

La Desigualdad en la Salud



FUNDACION DE
I NVESTIGACIONES
ECONOMICAS
LATINOAMERICANAS

Buenos Aires, diciembre 2007

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Dr. Juan P. Munro
Vicepresidentes:	Ing. Víctor L. Savanti Ing. Juan C. Masjoan
Secretario:	Ing. Franco Livini
Prosecretario:	Sr. Alberto L. Grimoldi
Tesorero:	Dr. Mario E. Vázquez
Protesorero:	Ing. Manuel Sacerdote

Vocales: Guillermo E. Alchourón, Alberto Alvarez Gaiani, Juan Aranguren, Luis Bameule, Gerardo Beramendi, Juan Bruchou, José M. Dagnino Pastore, Carlos de la Vega (Presidente de la Cámara Argentina de Comercio), Gonzalo Escajadillo, Carlos Felices, Adelmo Gabbi (Presidente de la Bolsa de Comercio de Buenos Aires), José M. Gogna, Silvio Machiavello, Francisco Mezzadri, Luciano Miguens (Presidente de la Sociedad Rural Argentina), Raúl Padilla, Daniel Pelegrina (Sociedad Rural Argentina), Aldo B. Roggio, Luis Sas, Santiago Soldati.

CONSEJO CONSULTIVO

Eugenio Breard, Alejandro Bulgheroni, José Gerardo Cartellone, Analía Costa de Remedi, Horacio Cristiani, Enrique Cristofani, Carlos Alberto De la Vega, Horacio De Lorenzi, Martín Del Nido, Jorge Ferioli, Rodolfo Ferro, Martín Fornara, Jorge Goulu, Jorge A. Irigoin, Humberto Junqueira de Farias, Juan Larrañaga, Eduardo Mignaqui, Paolo Picchi, Cristian Sicardi, Eduardo Spangenberg, Rubén Teres, Juan Pedro Thibaud, Horacio Turri, Amadeo Vázquez, Gonzalo Verdomar Weiss.

CONSEJO ACADEMICO

Miguel Kiguel, Manuel Solanet, Mario Teijeiro.

CUERPO TECNICO

Economistas Jefe: Daniel Artana, Juan Luis Bour, Fernando Navajas (Director)
Economistas Asociados: Sebastián Auguste, Walter Cont, Santiago Urbiztondo
Economistas Senior: Marcela Cristini, Cynthia Moskovits, Ramiro A. Moya, Mónica Panadeiros, Abel Viglione.
Economistas: Guillermo Bermudez, Nuria Susmel.
Investigadores Visitantes: Enrique Bour, Marcelo Catena, María Echart, Alfonso Martínez.
Asistentes de Estadísticas: D. Barril, M. P. Cacault, D. Focanti, M. Iorianni, M. Kalos, G. Zaourak.

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	1
I. INTRODUCCIÓN	7
II. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD INDIVIDUAL.....	11
III. EL INGRESO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD INDIVIDUAL.....	20
IV. SALUD Y HÁBITOS EN LA ARGENTINA: UNA APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LAS DISPARIDADES SOCIALES	35
V. DISPARIDADES Y ATENCIÓN MÉDICA: ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO	55
VI. ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA ARGENTINA	64
VII. CONSIDERACIONES FINALES.....	82
Referencias	86

RESUMEN EJECUTIVO

- Aún en los países desarrollados, los grupos menos aventajados tienen una expectativa de vida más reducida y mayor morbilidad que los individuos mejor posicionados en la escala social. Al margen del debate que esta desigualdad genera en términos de justicia y equidad, también ha suscitado el interés académico en las causas que contribuyen a explicar estas diferencias en las sociedades modernas. Ha conducido, en particular, a una creciente discusión sobre la sensibilidad de la salud al entorno social, lo que en la literatura especializada se ha dado en llamar los *determinantes sociales de la salud*.
- Un elemento importante en esta controversia se plantea en torno a si las diferencias en salud se limitan a una brecha entre los más pobres de una sociedad y el resto -muchas veces asumiendo que fuera de los muy pobres, la salud es relativamente homogénea- o existe lo que se denomina un gradiente social en salud, es decir, diferencias a lo largo de todo el espectro de la población, suponiendo entonces que existe una relación sistemática entre el bienestar socioeconómico y la salud.
- Aunque es poco lo que se conoce acerca de los mecanismos precisos por los que una baja condición socioeconómica podría traducirse en una salud más deteriorada, existe cierto consenso en torno a que una mayor exposición a ciertos factores de riesgo por parte de los grupos más desfavorecidos juega un rol importante en esta explicación, es decir que estos factores formarían parte de los mecanismos en cuestión.
- Aceptado este enfoque, lo que se debería examinar no es la relación entre la situación socioeconómica y la salud sino entre la situación socioeconómica y los factores de riesgo. En otros términos, este abordaje no hace más que trasladar a los factores de riesgo el interrogante que originalmente se planteara sobre la situación socioeconómica, es decir, porqué existen desigualdades socioeconómicas en los determinantes próximos. Por ejemplo, por qué la probabilidad de vacunarse aumenta con el ingreso, aun cuando la vacuna se provee en forma gratuita.

F I E L

- El reconocimiento de la relevancia que tienen sobre la salud tanto los factores sociales como las conductas individuales –incluyendo su eventual interrelación- se ha traducido para muchos en un concepto más amplio de lo que se entiende que constituyen las políticas de salud, sin limitarse exclusivamente a facilitar el acceso a la atención médica.
- Más recientemente, se ha agregado a este debate la hipótesis de que la desigualdad distributiva de una sociedad puede también representar un riesgo adicional para la salud de los individuos que la integran. Las discrepancias sobre esta cuestión resultan sumamente extendidas, y su relevancia en lo que se refiere a las políticas públicas no es menor. En definitiva, se traduce en si a los fines de mejorar la salud de la población, no sólo debe tenerse en cuenta el alivio a la pobreza, la provisión de servicios médicos y la educación para la adopción de hábitos saludables, sino también la cuestión distributiva. Podría ser que la política económica y fiscal tuviera consecuencias sobre el bienestar que típicamente ha sido ignorado en el análisis económico.
- Las estimaciones internacionales muestran en general una relación positiva y decreciente (cóncava) entre ingreso individual y estado salud, lo que significa que cada peso de ingreso adicional da lugar a una mejora cada vez menor en la salud personal. En lo que concierne, en cambio, a la incidencia de la desigualdad distributiva, la evidencia empírica resulta confusa y, por lo tanto, nada concluyente. Por su parte, los factores de riesgo vinculados con estilos de vida no muestran una relación estable con el ingreso personal a través del tiempo, ni entre países: así, por ejemplo, en el pasado, la prevalencia del tabaquismo en las sociedades más avanzadas era más alta entre los individuos socialmente más aventajados, mientras que actualmente se observa que este hábito resulta más extendido entre los que ocupan las posiciones más bajas en la escala social.
- Las consideraciones anteriores marcan la importancia de contar con estudios empíricos para cada país, por lo que en este trabajo –además de revisar la información disponible para la Argentina- se intenta contribuir en ese sentido, realizando

estimaciones propias sobre determinantes de la salud, de algunos hábitos y conductas personales y del acceso a la atención médica.

- Los resultados obtenidos sobre los determinantes de la salud sugieren, en relación con las características socioeconómicas individuales –ingreso y educación-, que existiría un gradiente social: esto es, cuanto más asciende una persona en la escala (tanto en lo que concierne a la escolaridad como a la capacidad adquisitiva), menos probable es que se reporte enferma. El ingreso, además, muestra la concavidad que la teoría y la evidencia de otros países indica, es decir que tendría un impacto positivo sobre la salud, pero decreciente. La condición de fumador –un factor de riesgo de naturaleza conductual- también tiene el signo esperado: este hábito aumenta la probabilidad de percibir un estado de salud deteriorado. En cambio, la desigualdad distributiva no parece tener incidencia sobre la salud de las personas.
- En lo que respecta a los factores de riesgo, una encuesta oficial reciente muestra que hábitos como el consumo de alcohol o el tabaquismo no serían más generalizados entre la población de menores ingresos; mientras que, en cambio, sí se observa que los controles médicos preventivos son menos frecuentes en este segmento.
- Las estimaciones econométricas realizadas en este trabajo apoyan estos resultados. Sugieren, en este sentido, que el ingreso es un factor que - a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados- se relaciona positivamente con el hábito de fumar; la educación, en cambio, no resulta una variable significativa, por lo que entonces no parece ser un problema de disponibilidad de información sobre las consecuencias del cigarrillo lo que determina esta conducta.
- A diferencia del tabaquismo, se observa que la condición socioeconómica de la mujer constituiría un factor relevante de la conducta adoptada: el ingreso, la educación y la cobertura en salud son variables que están positivamente asociadas con la probabilidad de realizar controles ginecológicos con cierta frecuencia.
- El creciente interés que ha suscitado el estudio de las características socioeconómicas de los individuos, e incluso el contexto social en el que viven, como

F I E L

determinantes de la salud personal y de los factores de riesgo que inciden sobre ésta, no significa que el acceso a los servicios de atención médica deje de ser una dimensión relevante; de hecho, continúa siendo, tanto en la teoría como en la práctica, uno de los determinantes más significativos y menos controvertidos del estado de salud personal. Por este motivo, en la mayor parte de las sociedades –aunque con distinto grado de alcance- el criterio de equidad está incorporado en el diseño institucional de los respectivos sistemas de salud.

- En la Argentina, el sistema público de salud contempla la provisión universal y gratuita de prestaciones, a pesar de que existe un régimen de cobertura obligatoria a través de la seguridad social y un difundido sistema de seguros privados de salud. Esto revela que el criterio de equidad adoptado, si bien admite diferencias en los servicios de atención médica a los que tienen acceso los distintos grupos poblacionales, implica un fuerte compromiso con reducir la desigualdad en materia de salud. La relevancia del sector público dentro del sistema, con más de un 50% de las camas hospitalarias disponibles, da cuenta de ello.
- La disponibilidad de una importante red asistencial pública de carácter universal no significa necesariamente que los principales beneficiarios del sistema sean los grupos de menores recursos: en rigor, dependerá de las decisiones de los propios individuos quiénes se constituyan en los efectivos usuarios del sistema. En consecuencia, sólo a través de la evaluación empírica puede establecerse si se cumple el objetivo de reducir la desigualdad en el acceso a la salud que se propone la acción directa del Estado en esta área.
- Al margen del acceso y utilización de los servicios de atención médica, un elemento adicional que podría generar fuertes disparidades en la condición de salud de los distintos grupos poblacionales, está vinculado con la capacidad de obtener los medicamentos requeridos: la cobertura del sistema público ha sido tradicionalmente –hasta la puesta en marcha del Programa Remediar en el año 2002- mucho más limitada en este renglón que en lo que concierne a los servicios médicos, de internación y de estudios complementarios.

- El análisis de incidencia desarrollado en este estudio muestra que las actividades de salud del sector público en lo que concierne a consultas, hospitalizaciones y medicamentos tienen un sesgo pro-pobre, es decir que tienden a favorecer proporcionalmente más a los individuos de menores recursos, no detectándose además variaciones muy relevantes entre las distintas prácticas.
- A pesar de este resultado, el análisis también deja al descubierto que hay espacio para una mayor focalización del gasto público en salud: en cualquiera de las prestaciones consideradas, la proporción del esfuerzo fiscal que representan los servicios gratuitamente prestados a los individuos de mayores recursos no es despreciable.
- Más allá de evaluar a quién beneficia el sistema público de salud, resulta también de interés –en el marco del estudio de las disparidades en salud- explorar qué características de los individuos pueden potencialmente explicar la decisión de utilizar (o acceder a) las prestaciones asistenciales. Ello está orientado a investigar si existen indicios de una asociación sistemática entre el uso de los servicios y las condiciones socioeconómicas de las personas o, en otros términos, si hay alguna evidencia de un gradiente social en el acceso a la atención médica.
- Los escasos estudios locales emprendidos, incluyendo la estimación encarada en este trabajo, no permiten afirmar que exista un gradiente social en lo que concierne al acceso a las prestaciones médicas, esto es, la utilización de estos servicios no parece estar vinculada con las características socioeconómicas de los individuos.
- En síntesis, en la Argentina se evidencia una asociación entre estado de salud personal y características socioeconómicas –la salud mejora con el nivel de ingreso-, aunque no se puede demostrar que tenga incidencia la desigualdad distributiva. A su vez, las disparidades en salud parecen relacionarse más con las escasas conductas preventivas en materia de controles médicos por parte de los individuos de menores recursos, que con hábitos poco saludables (tabaco, alcohol, etc.) en este segmento poblacional o con la existencia de algún obstáculo en recibir asistencia médica en caso de necesidad. Si bien es posible que las menores prácticas preventivas puedan obedecer

F I E L

a un problema de desinformación en relación a las ventajas asociadas a las mismas, no se puede descartar que las limitaciones horarias, colas y problemas de obtención de turnos típicos de la red pública asistencial desalienten la utilización de los servicios fuera de las situaciones de enfermedad.

I. INTRODUCCIÓN

Aún en los países desarrollados, los grupos menos aventajados tienen una expectativa de vida más reducida y mayor morbilidad que los individuos mejor posicionados en la escala social. Al margen del debate que esta desigualdad genera en términos de justicia y equidad, también ha suscitado el interés académico en las causas que contribuyen a explicar estas diferencias en las sociedades modernas. Ha conducido, en particular, a una creciente discusión sobre la sensibilidad de la salud al entorno social, lo que en la literatura especializada se ha dado en llamar los *determinantes sociales de la salud*.

Al respecto, es ampliamente aceptado que la pobreza constituye un factor de riesgo de la mortalidad prematura y de muchas enfermedades, aunque se discute a través de qué canales funciona esta relación y cuál es su alcance. Algo más controvertida es la proposición de que, aún superada la pobreza, el nivel de ingreso continúa siendo un importante determinante de la salud, explicando en parte las diferencias existentes dentro y entre grupos poblacionales. Más recientemente, ha cobrado fuerza el debate en torno a la hipótesis de que la desigualdad distributiva de una sociedad puede también representar un riesgo adicional para la salud de los individuos que la integran. Las discrepancias sobre esta cuestión resultan sumamente extendidas, al tiempo que las implicancias en lo que concierne a la economía del bienestar no son menores.

Por otra parte, la desventaja social puede no limitarse al ingreso, ya sea absoluto o relativo, sino que admite otras dimensiones, tales como una reducida escolaridad en la juventud, empleo inseguro, vivienda inadecuada, etc., encontrándose además que, por lo general, estas desventajas tienden a concentrarse entre la misma gente, y sus efectos sobre la salud pueden acumularse a lo largo de la vida.

Aunque es poco lo que se conoce acerca de los mecanismos precisos por los que – superada la pobreza y la desnutrición– una baja condición socioeconómica se traduce en pobre salud, se acuerda en que una mayor exposición a factores de riesgo de comportamiento (o hábitos no saludables) por parte de los grupos más desfavorecidos podría jugar un rol importante en esta explicación. De todos modos, aún en esta área no siempre está claro cuál es la relación de causalidad: es, por caso, la desventaja social

F I E L

que predispone a un mayor consumo de alcohol (y, como consecuencia, a mayor probabilidad de padecer las enfermedades asociadas), o es el mayor consumo de alcohol lo que genera esta desventaja social.

El reconocimiento de la relevancia que tienen sobre la salud tanto los factores sociales como las conductas individuales –y su eventual interrelación- se ha traducido en un concepto más amplio, y por tanto más controvertido, de lo que se entiende que constituyen las políticas de salud. En efecto, en el pasado esta discusión se refería a la provisión y financiamiento de los servicios de atención médica, mientras que actualmente el debate incluye si se debe ir más allá de estas intervenciones tradicionales y abordar en una forma más integrada aquellos aspectos que constituyen los determinantes de la salud.

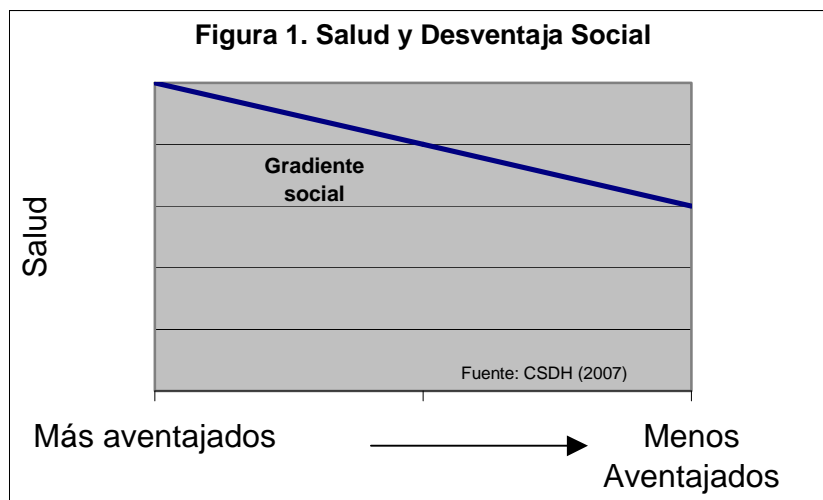
En este marco analítico, uno de los temas más discutidos en relación con las políticas públicas se relaciona con el hecho de que los factores que conducen a una mejora en la salud poblacional, no siempre reducen las desigualdades en salud. Esto ocurre porque los determinantes de la salud no necesariamente son los mismos que los determinantes de las desigualdades en salud. En efecto, si las desigualdades están relacionadas con la desventaja social, y las mejoras en la salud no están relacionadas con estas cuestiones, aún cuando la salud de todos mejore, las disparidades pueden persistir o incluso –al menos transitoriamente- aumentar. Tal parece ser el caso, por ejemplo, cuando se lanza alguna campaña promoviendo hábitos saludables, cuya repercusión –al menos inicialmente- suele ser más fuerte entre los individuos mejor posicionados en la escala social.

En función de ello, cada vez parece extenderse más la opinión de que los logros promedios ya no constituyen indicadores suficientes del desempeño del sistema de salud de un país; también importa cómo éstos impactan sobre los distintos miembros de una sociedad.

En definitiva, si bien la equidad ha constituido tradicionalmente el motivo más relevante para justificar la intervención pública en el sistema de salud, lo que ha ido cambiando

con el tiempo -y suscitando controversias- es lo que este concepto involucra, es decir, qué es lo que se persigue que esté igualmente distribuido entre la población.

La definición más amplia –la que está relacionada con la noción de que existen diferencias atribuibles a cuestiones sociales- promueve que la equidad debe abordarse en relación con el estado de salud. Bajo este criterio, mejorar la equidad significa –en la figura adjunta- empujar el gradiente social hacia arriba, tendiendo a que éste sea horizontal. Las políticas públicas que –enmarcadas en este concepto- apuntan a reducir la brecha social en la salud de la población pueden estar orientadas a influenciar el entorno de una manera que contribuya a mejorar la situación sanitaria de los grupos menos aventajados -ya sea a través de incidir sobre los aspectos vinculados con la conducta de los individuos (tabaquismo, por ejemplo), aspectos más estructurales como la pobreza y nutrición-, o directamente con facilitarles el acceso a la atención médica.



En el contexto de la discusión de los determinantes sociales de la salud, en este estudio se aborda la evaluación de la existencia de un gradiente social en la condición de psicofísica de la población argentina, en sus hábitos y en el patrón de uso de las prestaciones asistenciales, enfatizando en este último caso su relación con las características del sistema público de atención médica en el país.

El resto del trabajo está organizado de la siguiente manera. Se inicia con un planteo general de los elementos que conforman el marco de análisis de los determinantes de la salud (Capítulo II), para dar paso a una revisión más profunda de los aspectos teóricos de la discusión y de la evidencia empírica relevante en el rol que, en particular, desempeñan el nivel y la distribución del ingreso (Capítulo III). Esta parte del estudio se completa con estimaciones para el caso argentino de la incidencia de factores sociales sobre la salud individual, y sobre los hábitos o conductas que influyen sobre ésta (Capítulo IV). El trabajo sigue con una caracterización del sistema público de salud en el país (Capítulo V), para estimar e interpretar en ese contexto, las diferencias –por nivel socioeconómico- en la utilización de servicios de atención médica y en qué medida el Estado está orientado a proveer prestaciones a los menos aventajados (Capítulo VI). Por último, el estudio concluye con un conjunto de reflexiones sobre diversos aspectos de las políticas públicas en salud que se consideran debieran ser prioritarias en la agenda de modo tal de cumplir en forma más acabada con el objetivo de equidad que la sociedad promueve.

Este trabajo fue realizado durante el año 2007 por Mónica Panadeiros, Economista Senior de FIEL, con la colaboración del Lic. Pablo Garófalo asistiendo en las tareas de investigación. La supervisión general del proyecto estuvo a cargo de Juan Luis Bour, Economista Jefe de FIEL. El estudio –y su posterior difusión- ha sido posible gracias al financiamiento parcial brindado por la Fundación Konrad Adenauer en el marco de un acuerdo de cooperación entre esa institución y la Fundación FIEL.

Este trabajo forma parte del programa de investigación de la Fundación FIEL, aunque no compromete la opinión individual de los miembros de su Consejo Directivo, ni de las entidades fundadoras, empresas y organizaciones patrocinantes.

II. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD INDIVIDUAL

A través del tiempo, han ido variando los marcos conceptuales o paradigmas sobre los determinantes de la salud de las personas, en forma acorde a los avances científicos y tecnológicos alcanzados, y bajo la influencia también de la forma de organización social predominante en cada momento. Esta evolución ha desembocado en la coexistencia de una gran variedad de modelos teóricos, que provienen, además, de muy diversas disciplinas.

Si bien la discusión de tales modelos excede los alcances de este trabajo, resulta de interés presentar estilizadamente un conjunto amplio de determinantes de la salud –los más frecuentemente citados en la literatura- aclarando que no todas las corrientes acuerdan con la inclusión y/o relevancia de todos los factores que se describen.

Así, bajo este enfoque abarcativo, la salud individual resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan en diferentes niveles de determinación. Estos factores pueden, en términos generales, agruparse en las siguientes categorías: biológicos y genéticos; hábitos y comportamientos individuales; socioeconómicos personales; medio-ambientales; organización social; y acceso a la atención de la salud, que brevemente comprenden o hacen referencia a las siguientes cuestiones:

Factores biológicos y genéticos: se incluyen en este grupo, características personales como edad, género y etnia, y también aquellos determinantes que constituyen –y han constituido tradicionalmente- el foco de acción principal de la ciencia médica. Más recientemente, el avance científico ha dado lugar a un crecimiento sustancial –que, sin duda, continuará- de la relevancia de los factores genéticos como condicionantes de la salud, al irse descubriendo su intervención en problemas infecciosos, cardiovasculares, metabólicos, neoplásicos, mentales, cognitivos y conductuales.

Hábitos y comportamientos individuales: la conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, su actitud frente al riesgo, su capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre las circunstancias de su vida determinan sus preferencias y estilo de vivir. De esta forma,

F I E L

los individuos asumen distintas posiciones frente a factores de riesgo como el tabaquismo, la alimentación, el alcoholismo, la exposición a agentes infecciosos y tóxicos, la violencia y los accidentes, todos de fuerte incidencia sobre la salud personal. A su vez, las conductas y hábitos están también influenciados por los contextos sociales que los moldean y restringen, tanto en forma directa –como, por ejemplo, la tolerancia al tabaquismo–, como indirecta –como puede ser dar lugar a mayores adicciones en respuesta a una actitud hostil de la sociedad frente a la diversidad de etnia, culto y opinión.

