de los ricos a los pobres representada por la resta del área entre las curvas del impuesto y del ingreso, del área entre las curvas del gasto

públicos: gasta una proporción muy elevada del ingreso nacional en sus servicios, que han demostrado ser muy ineficientes. En un estudio se estimó que el ausentismo en los establecimientos públicos de Costa Rica alcanzaba hasta 30%.

<sup>15</sup> Se puede encontrar una discusión más completa de este punto en un informe del Banco Interamericano de Desarrollo (1998), del cual se ha tomado.

**FIGURA 5. Políticas regresivas de redistribución de recursos.**



Fuente: Simulación realizada por el autor.

y del ingreso. En el cuadro 1 también se presenta un ejemplo numérico.

Esto no es pura curiosidad. En América Latina, gran parte del gasto en salud se acerca más a la línea de 45 grados que a la curva del ingreso y los países que tienen el máximo impacto progresivo son los que más gastan. Por lo tanto, el problema clave en los países de América Latina está en tener políticas tributarias que, más que progresivas, son idóneas para recaudar ingresos. Esencialmente, un país que recauda muchos ingresos por medio de un impuesto al valor agregado y los gasta más o menos en proporción de la población de cada quintil (por ejemplo, la Argentina) puede tener un efecto mucho más redistributivo que otro que recauda muy pocos ingresos por medio de un impuesto sobre la renta muy progresivo y gasta muy poco (por ejemplo, Guatemala).

Theodore *et al.* (1999) demuestran esto claramente en el caso de Jamaica. Los autores encuentran un sistema de salud pública muy equitativo, con recursos provenientes de ingresos generales y destinados a la población en proporción aproximadamente igual, excepto en el caso de la clase alta, que está subrepresentada. De hecho, los ricos abandonan el sistema público de aten-

ción de salud, pero sus impuestos (por medio de ingresos generales) siguen apoyándolo. Irónicamente, un país como Costa Rica, cuyos servicios públicos de salud son utilizados por una proporción más amplia de la población, puede tener una estructura de gasto aparentemente regresiva, sencillamente porque las clases media y media alta en realidad usan los servicios que pagan sus impuestos. No obstante, según información anecdótica, todavía se prefiere un sistema de salud como el de Costa Rica a otro como el que existe actualmente en Jamaica.

El sistema de salud de Chile, criticado siempre por ser inequitativo, puede ser el sistema de atención de salud más progresivo del mundo en lo que respecta a la distribución del gasto público por quintil de ingresos. Milanovic (1995) demostró que la curva de concentración del gasto en salud pública en Chile es muy superior a la línea de 45 grados, lo que indica un gasto sumamente progresivo. En contraste, el gasto en salud en Gran Bretaña se acerca a la línea de 45 grados, pero está por encima de esta y el gasto en Hungría está por debajo. Un estudio más reciente de Bitrán (1998) también muestra que las clases de ingresos elevados (las afiliadas a las compañías de seguro particulares llamadas ISAPRES), reciben solamente 2,5% de los subsidios públicos de salud, en tanto que el resto de las clases de ingresos redistribuyen los recursos hacia las menos acomodadas. La reputación que tiene Chile de tener un sistema inequitativo puede ser el resultado de la rápida expansión de la atención privada de alta calidad, de la cual disponen los grupos de ingresos medianos y elevados desde la reforma del sector salud de comienzos del decenio de 1980. Sin embargo, tal vez el gasto público

**CUADRO 1. Ejemplo de demostración del efecto de las políticas regresivas hipotéticas.**

|        | Ingreso inicial | Sin impuestos | Con subsidios | Total |
|--------|-----------------|---------------|---------------|-------|
| Pobres | 20              | 15% = 3       | 5             | 22    |
| Ricos  | 80              | 10% = 8       | 6             | 78    |
| Total  | 100             | 11            | 11            | 100   |



restante es tan progresivo precisamente porque las familias más ricas pueden abandonar el sistema. En otras palabras, puede haber grandes inequidades en los sistemas de atención de salud muy redistributivos.

