

# Una mirada a la equidad en salud en Chile: ¿Somos tan inequitativos?

**Dr. Flavio Zepeda L.**

Magíster de Organización de  
Sistemas de Salud ©,  
Universidad de Valparaíso  
Residente de 3º año de Medicina  
Familiar, Universidad de  
Valparaíso

## RESUMEN

Hablar de desigualdades en Salud es hablar de las diferencias de salud entre grupos, independientemente de cualquier valoración sobre la justicia de éstas. La inequidad se refiere a aquellas desigualdades en salud consideradas injustas. La equidad hace alusión a aquellos ámbitos axiológicos de una sociedad, en el caso de la salud a la distribución del nivel de salud en una población con independencia de los recursos económicos de las personas.

Asumiendo la conocida relación de mutua determinación entre el nivel de salud de una población y los niveles de desarrollo alcanzados por una nación, el presente texto tiene por objetivo analizar la situación de inequidad en Chile señalada en el "Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000" elaborado por la Organización Mundial de la Salud que muestra a Chile con indicadores de salud de vanguardia en el contexto latino-

americano pero con una muy mala valoración en la distribución financiera, definida a través de la contribución en la equidad financiera. A partir de la discrepancia tan profunda que emerge al contrastar los indicadores sanitarios planteados en dicho informe y el producto interno bruto (PIB) per cápita existente en nuestro país, se analiza la construcción de los indicadores que dan cuenta de los niveles de salud en cada país, señalando observaciones al indicador de contribución a la equidad financiera.

Se observa que, si bien Chile es un país con una elevada inequidad en la distribución de los recursos, la situación de salud es elevada posiblemente debido al efecto redistributivo de la carga impositiva, es decir, más importante que saber como se genera la recaudación de los recursos en salud, es conocer como dichos recursos se utilizan. Según datos de Mideplan, en Chile existe una importante redistribución del gasto a partir de las políticas sociales de subsidiariedad a los grupos más desposeídos. Este punto es el que podría explicar por que Chile alcanza tales niveles sanitarios con un indicador financiero que en su construcción lo desfavorece dado que no contempla la totalidad de las inversiones en salud efectuadas por el país.

## INTRODUCCIÓN

Históricamente se ha considerado a la Salud como un bien necesario para las personas y la sociedad, en tanto es ne-

cesaria para desarrollar las aspiraciones personales y colectivas, contribuye al crecimiento y desarrollo, tanto en el ámbito productivo como de desarrollo social. Por ello, las sociedades se preocupan de incorporarla en su aparato legal. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) plantea<sup>1</sup>: "...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios...", "...la maternidad y la infancia tienen derechos a cuidados y asistencias especiales...". En Chile la Constitución Política de la República hace lo suyo en el Art. 19 número 9.

Alcanzado en muchos países un cierto nivel de progresos importantes en Salud, con aumentos de la esperanza de vida y mejorías de la supervivencia infantil sin precedentes, se profundiza en el problema de las disparidades en salud.

La inequidad en salud constituye un hecho generalizado, se observa tanto en países ricos como pobres y tanto si el estado sanitario global de cada uno de ellos exhibe logros altos o bajos.

Para ilustrar lo anterior con ejemplos se trae a la memoria el caso de Sudáfrica posterior al apartheid, donde la cifra de mortalidad infantil es 5 veces mayor en los negros que en los blancos, incluso dentro de cada población racial/étnica

<sup>1</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 25.

**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**

existe una “divisoria de salud” entre los grupos pobres, los de ingreso medio y los adinerados<sup>2</sup>.

Lo mismo ocurre en Estados Unidos, cuando se comparan los condados con las tasas de mortalidad más altas y más bajas, aparece una diferencia de 13 años entre la esperanza de vida de las mujeres y de 16 años en la de los varones, patrones que siguen estrechamente los perfiles de pobreza y de las minorías étnicas de dicha nación<sup>3</sup>. Incluso, en algunos de los países con mejores indicadores de salud, como Holanda, Finlandia y Gran Bretaña, se encuentran gradientes de salud a lo largo del espectro social, de manera que los más pobres mueren entre 5 y 10 años antes que los más ricos<sup>4</sup>, con diferencias en hasta 13 años en la esperanza de vida sin discapacidad entre los ricos y pobres de un mismo país<sup>5</sup>. Así, las disparidades en salud que se observan a lo largo del espectro social, se visualizan no sólo entre naciones sino también al interior de cada una de ellas.

La creciente preocupación por lograr una mayor equidad en la distribución de los niveles de salud se pone en evidencia a través de numerosas publicaciones al respecto, emanadas desde organismos internacionales consultores y asesores en el tema de la salud a nivel mundial y regional; sea la OMS o la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ello también ha sido expresado en forma explícita al interior de las diferentes naciones por los respectivos organismos reguladores. Así tenemos que en Chile el principio rector del actual gobierno

es “Crecer con Igualdad”. Inspirada en esa convicción ética, la política de salud de esta administración se basa en cinco principios orientadores fundamentales, donde la equidad constituye uno de ellos<sup>6</sup>.

La equidad es una categoría consustancial al análisis de la política de salud. Los criterios de asignación y distribución de los recursos que se destinan al cuidado de la salud están fuertemente influenciados por los juicios éticos que prevalecen en las distintas sociedades.