Situación socioeconómica personal: el ingreso personal, la educación, el empleo y el hogar –incluyendo vivienda, composición, estructura y dinámica familiar- se consideran factores trascendentes sobre las condiciones de vida y el estado de salud de la población. Así, por ejemplo, en lo que concierne al empleo, es ampliamente reconocido que los riesgos de enfermedades y accidentes laborales difieren entre ocupaciones; del mismo modo, un nivel de educación más elevado está por lo general asociado con mayor información, incluyendo la relacionada con la promoción de la salud. En lo que concierne al ingreso, tema que se aborda más profundamente en el capítulo siguiente, la evidencia preliminar parece sugerir que también condiciona la salud individual, independientemente del grado de desarrollo alcanzado por el país de residencia (Ver Recuadro 1 “Autoevaluación en salud e ingreso personal”)

Influencia medio-ambiental: las condiciones ambientales influyen -en algunos casos en forma decisiva- sobre la salud de las personas, aunque variando notablemente en el tiempo y el espacio el tipo de relación que se establece. Así, el entorno natural se asocia frecuentemente con enfermedades transmisibles, como la malaria y la fiebre amarilla, en tanto los grandes centros urbanos presentan una mayor incidencia de afecciones respiratorias derivadas de la contaminación atmosférica.

Organización social: se incluyen en este grupo aquellos elementos asociados a las características estructurales de la sociedad. Así, la estratificación social, la redistribución de la riqueza, la presión de grupo, la cohesión, las redes de soporte social y otras variables vinculadas con el nivel de integración e inversión en el capital social

son ejemplos de factores que suelen considerarse causales de enfermedad y, por lo tanto, determinantes de la salud.

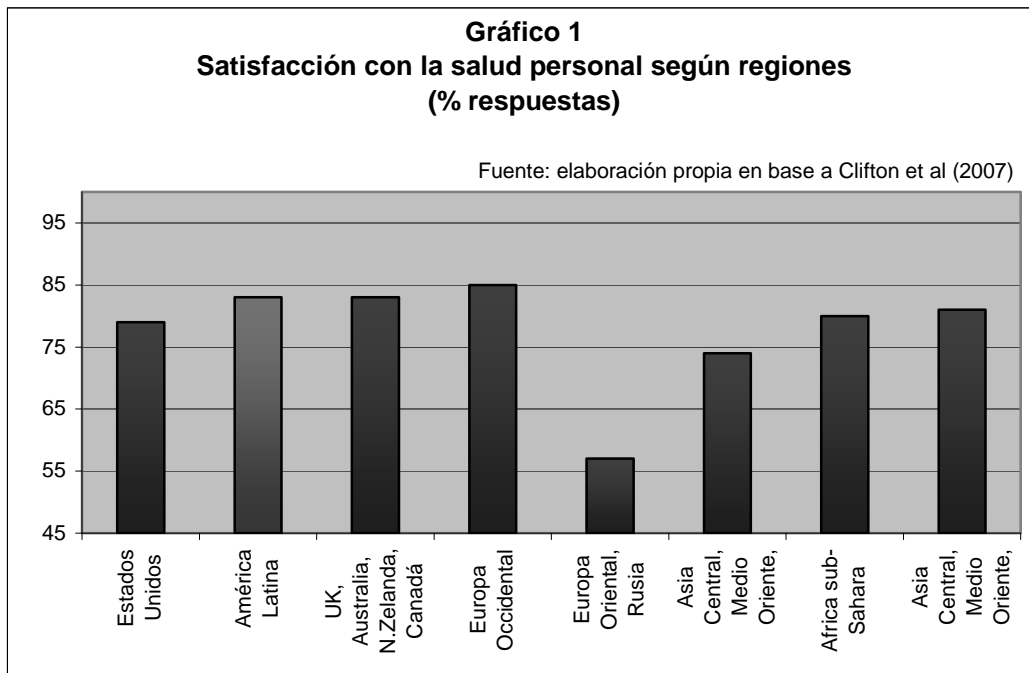
Acceso a servicios de atención de salud: las formas en que se organiza la atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la enfermedad son determinantes de las facilidades para acceder a estos servicios por parte de la población y, en consecuencia, influyen en forma decisiva sobre el estado de salud en dicha población.

Si bien esta clasificación de factores resulta útil e ilustrativa, se reconoce que la fuerte interrelación existente entre muchos de ellos, frecuentemente hace imposible atribuir - desde el punto de vista empírico- su importancia relativa sobre determinados resultados de salud, convirtiéndose muchas veces en motivo de controversia.

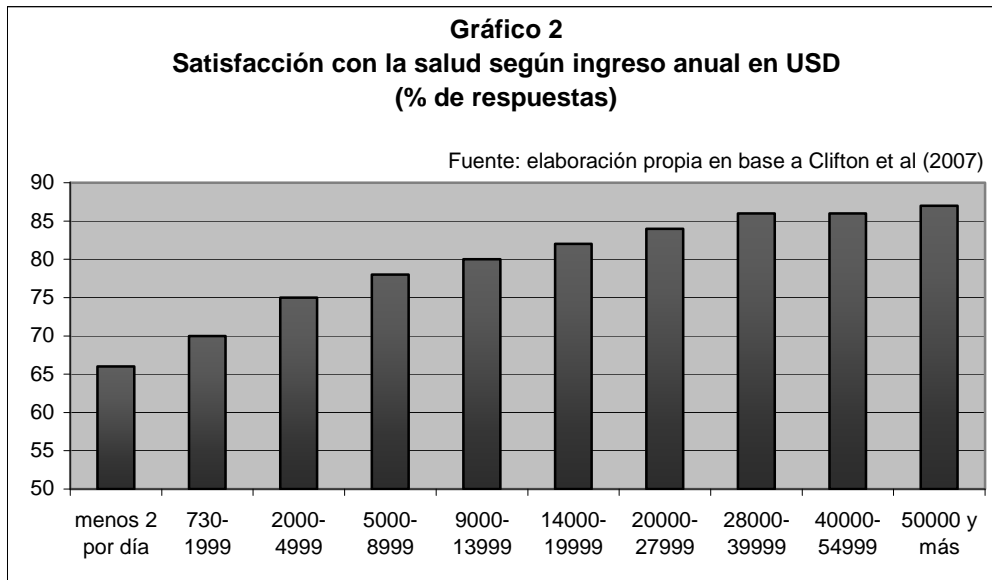
Una distinción adicional, al margen de que algunos operan a nivel individual y otros a nivel poblacional, es la que se suele hacer entre factores proximales y distales, según afecten en forma directa la salud -como las actividades de prevención-, o tengan una incidencia indirecta sobre ésta -tal el caso de la educación. La importancia de esta distinción radica fundamentalmente en los resultados que pueden esperarse de las intervenciones públicas sobre estos factores. Así, en base a numerosos estudios médicos que muestran la importancia de muchos de los determinantes próximos sobre la salud, es posible estimar la reducción en la morbi-mortalidad ante, por ejemplo, una campaña de vacunación que implica extender a un cierto porcentaje de la población infantil la inmunización frente a cierta enfermedad. Sin embargo, no es posible anticipar un resultado de este tipo en relación a una política orientada a aumentar la escolaridad de las madres, aún cuando la evidencia confirme una estrecha relación positiva entre este factor y la vacunación de los niños.

Recuadro 1: Autoevaluación en salud e ingreso personal

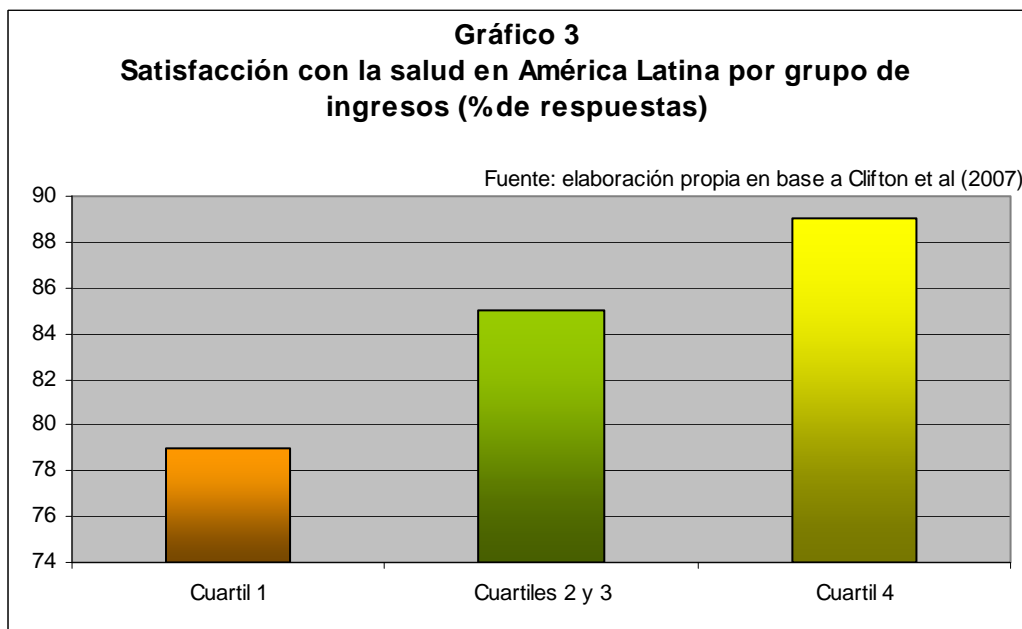
Una encuesta de Gallup realizada entre 130 países, revela que la autoevaluación de la salud no muestra diferencias importantes entre regiones que cultural, social y económicamente resultan muy dispares (EEUU, Europa Occidental y Latinoamérica, por ejemplo). Pareciera que las respuestas estuvieran de algún modo condicionadas por las expectativas de cuán saludables deberían estar en el entorno en el que viven. En otros términos, el *benchmark* de cada individuo no parece ser uno de carácter internacional, sino derivado de la experiencia comparada con familiares, amigos y vecinos.



Sin embargo, al clasificar la información de acuerdo con el ingreso del encuestado, se observa que el ingreso personal está extremadamente relacionado con la percepción de salud. A medida que aumenta el ingreso de los hogares, la satisfacción con la salud personal también lo hace y los problemas de salud disminuyen. Más allá de que esta relación sea en parte genuina, es evidente que los datos así presentados esconden el vínculo seguramente existente entre posición socioeconómica, salud y edad. Así, por ejemplo, las personas que padecen enfermedades crónicas, por lo general observan una disminución en sus ingresos; por otro lado, los individuos de mayor edad, es de esperar que gocen de peor salud e ingresos más bajos.



A su vez, al desagregar la información regional en tres tramos de ingresos (primer cuartil, segundo y tercer cuartiles, cuarto cuartil), se observa el mismo comportamiento que surge al agregar los datos individuales: la evaluación personal de la salud mejora con el ingreso. En otros términos, los más pobres de una región parecen tener más en común con los pobres de las restantes regiones, que con los ricos de su propia región.



Fuente: Clifton et al (2007)

F I E L

Es importante aclarar, además, que la ampliación que, a lo largo del tiempo, ha observado el conjunto de factores que se discuten como determinantes de la salud de los individuos, ha conducido también a un concepto más abarcativo de lo que se tradicionalmente se denominaban factores de riesgo. En efecto, este término –que refiere a aquellos factores cuya presencia aumentan la probabilidad de contraer alguna enfermedad- usualmente estaba limitado a ciertas condiciones biológicas / genéticas (antecedentes familiares, por ejemplo) o de hábitos (tal como, condición de fumador). Actualmente, suele también englobarse bajo esta denominación a todos los restantes factores que se estima pueden predisponer a determinadas enfermedades. Así, entonces, es habitual que se discuta si el ingreso familiar o la distribución de la riqueza en la sociedad constituye o no un factor de riesgo para la salud individual.

Aunque, como se viera, las diferencias en la salud de los individuos pueden atribuirse a una gran variedad de factores, desde el punto de vista de las políticas sociales, las desigualdades que parecen interesar son aquellas vinculadas sistemáticamente con el status socioeconómico, es decir las generadas por los llamados determinantes sociales de la salud. A su vez, a las diferencias en la salud individual que se reconoce obedecen a estas causas –o se asocian a ellas- se las suele denominar desigualdades sociales en salud o disparidades en salud.

Es habitual, al respecto, que las disparidades en salud hagan referencia a las diferencias que ocurren entre grupos poblacionales definidos por características socioeconómicas específicas, como por ejemplo, que la expectativa de vida es más corta y la mayoría de las enfermedades son más comunes entre el 20% más pobre de la población que entre el 20% más rico; o que la tasa de mortalidad por violencia o accidentes entre niños es mayor en la población aborígen; o que la tasa de mortalidad infantil vino descendiendo pero la brecha entre pobres y ricos no se cerró, etc.

Con todo, a pesar del amplio reconocimiento de las diferencias en salud entre los distintos grupos sociales, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, hay un considerable debate sobre el significado, la medida y las causas de estas disparidades.

Una diferencia importante en este sentido se plantea en torno a si las diferencias en salud se limitan a una brecha entre los más pobres de una sociedad y el resto -muchas veces asumiendo que fuera de los muy pobres, la salud es relativamente homogénea-¹ o existe lo que se denomina un gradiente social en salud, es decir, diferencias a lo largo de todo el espectro de la población, suponiendo entonces que existe una relación sistemática entre el bienestar socioeconómico y la salud.

Otra de las áreas que suscita considerable interés y debate se relaciona con los mecanismos precisos a través de los cuales operan los determinantes sociales de la salud, es decir por los que una baja condición socioeconómica se traduce en mayor morbi-mortalidad.

Al respecto, normalmente se observa que la posición socioeconómica se relaciona con la salud a través de mayor proximidad a ciertos factores de riesgo, es decir que entonces, estos factores formarían parte de los mecanismos en cuestión. Por ejemplo, diversos estudios muestran que la higiene, la vacunación, el cuidado prenatal, la atención del parto, la nutrición de la madre en el embarazo, e incluso la atención del niño enfermo –todos factores proximales que determinan la salud infantil- presentan un gradiente socioeconómico, tanto dentro como entre países. Aceptado el enfoque, entonces, de que las disparidades en salud resultarían en parte de la concentración de factores de riesgos en ciertos segmentos de la población, lo que se debería examinar no es la relación entre la situación socioeconómica y la salud sino entre la situación socioeconómica y los factores de riesgo².

En otros términos, este abordaje no hace más que trasladar a los factores de riesgo el interrogante que originalmente se planteara sobre la situación socioeconómica, es decir, porqué existen desigualdades socioeconómicas en los determinantes próximos. Por ejemplo, por qué la probabilidad de vacunarse aumenta con el ingreso, aun cuando la vacuna se provee en forma gratuita.

¹ En este caso, suele distinguirse entre sociedades en las que sólo una minoría se encuentra en situación desventajosa, y aquellas en que –en forma contraria- sólo una minoría goza de un buen estado de salud.

² Por otra parte, esta relación no es estable; de hecho, la distribución por nivel socioeconómico de muchos de los factores de riesgo suele variar en el tiempo y entre países, siendo el tabaquismo un caso ilustrativo de ello.

F I E L

Por otra parte, que la prevalencia de factores de riesgo sea más alta entre los pobres, no significa que el determinante sea el ingreso. Los pobres tienen desventajas también en otras dimensiones, como por ejemplo el nivel de educación, es decir que hay un gradiente social en los determinantes subyacentes, gradiente que también resulta muchas veces difícil de explicar.

Estas dificultades conceptuales se traducen en la práctica en que la asociación de cualquier factor socioeconómico –como el ingreso- con factores de riesgo o con enfermedad se puede confundir con la incidencia de otras variables socioeconómicas, como la educación o el tamaño del hogar.

En síntesis, tanto en el plano académico como en el de las políticas públicas, se reconoce y se debate que –aún cuando la organización de los sistemas de atención médica constituye un elemento clave para mejorar las condiciones de salud- existen múltiples factores determinantes de la morbi-mortalidad de la población, muchos de los cuales presentan un vínculo con las condiciones socioeconómicas de los individuos. Este fenómeno se refleja en el hecho de que las disparidades en salud persisten aún a pesar de la mayor utilización de los servicios médicos por parte de los grupos menos aventajados.

De todos modos, existen serias dificultades para aislar el impacto que se atribuye a los determinantes sociales de la salud, al tiempo que no están claros los mecanismos a través de los cuales éstos operan, todo lo cual se traduce en fuertes controversias en esta área. La complejidad que de por sí tiene este tema se ve aumentada, además, por las notables diferencias que se observan en los métodos de abordaje de los distintos estudios, diferencias que reflejan la variedad de disciplinas (economía, medicina, sociología, psicología, etc.) en las que se éstos se originan.

Dado que dentro de los determinantes sociales, la literatura ha tendido a concentrarse –tanto en sus aspectos teóricos como en lo que respecta a los esfuerzos de medición- en la relación entre salud e ingreso, en el siguiente capítulo se desarrolla con más profundidad este tema. Debe aclararse, al respecto, que si bien se reconoce que las medidas que tiendan a lograr una mejor salud y a reducir las discrepancias, también

**F
I
E
L**

permiten mejorar la capacidad de generar ingresos y reducen la desigualdad, el tratamiento de este tema ha sido pobre en círculos académicos, centrándose sólo en un sentido de la relación de causalidad.

III. EL INGRESO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD INDIVIDUAL

El debate teórico

En el marco del intenso e interesante debate académico en torno a la explicación de que las diferencias en salud de los individuos no sólo reflejan una desigual distribución de atributos o conductas, ocupa un lugar predominante el rol de la situación socioeconómica del hogar, y particularmente del ingreso.

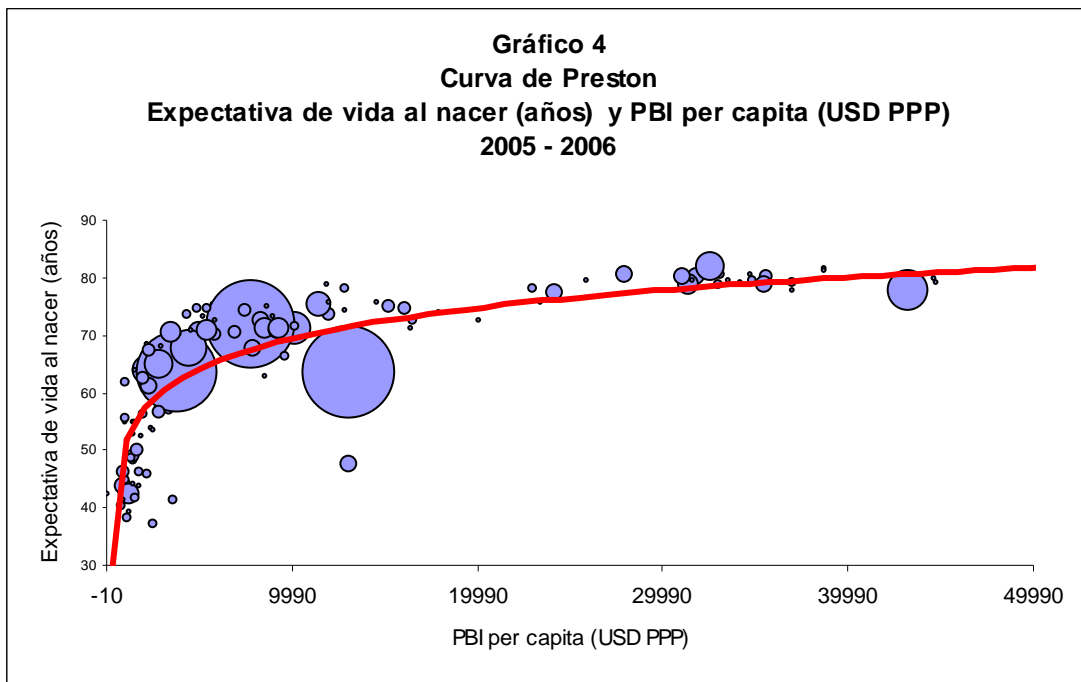
Al respecto, parte de la literatura económica sostiene que la asociación entre nivel de ingreso y salud que prevalece entre los países más pobres obedecería a que debe de haber un umbral, por debajo del cual el ingreso absoluto es el principal determinante, particularmente a través del acceso a una adecuada nutrición, servicios sanitarios y atención médica básica.

Superado ese umbral, algunos autores sugieren que no existiría relación de causalidad entre ingreso y salud, sino que eventualmente la misma reflejaría el impacto de terceros factores, como la educación o la tasa de preferencia temporal. Se sostiene, por ejemplo, que el acceso diferencial (por nivel de ingreso) a los servicios de atención médica en los sistemas privados, no tendría impacto sobre la salud, fundamentado en el escepticismo de la efectividad de las prestaciones por encima de cierto paquete básico. A ello se agrega que la relación ingreso-salud se evidencia aún en países con sistemas de atención médica de carácter universal. A su vez, se reconoce que los mecanismos específicos a través de los cuales las desventajas socioeconómicas podrían expresarse en la salud suelen diferir en el contexto y en el tiempo. Así, el fumar era un hábito típicamente de los grupos de mayores recursos, mientras que actualmente en los países desarrollados es más común entre los individuos de menores ingresos.

Con todo, y aunque no se entiende claramente cuál es la relación de causalidad, en la literatura especializada se reconoce por lo general que, a nivel individual e inclusive en los países avanzados, las condiciones de salud tienden a mejorar a medida que aumenta el nivel de ingreso, y que esta relación se va debilitando, pero aún persiste, cuando se ha superado el umbral de la pobreza. En otros términos, se admite la existencia de una

relación cóncava entre ingreso individual y estado de salud, es decir, que el ingreso adicional tiene un impacto más fuerte sobre la salud y longevidad de las personas cuanto más pobres sean éstas.

El punto de partida de este tipo de análisis lo constituyó, en realidad, la observación a nivel internacional de una relación similar entre ingreso per capita de los distintos países y la expectativa de vida al nacer (Preston, 1975). La representación gráfica de esta asociación –la denominada “curva de Preston”– exhibe una relación no lineal entre ambas variables que refleja que al considerar los países más pobres, aumentos en el ingreso promedio están fuertemente asociados con mejoras en las condiciones de salud, pero a medida que el ingreso per capita nacional sigue creciendo, esta relación se hace menos pronunciada. Una versión reciente de la curva de Preston, confirmando esta observación, se muestra en el Gráfico 4³.



Nota: los círculos son proporcionales al tamaño poblacional de los países
Fuente: FIEL (2007), en base a datos del IMF y WB (World Development Indicators)

³ Con el transcurso del tiempo, esta curva se desplaza hacia afuera, sugiriendo que un mismo nivel de PBI per capita está asociado con un mejor estado de salud de la población. Estos cambios obedecerían fundamentalmente a la influencia de factores exógenos vinculados con los avances en medicina y en los sistemas de atención médica, en general.

F I E L

Una interrogante que planteó este tipo de relación internacional fue disparado por la evidencia de discrepancias en los indicadores de la salud poblacional entre los países más ricos que no podían ser explicadas por diferencias en el PBI per capita. Este resultado dio origen a la hipótesis de que quizás, no sólo el nivel, sino también la distribución del ingreso fuera un factor que incidiera sobre la situación sanitaria, de modo que ésta fuera mejor en los países con menor desigualdad. En rigor, el mismo Preston había observado que, si dentro de cada país, la relación entre salud e ingreso tenía una forma similar (cóncava) a la registrada a nivel internacional, una redistribución de ingresos en favor de los más pobres –es decir, menor desigualdad– daría lugar a mejores resultados de salud.

Lo que inicialmente surgió como un intento por explicar las diferencias en la expectativa de vida existente entre países con elevados PBI per capita, en las últimas décadas cobró creciente importancia, motivando un gran número de estudios orientados a mostrar –e intentar explicar– una asociación entre diversos indicadores de salud y la desigualdad en la distribución del ingreso, pero en la que esta última tendría incluso un efecto directo sobre el bienestar psico-físico individual.

