

LOS DESAFÍOS DE EQUIDAD EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD



Por Martín A. Morgenstern

Debatir en el contexto sanitario toda cuestión de equidad nos remite inexorablemente a la necesidad de clarificar términos y conceptos. Así por ejemplo debemos señalar las obvias diferencias epistemológicas entre la igualdad y la equidad.

La noción de igualdad implica fundamentalmente un concepto positivo (un hecho cuantificable y contrastable). Frente a esto, al hablar de equidad nos encontramos ante una definición axiológica o normativa que responde a juicios de valor de lo que una persona o sociedad, pueden considerar como una distribución justa.

En consecuencia, la equidad requiere conceptualmente de sustento teórico que defina lo que es justo o no, ya que no en todos los casos, la igualdad equivale a equidad. Diferencias positivamente cuantificadas pueden ser en cierto contexto consideradas como equitativas.

Esta definición sugiere entonces que para determinar la equidad o inequidad de una circunstancia, nos será requerida una acción de dos pasos: contar con una definición normativa rectora para justa distribución, y desarrollar una evaluación cuantitativa que sustente tal afirmación (Curva de Lorenz, Coeficiente Gini, Índice de Concentración, etc.)

El orden de los factores

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que “medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud. De acuerdo a Whitehead (1991) y Schneider (2002) desigualdad no es sinónimo de inequidad. La inequidad es una desigualdad injusta y evitable (...). Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas”¹.

En total acuerdo sobre la segunda parte de esta afirmación, objetamos la primera desde dos ángulos críticos:

- a. Conceptual: ¿Cuál es el sentido de demostrar desigualdades, si la sociedad debe luego coincidir o debatir, respecto a la equidad o inequidad implícita en tales desigualdades?
- b. Procedural: Sin que medie una previa definición respecto a los criterios normativos sociales que deben regir la distribución de los servicios o sus cargas, la búsqueda de desigualdades, carece de objetivos claros y de un marco rector. El procedimiento es indirecto y por tal, menos eficiente.

Es claro que sin los dos pasos podríamos evaluar algunos problemas de equidad horizontal la cual implica igual tratamiento ante igual necesidad, midiendo diferencias en términos de universalidad, portabilidad y accesibilidad (barreras económicas, geográficas, tiempos de espera, culturales, etc). Sin embargo, sin una sólida teoría normativa estaremos perdidos ante el estudio de equidad vertical, la cual supone diferentes tratamientos ante necesidades o posibilidades iguales o distintas, evaluando en contexto un mayor tratamiento para dolencias graves o para quienes menos tienen, o quizás desde el financiamiento de un Sistema, mayores aportes ante mayores ingresos (contribución o impuesto progresivo).

Consecuentemente, la equidad vertical nos enfrenta a una serie de problemas normativos sumamente complejos: cuando un sistema de salud debe tomar decisiones definiendo como distribuir cantidad y calidad de los servicios en torno a qué, para quién, cuánto, cómo, quién lo va a pagar, etc.

Contexto normativo

En concordancia a nuestra crítica, proponemos entonces identificar en primer lugar las normas de justicia que rigen la distribución de servicios de salud en la sociedad y luego, avanzar hacia la medición de posibles consecuencias en términos de desigualdades.

Normativamente, el tema de salud es mencionado solo tangencialmente en el artículo 42 de la Constitución Argentina (introducido en la reforma de 1994): “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación

de consumo, a la protección de su salud...” Algunas especulaciones implican el derecho a la vida como un derecho no enumerado del artículo 33.²

La preocupante realidad es que -sólo en virtud del reconocimiento y adopción de los tratados internacionales de derechos humanos que gozan de jerarquía constitucional- los argentinos podemos pretender un acceso extensivo a servicios de salud. Concretamente es una vía indirecta y no una decisión explícita de los constituyentes, la que incorpora derechos reales a recibir servicios de salud a la carta magna, el documento que debe constituir la base del contrato social de nuestra Nación.

La Convención Americana sobre Derechos de San José de Costa Rica de noviembre de 1969 consagra en su artículo 4 el derecho a la vida³, pero más específicamente es el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador, de Noviembre de 1988, el que define tangiblemente en su artículo 10 el derecho a la salud como un bien público⁴:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. *la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;*
 - b. *la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
 - c. *la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;*

- d. *la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;*
- e. *la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y*
- f. *la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.*

Si bien esta especificación no establece una universalización de coberturas de salud para todos los habitantes, implica al menos un compromiso hacia una extensión más igualitaria de los beneficios de la atención.

En términos de regulación específica debe recordarse que el Decreto 492/95 creó el Programa Médico Obligatorio (PMO) de aplicación obligatoria para las instituciones de la Seguridad Social regidas por las Leyes 23.660/661 (Obras Sociales Nacionales).

Este PMO estableció una canasta de prestaciones mínimas aseguradas, que con carácter de regulación dinámica ha ido incorporando un conjunto de servicios considerados indispensables frente al universo de necesidades de salud.

La posterior Ley 24.754/96 estableció que las empresas o entidades que prestan servicios de medicina prepaga (y asociaciones mutuales)⁵ deben cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial, las mismas prestaciones obligatorias dispuestas por las obras sociales.