La cuestión clave para la equidad del financiamiento de los servicios de salud no está en determinar si los impuestos y los gastos son progresivos. Más bien, hay tres repercusiones primordiales en materia de política. Primero, ¿cuál es la mejor forma de garantizar el financiamiento de los servicios de salud? Es una pregunta difícil de responder debido al contexto político y económico que hace que toda solución sea imperfecta. El método de impuestos destinados a fines específicos se ha ensayado en muchos países (incluso un impuesto sobre las transacciones financieras con el que se sufragó hoy en día una gran parte del costo de los servicios de salud del Brasil). Sin embargo, esa solución es imperfecta si las clases media y alta encuentran la forma de evadir el pago del impuesto (porque no creen que reciben ningún beneficio de este). El financiamiento de los servicios de salud a partir de ingresos generales puede ser más equitativo, pero no siempre está garantizado porque debe competir con otras exigencias importantes de salud pública. Lasprilla *et al.* (1999) demostraron que el programa de seguridad social del Ecuador para un grupo particular de campesinos es muy progresivo. Ese programa resulta tentador como modelo para otros países. No obstante, es cuestionable que ese plan se pueda duplicar en un medio diferente, donde los campesinos no estén tan bien organizados y las autoridades centrales estén presionadas a usar sus limitados recursos en otra parte. También es atractivo pensar en reencauzar el gasto privado en salud por medio de canales del sistema público de atención de salud, pero esta es una fuente ilusoria de financiamiento. El gasto privado es alto precisamente porque quienes lo pagan reciben beneficios directos e inmediatos del mismo, en tanto que un impuesto o una prima de seguro público no se destina claramente hacia un beneficio individual.

La segunda cuestión en el financiamiento de los servicios de salud es la eficiencia del sistema tributario. Esto es mucho más importante que la progresividad de los impuestos, como se discutió antes, porque sin ingresos tributarios no puede haber redistribución. El tercer asunto consiste en hacer que el gasto público en servicios de salud sea gradualmente más progresivo. Eso no se puede hacer con el ofrecimiento de servicios gratuitos a toda la población. La experiencia del Brasil con la Constitución de 1988, que garantiza atención gratuita de la salud para todos, permitió efectivamente que las clases más ricas comenzaran a tomar por asalto los ingresos federales para pagar servicios de salud que antes pagaban ellas mismas. Como consecuencia, en los últimos

10 años ha aumentado la inequidad del gasto público en salud y la regresividad de los gastos directos de bolsillo.<sup>16</sup> La progresividad del gasto en salud puede aumentar: a) asegurando que haya servicios mínimos básicos que aborden los problemas de salud más concentrados entre los pobres y b) mejorando la calidad de los servicios prestados con fondos públicos para que aumente la calidad básica de los servicios de salud en el país de una forma gradual pero constante.

## RESUMEN

Es importante prestar atención a la equidad en salud, pero ese es un campo lleno de dificultades. El punto de referencia para la medición de la equidad y la elección de la definición pueden causar confusión en los debates de política al obligar al sistema de atención de salud a cumplir con un estándar inalcanzable. Los estudios hechos como parte del proyecto EquiLAC demuestran que, por lo general, las condiciones de salud de los pobres son peores y que los servicios se utilizan de una forma inequitativa entre las diferentes clases de ingresos. Sin embargo, las desigualdades detectadas en la distribución de los servicios públicos de salud y el gasto público en salud son generalmente pequeñas en relación con la distribución inequitativa del ingreso predominante en la mayoría de estos países.

Dado que las familias acomodadas siempre gastarán en lo que, a su manera de ver, es una atención de la mejor calidad posible, la equidad medida como la distribución de los servicios y el gasto puede ser una medida inútil. Más bien, la equidad medida por el acceso de los pobres a servicios básicos puede ser una política alcanzable y eficaz, aunque tenga un mínimo efecto en la distribución general del gasto o de los servicios.