Resulta interesante y clarificador al respecto, el agrupamiento que realizan Wagstaff et al (2000) de las diversas hipótesis que, estilizadamente, parecerían haberse esbozado como consistentes con los resultados encontrados.

La más sencilla de todas las explicaciones –la denominada hipótesis del ingreso absoluto (IA)– se desprende de las sugerencias preliminares de Preston (1975). Se apoya en la idea de que esta asociación entre desigualdad y salud a nivel agregado sería una consecuencia de la relación (cóncava) existente entre el ingreso y el estado de salud a nivel individual: la transferencia de ingresos de ricos a pobres (es decir, una menor desigualdad en la distribución del ingreso), tanto dentro de un país como entre países, resultaría en una mejora en la salud promedio de la población, porque ocasionaría un empeoramiento en la salud de los ricos que sería más que compensado por el cambio favorable que observaría la salud de los individuos de menores recursos.

Rodgers (1979) fue el primero que testeó, con una muestra de 50 países, un modelo de regresión que relacionaba el ingreso medio y la distribución, con distintos indicadores de la salud de la población. También demostró, teóricamente, cómo una relación funcional cóncava entre ingreso y salud a nivel individual era suficiente para generar una asociación a nivel agregado que arrojara que a menor desigualdad, mejor condición de salud.

El hecho de que el tipo de relación funcional entre salud e ingreso individual implique una asociación negativa entre salud media poblacional y desigualdad en la distribución del ingreso, se conoce en la literatura como “*statistical artefact*” (Gravelle, 1998). Este término apunta a distinguir este impacto de aquellos mecanismos en los que la desigualdad en el ingreso tendría un efecto directo sobre la salud individual.

La hipótesis del IA permite efectuar algunas consideraciones acerca de cómo se espera que el ingreso medio y la desigualdad influyan sobre la salud de la población según sea el grado de desarrollo del país (Deaton, 2003). Así, el impacto del ingreso per capita –al reflejar el del ingreso individual- se vuelve menos importante a medida que más rico es el país debido a que se ingresaría en la zona aplanada de la relación funcional de ambas variables. Eventualmente, la desigualdad también iría perdiendo su efecto con el desarrollo, pero no es suficiente que el ingreso medio sea elevado, sino que debe serlo el de cada individuo: la cola más baja de la distribución del ingreso se debe correr más allá del punto para el cuál el ingreso tiene una fuerte incidencia sobre la salud; antes de eso, todavía habrá espacio para mejorar la salud vía reducción en la pobreza, aún en los países ricos. En definitiva, se espera que entre los países ricos, los cambios en la desigualdad pesen relativamente más que los del ingreso per capita sobre la salud media de la población; mientras que, por el contrario, entre los países pobres, el ingreso promedio sería el factor más relevante, incidiendo menos el grado de desigualdad distributiva.

Además del descripto, muchos trabajos de investigación han planteado un efecto directo de la distribución de ingresos sobre la salud, es decir que la salud individual respondería no sólo al ingreso absoluto sino también a las relatividades sociales (Subramanian et al, 2003). Según estas corrientes, y por distintas causas, la salud individual tendería a ser

peor en sociedades más desiguales, es decir que mayor desigualdad produciría un desplazamiento hacia abajo en la curva individual ingreso-salud.

Dentro de este conjunto de hipótesis, una de las alternativas que, siguiendo la clasificación de Wagstaff et al (2000), se conoce como hipótesis del ingreso relativo (IR), sugiere que es el ingreso de un individuo en relación a algún grupo de referencia, más que el ingreso absoluto, lo que afecta su salud. Esta proposición supone que si el ingreso de una persona no varía y el del grupo de referencia aumenta, la salud del individuo en cuestión se deteriora. Si –en forma similar a la hipótesis del IA- se admite una relación de no-linealidad, pero en este caso entre el ingreso relativo (en lugar del absoluto) y la salud, entonces la hipótesis del IR es consistente con un efecto negativo de la desigualdad sobre la salud a nivel grupal (Deaton, 2003).

Un elemento importante en esta hipótesis, especialmente desde el punto de vista empírico, es la identificación del grupo con el que a nivel individual se establece la comparación de ingresos relevante, es decir la que tiene incidencia sobre el estado de salud personal. Así, por ejemplo, si la salud de cada individuo de una comunidad depende de su ingreso relativo al promedio nacional, entonces se obtendrá que la salud media de todo ese grupo variará –además de con el ingreso y la desigualdad local- inversamente con el ingreso medio del total de la población. Esto constituye una diferencia respecto de la hipótesis de IA. Si, en cambio, la comparación relevante es con el ingreso medio de la propia comunidad, la salud de este grupo sólo dependerá del ingreso medio y la desigualdad locales, tal como en el caso de la hipótesis del IA.

Otra de las hipótesis que postula la influencia directa de la desigualdad sobre la salud individual, es la hipótesis de la privación (P), entendiéndose que esta situación ocurre cuando el ingreso o las condiciones de vida de una persona caen por debajo de determinado nivel, normalmente la línea de pobreza. Bajo esta hipótesis, se interpreta que no es el ingreso absoluto lo relevante para la salud individual, sino el alcance de la privación, medida por la brecha de ingresos⁴.

⁴ La representación gráfica de esta relación entre ingresos y salud individual es similar a la habitual hasta que se alcanza el límite de la línea de pobreza, punto a partir del cual se aplana.

F I E L

A nivel agregado, tanto de una comunidad como del total país, esta hipótesis es posible diferenciarla empíricamente de las restantes porque el resultado de salud dependerá de variables adicionales tales como la proporción de pobres, su ingreso medio, la desigualdad entre pobres y la línea de pobreza.

Alternativamente, la hipótesis de la posición relativa (PR) sostiene que además del ingreso, sobre la salud individual incide la posición personal en la distribución del ingreso. Esta hipótesis admite diversas variantes, dependiendo –como en el caso de IR- de cuál sea el grupo de referencia respecto del cual el ranking resulta relevante (la población nacional, la del estado o comunidad, o incluso la posición de la comunidad o estado en el conjunto de la nación).

Sólo si la posición relevante es en relación a la distribución del ingreso nacional, es posible mediante la evidencia empírica agregada discriminar esta hipótesis de la del IA. En efecto, en ese caso la información referida a comunidades o estados deberá mostrar que la salud depende del ingreso, de la desigualdad y de la posición de la comunidad en el ingreso nacional; los determinantes en los restantes casos –como así también a nivel nacional en la variante considerada- serán, al igual que en la hipótesis del IA, el ingreso y la distribución.

Resta, por último, la hipótesis de la desigualdad en el ingreso (DI), que argumenta precisamente que la salud individual está determinada en forma directa, además de por el ingreso personal, por el grado de desigualdad en la distribución del ingreso. Como en los casos anteriores, es posible distinguir distintas variantes en esta versión, según cuál sea la distribución del ingreso relevante (nacional o comunitaria –por caso, provincial-). Sólo si el determinante es la desigualdad local, es posible que la evidencia agregada –a nivel de comunidad- permita diferenciar esta hipótesis de la del IA.

Si bien, como se mencionara previamente, los argumentos que explican la asociación entre ingreso y salud – aún cuando el vínculo está relativamente bien establecido- resultan no del todo claros y contundentes, la controversia más importante surge en lo que respecta a justificar la incidencia que tendría la distribución del ingreso, bajo cualquiera de las alternativas descriptas. Dentro de los mecanismos más elaborados que

potencialmente podrían explicar una relación de causalidad entre desigualdad distributiva y salud, que además no son mutuamente excluyentes, suelen mencionarse las siguientes:

Cohesión social: sugiere que la desigualdad en los ingresos reduce el capital social, particularmente el grado de confianza entre la gente, y ello afectaría la salud. Esta idea se enmarca en el espíritu del origen *psicosocial* de los problemas de salud que se genera a partir de las percepciones sobre el lugar que se ocupa en la jerarquía social (Wilkinson, 1997). Estas percepciones, se sostiene, producirían emociones negativas (vergüenza, desconfianza, por ejemplo) que se traducirían en stress y conductas poco saludables por parte de los individuos.

En otros términos, una parte de la literatura plantea que las sociedades más igualitarias, ofreciendo a sus ciudadanos más contención y más capital social, tienen más cohesión, más solidaridad y generan menos stress, y por lo tanto, los individuos se desarrollan en un entorno que favorece un mejor estado de salud⁵;

Neo-material: esta corriente se inclina por el argumento de que la relación se explica por las diferentes políticas de provisión de bienes públicos que sería de esperar según el grado de desigualdad imperante en la sociedad: las sociedades más igualitarias asignarían mayor valor a los bienes públicos, por lo que es posible que presenten mejores indicadores de salud y educación que aquellas con más disparidad social. En otros términos, el efecto directo de la desigualdad sobre la salud resulta de la acumulación diferencial de exposiciones y experiencias que se originan en el mundo material y no de la percepción de desventajas relativas.

Es de destacar que el vínculo negativo entre desigualdad y provisión de bienes públicos refleja un resultado ampliamente reconocido en la literatura de economía política, que se deriva del hecho de que el valor promedio que la comunidad le asigna a tales bienes disminuye con el grado de heterogeneidad en las preferencias, heterogeneidad que puede originarse en diferencias de ingreso, raza, etc.

A pesar de la abundante literatura sobre este tema, se suele señalar que muchos aspectos importantes no han sido aun considerados en forma explícita o adecuada, agregando mayor complejidad a esta controversia. Así, por ejemplo, con escasas excepciones, el estudio de la relación desigualdad-salud no ha enfatizado que este vínculo puede ser diferente dependiendo del indicador de salud que se considere o la patología de que se trate; así no resultaría semejante para mortalidad por enfermedades degenerativas que para mortalidad por causas violentas. Tampoco la literatura ha destacado la relevancia de los diferentes rezagos temporales que corresponden a la exposición al factor (desigualdad) y a la manifestación del resultado (salud).

La evidencia empírica

La literatura fuera de la economía ha investigado profusamente desde el punto de vista empírico la posible correlación entre salud y algún indicador de situación socioeconómica. Uno de los trabajos más influyentes en esta línea fueron los denominados informes Whitehall, basados en los resultados de relevamientos de datos clínicos y de hábitos entre empleados públicos ingleses llevados a cabo en los años 60 y repetido en los 80. Estos estudios, aunque rescatan los factores tradicionales que inciden sobre la salud -como tabaquismo, por ejemplo,- revelaron una sustancial diferencia en la morbilidad y mortalidad según el rango ocupado en la estructura burocrática. De hecho, sólo un cuarto de la asociación entre posición jerárquica y mortalidad se eliminaba controlando por los factores de riesgo habituales. Los resultados fueron sorprendentes, ya que no había pobres en la población encuestada. A su vez, tampoco podían atribuirse estas diferencias a una cuestión de acceso a los servicios de atención médica, dado que en los veinte años transcurridos entre ambos estudios, habían tenido lugar importantes esfuerzos para mejorar un sistema de salud que ya era, además, de carácter universal.

A estos estudios siguieron una larga serie de trabajos que apuntaron a explicar la influencia que sobre la salud tenían los factores sociales y el contexto económico, básicamente subrayando su capacidad de alterar el funcionamiento biológico humano.

⁵ Lynch et al (2004) sostienen que el concepto de IR, para el que parece ser central la interpretación psicosocial, no ha sido claramente definido: no sólo es difícil saber con qué grupo(s) se efectúa la comparación, sino también si las pérdidas de salud que resultan de la comparación con los que están por encima en el ranking son mayores que las ganancias derivadas de la comparación con los que están más abajo en la escala social.

Posteriormente, varios autores presentaron evidencia estadística de análisis temporal orientada a ilustrar la importancia de la distribución del ingreso como determinante de la salud. Así, Wilkinson (1989) examinó las diferencias en las tasas de mortalidad por clase social en Gran Bretaña desde 1921 a 1981, concluyendo que la mortalidad cayó más fuertemente en las etapas en que las diferencias de ingresos se achicaban. En forma similar, Sen (1999) muestra, examinando la evolución de la expectativa de vida en Inglaterra y Gales de 1901 a 1960, como la tasa de crecimiento del PBI per capita por década está negativamente correlacionada con los aumentos en ese lapso en la expectativa de vida y, como Wilkinson, enfatiza el rol de la solidaridad reinante en los conflictos bélicos, así como las intervenciones directas en nutrición y salud que tuvieron lugar durante e inmediatamente después de la segunda guerra mundial.

Estos resultados, sin embargo, pueden también interpretarse bajo la hipótesis del IA, como un efecto indirecto de la desigualdad (Deaton, 2003). Así, las reducciones en la desigualdad de ingresos durante las guerras, si efectivamente tuvieron lugar, marcaron una mejora en las condiciones de la clase trabajadora, entre los que el acceso a una mejor nutrición y atención médica habría tenido impactos muy importantes sobre la mortalidad.

De hecho, estimaciones más actualizadas permiten confirmar, como Preston sugirió, que existe una relación (cóncava) a nivel individual entre ingreso y mortalidad en los países desarrollados, aún en aquellos que se encuentran en la parte plana de la curva internacional. Así, por ejemplo, entre otras estimaciones, las realizadas por Deaton (2003) a partir de la Encuesta Longitudinal Nacional de Mortalidad de los EEUU⁶, revela que la probabilidad de que un individuo que en 1980 tenía 50 años muriese en los 9 años siguientes decrece con el nivel de ingreso, relación que es notablemente más pronunciada entre los pobres. Si esta relación es causal, entonces, una redistribución de ingresos mejoraría la salud de la población, aún cuando ésta no tuviera un efecto directo (“*statistical artefact*”)⁷.

⁶ Es un estudio de seguimiento de 1,3 millones de personas que fueron entrevistadas cerca de 1980, y cuyas muertes – por un lapso de seguimiento de nueve años- se obtuvieron a partir del Registro de Nacional de Mortalidad.

⁷ Mellor y Milyo, con base de datos individuales, probaron la existencia de una relación cóncava entre ingreso y autoevaluación de salud, que también es consistente con la hipótesis del IA.

En rigor, un gran número de estudios internacionales muestran precisamente la relación no lineal entre ingreso y salud, o la relación a nivel agregado entre salud y desigualdad, sin que ello sea inconsistente con la hipótesis de IA, es decir con la de sólo un efecto indirecto de la desigualdad sobre la salud⁸.

A su vez, los resultados de muchos de esos estudios han sido posteriormente cuestionados, fundamentalmente por problemas con las bases de datos utilizadas. Así, varios trabajos desarrollados por Wilkinson en los primeros años de la década del 90 muestran una relación entre desigualdad en el ingreso y expectativa de vida a lo largo de un número importante de países desarrollados, incluyendo también cambios en el tiempo. Así, menciona que países como Grecia y Francia, que mejoraron su distribución reduciendo la pobreza relativa, aumentaron su expectativa de vida, mientras que otros, como Gran Bretaña e Irlanda, que hicieron más desigual la distribución, no lograron esa mejora. Wilkinson interpreta estos resultados en el marco de la hipótesis psicosocial, señalando que la desventaja social provoca stress y enfermedades crónicas.

La investigación posterior puso en duda estos resultados, particularmente al disponerse de estadísticas internacionales sobre distribución del ingreso más confiables y comparables: con los datos del Luxembourg Income Study, sin duda los más homogéneos y aceptados por académicos y analistas, el coeficiente de correlación entre desigualdad y expectativa de vida no es significativamente distinto de cero para los países desarrollados (Deaton, 2003).

Un resultado diferente, dentro de los estudios internacionales agregados, es el obtenido por Waldmann (1992), dado que presenta evidencia de un efecto directo de la desigualdad sobre la mortalidad infantil: sorprendentemente muestra –en un estudio de corte transversal- que un incremento en el ingreso que va al 5% más rico de la población, aumenta la mortalidad infantil; es decir la mortalidad infantil crece cuando los ricos son más ricos, aunque los pobres no vean alterado su ingreso.

⁸ Por ejemplo, Wilkinson –uno de los autores que más ha trabajado en este tema- muestra como evidencia del efecto desigualdad que la correlación entre salud e ingreso medio es baja en relación a la relación entre salud y desigualdad, y que es baja en relación a la de salud individual e ingreso individual. Sin embargo, es posible construir ejemplos con estos resultados compatibles con la hipótesis IA (Wagstaff, 2000).

Los problemas de comparabilidad de las estadísticas internacionales dieron paso a las investigaciones de la relación desigualdad distributiva - salud dentro de cada país, predominando los estudios a nivel regional. En esta línea, dos trabajos publicados en 1996, uno de Kaplan et al. y otro de Kennedy, Kawachi y Prothrow-Stith, encontraron en Estados Unidos una relación entre estados entre desigualdad y mortalidad ajustada por edad, así como con otros indicadores de salud (mortalidad infantil, homicidio, mortalidad por cáncer, etc.). De todas maneras, hay dudas de si la correlación es efectivamente de la mortalidad con la desigualdad o con algún otro factor vinculado, ya que la inclusión de controles por educación media en cada estado elimina la significatividad del coeficiente de desigualdad y, una vez que los autores incluyen controles por las proporciones en cada estado de población negra y urbanizada, el coeficiente adopta incluso valor negativo, no significativamente diferente de cero. Las mismas reversiones se encontraron para otros indicadores de salud⁹. Corroborando estos resultados, se encuentra que Canadá y Australia, en donde no hay problemas raciales, no presentan relación entre desigualdad y salud (Deaton, 2003).

Con todo, muchos de los estudios regionales dentro de un país varían por el nivel de agregación, los indicadores de salud y desigualdad utilizados y por los controles, pero todos confirman que la desigualdad influye, aun controlando por el ingreso medio del área. Sin embargo, estas correlaciones son consistentes con varias de las hipótesis esgrimidas, incluyendo la de IA, por lo que no constituyen una evidencia firme de la incidencia directa de la desigualdad distributiva (Wagstaff, 2000).

Así, por ejemplo, Miller, tomando en cuenta las diferencias en tasas de mortalidad en los estados de EEUU, encuentra que la relación entre mortalidad y desigualdad está enteramente explicada por la curvatura en la relación agregada entre ingreso medio y mortalidad, no dejando espacio para un efecto directo de la desigualdad sobre la salud. Este resultado es contrario al de Wolfson (1999) que, a partir de información de panel de EEUU (Encuesta Longitudinal Nacional de Mortalidad) estima la relación entre ingreso individual y mortalidad, y genera las tasas de mortalidad estatales que se

⁹ La relevancia de la raza puede justificarse, como por la desigualdad, por la hipótesis psicosocial (genera stress y falta de capital social, enfermando a ambos grupos étnicos), o por la neo-material (en las áreas dominadas por negros, blancos y negros sufren de la baja calidad de los servicios médicos provistos a los negros).

corresponderían si ésta fuera la única variable explicativa. Las diferencias entre estas tasas simuladas y las efectivas le permite sostener que la hipótesis de IA sólo puede dar cuenta de una parte de la relación.

La contradicción entre estas estimaciones refleja las diferencias que surgen al trabajar con datos agregados o microdatos. Esto resulta elocuente a partir del trabajo de Wagstaff et al (2000), en el que deducen las relaciones entre salud, ingreso y desigualdad que a nivel individual, de grupo (comunidad o estado) y poblacional se corresponden con las distintas hipótesis de incidencia esbozadas (IA, IR, P, PR, DI). Los autores muestran que sólo en pocos casos la información agregada (grupal, y en particular, poblacional) del efecto de la desigualdad sobre la salud permite diferenciar las hipótesis alternativas de la del IA: la mayoría de las relaciones agregadas derivadas dependen de las mismas variables de la que depende ésta¹⁰.

Esto significa que son los estudios con datos a nivel individual (microdatos) los más adecuados para echar luz sobre estas cuestiones. En la misma línea, Subramanian et al (2004) agregan además que la información y los modelos que deben utilizarse son multinivel, ya que a los datos de carácter individual deben agregarse los que reflejan las características (grupales o poblacionales) de la sociedad en la que el individuo reside, como el grado de desigualdad.

Además del ya mencionado de Wolfson (1999), dentro de los que utilizan microdatos suele citarse un estudio realizado en Suecia con información de mortalidad de individuos entrevistados entre 1980 y 1986, y seguidos hasta 1996. La mortalidad fue evaluada relativa al ingreso individual, comunal y a la desigualdad comunitaria, con las dos últimas medidas calculadas a partir del propio relevamiento. Como en todos los estudios similares, el ingreso es determinante de la salud, aún controlando por educación y otras variables, pero ni la desigualdad ni el ingreso medio de la comunidad tienen efecto, lo cual constituye una evidencia en contra de la hipótesis del IR, y en apoyo a la del IA.

¹⁰ De hecho, a nivel agregado sólo se podría validar la hipótesis P, pero hay poca evidencia. La hay para algunos estudios regionales, pero la desigualdad se mantiene significativa, lo cual introduce dudas sobre esta hipótesis como explicación (Wagstaff, 2000).

Este resultado no sería sorprendente, ya que ha sido bastante frecuente que los estudios realizados en países desarrollados, excepto EEUU y en algunos casos Gran Bretaña, no confirmen la relación salud-desigualdad. Algunos autores atribuyen estos hallazgos a que se trata de países bastante igualitarios, lo que podría reflejar un efecto umbral de la desigualdad sobre la salud.

Sin embargo, aún las estimaciones realizadas para EEUU con microdatos, basados normalmente en encuestas de autoevaluación de salud, en los que encuentran alguna relación entre desigualdad y morbilidad, los efectos muchas veces se diluyen cuando se agregan controles o efectos fijos. Al respecto, Subramanian et al (2003) parten de un modelo básico al que le van agregando secuencialmente controles individuales y estatales, y muestran que el efecto desigualdad se va atenuando –por ejemplo, en magnitud no despreciable al incluir la proporción de población negra en el estado-, aunque sin desaparecer¹¹.

Cabe señalar, por último, que algunos estudios se orientaron a examinar los mecanismos que podrían mediar la asociación entre desigualdad y salud. Dentro de este conjunto, se destaca el de Kawachi et al (1997), que encontró que controlando por desinversión en capital social (medido por la participación en ONGs y la proporción de personas que creía que la gente era confiable) resta poca asociación entre desigualdad y salud. Esta evidencia es inconsistente con la hipótesis de IA, ya que si la que subyace es la relación no lineal individual entre salud e ingreso, la desigualdad debería seguir pesando luego de controlar por capital social (Wagstaff, 2000).

Sin embargo, este resultado sería contradictorio con el consenso que existe entre diversos autores acerca de que la escala geográfica a la que se evalúa la desigualdad parece importar, encontrándose que la relación más consistente se daría entre la desigualdad a nivel de estado y la salud. Bajo la hipótesis del capital social, en cambio, el efecto debería ser más grande cuanto más próximo es el aglomerado que se considera.

¹¹ Los autores también prueban si existen rezagos (correlacionando con la desigualdad de períodos anteriores), y encuentran que los efectos más fuertes se darían 15 años después. Este resultado lo utilizan como uno de los argumentos para explicar porqué el aumento de la desigualdad en EEUU en las últimas décadas puede coexistir con mejoras en la salud poblacional. A ello agregan que la salud promedio puede aumentar, pero la de los grupos rezagados permanecer igual.

F I E L

En definitiva, muchos autores sostienen que no hay evidencia clara de que la desigualdad afecte en forma directa la salud. Wagstaff et al (2000), por ejemplo, opinan que –dejando de lado los estudios con datos agregados, de los cuales no se puede concluir mucho-, las mediciones basadas en información individual no apoyan las hipótesis alternativas a la del IA: sólo habría alguna evidencia a favor de la de DI, que se diluye en función de los controles y factores fijos incluidos. A su vez, dado que la desigualdad que mayor influencia arroja es la que corresponde al nivel estatal, estos autores se inclinan por el argumento de causalidad de los bienes públicos. Sostienen como explicación que las áreas más grandes resultan agregados geográficos de algún modo arbitrarios (normalmente, determinados sólo para fines censales), en tanto que las áreas más chicas, constituyen aglomerados que no controlan las políticas de carácter social. Agregan que si estas políticas están influenciadas por el grado de desigualdad, los resultados que se encuentran sobre el impacto de la desigualdad sobre la salud reflejarían el impacto de las políticas de salud sobre los pobres.