En este punto no debemos olvidar que este derecho a recibir una canasta mínima de servicios de salud, solo alcanza al 50% / 55 % de los argentinos que cuentan con servicios de las instituciones señaladas. Aquellos que reciben atención de instituciones provinciales de seguridad social y desde luego el aproximadamente 40% de la población que depende de los servicios brindados por hospitales y otras estructuras del sector público (nacional, provincial y municipal), no están



GrupoMADERO

ADMINISTRACION DE RIESGOS

Nos avalan más de 25 años de Experiencia en Administración del Riesgo de la Praxis Médica en Hospitales, Sanatorios, Colegios y Círculos Médicos. Esto hace de Grupo Madero la empresa líder

Grupo Madero Creadores de la Protección Médico Legal en Exceso del Seguro

Lima 355 - 10° A - Ciudad de Buenos Aires - C1073AAG

Tel: 5239-8840/8841/8842/8843

Atención al Cliente: 0800-888-6233

Cuadro 1. Argentina: reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna

Reducción	1990	2009	1990-2009
T. de m. infantil <1 (por .1000 nac. vivos)	25,6	12,1	-52,73%
T. de m. infantil <5 (por 1.000 nac. vivos)	29,6	14,1	-52,36%
T. m. materna (por 10.000 nac. vivos)	5,2	5,5	+5,77%

Fuente: elaboración propia sobre datos de Ministerio de Salud. Indicadores Básicos 2010

abarcados ni incluidos en esta garantía de coberturas.

Aunque muchas legislaturas provinciales han ido incorporando leyes que implican derechos en términos de acceso a determinados servicios de salud, la realidad es que pocas de estas definiciones se han transformado en servicios y beneficios tangibles para toda la población.

Extensión en el acceso

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, y junto con ministerios provinciales, se han desarrollado en la última década programas estructurados para mejorar el acceso a servicios esenciales de salud. Dentro de un conjunto de planes cabe señalar cuatro iniciativas fundamentales:

- El Programa de Atención Primaria: con 6956 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos en todo el país,
- El Programa Remediar+Redes: instaurado en 2002 para fortalecer la APS mediante una distribución gratuita de medicamentos para 15 millones de personas.
- El Plan Nacer: iniciado en 2005 en las provincias del NEA y NOA se extendió a partir de 2007 a todo el país para brindar cobertura de salud a mujeres embarazadas, puérperas y niños y niñas menores de 6 años que no tienen cobertura formal.
- El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable instaurado con el objeto de promover la igualdad de derechos en el acceso a una atención integral de la salud sexual y reproductiva.

También debe ser ponderado el efecto de reducción de la indigencia (y por ende una mejora en términos de determinantes en salud) que produjo la extensión de la Asignación Universal por Hijo a trabajadores informales, desocupados y servicio doméstico con hijos menores de 18 años y embarazadas.

Evaluando resultados

Revistos los criterios normativos aplicables al contexto (y algunas de las iniciativas para extender la accesibilidad real) podemos entonces y como segundo paso revisar los resultados observables. Un buen indicador de impacto, lo constituye sin dudas la trazabilidad del cumplimiento de las Metas y Objetivos del Milenio.

El compromiso asumido implicaba reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de 5 años, como así también reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna.

Frente a esto se observa que en nueve años se ha logrado

Cuadro 2. Desigualdad provincial

Mortalidad infantil	2004	2008
Formosa	25,1	19,2
CABA	8,7	7,7
	289%	249%

Fuente: elaboración propia sobre datos de Ministerio de Salud. Indicadores Básicos 2010

Cuadro 3. Desigualdad provincial


Mortalidad materna	2004	2008
Formosa	11,1	11,5
CABA	2	0,9
	555%	1278%

Fuente: elaboración propia sobre datos de Ministerio de Salud. Indicadores Básicos 2010

reducir en promedio la mortalidad infantil en un 52 % pero lamentablemente no solo no hemos podido reducir la mortalidad materna, sino que además la misma se ha incrementado casi 6% durante este período observado (cuadro 1).

Otro compromiso implicaba reducir en un 10% la desigualdad entre provincias lo cual podría llegar a cumplirse si evaluamos la mortalidad infantil (cuadro 2). Pero resulta incumplible al observar el proceso de la mortalidad materna (cuadro 3).

Normativamente resulta claro que al igual que otras naciones de nuestro continente, nuestra sociedad no ha compartido la visión europea de universalidad y acceso igualitario a servicios de salud. Obviamente toda revisión comparativa de los indicadores de esos países, nos demuestra el auténtico sentido de las diferencias.

Desde una perspectiva subjetiva parecería que hasta que no se modifique esta “fragmentada visión”, continuaremos por muchos años midiendo “las desigualdades en las condiciones de vida y salud”, pero difícilmente lograremos cerrar estas enormes brechas que caracterizan a nuestros Sistemas de Salud. Parafraseando a Albert Einstein podríamos señalar que “si se buscan resultados distintos, no deberíamos hacer siempre lo mismo”. 

- 1 OPS Boletín Epidemiológico, Vol. 25 No. 4, diciembre 2004.
- 2 Constitución de la Nación Argentina <http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/cuerpo1.php>
- 3 Convención Americana sobre Derechos Humanos <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html>
- 4 Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Portocolo de San Salvador” <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html>
- 5 Resolución 2584/01 INAES (6/12/2001) B.O.: 11/12/2001