En el caso de la equidad en el financiamiento de la atención de salud, la progresividad de los impuestos o incluso del gasto no reviste gran importancia en relación con tres cuestiones. La primera es cómo asegurar el financiamiento del sector salud, habida cuenta de la política, la evasión del pago de impuestos y la fuga de capitales. La segunda es cómo recaudar ingresos de manera eficiente, aunque sea en la misma proporción del nivel de la escala de ingresos, en lugar de establecer impuestos progresivos que produzcan poco dinero para programas redistributivos. Por último, se necesita hacer que el gasto sea progresivo en el sentido de asegurar el acceso a servicios básicos eficaces en función del costo y, al mismo tiempo, mejorar constantemente la calidad de los servicios prestados con el respaldo de fondos públicos.

<sup>16</sup>Medici (1998).

## REFERENCIAS

- Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.
- Birdsall N, Hecht R. *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1995. (Working Paper Series 305).
- Bitrán R. *Equity in the Financing of Social Security for Health in Chile*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates; 1998.
- Campino A, Coelho C, Diaz DM, Paulani LM, de Oliveira RG, Piola S, Nunes A. Equity in Health in LAC–Brazil. Presentado en el World Bank/United Nations Development Program/Pan American Health Organization/World Health Organization Technical Project Workshop Investment in Health, Equity, and Poverty in Latin America and the Caribbean, Washington, DC, enero 22 de 1999.
- Inter-American Development Bank. *Making Social Services Work, Economic and Social Progress in Latin America, 1996 Report*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1996.
- Inter-American Development Bank. *Facing up to Inequality in Latin America, Economic and Social Progress in Latin America, 1998–1999 Report*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1998.
- Lasprilla E, Granda J, Obando C, Lasprilla C. Equity in Health in LAC-Ecuador. Presentado en el World Bank/United Nations Development Program/Pan American Health Organization/World Health Organization Technical Project Workshop Investment in Health, Equity, and Poverty in Latin America and the Caribbean, Washington, DC, enero 22 de 1999.
- Maceira D. *Income Distribution and the Public-Private Mix in Health Care Provision: The Latin American Case*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1998. (Working Paper 391). <http://www.iadb.org/oce/324a.cfm?CODE=WP-391>.
- Maceira D. *Fragmentación e incentivos en los sistemas de atención de la salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1996. (Documento de trabajo 335).
- Medici A. *O SUS e a política 'Hood Robin' de saude*. Washington, DC: 1998. Mimeografiado.
- Milanovic B. The distributional impact of cash and in-kind transfers. En: Van de Walle D, Nead K, eds. *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence*. Washington, DC: World Bank; 1995.
- Musgrove P. Un fundamento conceptual para el rol público y privado en salud. *Revista de Analisis Economico* 1996;11(Noviembre):2. Disponible en inglés del Banco Mundial.
- Musgrove, P. *Public Spending on Health Care: How Are Different Criteria Related?* Washington, DC: World Bank; 1999.
- Olsen JA. Theories of justice and their implications for priority setting in health care. *Journal of Health Economics* 1997;16:625–639.
- Perú, Ministerio de Salud, Oficina General de Planificación. Equidad en la atención de salud. Presentado en el World Bank/United Nations Development Program/Pan American Health Organization/World Health Organization Technical Project Workshop Investment in Health, Equity, and Poverty in Latin America and the Caribbean, Washington, DC, enero 22 de 1999.
- Theodore K, Stoddard D, Yearwood A, Thomas W. Equity in Health in Jamaica. Presentado en el World Bank/United Nations Development Program/Pan American Health Organization/World Health Organization Technical Project Workshop Investment in Health, Equity, and Poverty in Latin America and the Caribbean, Washington, DC, enero 22 de 1999.
- van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Commission of the European Communities, Health Services Research Series, No. 8. Oxford: Oxford Medical Publications; 1993. (Commission of the European Communities, Health Services Research Series No. 8).
- Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. En: Culyer AJ, Newhouse JP, eds. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier; 2000.
- Whitehead M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1990.
- Whitehead M. *Inequalities in Health*. London: Penguin; 1992.
- Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge; 1996.