Deaton (2003) coincide en que la evidencia a favor de la influencia de la desigualdad sobre la salud es escasa y confusa, aunque aclara que este resultado no significa que el entorno no sea importante para la salud individual. Señala como prueba de ello el informe Whitehall, que revela que las jerarquías importan, probablemente a través de la habilidad para controlar la propia vida, o en cualquier caso a través de algún mecanismo que involucra las relaciones con otros seres humanos. En opinión de este académico, uno de los principales problemas analíticos es la pobre especificación de los mecanismos a través de los cuales la desigualdad en los ingresos afecta la salud, dejando sin guía sobre cuál es la evidencia que debiera examinarse, o si las proposiciones son o no refutables.

Por último, Subramanian et al (2004) consideran que a pesar de que se ha dedicado considerable esfuerzo a demostrar si hay o no un efecto contextual de la desigualdad, la evidencia dista de ser completa. Destacan, al respecto, que, desde el punto de vista empírico, faltan mediciones en países con mayor desigualdad que la que presentan –con excepción de EEUU y Gran Bretaña- los países desarrollados. Afirman, además, que quedan también por resolver problemas analíticos, incluyendo la cuestión de factores

F I E L

agregados que podrían potencialmente confundir la relación desigualdad-salud, así como el tema de la presencia de causas comunes no observadas –y omitidas- tanto a nivel individual como agregado o a través de la causalidad inversa.

En síntesis, la evidencia empírica es confusa y nada concluyente. Responde pocos interrogantes en un debate teórico en el que sólo existe consenso acerca de que la pobreza constituye un factor de riesgo de la salud, y en el que se cuestiona si, aún superado ese umbral, el nivel de ingreso continúa siendo un importante determinante, y más aún si la desigualdad distributiva de una sociedad puede también representar un riesgo adicional para el bienestar psico-físico de los individuos que la integran.

En alguna medida, ha contribuido a la disparidad de resultados y a la dificultad de comparación, las notables diferencias que se observan en los métodos de abordaje de los distintos estudios, diferencias que reflejan la variedad de disciplinas (economía, medicina, sociología, psicología, etc.) en las que se éstos se originan.

A su vez, la mayor parte de los trabajos empíricos corresponden a países desarrollados con escasa desigualdad distributiva o a Estados Unidos, donde este fenómeno suele confundirse con la disparidad étnica. Esta cuestión le agrega interés a las estimaciones de carácter local, tarea que precisamente se lleva a cabo –entre otras mediciones- en el siguiente capítulo.

La relevancia de este tema en lo que se refiere a las políticas públicas no es menor. En definitiva, se traduce en si a los fines de mejorar la salud de la población, no sólo debe tenerse en cuenta el alivio a la pobreza, la provisión de servicios médicos y la educación para la adopción de hábitos saludables, sino también la cuestión distributiva.

IV. SALUD Y HÁBITOS EN LA ARGENTINA: UNA APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LAS DISPARIDADES SOCIALES

Salud e ingreso en la Argentina: la posición individual y el contexto

Algunos de los estudios internacionales para evaluar las disparidades sociales en salud¹² se apoyan en el comportamiento de la expectativa de vida o de la tasa de mortalidad infantil; sin embargo, cada vez son más numerosos los que utilizan como indicador la percepción del propio estado de salud por parte del individuo. Motivos de orden práctico o de disponibilidad de información, sumados a un concepto más amplio de lo que se considera que deben ser las metas sanitarias en las sociedades modernas, son los que justifican su empleo.

En efecto, si bien este tipo de indicadores no es equivalente a utilizar aquellos de carácter más objetivo, como mortalidad o morbilidad clínicamente determinada, su uso es habitual en los estudios que deben basarse en información proveniente de encuestas, porque se procura vincular el resultado en salud con las características socioeconómicas de las personas¹³. Este procedimiento, además, la literatura especializada lo justifica, debido a que la autoevaluación de la salud ha demostrado ser un indicador con un elevado poder de predicción de la subsiguiente morbi/mortalidad. A su vez, es el único que puede captar de una forma amplia aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas, dimensión que en el pasado no tenía la relevancia que actualmente se le asigna¹⁴, incluso en la evaluación de las políticas públicas.

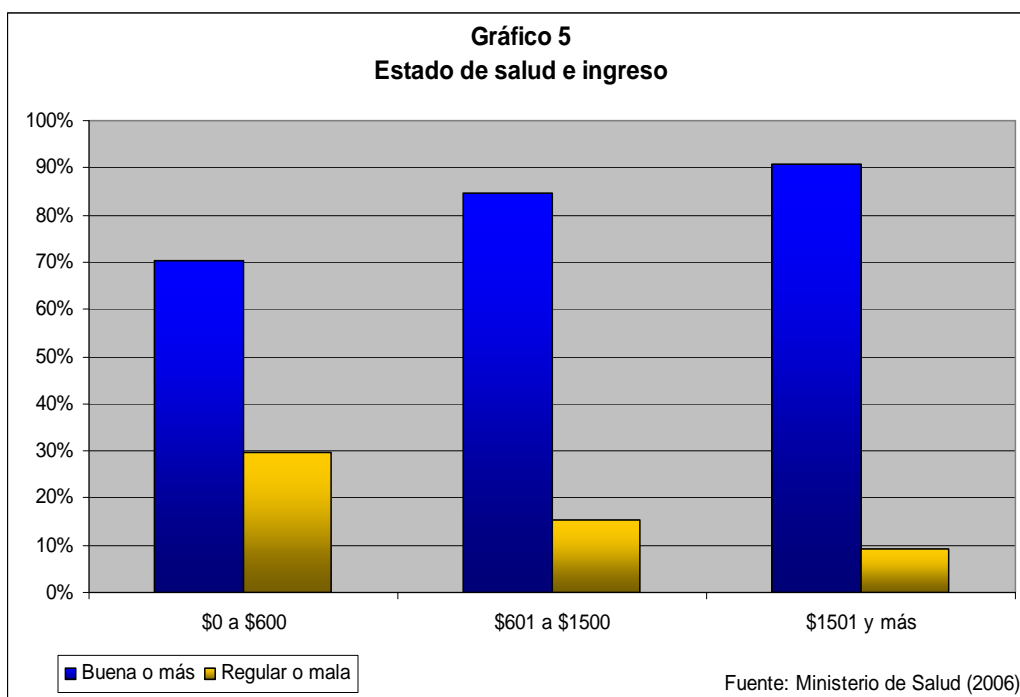
¹² Como se señalara en otros capítulos de este trabajo, se suele mencionar de esta manera a las diferencias en la salud que están sistemáticamente asociadas con la posición social de los individuos.

¹³ En la mayor parte de los países, los registros de defunciones y la información sobre morbilidad específica normalmente no puede relacionarse con las características socioeconómicas de los correspondientes individuos.

¹⁴ Más allá de que el confort es una dimensión que ha cobrado importancia en todos los aspectos de la vida, es probable que en lo que concierne a salud también haya incidido el aumento en los casos de enfermedades no transmisibles, que en el pasado no sobrevivían mucho tiempo y que actualmente tienen una expectativa de vida prolongada.

En la Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación ha publicado en forma reciente los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Ministerio de Salud, 2006), relevamiento que incluyó aproximadamente 50.000 personas de 18 y más años residentes en localidades de más de 5.000 habitantes, representando el 96% de la población argentina de estas localidades. En la citada encuesta, se recaba información acerca del estado de salud general de los entrevistados, solicitándoles que la califiquen en un rango de cinco categorías que van de excelente a mala.

De acuerdo con los resultados de esta compulsa, el 80% de la población mayor de edad reporta un satisfactorio estado de salud, en tanto que el 20% restante lo considera regular o malo. Al analizar las condiciones de salud en función del ingreso de las personas, la evidencia preliminar parece sugerir alguna relación positiva, ya que a mayor ingreso aumenta el porcentaje de individuos que categorizan de una forma favorable su estado psico-físico.



Sin embargo, dado que los grupos de individuos por nivel de ingreso pueden además tener una diferente composición, entre otras dimensiones, en términos de sexo, edad y educación, factores que a su vez también pueden estar relacionados con el estado de

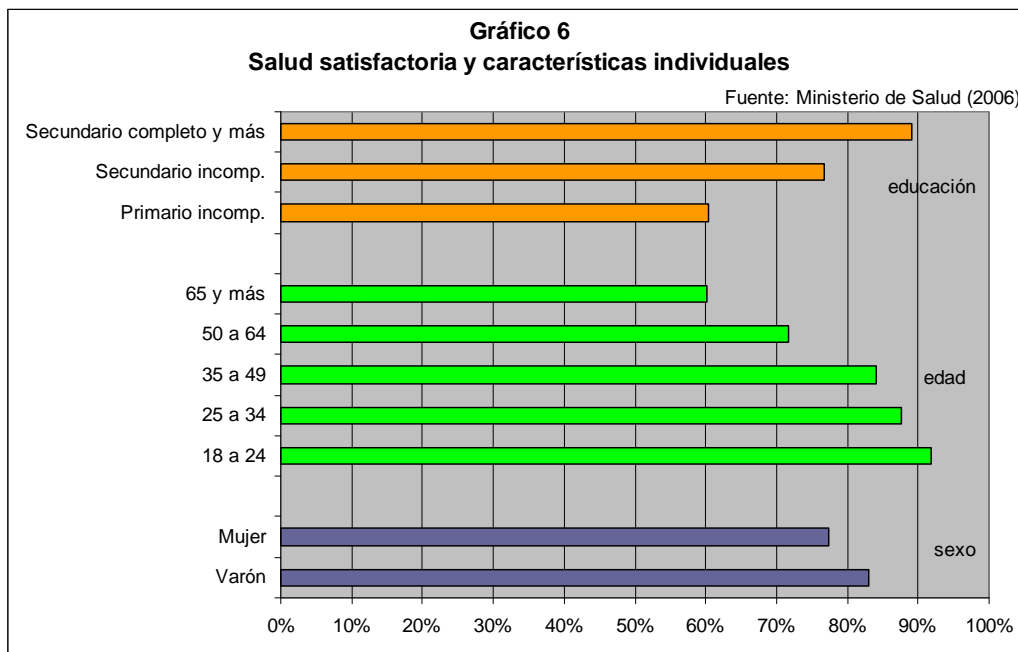
salud (Ver Recuadro 2 “Estado de salud y características individuales”), esta información –aunque útil- no resulta suficiente para poder establecer un vínculo entre ambas variables.

Un análisis más interesante es el que, en cambio, surge de explorar econométricamente los determinantes de la salud. Al respecto, en un trabajo reciente FIEL (2007) lleva a cabo un ejercicio de esta naturaleza, aplicando un modelo logit binomial, en el que se consideran como potenciales variables explicativas algunas características individuales y regionales.

Recuadro 2: Estado de salud y características individuales

La Encuesta de Factores de Riesgo 2006 confirmó resultados que se habían obtenido en relevamientos previos de la Argentina en cuanto a la asociación entre ciertas características sociodemográficas y el estado de salud de las personas.

Así, se observa que, al considerar sólo la población adulta, la proporción que declara un estado de salud deteriorado es mayor entre las mujeres, aún cuando la evidencia muestra que la expectativa de vida es más elevada para el género femenino y que presentan en general enfermedades de mejor pronóstico (de mayor duración, pero menos severas, que los hombres).



En forma similar a lo que describen ampliamente los estudios en países desarrollados y en América Latina, la calidad percibida de la salud –luego de superada la primera infancia- disminuye sistemáticamente con la edad (en este caso lo hace en todos los tramos de edad, porque la encuesta no abarca población infantil), y tiende a mejorar a medida que aumenta el nivel de educación del individuo. De todos modos, estos resultados –por los mismos motivos señalados anteriormente para la relación salud / ingreso- deben tomarse sólo como indicativos; es posible, por ejemplo, que parte del efecto que parecería obedecer al grado de escolaridad, obedezca también a que las personas de mayor edad (peor salud) tengan, en promedio, menor nivel de educación.

Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Salud (2006)

La base de datos que se utiliza en esas estimaciones corresponden a la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) llevada a cabo por SIEMPRO en el año 2001 entre cerca de 71.500 personas residentes en áreas urbanas, representativas del 96% de la población urbana del país y el 84% de la población total.

El indicador de salud que se utiliza, si bien corresponde a la categoría de los denominados de “autoevaluación”, presenta algunas diferencias con el que releva la Encuesta de Factores de Riesgo 2006, ya que en lugar de requerir una calificación del estado general psico-físico del individuo, se basa en la respuesta a la condición *“Percepción de malestar o problemas de salud en las últimas cuatro semanas”*¹⁵. Dentro del grupo de los mayores de 18 años, aproximadamente el 33% reportó haberse sentido enfermo en el período de referencia¹⁶.

Con respecto a las variables explicativas a nivel individual, se consideraron edad, género, educación, cobertura médica, condición de fumador e ingreso per capita

¹⁵ En rigor, debido al diseño de la encuesta, la condición de estado de salud se debió construir combinando dos preguntas: a) una que hace referencia a si el individuo consultó con algún profesional de la salud –de la cual se excluyeron las respuestas afirmativas por motivo exclusivo de control-, y b) otra que se refiere a si no consultó con un profesional pero percibió problemas de salud.

¹⁶ Debe notarse que el indicador que recoge la ECV arroja –en relación a la Encuesta de Factores de Riesgo 2006- una proporción mayor de personas que percibe en mal estado su salud. Este resultado puede obedecer a las diferencias metodológicas -antes señaladas- entre ambos relevamientos.

equivalente¹⁷. La Tabla 1 resume las variables individuales utilizadas, los rangos o especificaciones de cada una empleados para clasificar a la población, y la categoría tomada en cada caso como referencia o base en la regresión.

Tabla 1. Determinantes de la salud: caracterización de variables utilizadas		
Variables	Descripción	Condición
Variable dependiente		
salud1	Sentirse enfermo en las últimas 4 semanas	1 = si
Variables independientes individuales		
EHI	Ingreso per capita equivalente	
edad1	18 a 44 años	1 = si
edad 2	45 a 60 años	1 = si
edad 3	> 60 años	omitida
sexo1	Masculino	1 = si
educ1	Hasta educación primaria incompleta	omitida
educ2	Educación primaria completa hasta secundaria incompleta	1 = si
educ3	Educación secundaria completa y más	1 = si
cobertura	Cobertura de salud	1 = si
fuma2	Condición de fumador	1 = no
Variables independientes de contexto		
GINI	Coficiente Gini del aglomerado	
Y10Y1	Brecha de ingresos del aglomerado	

¹⁷ El ingreso per capita equivalente se computó como el ingreso del hogar, dividido por el número de adultos equivalentes en el mismo elevado a la 0.9, esto último a los efectos de contemplar la presencia de economías de escala en el consumo del hogar. Para la transformación de niños en adultos equivalentes se utilizó la escala oficial para la Argentina.

Con el objeto de contrastar, además, la hipótesis de si no sólo el ingreso sino también la desigualdad distributiva da lugar a disparidades en salud, se introdujeron variables a nivel del aglomerado de residencia del individuo que captaran este fenómeno. A tal fin, se prueban como medidas alternativas, dos de los indicadores más difundidos en la literatura: el coeficiente Gini¹⁸ y la brecha de ingresos entre el 10% más rico y el 10% más pobre de la población de cada área.

Una acotación al margen es que, como se señalara en el capítulo anterior, fuera de los EEUU es escasa la evidencia empírica acerca de la incidencia de los aspectos distributivos sobre la salud en contextos de elevada desigualdad. Esta circunstancia le agrega un interés adicional al que representa en el ámbito local efectuar estimaciones para el caso argentino. Otro elemento en el mismo sentido lo constituye el hecho de que la Argentina presenta, como EEUU, una fuerte desigualdad distributiva pero, a diferencia de ese país, tiene una población étnicamente bastante homogénea, de modo que estaría ausente uno de los elementos (la proporción de población negra en cada jurisdicción) que en muchos de los estudios de EEUU relativiza el efecto desigualdad sobre la salud.

En la Tabla 2 se reportan los resultados de las estimaciones efectuadas. El signo de cada coeficiente obtenido –en caso de ser estadísticamente significativa la variable- sugiere si la probabilidad de reportarse enfermo aumenta (si el signo es positivo) o disminuye (si el signo es negativo) ante la presencia de la variable en cuestión (en relación al rango omitido) o ante un aumento de la misma (de tratarse de una variable no categórica).

Los resultados obtenidos indican que, como era de esperar, las características individuales que reducen la probabilidad de sentirse enfermo son el pertenecer al género masculino y tener menos edad¹⁹. A su vez, la condición de fumador –un factor de riesgo de naturaleza conductual- también tiene el signo esperado: este hábito aumenta la probabilidad de percibir un estado de salud deteriorado. Con respecto a las

¹⁸ El coeficiente Gini adopta valores entre 0 y 1, correspondiendo 0 al caso de absoluta equi-distribución y 1 al de completa desigualdad.

¹⁹ Nótese en la Tabla 1 que la edad base es “mayor de 60 años”, por lo que los coeficientes que acompañan a las variables edad1 y edad2 reflejan la incidencia sobre la probabilidad de sentirse enfermo, en relación a la edad base, si el individuo tiene entre 18 y 44 años o entre 45 y 60 años, respectivamente.

características socioeconómicas individuales –ingreso y educación- ambas sugieren que existiría un gradiente social: esto es, cuanto más asciende una persona en la escala social (tanto en lo que concierne a la escolaridad como a la capacidad adquisitiva), menos probable es que se reporte enferma. El ingreso, además, muestra la concavidad que la teoría y la evidencia de otros países sugiere, es decir que tendría un impacto positivo sobre la salud, pero decreciente.

Tabla 2. Determinantes de la salud: resultados de las estimaciones de las regresiones logísticas

salud1	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
EHI	-.0002639	.0000479	-5.51	0.000	-.0003578	-.00017
EHI_sq	1.56e-08	7.55e-09	2.06	0.039	7.90e-10	3.04e-08
GINI	-.496981	.3878398	-1.28	0.200	-1.257133	.263171
educ2	-.1648038	.0401235	-4.11	0.000	-.2434443	-.0861632
educ3	-.3324504	.0443671	-7.49	0.000	-.4194083	-.2454924
edad1	-.750546	.0387332	-19.38	0.000	-.8264617	-.6746303
edad2	-.3033468	.0409886	-7.40	0.000	-.3836829	-.2230107
fuma2	-.1827871	.0269615	-6.78	0.000	-.2356307	-.1299435
sexo1	-.2901486	.0268309	-10.81	0.000	-.3427361	-.2375611
cobertura	.0722816	.0296122	2.44	0.015	.0142429	.1303204
_cons	.5581967	.1970512	2.83	0.005	.1719834	.9444101

salud1	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
EHI	-.0002627	.0000479	-5.49	0.000	-.0003565	-.0001689
EHI_sq	1.55e-08	7.56e-09	2.05	0.040	6.70e-10	3.03e-08
Y10Y1	-.0021779	.0018261	-1.19	0.233	-.005757	.0014012
educ2	-.1643127	.0401167	-4.10	0.000	-.24294	-.0856854
educ3	-.3325218	.0443681	-7.49	0.000	-.4194816	-.245562
edad1	-.7510389	.0387413	-19.39	0.000	-.8269704	-.6751073
edad2	-.3038108	.0409882	-7.41	0.000	-.3841463	-.2234753
fuma2	-.183426	.0269407	-6.81	0.000	-.2362288	-.1306231
sexo1	-.2902976	.0268298	-10.82	0.000	-.3428831	-.2377122
cobertura	.072688	.0296	2.46	0.014	.0146731	.1307028
_cons	.3811568	.0751965	5.07	0.000	.2337744	.5285393

Fuente: FIEL (2007)

También se observa que disponer de cobertura de salud estaría asociado con una peor percepción del estado psico-físico. Esto podría obedecer a que existe algún grado de selección adversa (las personas se aseguran porque se sienten enfermas, pero el asegurador no lo percibe) o, más probablemente, esté reflejando en alguna medida la mayor preocupación que por el estado de salud personal suelen presentar quienes tienen o procuran cobertura médica.

Con respecto a la distribución del ingreso, independientemente del indicador considerado –Gini o brecha de ingresos-, se obtiene el signo contrario al que una parte de la literatura sugiere, es decir, a mayor desigualdad en la jurisdicción de residencia, menor sería la probabilidad de sentirse enfermo. Sin embargo, en ambos casos, la variable resulta no significativa. Se ha probado, además, con especificaciones alternativas de este modelo, incorporando diferentes variables relativas a cada área que pudieran aislar algún tipo de efecto regional, como ingreso medio o tamaño poblacional. En todos los casos, estas variables resultaron no significativas y, a su vez, irrelevantes en términos del impacto sobre la relación entre desigualdad y estado de salud.

En otros términos, las estimaciones efectuadas sugieren que existiría un gradiente social pero sin que ello signifique que las condiciones contextuales tengan incidencia sobre la salud individual, definida ésta según la autoevaluación que hacen las personas sobre la misma. De todas maneras, la importancia de este tema sugiere la conveniencia de continuar las investigaciones, probablemente apuntando a construir indicadores de salud que sean, al mismo tiempo, precisos y objetivos (como mortalidad, por ejemplo), y que también puedan vincularse con las condiciones socioeconómicas de los individuos.

Factores de riesgo en la Argentina: ¿gradiente social?

La literatura especializada sugiere, como se analizara oportunamente, que -al menos en parte- la influencia de la situación socioeconómica sobre la salud individual tiene lugar a través de conductas o estilos de vida que se diferencian entre las personas pertenecientes a distintos estratos sociales o, lo que es lo mismo, que son los hábitos los que muestran un gradiente social. Aunque no en forma concluyente, la evidencia empírica apoya esta hipótesis, mostrando además que esta relación no sólo no es

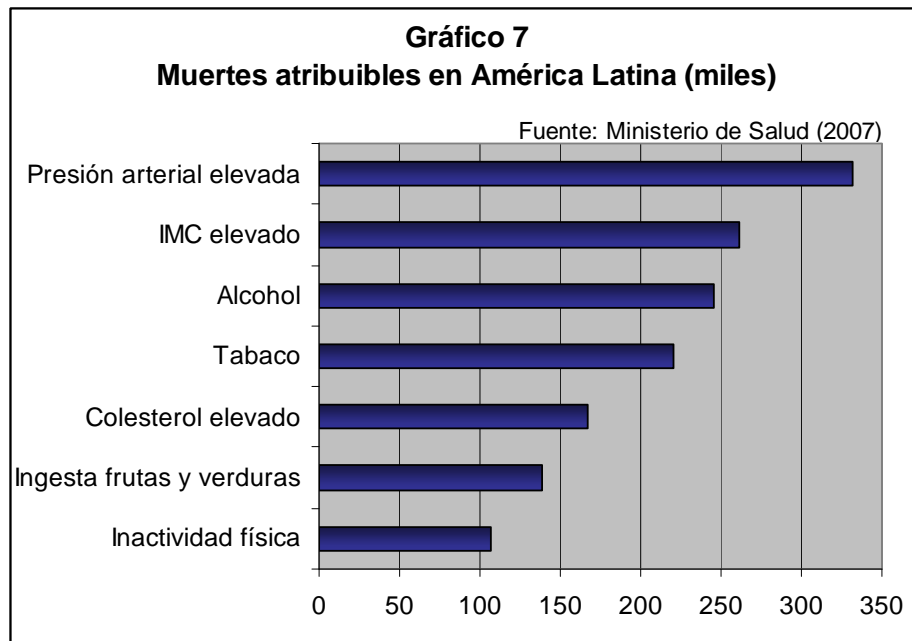
estática, sino que –merced a la mayor información sobre los riesgos involucrados- incluso cambia de signo con el tiempo y según el grado de desarrollo de los países. Así, conductas que en el pasado eran más generalizadas entre los grupos más aventajados, actualmente en los países desarrollados tiende a mostrar mayor prevalencia entre los más pobres, mientras que los países en desarrollo se encuentran por lo general en un período de transición. El tabaquismo, la dieta y la actividad física son claros ejemplos en ese sentido.

La epidemiología ha estudiado ampliamente la importancia de estos factores de riesgo sobre las enfermedades no transmisibles, enfermedades cuya importancia va en aumento dado que explican una fracción cada vez mayor de las dolencias y muertes (Ver Recuadro “Factores de riesgo y enfermedades no transmisibles”).

Recuadro 3: Factores de riesgo y enfermedades no transmisibles

La carga de enfermedad y mortalidad atribuida a enfermedades no transmisibles, tales como las cardiovasculares, tumores y lesiones, está en aumento. Se ha estimado que en el año 2001, aproximadamente el 60% de las muertes en el mundo y el 46% de la carga de enfermedad (o morbilidad) se debían a estas patologías, proyectándose que para 2020, explicarán el 75% de todas las muertes en el mundo. La Argentina no presenta un panorama muy diferente: en el año 2003, sobre un total de 302.064 muertes, el 52% se produjo por causas cardiovasculares y por cáncer.

Un elemento alentador en este escenario es que existen medidas de prevención de estas enfermedades, dado que muchas de ellas están asociadas a factores de riesgo que pueden modificarse. El informe de la Organización Mundial de la Salud "World Health Report 2002" contiene una evaluación de los 26 factores de riesgo considerados más relevantes, indicándose que en los países de mortalidad intermedia de América Latina, los principales (como causas de mortalidad) son la presión arterial elevada, el índice de masa corporal elevado, el consumo de alcohol y el consumo de tabaco.



Algunas de las enfermedades que –a nivel internacional- los distintos estudios epidemiológicos y ensayos clínicos asocian a los factores de riesgo más importantes, son las siguientes:

Presión arterial elevada: explica el 62% de la enfermedad cerebrovascular y el 49% de la enfermedad coronaria. Aún dentro de los niveles considerados normales, presenta una relación continua con los eventos cardiovasculares.

Peso corporal excesivo: el sobrepeso y la obesidad están asociadas a mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo II, enfermedad coronaria, ACV, enfermedad biliar, osteoartritis, apnea del sueño, y algunos tipos de cáncer (endometrio mama, próstata, y colon).

Alcohol: su ingesta tiene consecuencias por intoxicación aguda, aumentando el riesgo en especial de accidentes y violencia doméstica. Por otro lado, el consumo crónico se asocia con enfermedades hepáticas, cardiovasculares y cáncer, como así también con problemas psicosociales.

Tabaco: a nivel mundial el tabaco causa 9% de todas las muertes y 59 millones de años de vida perdidos ajustados a discapacidad (AVAD), 12% de las enfermedades cardiovasculares, 70% de cánceres de tráquea, bronquios y pulmón y 38% de la enfermedad respiratoria crónica.

Colesterol: el colesterol elevado es un componente clave en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Inactividad física: causa 22% de la enfermedad cardiovascular, entre 10% y 16% de diferentes cánceres (mama, colorrectal), diabetes, obesidad, depresión y osteoporosis.

Dieta inadecuada: la ingesta inadecuada de frutas y verduras ocasiona el 19% de los cánceres del tubo digestivo, 31% de la enfermedad coronaria y 11% de la enfermedad cerebrovascular. Por el contrario, el consumo de diferentes tipos de grasas se encuentra fuertemente asociado con la ocurrencia de enfermedad coronaria, mientras que el de sodio (sal) constituye uno de los principales determinantes del aumento de los valores de la presión arterial a nivel poblacional.

Controles ginecológicos: los cánceres de mama y cuello uterino constituyen dos de las principales causas de muertes por cáncer en mujeres. La realización sistemática de mamografía en mujeres mayores de 40 años reduce las muertes por cáncer de mama en un 16%, porcentaje que aumenta a un 20% a 30% entre las mujeres mayores de 50 años. A su vez, entre 40 a 60% de las muertes por cáncer de cuello pueden ser evitadas con un diagnóstico temprano a partir del estudio de Papanicolau.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2006).

En la Argentina, la Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo 2006 releva sobre estos determinantes, siendo el primer estudio amplio de esta naturaleza que se encara en el país, tanto en cuanto a los factores evaluados como a la escala territorial. La encuesta, al incluir características socioeconómicas de los entrevistados, permite evaluar preliminarmente si existen patrones en los hábitos de la población que puedan asociarse a ventajas o desventajas sociales.

Las Tablas 3 y 4 resumen algunos de los principales resultados que arroja este sondeo, tanto en lo que concierne a estilos de vida, a problemas declarados, como a medidas de prevención médica, luego de clasificar a la población según edad, género, ingreso y nivel de educación. Además de incluirse las tasas de prevalencia de los respectivos factores de riesgo, se ha estimado –por cada factor- el riesgo relativo de los distintos segmentos de cada grupo en comparación con el segmento que en principio resulta más aventajado.

Este mapeo, y su comparación con la evidencia internacional, constituye el paso inicial en el análisis de los determinantes sociales de los factores de riesgo, que permite identificar algunas cuestiones o áreas de interés, tales como:

Tabla 3. Factores de riesgo y características socioeconómicas

	% del total	% de la población en riesgo							Riesgo relativo						
		Peso corporal (sobrepeso y obesidad)	Tabaco (fumador y ex fumador)	Alcohol (consumo de riesgo)	Inactividad física	Presión arterial elevada (más de una vez)	Colesterol elevado	Diabetes o glucemia elevada	Peso corporal	Tabaco	Alcohol	Inactividad física	Presión arterial elevada	Colesterol elevado	Diabetes o glucemia elevada
Género															
Varón	47,5%	57,4%	57,2%	13,6%	45,3%	21,9%	27,9%	12,4%	1,40	1,36	2,23	1,00	1,00	1,00	1,08
Mujer	52,5%	41,1%	42,0%	6,1%	47,0%	25,4%	27,9%	11,5%	1,00	1,00	1,00	1,04	1,16	1,00	1,00
Total		49,0%	49,4%	9,6%	46,2%	23,9%	27,9%	11,9%							
Edad															
18 a 24	18,1%	21,8%	43,5%	8,5%	39,8%	7,1%	11,9%	4,7%	1,00	1,24	1,35	1,00	1,00	1,00	1,00
25 a 34	20,2%	41,5%	46,3%	6,3%	41,5%	10,5%	15,3%	6,7%	1,90	1,32	1,00	1,04	1,48	1,29	1,43
35 a 49	25,9%	53,7%	53,0%	9,6%	44,5%	19,1%	22,0%	7,8%	2,46	1,51	1,52	1,12	2,69	1,85	1,66
50 a 64	21,0%	64,5%	53,0%	13,3%	48,6%	34,9%	37,3%	17,2%	2,96	1,51	2,11	1,22	4,92	3,13	3,66
65 y más	14,8%	62,2%	35,0%	10,5%	59,9%	47,1%	38,0%	20,4%	2,85	1,00	1,67	1,51	6,63	3,19	4,34
Ingreso															
\$0 a \$600	37,6%	49,3%	48,4%	8,6%	44,7%	27,9%	29,4%	14,9%	1,06	1,07	1,00	1,00	1,45	1,16	1,77
\$601 a \$1500	34,3%	50,5%	51,4%	10,1%	46,9%	23,1%	27,6%	10,8%	1,09	1,13	1,17	1,05	1,20	1,09	1,29
\$1501 y más	14,6%	46,3%	50,5%	11,3%	47,7%	19,2%	28,1%	8,4%	1,00	1,11	1,31	1,07	1,00	1,11	1,00
ns/nc	13,5%	48,0%	45,3%	9,6%	47,0%	20,2%	25,3%	11,8%	1,04	1,00	1,12	1,05	1,05	1,00	1,40
Educación															
Primario incomp.	12,7%	61,2%	48,8%	9,3%	48,4%	39,9%	37,3%	20,8%	1,46	1,03	1,02	1,09	2,38	1,54	2,77
Secundario incomp.	46,3%	53,6%	51,5%	10,3%	44,6%	26,5%	29,8%	14,3%	1,28	1,08	1,13	1,00	1,58	1,23	1,91
Secundario completo y más	41,0%	42,0%	47,5%	9,1%	47,1%	16,8%	24,2%	7,5%	1,00	1,00	1,00	1,06	1,00	1,00	1,00

Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Salud (2006).

Tabla 4. Falta de prevención y características socioeconómicas

	% del total	% que no realiza controles					Riesgo relativo				
		Control Ta en 2 años	Control glucemia	Control colesterol	Mamografía últimos 2 años	PAP últimos 2 años	Control Ta en 2 años	Control glucemia	Control colesterol	Mamografía últimos 2 años	PAP últimos 2 años
Género											
Varón	47,5%	27,3%	37,4%	30,5%			1,72	1,52	1,58		
Mujer	52,5%	15,9%	24,6%	19,3%	57,3%	48,4%	1,00	1,00	1,00		
Total		21,3%	30,7%	25,5%							
Edad											
18 a 24	18,1%	37,3%	52,5%			65,9%	6,78	4,57			1,90
25 a 34	20,2%	29,3%	40,5%			38,2%	5,33	3,52			1,10
35 a 49	25,9%	20,0%	28,8%	39,1%	49,3%	34,6%	3,64	2,50	2,54	1,00	1,00
50 a 64	21,0%	12,5%	18,4%	22,3%	51,6%	45,5%	2,27	1,60	1,45	1,05	1,32
65 y más	14,8%	5,5%	11,5%	15,4%	71,5%	69,8%	1,00	1,00	1,00	1,45	2,02
Ingresos											
\$0 a \$600	37,6%	24,1%	37,1%	33,7%	74,1%	60,3%	1,79	2,03	2,83	2,68	2,18
\$601 a \$1500	34,3%	21,0%	28,7%	23,6%	51,9%	41,9%	1,56	1,57	1,98	1,88	1,52
\$1501 y más	14,6%	13,5%	18,3%	11,9%	27,6%	27,6%	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
ns/nc	13,5%	22,5%	31,1%	23,2%	50,3%	47,9%	1,67	1,70	1,95	1,82	1,74
Educación											
Primario incomp.	12,7%	18,6%	30,4%	33,0%	81,1%	70,8%	1,00	1,19	1,84	2,30	1,91
Secundario incomp.	46,3%	24,2%	36,0%	28,4%	63,9%	52,9%	1,30	1,41	1,59	1,82	1,43
Secundario completo y más	41,0%	19,3%	25,6%	17,9%	35,2%	37,1%	1,04	1,00	1,00	1,00	1,00

Nota: el tramo de edad de 35 a 49 años, en el caso de las mamografías es de 40 a 49 años.

Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Salud (2006)

F I E L

- Las prevalencia del tabaquismo en nuestro país resulta similar a la que correspondía a los países desarrollados 20 años atrás. Además no se advierte aún una clara asociación negativa con el nivel socioeconómico (a mejor posición en la escala social, menos extendido el hábito) como se registra en esos países a partir de las fuertes campañas de lucha anti-tabaco implementadas,
- El consumo de alcohol de riesgo observado en nuestro país es similar al de otros países de la región, y no parece constituir un problema asociado a los grupos de menores recursos. Lo mismo puede decirse acerca de la prevalencia de sobrepeso y obesidad,
- Tanto en lo que respecta al alcohol, como al tabaco y al peso corporal, se detectan hábitos más saludables entre la población de mayor nivel de escolaridad, lo que sugiere un estrecho vínculo con la información más que con la capacidad de pago; también se repite algo que es habitual a nivel internacional: menor prevalencia de estos factores de riesgo entre las mujeres,
- Esta asociación positiva entre conductas saludables y nivel de educación se evidencia también en las prácticas preventivas, tanto de controles ginecológicos, como de otro tipo de indicadores (control de presión arterial, etc.),
- Las mujeres también tienen una actitud más responsable que los hombres en materia de estudios médicos básicos.
- Aunque, como se mencionara, el ingreso individual no muestra una relación precisa con factores de riesgo conductuales (tabaco, alcohol, etc.), sí se observa un vínculo positivo en lo que concierne a la realización de estudios de control médico. Esto podría obedecer a la menor cobertura de seguro de salud que se registra entre los grupos de menores recursos. Aunque la atención médica en el sistema público de salud es extendida y gratuita, otros elementos podrían estar desalentando el acceso y, por lo tanto, el uso de los servicios²⁰,

²⁰ En los siguientes capítulos, precisamente, se abordará este tema.

F I E L

- Es probable también que, en alguna medida, los menores cuidados preventivos que reportan los individuos de ingresos más reducidos y menor escolaridad, podría derivar en peores indicadores de salud (glucemia, presión arterial, etc.) entre estos grupos.

A pesar de la enorme utilidad que representa la información relevada en la Encuesta de Factores de Riesgo 2006, los resultados agregados no permiten estimar la incidencia de las distintas variables sobre los diversos factores de riesgo.

Ello requiere –como en el análisis los determinantes de la salud individual- un estudio con los microdatos de esta compulsión, que por el momento no fue posible disponer. No obstante ello, dado que la ECV 2001 formula algunas preguntas relativas a hábitos y medidas de prevención, se ha llevado a cabo para este trabajo una estimación econométrica para un conjunto acotado de tales factores de riesgo, con la intención de evaluar si existen indicios de que el gradiente social en salud obedece en parte a un gradiente social en el estilo de vida y control médico.

Los factores de riesgo que se analizan son el tabaquismo y el control ginecológico, aplicándose un modelo logit binomial.

Respecto del hábito de fumar, la variable dependiente se tomó de forma tal que considera fumador a aquella persona que fuma ocasionalmente o frecuentemente, cualquiera sea la cantidad. Dentro del grupo de los mayores de 15 años, aproximadamente el 29% reportó ser fumador.

Con respecto a las variables explicativas a nivel individual, se consideraron edad, género, educación, ingreso per capita equivalente²¹, cantidad de niños en el hogar y cobertura médica. La Tabla 5 resume las variables individuales utilizadas, los rangos o especificaciones de cada una empleados para clasificar a la población, y la categoría tomada en cada caso como referencia o base en la regresión. Se agregaron, además, factores fijos por área geográfica del país, que pueden captar –entre otras cuestiones- diferencias regionales en la tolerancia social a este hábito.

Tabla 5. Tabaquismo: caracterización de variables utilizadas		
VARIABLES	DESCRIPCIÓN	CONDICIÓN
Variable dependiente		
tabaco	Ser fumador	1 = si
Variables independientes individuales		
EHI	Ingreso per capita equivalente	
edad1	15 a 44 años	1 = si
edad 2	45 a 60 años	1 = si
edad 3	> 60 años	omitida
sexo1	Masculino	1 = si
educ1	Hasta educación primaria incompleta	omitida
educ2	Educación primaria completa hasta secundaria incompleta	1 = si
educ3	Educación secundaria completa y más	1 = si
cobertura	Cobertura de salud	1 = si
ninos	N° de niños de hasta 12 años en el hogar	
Variables independientes regionales		
región1	área Metropolitana	omitida
region2	área Pampeana	1 = si
region3	área Noroeste	1 = si
region4	área Noreste	1 = si
region5	área Cuyo	1 = si
region6	área Patagonia	1 = si

²¹ El ingreso per capita equivalente se computó de la misma forma que en el análisis de los determinantes de la salud.

En la Tabla 6 se reportan los resultados de las estimaciones efectuadas. Como se indicara oportunamente, el signo de cada coeficiente sugiere si la variable en cuestión favorece o no la probabilidad de ser fumador: lo hace si el signo es positivo, o la reduce si el signo es negativo.

Tabla 6. Determinantes del tabaquismo: resultados de las estimaciones de las regresiones logísticas

tabaco	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
EHI	.0001556	.0000428	3.64	0.000	.0000718 .0002393
EHI_sq	-1.88e-08	8.01e-09	-2.34	0.019	-3.45e-08 -3.08e-09
educ2	.050373	.0348645	1.44	0.149	-.0179601 .1187062
educ3	.0146797	.0387311	0.38	0.705	-.0612318 .0905912
edad1	1.081355	.0419116	25.80	0.000	.9992099 1.1635
edad2	1.088104	.0430528	25.27	0.000	1.003722 1.172486
ninios	.0379997	.0082387	4.61	0.000	.0218521 .0541472
sexo1	.6993589	.0216549	32.30	0.000	.656916 .7418018
cobertura	-.2477425	.0238533	-10.39	0.000	-.2944941 -.2009909
region2	-.0878992	.0387489	-2.27	0.023	-.1638457 -.0119527
region3	-.1832373	.0407152	-4.50	0.000	-.2630376 -.103437
region4	-.3833631	.0471817	-8.13	0.000	-.4758375 -.2908888
region5	-.0557631	.0469621	-1.19	0.235	-.1478071 .0362808
region6	.1265751	.0428177	2.96	0.003	.0426539 .2104963
_cons	-2.038211	.0559664	-36.42	0.000	-2.147903 -1.928519

Los principales resultados obtenidos sugieren que, además de la edad y el género, el ingreso es un factor que se relaciona positivamente con el hábito de fumar. En otros términos, a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, el tabaquismo es más frecuente entre los individuos más aventajados socialmente. La educación, en cambio, no resulta una variable significativa, mientras que la cantidad de niños en el hogar, contrariamente a lo recomendado por los organismos de salud, lejos de reducir la probabilidad de fumar, la incrementa.

Evaluada en conjunto, esta estimación parece sugerir que hasta hace un lustro atrás, el hábito de fumar –uno de los factores de riesgo más importantes local e internacionalmente, según se mencionara- no presentaba signos de disparidad social; podría ser que las campañas anti-tabaco que desde distintos ámbitos, incluyendo los organismos públicos, se han implementado desde entonces, haya cambiado algo esta situación.

Tabla 7. Control ginecológico: caracterización de variables utilizadas		
Variables	Descripción	Condición
Variable dependiente		
control	Haber realizado control ginecológico	1 = si
Variables independientes individuales		
EHI	Ingreso per capita equivalente	
edad1	35 a 44 años	1 = si
edad 2	45 a 60 años	1 = si
edad 3	> 60 años	omitida
educ1	Hasta educación primaria incompleta	omitida
educ2	Educación primaria completa hasta secundaria incompleta	1 = si
educ3	Educación secundaria completa y más	1 = si
cobertura	Cobertura de salud	1 = si
ninios	N° de niños de hasta 12 años en el hogar	
Variables independientes regionales		
región1	área Metropolitana	omitida
region2	área Pampeada	1 = si
region3	área Noroeste	1 = si
region4	área Noreste	1 = si
region5	área Cuyo	1 = si
region6	área Patagonia	1 = si

En lo que concierne a las medidas de prevención ginecológicas, la variable dependiente toma valor uno si la mujer (mayor de 35 años) realizó controles médicos al menos una vez en los últimos 3 años. Dentro del grupo de mujeres en el rango de edad considerado, aproximadamente el 66% declaró haber efectuado tales controles .

La Tabla 7 resume las variables explicativas utilizadas, que incluyen edad, educación, ingreso per capita equivalente, cantidad de niños en el hogar y cobertura médica, agregándose, como en el caso anterior, factores fijos regionales.

Tabla 8. Determinantes del control ginecológico: resultados de las estimaciones de las regresiones logísticas

control	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
EHI	.0010467	.0001133	9.24	0.000	.0008247	.0012687
EHI_sq	-1.28e-07	2.46e-08	-5.23	0.000	-1.77e-07	-8.03e-08
educ2	.3661406	.0600181	6.10	0.000	.2485073	.4837739
educ3	.772806	.0713748	10.83	0.000	.632914	.912698
edad1	1.019115	.0839438	12.14	0.000	.8545877	1.183641
edad2	.5557516	.0760248	7.31	0.000	.4067457	.7047575
ninios	.058616	.0192342	3.05	0.002	.0209177	.0963143
cobertura	.3612017	.0503238	7.18	0.000	.262569	.4598345
region2	-.1210629	.0821346	-1.47	0.140	-.2820438	.039918
region3	-.5489621	.0859863	-6.38	0.000	-.717492	-.3804321
region4	-.3236363	.0964811	-3.35	0.001	-.5127358	-.1345369
region5	-.2439744	.0977021	-2.50	0.013	-.435467	-.0524818
region6	.1412326	.0956606	1.48	0.140	-.0462587	.328724
_cons	-.794613	.1113921	-7.13	0.000	-1.012938	-.5762885

En la Tabla 8 se reportan los resultados de las estimaciones efectuadas. En este caso, a diferencia del tabaquismo, se observa que la condición socioeconómica de la mujer constituiría un factor relevante de la conducta adoptada: el ingreso, la educación y la cobertura en salud son variables

F I E L

que están positivamente asociadas con la probabilidad de realizar controles ginecológicos con cierta frecuencia.

En síntesis, las estimaciones efectuadas sugieren que existirían disparidades sociales en la salud individual, disparidades que se extenderían a determinados factores de riesgo –particularmente los vinculados con el cuidado médico preventivo- pero no a aquellos factores relacionados con el estilo de vida o los hábitos.

Es de destacar en este punto que las estrategias modernas de las políticas de salud están orientadas en buena medida a cambiar los hábitos de la población. Es posible sin embargo que, inicialmente, estas políticas amplíen la disparidad, ya que los grupos más aventajados socialmente captan mejor el mensaje y adoptan nuevos estilos de vida en forma anticipada al resto.

V. DISPARIDADES Y ATENCIÓN MÉDICA: ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Como se ha visto, tanto en los círculos académicos como en los de la gestión de las políticas públicas se ha prestado creciente interés a las características socioeconómicas de los individuos, e incluso al contexto social en el que viven, por considerarlos determinantes de la salud personal y de los factores de riesgo que inciden sobre ésta. La importancia de estos temas no significa, sin embargo, que el acceso a los servicios de atención médica deje de ser una dimensión relevante; de hecho, continúa siendo, tanto en la teoría como en la práctica, uno de los determinantes más significativos y menos controvertidos del estado de salud personal. Por este motivo, en la mayor parte de las sociedades –aunque con distinto grado de alcance- el criterio de equidad está incorporado en el diseño institucional de los respectivos sistemas de salud. De hecho, una de las principales razones económicas que justifica la función de los gobiernos en la esfera de la salud, se apoya en la preocupación por alcanzar un mayor grado de equidad en esta área que el que arrojaría una solución de mercado.

Esta parte del estudio está orientada, precisamente, a analizar el mecanismo de intervención del sector público en el sistema de salud de la Argentina, con el propósito de procurar un marco analítico a la estimación del acceso a los servicios médicos por parte de los distintos grupos de la población, tema que se desarrolla en el siguiente capítulo.

Generalidades del sistema de salud en la Argentina

El sistema de salud en la Argentina se encuentra estructurado en torno a tres sectores: el sector público, el sector de obras sociales y el sector privado, los que a su vez se hallan mutuamente interrelacionados.

El sector de obras sociales cumple una actividad preponderantemente aseguradora, constituyendo lo que se denomina un "tercer pagador": su función es administrar los beneficios a los que tienen acceso los usuarios y efectuar los pagos por la utilización de servicios que éstos efectúan. Desde el

F I E L

punto de vista de la asistencia médica, su importancia es escasa, ya que en general no han desarrollado capacidad instalada ni cuentan con planteles propios de profesionales de la salud, inclinándose, en su lugar, por la contratación de los servicios con los prestadores privados y en algunos casos -particularmente en aquellas localidades en que no existen efectores privados- con los establecimientos públicos de salud.

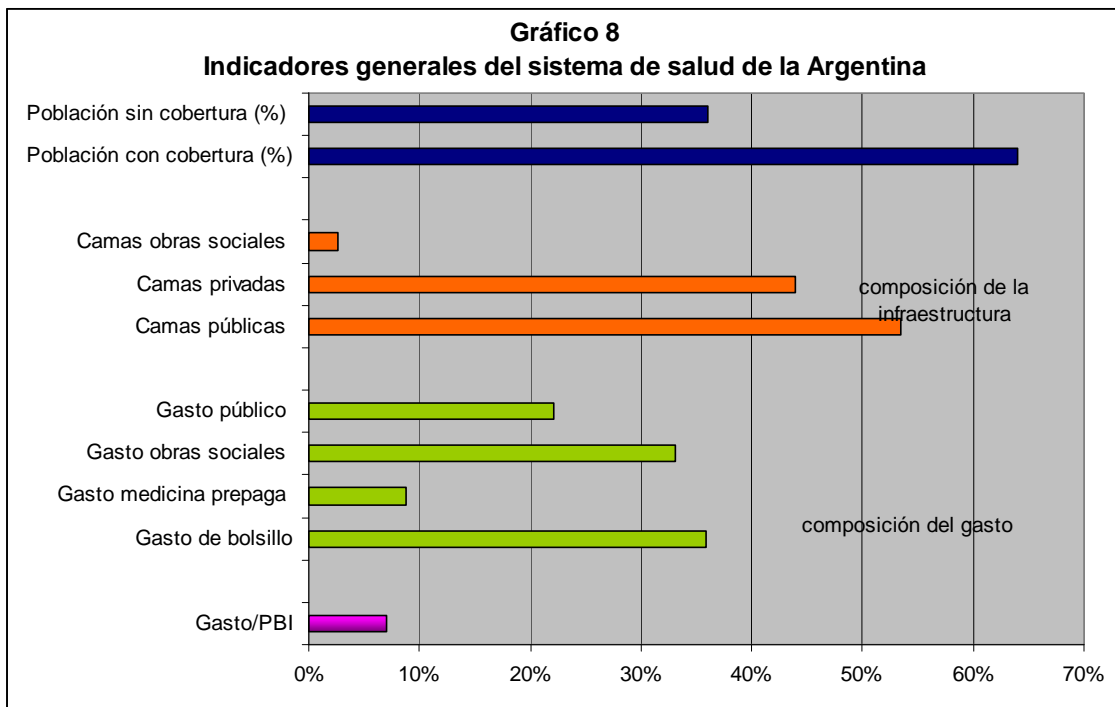
Estas entidades están organizadas, por lo general, en torno a las distintas ramas de actividad productiva, y sus beneficiarios son los trabajadores privados en relación de dependencia, los trabajadores del sector público nacional, y el grupo familiar primario. Si bien la afiliación al sistema es obligatoria, desde mediados de la década del '90 los usuarios tienen la posibilidad de cambiar de agente asegurador entre los habilitados a participar en este segmento del mercado.

En este esquema de la seguridad social se agregan las obras sociales provinciales, entidades que brindan cobertura a los empleados y pasivos de los respectivos gobiernos provinciales y municipales; y el PAMI, la mayor obra social del país, que cubre a los pasivos del régimen nacional de previsión social.

El financiamiento de estos organismos se apoya fundamentalmente en aportes y contribuciones sobre la nómina salarial de los beneficiarios titulares -que, en promedio, se ubican en torno del 9%- y en cotizaciones sobre los haberes de los pasivos.

En lo que se refiere al sector privado, desde el punto de vista del financiamiento se consideran como tal el contrato directo paciente-prestador, los sistemas de seguro voluntario, conocidos localmente como entidades de medicina prepaga, a lo que se agregan otros gastos de bolsillo que puedan realizar los individuos (copagos, medicamentos, etc.). Más allá del financiamiento, la actividad privada es muy relevante en lo que hace a la prestación médica, dado que las obras sociales y los seguros privados contratan en este ámbito una proporción importante de los servicios que brindan a sus beneficiarios.

Con todo, en términos de infraestructura, con casi 54% de las camas de internación del país, el sector oficial es el prestador de mayor peso. Su participación en el sistema se concreta a través de la provisión directa del servicio en la red de hospitales y centros asistenciales periféricos, operando en general con carácter de sistema abierto: acepta, mayormente en forma gratuita, la demanda espontánea de toda la población, y su financiamiento descansa fundamentalmente en fondos públicos.



Información del último censo revela que aproximadamente 19.000.000 personas residentes en la Argentina - 52% de la población de ese momento- estaban afiliadas a algún seguro de salud, aunque ese porcentaje resulta extremadamente bajo en términos históricos a raíz de la profunda crisis económica y social que atravesaba la Argentina a comienzos de la presente década. Diversas estimaciones más recientes²² dan cuenta de un aumento en la cobertura a alrededor del 63% a 65% de la población.

²² Ministerio de Salud de la Nación (2006); Ministerio de Salud de la Nación (2007).

F I E L

Si bien no hay mediciones oficiales sobre el gasto total en salud de la Argentina, se estima que destina a estos fines cerca del 7% del PBI, una proporción que se asemeja a la de los países desarrollados y que se ubica por encima de la mayor parte de los países latinoamericanos. Del total, el gasto público financiaría cerca de un 22%, la seguridad social un tercio, y el resto (45%) estaría constituido por gasto privado canalizado a través de la medicina prepaga (9%) y gasto de bolsillo de los individuos (36%).

El rol del sector público

En nuestro país –y en virtud del proceso de descentralización iniciado en la década del 70- más del 85% del gasto público en salud es financiado y ejecutado por el nivel provincial, cumpliendo la Nación un rol normativo y de coordinación de políticas y teniendo bajo su responsabilidad la realización de ciertos programas específicos, particularmente en materia de prevención y de tratamiento en el caso de determinadas enfermedades.

En todas las jurisdicciones, la intervención del sector público en el área de salud se concreta a través de la provisión directa del servicio en la red de hospitales y demás centros de atención periférica; es decir que el gasto público en atención médica se destina fundamentalmente al financiamiento de estas unidades y a la administración de los sistemas.

Tradicionalmente, los hospitales y demás centros de atención tuvieron la obligación de brindar atención médica gratuita a toda la población que lo demandara. Este objetivo universalista tenía justificación hasta el surgimiento y posterior institucionalización del sistema de obras sociales, dado que no existía en el país seguro médico de ninguna clase. A partir de entonces, sin embargo, y teniendo en cuenta que más de la mitad de la población tuvo en forma obligada cobertura de este tipo y que cerca de un 10% contrata seguros privados, perdió sustento el mantenimiento del objetivo inicialmente propuesto.

F I E L

El rol del sector público no fue, sin embargo, redefinido, y como resultado de ello los beneficiarios del sistema de obras sociales recibían en muchos casos atención médica gratuita en los hospitales públicos, dando lugar a un fuerte subsidio encubierto hacia esas entidades.

En años más recientes, esta situación ha intentado ser solucionada limitando la gratuidad de los servicios hospitalarios sólo para la población sin cobertura médica ni capacidad de pago, y arancelando las prestaciones en todos los demás casos. Sin embargo, diversos factores tornaron de difícil aplicación la recuperación de costos por las prestaciones brindadas a beneficiarios de las obras sociales, por lo que en realidad la normativa adoptó un carácter casi declarativo.

Las principales complicaciones en este sentido fueron, por un lado, que al mantener los hospitales la obligación de prestar servicios a toda la población que lo demandara, los individuos tienden a ocultar su pertenencia a algún seguro de salud ante el temor de tener que realizar trámites administrativos, pagos de bolsillo, etc. A su vez, la inexistencia de padrones de afiliación impide a estos establecimientos públicos identificar a la población que efectivamente tiene cobertura médica. A esta situación se agrega la falta de incentivos del personal que se desempeña en los hospitales para realizar el conjunto de tareas necesarias para contar con un adecuado sistema de facturación y cobranza. Como resultado de ello, la recuperación de costos de los efectores públicos –con excepción de unas pocas jurisdicciones- es insignificante, por lo que su financiamiento continúa descansando fundamentalmente en recursos fiscales.

Además de este problema de una eventual filtración de subsidios públicos a individuos con cobertura de la seguridad social, el funcionamiento de los hospitales presenta un elevado grado de ineficiencia. Este problema deriva en gran medida de la aún escasa autonomía en la gestión de estas unidades, cuyo manejo –a pesar de las reformas implementadas a mediados de los '90 que apuntaron a convertir estas unidades en autogestionadas²³- continúa en lo sustancial muy centralizado en la autoridad sanitaria provincial y/o municipal, según el caso.

²³Decreto 578/93 de Hospitales Públicos de Autogestión.

F I E L

La política de recursos humanos constituye en este sentido el aspecto crucial, ya que este rubro representa alrededor del 80% del gasto de los hospitales. Dado que el personal es empleado público de la jurisdicción a la que pertenece el establecimiento, y que el régimen en cuanto a contrataciones, despidos, remuneración, etc., lo fija la administración central respectiva, los directores hospitalarios carecen de instrumentos tanto para incentivar un comportamiento más eficiente de quienes trabajaban en la institución, como para lograr una dotación de factores acorde a los requerimientos de la misma. Por otra parte, cualquier intento de racionalización de los planteles se ve desalentado porque frente al costo político que significa encarar una medida de este tipo, no se obtiene como contrapartida un beneficio directo para el hospital, sino que éste se diluye en las arcas del Tesoro Provincial. El resultado de este régimen es la habitual escasez de personal en algunas áreas, con el exceso simultáneo en otras, arrojando de todas maneras en conjunto un sobredimensionamiento de la planta.

El resto de los gastos, sobre los que los hospitales tienen una mayor flexibilidad en su administración a partir de la reforma, presenta de todos modos un problema de distribución: la asignación se realiza en base al tradicional método de presupuestación histórica, sin avanzar –como se pretendía- en la consideración de parámetros de productividad.

Algunos de los indicadores que permiten dar cuenta de algunos de los problemas de eficiencia del sistema público de salud son los siguientes: a) la tasa de ocupación de las camas oficiales asciende en promedio para todo el país a apenas por encima del 65%, ubicándose inclusive en algunas jurisdicciones en torno del 30% al 40%; en el sector privado se estima que una tasa de uso razonable no desciende del 85%. Ello significa que, bajo los estándares del sector privado, con la infraestructura disponible se podría aumentar la producción de egresos en más de un 25%; b) este cálculo no tiene en cuenta un elemento que induce a subestimar la ineficiencia hospitalaria en relación al uso de las camas, y que son los excesivos días de estancia de cada paciente internado. En otros términos, la evidencia estadística del exceso de camas esconde que en alguna medida éstas están siendo utilizadas de manera ineficiente, prolongando innecesariamente la permanencia de los pacientes internados; c) la mayor parte de los hospitales del país funcionan activamente sólo durante

F I E L

las horas de la mañana; el resto del día sólo se mantienen las guardias de internación y las de emergencia; d) en parte como consecuencia del horario reducido de atención, y en parte debido a la desorganización administrativa, los pacientes suelen obtener turnos de atención muy dilatados en el tiempo e incurrir en prolongadas demoras una vez dentro de las instituciones; estos inconvenientes se agregan a lo que se mencionara previamente en relación a los excesivos días de internación que – en relación al sector privado- caracteriza a los egresos públicos.

En resumen, el sistema público de salud contempla la provisión universal y gratuita de servicios de salud, a pesar de que la Argentina cuenta con un régimen de cobertura obligatoria a través de la seguridad social y un difundido sistema de seguros privados de salud. En otros términos, la organización vigente sugiere que el criterio de equidad subyacente es el de garantizar un nivel básico de atención a toda la población a través del sistema público de salud, admitiendo coberturas más exhaustivas ya sea por la vía laboral o a través de contratos privados.

El criterio de equidad adoptado, si bien admite diferencias en las prestaciones a las que tienen acceso los distintos grupos poblacionales, implica de todos modos un fuerte compromiso con reducir la desigualdad en materia de salud. La relevancia del sector público dentro del sistema, con más de un 50% de las camas hospitalarias disponibles, da cuenta de ello.

Sin embargo, la disponibilidad de una importante red asistencial pública de carácter universal, no significa necesariamente que los principales beneficiarios del sistema sean los grupos de menores recursos: en rigor, dado que el criterio de focalización adoptado es el de la “autoselección”, dependerá de las decisiones de los propios individuos quiénes se constituyan en los efectivos usuarios del sistema. En otros términos, puede existir un problema de demanda de atención médica por parte de la población más vulnerable que reste efectividad al sistema público de salud como instrumento para reducir las disparidades en la sociedad. Es posible que las ineficiencias del sector oficial (colas, turnos dilatados, excesivos días de internación, etc.) juegue –como factor de desaliento- un rol no menor en este aspecto.

Al margen del acceso y utilización de los servicios de atención médica, un elemento adicional que podría generar fuertes disparidades en la condición de salud de los distintos grupos poblacionales, está vinculado con la capacidad de obtener los medicamentos requeridos: la cobertura del sistema público ha sido tradicionalmente mucho más limitada en este renglón que en lo que concierne a los servicios médicos, de internación y de estudios complementarios. Por este motivo, en forma más reciente, se ha lanzado a nivel nacional un programa –Programa Remediar- orientado a resolver parcialmente este problema (Ver Recuadro “Programa Remediar: un paso hacia la mejora en la equidad”).

Recuadro 4. Programa Remediar: un paso hacia la mejora en la equidad

Remediar es un programa nacional de provisión de medicamentos ambulatorios. Fue lanzado en forma progresiva en el año 2002, en oportunidad de la fuerte crisis económica y social que sacudió a la Argentina en ese momento, pero como un programa orientado a adquirir un carácter permanente.

Los medicamentos son distribuidos directamente –en botiquines- entre los centros de atención primaria de todo el país, y se estima que permiten dar respuesta a cerca de un 80% de los motivos de consulta en este tipo de establecimiento.

La población que consulta en los centros de salud tiene acceso gratuito e integral a los medicamentos incluidos en el botiquín Remediar, en cantidades acordes a las dosis y duración del tratamiento prescripto por los profesionales de estas unidades de atención médica.

El diseño del Programa Remediar incluye un riguroso control de gestión para garantizar la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos.

Este programa, sin duda, vino a dar respuesta a uno de los grandes problemas de muchos sistemas públicos de salud, incluyendo el de la Argentina, al brindar no sólo las prestaciones médicas, sino también hacer extensiva la cobertura a los medicamentos, uno de los rubros de mayor incidencia en el gasto.

El punto más débil de este programa lo constituye la “autoselección” de los beneficiarios, ya que quien se acerca a un centro de atención primaria –aún si está afiliado a algún seguro de salud, pero no lo declara- califica para obtener los medicamentos sin cargo.

F I E L

En síntesis, y sin desconocer la relevancia que diversos factores ajenos a la atención médica tienen sobre el estado de salud de la población, existen ciertas características del propio sistema que lo pueden tornar más o menos efectivo en el cumplimiento del objetivo de equidad que se persigue. En el capítulo siguiente se presentan algunas estimaciones orientadas a evaluar algunas de estas cuestiones.

VI. ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA ARGENTINA

El sistema público de salud de la Argentina, aunque en teoría orientado a proveer servicios de atención médica gratuitos a la población que no tiene cobertura de la seguridad social o de la medicina prepaga, mantiene en los hechos el carácter universal que lo caracterizara desde los inicios de su expansión, a mediados del siglo pasado. Esto significa que son los propios individuos los que, en definitiva, determinan –a través del uso de los servicios médicos- quiénes son los beneficiarios del sistema público de salud, por lo que sólo a través de la evaluación empírica puede establecerse si se cumple el objetivo de reducir la desigualdad en el acceso a la salud que se propone la acción directa del Estado en esta área.

Más allá de evaluar a quién beneficia el sistema público de salud, resulta también de interés –en el marco del estudio de las disparidades en salud- explorar qué características de los individuos pueden potencialmente explicar la decisión de utilizar (o acceder a) las prestaciones asistenciales. Ello está orientado a investigar si existen indicios de una asociación sistemática entre el uso de los servicios y las condiciones socioeconómicas de las personas o, en otros términos, si hay alguna evidencia de un gradiente social en el acceso a la atención médica.

En lo que resta de este capítulo se analizarán ambas dimensiones del acceso y uso de los servicios de atención médica en la Argentina.

Beneficiarios del sistema público de atención médica

Una de las técnicas habituales que se utiliza para evaluar cómo se distribuyen los beneficios medios de algún programa público entre los distintos grupos de la población es el análisis de incidencia de los beneficios (más conocido por su denominación en inglés, *Benefit Incidence Analysis*, BIA)²⁴. Una estimación de esta naturaleza requiere disponer de microdatos de alguna encuesta de hogares que permita caracterizar en la dimensión socioeconómica a los individuos y

²⁴ Ver para una descripción técnica O'Donnell, O. et al (2007).

F I E L

que contenga, además, información sobre el uso de servicios médicos por parte de éstos, distinguiendo entre prestaciones públicas y privadas. La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2001, descrita en un capítulo anterior de este trabajo, reúne estos requisitos.

En la versión más tradicional del BIA, los grupos de individuos se organizan en función de su correspondiente nivel socioeconómico, por lo que el primer paso consiste establecer una definición de indicador de bienestar. Al respecto, dentro de los que normalmente se incluyen en las encuestas de hogares, se reconoce que el consumo es la medida más apropiada para categorizar el bienestar individual, superior al ingreso, ya que está menos expuesto a las variaciones cíclicas, y se lo considera más vinculado al ingreso permanente. Sin embargo, la mayor parte de las encuestas de hogares en la Argentina, incluyendo la ECV, no incluyen preguntas relativas al consumo, por lo que el indicador seleccionado es el ingreso individual equivalente²⁵.

Los individuos son luego ordenados por ingreso equivalente, y agrupados en quintiles, donde cada quintil contiene al 20% de la población, correspondiendo el primero (Q1) al 20% de los individuos más pobres, y el quinto (Q5), al 20% de los más ricos. Del procesamiento de la encuesta es posible obtener además, por cada quintil de ingreso, el porcentaje de personas que hicieron uso de cada uno de los distintos servicios médicos contemplados en el sondeo, y a qué tipo de establecimiento (público, privado) acudieron.

En este trabajo, los servicios médicos que se analizan son las consultas y las hospitalizaciones, evaluando los resultados tanto para el conjunto de la población como para diferentes grupos etarios; en particular se ha considerado la categoría de primera infancia (niños menores de 5 años), tercera edad (mayores de 60 años), y el resto (entre 5 y 60 años). Adicionalmente, dado que la ECV indaga acerca de la obtención de medicamentos en forma gratuita, su análisis se ha

²⁵ Este indicador se construyó de la misma manera que el utilizado en las regresiones analizadas en el Capítulo IV de este trabajo: se computó como el ingreso del hogar, dividido por el número de adultos equivalentes en el mismo elevado a la 0.9, esto último a los efectos de contemplar la presencia de economías de escala en el consumo del hogar. Para la transformación de niños en adultos equivalentes se utilizó la escala oficial para la Argentina.

F I E L

incluido también en este estudio. En lo que sigue de esta sección se exponen los resultados obtenidos.

Consultas médicas

El cuestionario de la ECV 2001 interroga a cerca de las consultas al médico en el mes previo al relevamiento, solicitando también información acerca de los motivos de la misma. En la estimación que se presenta a continuación, si bien se muestra la proporción de individuos de cada grupo que consultó por cualquier causa, incluso control, los cálculos de incidencia se efectúan sobre quienes declararon hacerlo por sentirse enfermos.

De los resultados obtenidos, resultan destacables las siguientes consideraciones:

- al considerar el conjunto de la población, el 30% informó sentirse mal en el mes de referencia, observándose –tal como surgiera de las regresiones incluidas en el Capítulo IV– que el estado de salud (según es autoevaluado) empeora a medida que disminuye el nivel de ingreso; sin embargo, la proporción que acude al médico cuando se siente mal (67% en promedio) crece con el status socioeconómico. En otros términos, parece existir un problema de demanda entre los grupos de menores recursos, pero que al compensarse con un peor estado de salud en esta franja de la población, arroja que la fracción de individuos que consultó al médico por sentirse enfermo es relativamente constante entre quintiles (en torno del 20%),
- las diferencias más importantes entre los grupos poblacionales se observan en relación al tipo de establecimiento en el que tuvieron lugar las consultas médicas. El patrón de uso es claro en este sentido: dentro de los que consultaron al médico, la proporción de individuos que asiste a dependencias del sector público disminuye sistemáticamente a medida que aumenta el nivel de ingreso, pasando de un 50% entre el 20% más pobre de la población a un 13% entre el 20% más rico,

Tabla 9. Análisis de incidencia: Consultas médicas

Quintil	1	2	3	4	5	Total
Población <5	23,0%	21,8%	19,6%	18,0%	17,5%	100,0%
Reportan sentirse mal	37,3%	37,4%	35,9%	40,6%	44,2%	38,8%
Vieron al doctor si reportan sentirse mal	82,2%	82,1%	88,8%	86,3%	90,5%	85,8%
Vieron a un doctor (1)	30,7%	30,7%	31,9%	35,0%	40,0%	33,3%
Vieron a un doctor (2)	48,2%	47,3%	50,9%	53,5%	60,6%	51,7%
Consulta en establecimiento público	55,7%	44,4%	35,2%	24,4%	13,3%	34,9%
Incidencia	34,3%	25,4%	19,4%	13,1%	7,8%	100,0%
Quintil	1	2	3	4	5	Total
Población (4-60)	18,8%	19,4%	20,1%	20,7%	21,0%	100,0%
Reportan sentirse mal	28,1%	28,3%	27,8%	26,6%	26,0%	27,3%
Vieron al doctor si reportan sentirse mal	55,4%	59,9%	61,2%	64,6%	68,0%	61,9%
Vieron a un doctor (1)	15,6%	17,0%	17,0%	17,2%	17,7%	16,9%
Vieron a un doctor (2)	20,0%	21,4%	21,3%	22,7%	25,0%	22,1%
Consulta en establecimiento público	61,8%	48,8%	36,7%	25,0%	15,7%	35,7%
Incidencia	29,3%	25,7%	19,8%	14,9%	10,4%	100,0%
Quintil	1	2	3	4	5	Total
Población (>60)	25,4%	22,2%	19,3%	17,2%	15,9%	100,0%
Reportan sentirse mal	47,1%	48,8%	41,4%	42,7%	38,5%	44,3%
Vieron al doctor si reportan sentirse mal	76,0%	79,5%	75,6%	78,7%	84,9%	78,5%
Vieron a un doctor (1)	35,8%	38,8%	31,3%	33,6%	32,7%	34,7%
Vieron a un doctor (2)	45,5%	48,1%	42,9%	44,9%	50,9%	46,3%
Consulta en establecimiento público	25,0%	19,2%	13,6%	17,6%	5,3%	16,9%
Incidencia	36,7%	26,1%	14,4%	17,3%	5,5%	100,0%
Quintil	1	2	3	4	5	Total
TOTAL POBLACIÓN	20,0%	20,0%	19,9%	20,0%	20,0%	100,0%
Reportan sentirse mal	32,2%	32,1%	30,2%	29,5%	28,6%	30,5%
Vieron al doctor si reportan sentirse mal	63,5%	66,7%	66,5%	69,2%	73,0%	67,6%
Vieron a un doctor (1)	20,4%	21,4%	20,1%	20,4%	20,9%	20,6%
Vieron a un doctor (2)	27,0%	27,7%	26,5%	27,6%	30,3%	27,8%
Consulta en establecimiento público	50,5%	40,7%	31,7%	23,5%	13,5%	31,5%
Incidencia	31,0%	25,7%	19,1%	14,8%	9,4%	100,0%

Notas (1) refiere al porcentaje de individuos que vieron al médico si se sintieron mal (es el producto de las dos filas previas). (2) es el porcentaje de individuos que vieron al médico, aún sin sentirse mal
Fuente: elaboración propia en base a ECV 2001.

F I E L

- como resultado de que una proporción similar de individuos asiste al médico, cualquiera sea el nivel de ingresos, pero que en las decisiones relativas al lugar de consulta, a medida que éste aumenta, las personas se inclinan en mayor grado por el sector privado, se obtiene un patrón pro-pobre en los servicios asistenciales del sector público: del 100% de los individuos que consultan por enfermedad en el sector oficial, 31% corresponden al Q1, mientras que sólo 9% forman parte del grupo del 20% más rico.
- al desagregar por tramos de edad, se observa que la composición por quintil es diferente: si bien cada uno contiene un 20% del total de individuos, la proporción de personas correspondientes a los tramos extremos –menores de 5 y mayores de 60 años- disminuye a medida que aumenta el ingreso. En otros términos, los quintiles que aglutinan a las personas más pobres tienen una fracción de niños y ancianos mayor que los quintiles más ricos, de modo que, por ejemplo, dentro del 20% más pobre de la población se encuentra el 23% de los niños y el 25% de las personas de la tercera edad,
- esta diferente composición etaria explica en parte que el perfil de la asistencia médica pública sea más pro-pobre entre la población infantil y la de mayor edad, que la que resulta para el conjunto de individuos.

Hospitalizaciones

La ECV 2001 indaga acerca de si los individuos debieron ser hospitalizados en los doce meses previos al relevamiento, y en caso afirmativo, en qué tipo de establecimiento tuvo lugar la internación. El análisis de incidencia llevado a cabo, pone de relieve las siguientes cuestiones:

- la tasa de internación promedio es del 7.7%, siendo como era de esperar más alta entre los mayores de 60 años (13.3%). A su vez, para todos los tramos de edad resultan por lo general algo más elevadas entre los grupos de menores recursos, aunque esta diferencia se reduce entre los individuos de la tercera edad. Esta situación sería consistente con una incidencia mayor del

ingreso en el estado de salud en las etapas más tempranas del ciclo de vida; luego, comienzan a dominar los factores vinculados con los aspectos biológicos,

Tabla 10. Análisis de incidencia: Hospitalizaciones

Quintil	1	2	3	4	5	Total
Población (<5)	23,0%	21,8%	19,6%	18,0%	17,5%	100,0%
Si estuvo internado último año	9,4%	7,1%	9,1%	7,6%	8,6%	8,4%
Si la internación fue en establecimiento publico	91,3%	68,7%	60,8%	55,6%	23,1%	62,5%
Incidencia	37,7%	20,4%	20,8%	14,5%	6,7%	100,0%
Quintil	1	2	3	4	5	Total
Población (4-60)	18,8%	19,4%	20,1%	20,7%	21,0%	100,0%
Si estuvo internado último año	7,1%	7,3%	6,2%	6,4%	6,3%	6,7%
Si la internación fue en establecimiento publico	79,7%	60,6%	52,2%	31,3%	19,6%	48,8%
Incidencia	32,8%	26,4%	19,9%	12,9%	8,0%	100,0%
Quintil	1	2	3	4	5	Total
Población (>=60)	25,4%	22,2%	19,3%	17,2%	15,9%	100,0%
Si estuvo internado último año	13,5%	13,6%	12,4%	13,5%	13,4%	13,3%
Si la internación fue en establecimiento publico	30,3%	29,6%	20,9%	20,5%	11,8%	23,8%
Incidencia	32,8%	28,3%	15,9%	15,0%	8,0%	100,0%
Quintil	1	2	3	4	5	Total
POBLACION TOTAL	20,0%	20,0%	19,9%	20,0%	20,0%	100,0%
Si estuvo internado último año	8,4%	8,2%	7,2%	7,3%	7,2%	7,7%
Si la internación fue en establecimiento publico	67,9%	53,8%	46,3%	31,0%	18,4%	44,4%
Incidencia	33,4%	25,8%	19,6%	13,4%	7,8%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a ECV 2001

- del total de internaciones, algo menos del 45% tiene lugar en establecimientos públicos; esa cifra trepa al 62.5% entre la población infantil y se reduce al 23.8% entre los mayores de 60 años. Esta dispar utilización de las instalaciones oficiales podría obedecer a que el seguro de salud –provisto por entidades que contratan mayormente con el sector privado de la medicina- es mucho más extendido entre los pasivos: de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de

F I E L

2001, mientras el 48% de los residentes del país carecía de cobertura, ese guarismo era de sólo 22% y 17% entre los hombres y mujeres mayores de 65 años, respectivamente,

- en cualquier caso se observa una estrecha relación entre el nivel de ingreso de los individuos y la decisión de asistir a un establecimiento público en caso de hospitalización, siendo las diferencias más pronunciadas entre los menores de 5 años. Para este grupo, más del 91% de los internaciones de los más pobres ocurre en un nosocomio oficial, mientras que sólo el 23% de los menores pertenecientes al Q5 utilizan la infraestructura pública para estos fines,
- debido a que la tasa de internación es más elevada, pero particularmente como consecuencia de una decisión más frecuente de asistir a los centros públicos de salud, el subsidio implícito por hospitalizaciones muestra un decidido perfil pro-pobre: del total de internaciones en el sector oficial, más del 33% corresponden a individuos que pertenecen al 20% más pobre de la población, mientras que el 20% más afluyente recibe menos del 8% de tales beneficios. La diferencia más importante al evaluar por tramo de edad se registra entre la población infantil: los niños pertenecientes al Q1 (que, en rigor, son el 23% de los niños), son beneficiarios de casi el 38% del subsidio que representa la internación gratuita en centros públicos de atención.

Medicamentos

Hasta la puesta en marcha del Programa Remediar en el año 2002, los medicamentos ambulatorios (i.e., no los que se suministran durante la internación de los pacientes) no eran provistos por el sector público en forma institucionalmente declarada, por lo que en teoría las personas sin cobertura debían financiar estos gastos de bolsillo, al tiempo que los individuos con seguro médico debían hacerse cargo de un porcentaje que oscilaba entre el 40% a 50% del precio de mercado, quedando el resto en cabeza del agente asegurador. Sin embargo, en la práctica –y a través de diferentes mecanismos, como cooperadoras hospitalarias, donaciones, etc.- era posible obtener gratuitamente al menos una parte de los fármacos recetados.

En la ECV 2001 se interroga acerca de si le fueron prescritos medicamentos y, en ese caso, si los obtuvieron sin cargo. La información más relevante que surge del análisis de incidencia es la siguiente:

Tabla 11. Análisis de incidencia: Medicamentos						
Quintil	1	2	3	4	5	Total
Población (<5)	23,0%	21,8%	19,6%	18,0%	17,5%	100,0%
Le recetaron medicamentos	28,8%	31,4%	33,8%	34,5%	43,0%	33,8%
Obtuvieron medicamentos recetados	94,2%	93,5%	97,7%	96,8%	98,8%	96,2%
Financiados públicamente (entrega gratis)	64,9%	40,9%	29,4%	22,6%	12,4%	33,3%
Incidencia	37,3%	24,1%	17,5%	12,5%	8,5%	100,0%
Quintil	1	2	3	4	5	Total
Población (4-60)	18,8%	19,4%	20,1%	20,7%	21,0%	100,0%
Le recetaron medicamentos	16,9%	17,8%	18,0%	19,1%	22,6%	19,0%
Obtuvieron medicamentos recetados	82,8%	86,9%	90,9%	89,9%	96,1%	89,9%
Financiados públicamente (entrega gratis)	51,0%	32,8%	26,5%	18,3%	8,2%	24,8%
Incidencia	31,8%	23,4%	20,6%	15,5%	8,8%	100,0%
Quintil	1	2	3	4	5	Total
Población (>60)	25,4%	22,2%	19,3%	17,2%	15,9%	100,0%
Le recetaron medicamentos	41,8%	45,2%	41,1%	42,4%	49,5%	43,8%
Obtuvieron medicamentos recetados	85,7%	88,4%	90,7%	91,4%	94,6%	89,8%
Financiados públicamente (entrega gratis)	19,0%	9,9%	9,4%	11,8%	2,0%	10,7%
Incidencia	40,9%	20,9%	16,0%	18,6%	3,6%	100,0%
Quintil	1	2	3	4	5	Total
POBLACIÓN TOTAL	20,0%	20,0%	19,9%	20,0%	20,0%	100,0%
Le recetaron medicamentos	22,2%	23,1%	22,2%	22,9%	26,9%	23,5%
Obtuvieron medicamentos recetados	85,2%	88,2%	91,7%	91,0%	96,1%	90,6%
Financiados públicamente (entrega gratis)	42,9%	27,4%	23,0%	17,5%	7,5%	22,5%
Incidencia	33,9%	23,2%	19,5%	15,3%	8,1%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a ECV 2001.

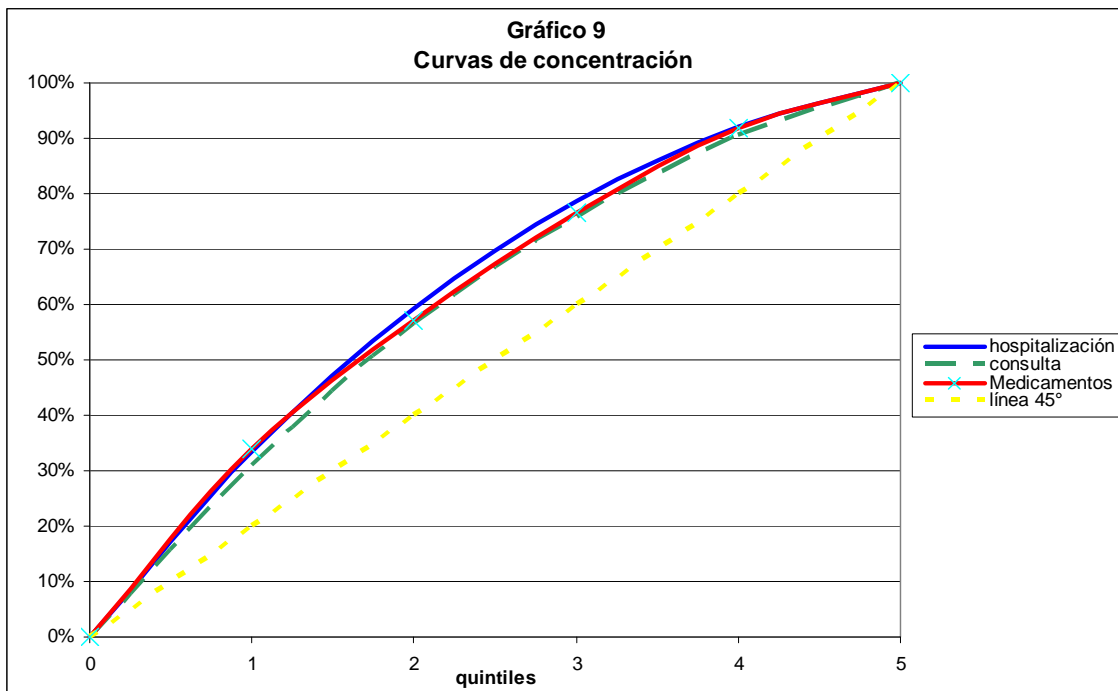
F I E L

- a más del 23 % de la población le recetaron medicamentos, observándose que – excluyendo a las personas de la tercera edad- esa proporción aumenta sistemáticamente a medida que se asciende en la escala social,
- la dificultad para obtener los medicamentos recetados se ubica en torno del 10%, siendo – como era de esperar- más complicado entre los individuos de menores recursos. Los niños, sin embargo, suelen obtener en mayor medida los productos farmacéuticos que requieren (menos del 4% no lo logra), aun en los estratos sociales más bajos,
- la fracción que de los medicamentos obtenidos se consigue en forma gratuita asciende en promedio al 22.5%, cifra que aumenta al 33,3% en el caso de los menores. Si bien las personas mayores de 60 años obtienen en menor proporción medicinas sin cargo que el resto de la población (10.7%), los que pertenecen al segmento más pobre son los más beneficiados en este sentido: más de un 40% de los fármacos los consiguen sin abonar su precio,
- el subsidio público muestra, como en las prestaciones anteriores, un patrón favorable a los de menores ingresos,
- si bien es probable que el Programa Remediar haya cambiado sustancialmente estos resultados, aumentando sin duda la cobertura, la falta de microdatos actualizados sobre estos temas impide evaluar el impacto en términos de incidencia distributiva.

En síntesis, el análisis de incidencia desarrollado muestra que las actividades de salud del sector público, al menos las aquí evaluadas²⁶, tienden a favorecer proporcionalmente más a los individuos de menores recursos, esto quiere decir que la fracción de prestaciones que beneficia a los más pobres es superior a su participación en el ingreso total, no detectándose además variaciones muy relevantes entre las distintas prácticas.

²⁶ En Gasparini, L. et al (2004) se efectúa un análisis de incidencia para prestaciones médicas materno-infantil, encontrando en todos los casos un sesgo pro-pobre, sólo menos importante en lo que respecta a vacunación.

Un instrumento gráfico que ilustra y sintetiza estos resultados es lo que en la literatura especializada se denomina ‘curva de concentración’. La representación que acá se presenta muestra en el eje de abscisas al porcentaje acumulado de población ordenada de menor a mayor ingreso²⁷ y en el de ordenadas el porcentaje acumulado de las prestaciones públicas que reciben. La línea de 45° representa una distribución equitativa de los servicios médicos, mientras que una por encima refleja un sesgo pro-pobre de las políticas públicas, y una por debajo, que éstas se orientan a los segmentos más afluentes. Estas curvas –una por cada prestación analizada- reflejan el carácter pro-pobre de las políticas de salud en la Argentina.



A pesar de este resultado, el análisis también deja al descubierto que hay espacio para una mayor focalización del gasto público en salud: en cualquiera de las prestaciones consideradas, la proporción del esfuerzo fiscal que representan los servicios gratuitamente prestados a los

²⁷ La información está agrupada por quintil de ingreso.

F I E L

individuos de mayores recursos no es menor: estas filtraciones se ubican en un rango que va del 7.5% en medicamentos a más del 18% en internación. Con todo, dado que el método de autoselección actualmente vigente no tiene costos administrativos asociados, cualquier política focalizada deberá balancear los beneficios que una menor filtración del gasto representa con los costos de implementar y controlar los criterios y requisitos de elegibilidad.

Determinantes de la utilización de los servicios de atención médica

Conceptualmente, puede pensarse que dentro de los determinantes próximos de la demanda de servicios médicos se encuentran aquellos factores relacionados con la necesidad o la percepción de la misma -ya sea derivada de la presencia de enfermedad o de la valoración de reducir la probabilidad de contraerlas (prevención)- y de los beneficios esperados de la asistencia médica.

A su vez, al igual que para el resto de los bienes y servicios, se espera que el precio que deben afrontar los individuos sea un factor limitante de la utilización de los servicios de atención médica. En este sentido, juega un rol importante la disponibilidad de seguro médico y/o la existencia de una red pública asistencial que disminuya el precio en el margen a cargo de los usuarios.

Debe tenerse presente, además, que al efecto que el ingreso tiene normalmente sobre la demanda individual de un bien normal, en el caso de la utilización de los servicios médicos debe considerarse el hecho de que en forma no poco frecuente se debe incurrir en un costo de oportunidad por las horas o días perdidos de trabajo. El primer efecto tendería a justificar un demanda creciente en el ingreso, en tanto que el segundo mostraría un impacto inverso.

A estos factores se agregan otros que –por diversos motivos- podrían condicionar la propensión al uso de los servicios médicos. Dentro de éstos se encuentran factores biológicos como la edad y el género, otros de índole socioeconómica como el nivel de escolaridad, y otros relacionados con el estilo de vida o los hábitos, como el consumo de cigarrillos.

F I E L

La evidencia empírica para la Argentina derivada de estimaciones de los determinantes de uso de los servicios médicos es relativamente escasa. Algunos de los principales antecedentes de este tipo de estudio son Gasparini, L. et al (2004), Cavagnero, E. et al (2006) y Crosta, F. et al (2007).

El trabajo de Gasparini, L. et al (2004) evalúa –a partir de datos de la ECV 2001- los determinantes de la decisión de utilizar ciertos servicios de salud destinados al binomio materno-infantil, aplicando modelos de regresión logística. Consideran en particular la decisión de (i) tener más de 4 consultas prenatales; (ii) que el niño recién nacido tenga al menos una consulta de control post-parto; (iii) que el niño menor de 4 años consulte al médico en el mes previo al relevamiento; y (iv) que la madre obtenga los medicamentos prescritos por el médico.

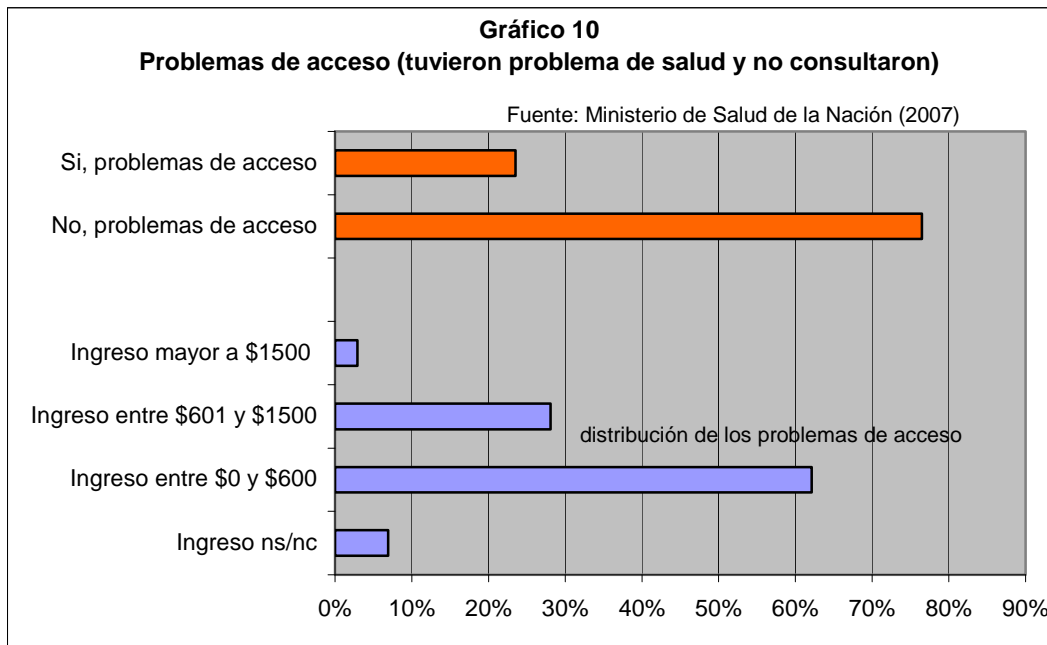
Uno de los resultados más destacables de este estudio es que el ingreso no constituye un determinante significativo del consumo de prestaciones de salud, con excepción de las consultas al médico de los niños menores de 4 años, caso en el que además la incidencia es negativa (a mayor ingreso, menor probabilidad de consultar al médico)²⁸. También de interés resulta ser el hallazgo de que la educación de los padres parece no estar relacionada con el acceso y utilización de las prestaciones, es decir que este trabajo no muestra evidencia de que una menor educación signifique no valorar adecuadamente las ventajas de la atención asistencial y de prevención.

Otra cuestión relevante sobre la probabilidad de utilizar los servicios, es la cantidad de horas que trabaja la madre: esto afecta negativamente la demanda de algunas prestaciones, lo cual –en el caso de los centros asistenciales públicos- lleva a los autores a sugerir la conveniencia de ampliar el horario de atención, reducir las colas, agilizar los turnos, etc., apuntando a dar una solución a lo que parece constituir una barrera importante en el acceso. En el mismo sentido –es decir, por un problema de disponibilidad de tiempo- los autores interpretan la reducción en la probabilidad de demandar algunos servicios asociada al tamaño del hogar (en rigor, a la cantidad de niños

²⁸ Los autores remarcan que aún cuando los individuos más pobres demandan en promedio menos servicios médicos, este hecho parece estar reflejando la correlación del ingreso con otras variables que afectan este consumo, más que la consecuencia de un vínculo directo entre ingreso y acceso a las prestaciones de salud.

menores de 12 años en el mismo), reforzando la sugerencia de dar una respuesta a la restricción horaria y tiempos de espera característicos de la red pública.

Por último, los resultados de este trabajo muestran que contar con un seguro de salud favorece el consumo de prestaciones médicas, cuestión que evidentemente no está vinculado con el precio a cargo de los beneficiarios, dada la gratuidad de los servicios públicos. Aunque los autores no lo mencionan, este comportamiento podría también obedecer a las dificultades que en materia de tiempos de espera, colas y restricción horaria significa la asistencia en dependencias del sector público.



Cabe señalar en relación al tema del acceso –y muy probablemente vinculado con la cuestión del tiempo asociado al consumo de prestaciones- que la Encuesta de Factores de Riesgo 2006 muestra que el 23.5% de los que tuvieron un problema de salud y no consultaron con un profesional refiere problemas de esta naturaleza. Estas dificultades, según surge de ese mismo relevamiento, se concentran fuertemente en los estratos más pobres de la población. El trabajo de Cavagnero, E. et al (2006), en base a la Encuesta de Desarrollo Social de 1997 (sondeo similar al

F I E L

de la ECV 2001) analiza la demanda de consulta médica en los 30 días antes del relevamiento de aquellos que se declararon enfermos. Se utiliza una regresión logística multinomial en la que las variables dependientes son la consulta en establecimiento público, en establecimiento privado, en el de obra social, o no consultó.

Los resultados del estudio sugieren que la probabilidad de efectuar consultas en el sector público se reduce con el nivel de ingreso y que, contrariamente, aumenta las que tienen lugar en dependencias de las obras sociales y, más fuertemente, en establecimientos privados. Otras características individuales y del hogar que afectan el acceso son el grupo etario y el género (los niños y las mujeres tienen mayor probabilidad de consultar, en caso de enfermedad, cualquiera sea el tipo de efector), el nivel educativo del jefe de hogar (promueve la consulta sólo en centros privados y de la seguridad social), las condiciones de salud individual (padecer enfermedades crónicas aumenta la probabilidad de consulta en cualquier tipo de establecimiento, mientras que tener una discapacidad sólo lo hace en dependencias públicas) y la disponibilidad de un seguro de salud (favorece la consulta en centros privados o de la seguridad social, y la reduce en centros oficiales).

Por último, el estudio de Crosta, F. et al (2007), al igual que el de Gasparini, L. et al (2004) se concentra en los problemas de acceso de la población materno-infantil, utilizando datos de la ECV 2001 y la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de 2005. Estiman modelos de probabilidad no lineales (logit) con el objetivo de evaluar cómo cambia la probabilidad de consulta prenatal bajo diferentes condiciones de aseguramiento y de contexto (regionales). Encuentran que disponer de un seguro de salud no altera la probabilidad de consultar, pero sí la de realizar más o menos de cuatro consultas en el período de gestación, y que las realidades regionales resultan determinantes importantes.

La relativamente escasa evidencia empírica local, motivó que en un trabajo reciente (FIEL, 2007) se realizara una estimación adicional de los determinantes del acceso a los servicios médicos, basada en los microdatos de la ECV 2001, y aplicando un modelo logit binomial, en el que se

consideran como potenciales variables explicativas algunas características individuales y regionales.

Tabla 12. Determinantes de la internación por enfermedad: caracterización de las variables utilizadas		
Variables	Descripción	Condición
Variable dependiente		
int_enfermedad	Internación por enfermedad en los últimos 12 meses	1 = si
Variables independientes individuales		
EHI	Ingreso per capita equivalente	
edad1	18 a 44 años	1 = si
edad 2	45 a 60 años	1 = si
edad 3	> 60 años	omitida
sexo1	Masculino	1 = si
educ1	Hasta educación primaria incompleta	omitida
educ2	Educación primaria completa hasta secundaria incompleta	1 = si
educ3	Educación secundaria completa y más	1 = si
cobertura	Cobertura de salud	1 = si
fuma2	Condición de fumador	1 = no
Variables independientes de contexto		
GINI	Coficiente Gini del aglomerado	
Y10Y1	Brecha de ingresos del aglomerado	
hab	Tamaño de la población del aglomerado	

F I E L

El indicador de acceso a los servicios de salud que se utiliza se basa en la condición de si “*Ha sido o no hospitalizado por enfermedad en los doce meses previos al relevamiento*”. Alrededor de 3,5% de la población adulta señaló haber estado internada por enfermedad en el período de referencia.

Con respecto a las variables explicativas a nivel individual, se consideraron edad, género, educación, cobertura médica, condición de fumador e ingreso per capita equivalente. La Tabla 12 resume las variables individuales utilizadas, los rangos o especificaciones de cada una empleados para clasificar a la población, y la categoría tomada en cada caso como referencia o base (omitida) en la regresión.

Con el objeto de contrastar también en este caso la hipótesis de que no sólo el ingreso sino también la desigualdad distributiva da lugar a disparidades en el acceso a la salud, se incorporaron variables a nivel del aglomerado de residencia del individuo que captaran este fenómeno. A tal fin, se prueban alternativamente, el coeficiente Gini y la brecha de ingresos entre el 10% más rico y el 10% más pobre de la población de cada área. Se ha seleccionado, además, dentro de distintas variantes analizadas, el tamaño del aglomerado como potencial determinante del acceso a los servicios de hospitalización.

La Tabla 13 muestra los resultados de las estimaciones realizadas, observándose que el género y la edad son determinantes en la internación por enfermedad: ser hombre y ser más joven reduce la probabilidad de ocurrencia. Por el contrario, el coeficiente que acompaña a la variable que representa el hábito de fumar –como era de esperar- tiene signo positivo: esta conducta aumenta la probabilidad de enfermarse y ser hospitalizado. Otra variable relevante dentro de las características individuales es el nivel de educación, obteniéndose que a mayor escolaridad, menor probabilidad de ser hospitalizado. El ingreso, en cambio, resulta una variable no significativa, a diferencia de la pertenencia a algún seguro de salud, que surge como un determinante de consideración.

Tabla 13. Determinantes de la internación por enfermedad: resultados de las estimaciones de las regresiones logísticas

int_enferm~d	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
EHI	-.0001831	.0001216	-1.51	0.132	-.0004214 .0000552
EHI_sq	2.60e-08	1.14e-08	2.29	0.022	3.73e-09 4.83e-08
GINI	2.470258	1.075474	2.30	0.022	.3623688 4.578148
ln_hab	-.1452435	.0295289	-4.92	0.000	-.2031191 -.087368
educ2	-.3257467	.0906317	-3.59	0.000	-.5033815 -.1481119
educ3	-.6617789	.110549	-5.99	0.000	-.878451 -.4451067
edad1	-1.142142	.0944928	-12.09	0.000	-1.327345 -.9569398
edad2	-.6008421	.0935409	-6.42	0.000	-.784179 -.4175052
fuma2	-.1721019	.0738867	-2.33	0.020	-.3169173 -.0272865
sexo1	-.1919393	.0736941	-2.60	0.009	-.3363771 -.0475016
cobertura	.3878816	.085111	4.56	0.000	.2210672 .554696
_cons	-1.64958	.5822849	-2.83	0.005	-2.790837 -.5083221

int_enferm~d	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
EHI	-.0001882	.0001216	-1.55	0.122	-.0004265 .0000502
EHI_sq	2.64e-08	1.14e-08	2.32	0.020	4.12e-09 4.87e-08
Y10Y1	.0111666	.0052847	2.11	0.035	.0008088 .0215243
ln_hab	-.1522291	.0308375	-4.94	0.000	-.2126694 -.0917887
educ2	-.3284454	.090571	-3.63	0.000	-.5059612 -.1509295
educ3	-.6610081	.1105217	-5.98	0.000	-.8776267 -.4443896
edad1	-1.141549	.0944677	-12.08	0.000	-1.326702 -.956396
edad2	-.5998013	.0935244	-6.41	0.000	-.7831058 -.4164967
fuma2	-.1688154	.0738219	-2.29	0.022	-.3135037 -.0241271
sexo1	-.19102	.0736773	-2.59	0.010	-.3354248 -.0466151
cobertura	.385501	.0850621	4.53	0.000	.2187823 .5522196
_cons	-.6851318	.3961271	-1.73	0.084	-1.461527 .0912631

Fuente: FIEL (2007)

Los resultados obtenidos reflejan en rigor que la variable dependiente, hospitalización por enfermedad, subsuma dos tipos de fenómenos: por un lado, el de la condición de salud y, por el

F I E L

otro, el de tener acceso a los servicios médicos. Así, es probable que en lo que concierne a la educación, las estimaciones muestren el efecto dominante que tiene esta condición sobre el estado de salud, mientras que la incidencia del seguro médico refleja prioritariamente la importancia de esta variable en la decisión personal de hacer uso de los servicios de atención médica.

En lo que concierne a la desigualdad, tanto sea medida por el Gini como por la brecha de ingresos, se obtiene un coeficiente con el signo que sugiere parte de la literatura (la desigualdad aumenta la probabilidad de no estar sano), y se convierte además en una variable significativa al introducir como argumento en el modelo, el tamaño de la población de cada aglomerado. Sin embargo, dadas las características del indicador de salud considerado, es posible que este resultado pueda estar reflejando también las condiciones de acceso de los servicios de atención médica.

En definitiva, los pocos estudios locales emprendidos no permiten afirmar que exista un gradiente social en lo que concierne al acceso a las prestaciones médicas: la asociación entre estado de salud y características socioeconómicas parece vincularse más con otros factores, probablemente hábitos en materia de controles médicos, que a la existencia de algún obstáculo en recibir asistencia en caso de necesidad.

VII. CONSIDERACIONES FINALES

Tanto en el plano académico como en el de las políticas públicas, se reconoce que –aún cuando la organización de los sistemas de atención médica constituye un elemento clave para mejorar las condiciones de salud- existen múltiples factores determinantes de la morbi-mortalidad de la población, muchos de los cuales presentan un vínculo con las condiciones socioeconómicas de los individuos, particularmente entre los individuos más pobres.

Un aspecto que resulta más controvertido es si las diferencias en salud se limitan a una brecha entre los más pobres de una sociedad y el resto o existe lo que se denomina un gradiente social en salud, es decir, diferencias a lo largo de todo el espectro de la población.

La literatura especializada debate, además, si -al menos en parte- la influencia de la situación socioeconómica sobre la salud individual tiene lugar a través de conductas o estilos de vida que se diferencian entre las personas pertenecientes a distintos estratos sociales o, lo que es lo mismo, si son los hábitos los que muestran un gradiente social.

Más recientemente, se ha agregado a esta discusión la hipótesis de que la desigualdad distributiva de una sociedad puede también representar un riesgo adicional para la salud de los individuos que la integran.

Las discrepancias sobre estas cuestiones resultan sumamente extendidas, y su relevancia en lo que se refiere a las políticas públicas no es menor. En definitiva, se traduce en si a los fines de mejorar la salud de la población, no sólo debe tenerse en cuenta el alivio a la pobreza, la provisión de servicios médicos y la educación para la adopción de hábitos saludables, sino también la cuestión distributiva.

Las estimaciones internacionales muestran en general una relación positiva y decreciente entre ingreso individual y estado salud, lo que significa que cada peso de ingreso adicional da lugar a una mejora cada vez menor en la salud personal. En lo que concierne, en cambio, a la incidencia

F I E L

de la desigualdad distributiva, la evidencia empírica resulta confusa y, por lo tanto, nada concluyente. Por su parte, los factores de riesgo vinculados con estilos de vida muestran una relación con el ingreso personal que cambia –incluso de signo- a través del tiempo y entre países: el tabaquismo, la dieta y el ejercicio físico son ejemplos elocuentes en este sentido.

Estas consideraciones destacan la importancia de contar con estudios para cada país, por lo que en este trabajo –además de revisar la información disponible para la Argentina- se intenta contribuir en ese sentido.

La evidencia empírica de la Argentina sugiere que existe un gradiente social en salud, es decir que las características socioeconómicas (ingreso y educación) son determinantes del estado de salud de los individuos, mientras que la desigualdad distributiva no parece jugar ningún rol en este sentido.

A su vez, la relación entre salud y posición en la escala social no parece vincularse con una mayor prevalencia de hábitos poco saludables entre los individuos de menores ingresos, sino con escasas conductas preventivas en materia de controles médicos por parte de este grupo poblacional.

Debe destacarse, sin embargo, que el creciente interés que ha suscitado el estudio de los determinantes sociales de la salud, no significa que el acceso a los servicios de atención médica deje de ser una dimensión relevante; de hecho, continúa siendo, tanto en la teoría como en la práctica, uno de los factores más significativos y menos controvertidos que inciden sobre el estado de salud de los individuos. Por este motivo, en la mayor parte de las sociedades –aunque con distinto grado de alcance- el criterio de equidad está incorporado en el diseño institucional de los respectivos sistemas de salud.

En la Argentina, el sistema público de salud contempla la provisión universal y gratuita de prestaciones, a pesar de que existe un régimen de cobertura obligatoria a través de la seguridad social y un difundido sistema de seguros privados de salud. Esto revela que el criterio de equidad

F I E L

adoptado, si bien admite diferencias en los servicios de atención médica a los que tienen acceso los distintos grupos poblacionales, implica un fuerte compromiso con reducir la desigualdad en materia de salud. La relevancia del sector público dentro del sistema, con más de un 50% de las camas hospitalarias disponibles, da cuenta de ello.

Sin embargo, la disponibilidad de una importante red asistencial pública de carácter universal no significa necesariamente que los principales beneficiarios del sistema sean los grupos de menores recursos: en rigor, dependerá de las decisiones de los propios individuos quiénes se constituyan en los efectivos usuarios del sistema. En consecuencia, sólo a través de la evaluación empírica puede establecerse si se cumple el objetivo de reducir la desigualdad en el acceso a la salud que se propone la acción directa del Estado en esta área.

El análisis desarrollado en este trabajo muestra que las prestaciones de salud que brinda el sector público tienen un sesgo pro-pobre, es decir que tienden a favorecer proporcionalmente más a los individuos de menores recursos. A pesar de este resultado, el análisis también deja al descubierto que hay espacio para una mayor focalización del gasto público en salud: en cualquiera de las prestaciones consideradas, la proporción del esfuerzo fiscal que representan los servicios gratuitamente prestados a los individuos de mayores recursos no es despreciable.

Más allá de evaluar a quién beneficia el sistema público de salud, resulta también de interés –en el marco del estudio de las disparidades en salud- explorar qué características de los individuos pueden potencialmente explicar la decisión de utilizar (o acceder a) las prestaciones asistenciales. Ello está orientado a investigar si existen indicios de una asociación sistemática entre el uso de los servicios y las condiciones socioeconómicas de las personas o, en otros términos, si hay alguna evidencia de un gradiente social en el acceso a la atención médica.

Los escasos estudios locales emprendidos, incluyendo la estimación encarada en este trabajo, no permiten afirmar que exista un gradiente social en lo que concierne al acceso a las prestaciones médicas, esto es, la utilización de estos servicios no parece estar vinculada con las características socioeconómicas de los individuos.

F I E L

En resumen, entonces, ni los estilos de vida ni dificultades en el acceso a los servicios médicos parecen explicar la asociación evidenciada en la Argentina entre el estado de salud y las características socioeconómicas de los individuos; parecen, en cambio, ser relevantes las escasas conductas preventivas en materia de controles médicos que caracterizan a la población de menores recursos.

Es posible que estas conductas obedezcan en parte a problemas de información acerca de las ventajas de las prácticas preventivas; sin embargo, no se puede descartar que las limitaciones horarias, colas y problemas de obtención de turnos típicos de la red pública asistencial constituyan también un obstáculo para utilizar los servicios fuera de las situaciones de necesidad asistencial.

De los resultados que arroja el presente estudio es posible establecer un conjunto de políticas públicas prioritarias que permitirían mejorar la salud de la población, reduciendo a su vez las desigualdades sociales en este aspecto. Esta agenda debería incluir, prioritariamente, lo siguiente: evitar la filtración a los grupos más aventajados de la sociedad del subsidio implícito que representa la atención gratuita en el sistema público de salud; enfatizar las actividades de promoción de la salud y prevención entre la población de menores recursos; y mejorar la eficiencia en la gestión de las unidades prestadoras de modo de no desalentar su uso fuera de la enfermedad.

Referencias

Blakely T, S. Hales, C. Kieft, N. Wilson and A. Woodward (2005), “The Global Distribution of Risks Factors by Poverty Level”, Bulletin of the WHO, 83.

Blakely T, S. Hales and A. Woodward (2004), “Poverty : Assessing the Distribution of Health Risks by Socioeconomic Position at National and Local Levels”, WHO Environmental Burden of Disease Series, No. 10.

Braveman, P., S. Egerter, C. Cubbin, K. Marchi (2004), “An Approach to Studying Social Disparities in Health and Health Care”, American Journal of Public Health, Vol 94, No. 12.

Cavagnero, E.; G. Carrin; Xu, K.; Agilar-Rivera, A. (2006), “Health Financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization”, Innovations in Health Financing, WP Series 8.

CEPAL (2006), “La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad”.

Clifton, J. and N. Gingrich (2007), “Are Citizens Of The World Satisfied With Their Health?” , Health Affairs 26, N°5.

Crosta, F. y N.Porto (2007), “Una Exploración Inicial en los Determinantes del Uso de los Servicios de la Salud Materno-Infantil en la Argentina”, trabajo presentado en la Reunión de la AAEP 2007, mimeo.

Cutler, D. and A. Lleras-Muney, “Education and Health: Evaluating Theories and Evidence”, National Poverty Center.

Commission on Social determinants of Health (2007), “Priority Public Health Conditions”, PPHC-KN.

Deaton, A. (2001), “Health, Inequality, and Economic Development”, NBER Working Paper Series, WP 8318.

Deaton, A. (2003), “Health, Inequality, and Economic Development”, Journal of Economic Literature, Vol.41, N°1.

ESRC (2006), “Developing the Evidence Base for Tackling Health Inequalities and Differential Effects”, ESCR Seminar Papers.

FIEL (2007), “La Igualdad de Oportunidades en la Argentina: Movilidad Intergeneracional en los 2000”, en prensa.

**F
I
E
L**

Gakidou, E, C. Murray and J. Frenk (2000), “Defining and Measuring Health Inequalities: An Approach Based on the Distribution of Health Expectancy”, *Bulletin of the WHO*, 78.

Galiani, S., M. González-Rosada and E. Schargrotsky (2007), “Water expansions in Shantytowns: Health and Savings”, *Red de Centros de Investigación del BID*, WP N°R-527.

Gasparini, L. y M. Panadeiros (2004), “Argentina: Assessing Changes in Targeting Health and Nutrition Policies”, *World Bank HNP Discussion Paper, Reaching the Poor Program Paper N°1*.

Gravelle, H. (1998), “How Much of the Relation between Population Mortality and Unequal Distribution of Income is a Statistical Artefact?”, *BMJ* 316.

Grossman, M. (1972), “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health”, *Journal of Political Economy*, 80 (2).

Health Disparities Task Group (2004), “Reducing Health Disparities – Roles of the Health Sector: Discussion Paper”, Canada.

Jones, A. and J. Wildman (2004), “Disentangling the Relationship Between Health and Income”, *ECuity III Project*.

Kawachi, I; BP Kennedy; K. Lochner and D. Prothrow-Stith, “Social capital Income Inequality and Mortality”. *American Journal of Public Health* 87 (9).

Kelly, M.; A. Morgan; J.Bonnefoy; J. Butt; V. Bergman (2007), “The Social Determinants of Health: Developing an Evidence Base for Political Action”, *National Institute for Health and Clinical Excellence*, final report for World Health Organization.

Lynch, J; G.D. Smith; S. Harper; M. Hillmeier; N. Ross; G. Kaplan and M. Wolfson (2004), “Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review”; *The Milbank Quaterly*, Vol.82, N°1.

Maani, S.; R. Vaithianathan and B. Wolfe (2006), “Inequality and Health: Is Housing Crowding the Link?”, *Motu Working paper 06-09*, Motu Economic and Public Research, New Zealand.

Makinen, M., H. Waters, M.Rauch, N. Almagambetova, R. Bitran (2000); “Inequalities in Health Use and Expenditures: Empirical Data from Eight Developing Countries in Transition”, *Bulletin of the WHO*, 78.

Ministerio de Salud (2006), “Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Informe de Resultados”.

F I E L

Ministerio de Salud (2007), “Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud Argentina – Año 2005”, Encuestas a Población, Serie 10 N°20.

Ministerio de Salud (2005), “Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud Argentina – Año 2003”, Encuestas a Población, Serie 10 N°19.

Murria, C.; E. Gakidou and J. Frenk (1999), “Health Inequalities and Social Group Differences: What Should We Measure?”, *Bulletin of the WHO*, 77.

O’Donnell, O.; E. van Doorslaer; A. Wagstaff and M. Lindelow (2007), “Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to Techniques and Their implementation”, World Bank Institute.

OPS (2001), Hoja Resumen sobre Desigualdades en Salud, Argentina.

Preston, S. (1975), “The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development”, *Population Studies*, 29.

Rodgers, G (1979), “Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis”, *Population Studies* 33, 1979.

Rojas, F. (2007), “Poverty Determinants of Acute Respiratory Infections among Mapuche Indigenous People in Chile’s Ninth Region of Araucania, Using GIS and Spatial Statistics to Identify Health Disparities”, *International Journal of Health Geographics*, BioMed Central.

Sen, A. (1999), “Development as Freedom”, NY: Knopf.

SIEMPRO (2001), “Encuesta de Condiciones de Vida”, microdatos, Argentina.

Smith, J. (1999), “Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation Between Health and Economic Status”, *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 13, N°2.

Subramanian, S. and I. Kawachi (2004), “Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far?”, *Epidemiologic Reviews*, Vol. 26.

Subramanian, S. and I. Kawachi (2003), “Response: In Defence of the Income Inequality Hypothesis”, *International Journal of Epidemiology*, Vol.32.

Wagstaff, A.; F. Bustreo; J. Bryce; M. Claeson (2004), “Child Health: Reaching the Poor”, *American Journal of Public Health*, Vol.94 N°5.

Wagstaff, A. and E. van Doorslaer (2000), “Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us?”, *Annual Review of Public Health*, 21.

**F
I
E
L**

Wagstaff, A. and E. van Doorslaer (1998), “Equity in Health care finance and Delivery”, in North Holland Handbook of Health Economics.

Waldmann, R. (1992), “Income Distribution and Infant Mortality”, Quarterly Journal of Economics 107.

Wilkinson, R. (1989), “Class Mortality Differentials, Income Distribution and Trends in Poverty 1921-1981”, Journal of Social Policy 18.

Wilkinson, R. (1997), “Commentary: Income Inequality Summarizes the Health Burden of Individual Relative Deprivation”, BMJ 314.

Wilkinson, R. and Marmot, M. (2003), Social Determinants of Health: The Solid Facts”, 2nd edition, WHO.

PATROCINANTES DE FIEL

ABA - Asoc. Bancos de la Argentina
ACARA-Asoc. de Conces. de Autom. de
la Rep. Arg.
ACE Seguros S.A.
ADECCO
Aga S.A.
Amarilla Gas S.A.
American Express Argentina S.A.
Aseg. de Caucciones S.A. Cía. Seg.
Aseg. de Créditos y Garantías
Asoc. Argentina de Cías. de Seguros

Banco CMF S.A.
Banco COMAFI
Banco del Chubut
Banco Finansur S.A.
Banco Galicia
Banco Macro
Banco Patagonia S.A.
Banco Privado
Banco Sáenz S.A.
Banco Santander Río
BBV Banco Francés
BNP Paribas
Bodegas Chandon S.A.
Bolsa de Cereales de Buenos Aires
Bolsa de Comercio de Bs.As.
Booz Allen Hamilton de Arg. S.A.
Bunge Argentina S.A.

C&A Argentina SCS
Cabrales
Caja de Seguro S.A.
Cámara Argentina de Comercio
Camuzzi Argentina
Cargill S.A.C.I.
Cencosud S.A.
Central Puerto S.A.
Cervecería y Maltería Quilmes
Chep Argentina S.A.
CIMET S.A.
Citibank, N.A.

Coca Cola de Argentina S.A.
Coca Cola FEMSA de Buenos Aires
COPAL
Corsiglia y Cía. Soc. de Bolsa S.A.
Costa Galana
CTI Compañía de Teléfonos del
Interior S.A.

Daimler Chrysler
Dell Argentina
Direct TV
Droguería Del Sud
Du Pont Argentina S.A.

Editorial Atlántida S.A.
Esso S.A. Petrolera Argentina

F.V.S.A.
Falabella S.A.
FASTA
Farmanet S.A.
Ford Argentina S.A.
Fratelli Branca Dest. S.A.
FPT - Fundación para la Formación
Profesional en el Transporte

Gas Natural Ban S.A.
Grupo Danone
Grimoldi S.A.

Hewlett Packard Argentina S.A.

IBM Argentina S.A.
INFUPA S.A.
Internet Securities Argentina SRL.
IRSA

Javicho S.A.
Johnson Diversey de Argenitna S.A.
José Cartellone Const. Civiles S.A.
JP Morgan Chase

**F
I
E
L**

**La Holando Sudamericana
Loimar S.A.
Loma Negra C.I.A.S.A.
Los Gallegos Shopping
L'Oreal Argentina
Luncheon Tickets S.A.
Louis Dreyfus Commodities**

**Mabe Argentina
Magic Software Argentina A.A.
Marby S.A.
Massalin Particulares S.A.
Mastellone Hnos. S..
Medicus A. de Asistencia Médica y
Científica
Mercado Abierto Electrónico S.A.
Mercado de Valores de Bs. As.
Merchant Bankers Asociados
Metrogas S.A.
Murchison S.A. Estib. y Cargas**

**Neumáticos Goodyear SRL.
Nextel Communications Argentina
S.A.
Nike Argentina S.A.
Nobleza Piccardo S.A.I.C.F.
Novartis**

**OCA S.A.
Organización Techint
Orígenes AFJP S.A.
Orlando y Cía. Sociedad de Bolsa**

**Pan American Energy LLC
PBBPolisur S.A.**

**Petroquímica Cuyo SAIC
Petrobras Energía S.A.
Philips Argentina S.A.
Pirelli Neumáticos SAIC.
Prysmian Energía Cables y Sistemas
de Argentina**

Quickfood S.A.

**Repsol-YPF
Roggio S.A.**

**San Jorge Emprendimientos S.A.
SC Johnson & Son de Arg. S.A.
Sealed Air Argentina S.A.
Sempra Energy International
Argentina
Shell C.A.P.S.A.
Siemens S.A.
Sociedad Comercial del Plata S.A.
Sociedad Rural Argentina
Standard Bank
Swift Armour S.A. Argentina**

**Telecom Argentina
Telecom Italia S.P.A. Sucursal
Argentina
Telefónica de Argentina
Total Austral**

**Unilever de Argentina S.A.
Unión de Administradoras de Fondos,
Jubilaciones y Pensiones**

Vidriería Argentina S.A.