El análisis de equidad es complejo, debido al carácter normativo del concepto y a la existencia de juicios éticos diferentes que, sujetos a diferentes grados de coherencia, poseen las personas que integran una sociedad. Así, mientras hay situaciones que originan relativo consenso en la población, reflejando su acuerdo con las acepciones más comunes de equidad, existen también materias que dividen a una sociedad en grupos antagónicos al provocar un enfrentamiento entre concepciones de equidad que, aún cuando opuestas, pueden ser completamente legítimas. La resolución de estas materias corresponde en última instancia a la esfera del proceso político, donde los intereses y valores que poseen los distintos grupos de la población debieran ser compatibilizados<sup>7</sup>.

Sin desconocer la complejidad que subyace en el concepto de equidad, es necesario contar con datos concluyentes que permitan exponer las disparidades actuales en salud y comprobar su dismi-

nución a lo largo del tiempo. Por tanto, en muchos países, la carencia de estadísticas vitales y de información sanitaria fidedigna representa la afirmación de hecho de que la salud de sus pueblos no importa. “La falta de estadísticas básicas de mortalidad y de morbilidad de la población negra en Sudáfrica es un signo claro de que, en el desarrollo de la política sanitaria, sus necesidades sencillamente no fueron tomadas en cuenta”.

La región de América Latina y el Caribe muestra las mayores disparidades en ingresos, así como en otros factores socioeconómicos que determinan la salud, y estas disparidades han ido en aumento desde 1980. Aunque la salud en general ha mejorado en los países de América Latina y el Caribe, no se han obtenido iguales ganancias en la situación de salud de los diversos grupos socioeconómicos. El mejoramiento de la salud general parece inclinarse de manera desproporcionada hacia aquellos que ya gozan de mayores ventajas sociales y económicas en la sociedad, mientras que la salud de los grupos desfavorecidos mejora menos sistemáticamente y a un ritmo mucho más moderado<sup>8</sup>. Aunque la situación de disparidad es revelada por numerosos estudios al respecto, esto no siempre queda claramente reflejado en las valoraciones de la equidad y en la distribución de los niveles de salud en los diferentes grupos del espectro social, ya que habitualmente se utiliza el indicador de mortalidad infantil para realizar dicha valoración teniendo, entre otras limitaciones, la obvia focalización de los resultados de las políticas de salud que los

<sup>2</sup> Lucy Gilson y Di McIntyre “Sudáfrica: enfrentar las secuelas del Apartheid”, Capítulo 14, Desafíos a la Falta de Equidad en Salud, publicación científica y técnica N° 585 de la OPS, 2002.

<sup>3</sup> Murray et al. 1998.

<sup>4</sup> Whitehead y Diderichsen 1997.

<sup>5</sup> Van de Water et al. 1996; Valkonen et al. 1997.

<sup>6</sup> Misión del MINSAL señalada en la página Web del mismo, www. Minsal.cl

<sup>7</sup> Daniel Titelman, Andras Uthoff, “Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en Salud”, fondo de cultura económico, CEPAL, año 2000.

<sup>8</sup> Salud, Desarrollo Humano y Gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI, Juan Casas-Zamora, Rev Panamericana de Salud Pública 11 (5/2002).

países han diseñado especialmente para reducir la mortalidad infantil y recibir, además, los fondos comprometidos al cumplimiento de dichas metas que históricamente ha condicionados el Banco Mundial.

El informe sobre la salud en el mundo, publicado el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud "Mejorar el desempeño de los Servicios de Salud"<sup>9</sup>, muestra a Chile con indicadores tremendamente auspiciosos en el nivel de salud alcanzado; con indicadores de la distribución financiera, que miden equidad, que lo ubican en el ranking entre los países más inequitativos. Tabla 1.

## 1. INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2000

Este informe plantea que los Sistemas de Salud tienen la responsabilidad no sólo de mejorar la salud de las personas, sino de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad y de tratarlas con dignidad. Para ello los Sistemas de Salud se orientan al logro de tres objetivos fundamentales:

- Mejorar la salud de la población a la que sirven.
- Responder a las expectativas de las personas.

- Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

El análisis que se realiza en el informe plantea que dichos objetivos no siempre se han cumplido, generalizándose la insatisfacción de los usuarios con la forma en que se financian o se dirigen los servicios. Existen quejas sobre el trato que los usuarios reciben de los trabajadores sanitarios y por otro lado, hay preocupación creciente por el riesgo financiero que constituye la enfermedad, tanto para las personas como para las entidades aseguradoras y los gobiernos.

Para evaluar la forma en que los Servicios de Salud dan cuenta de sus objetivos fundamentales la OMS construyó una serie de indicadores que permiten evaluar el cumplimiento de las metas sanitarias y el desempeño de los sistemas permitiendo una comparación entre países.

La consideración fundamental que se plantea es que el objetivo de la buena salud es doble; por un lado, alcanzar el mejor nivel posible (el sistema debe ser bueno) y por otro lado, procurar que haya las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (el sistema debe ser equitativo). Para tal distinción se establece un nivel, es decir, una estimación puntual pero representativa

del promedio del beneficio, y una distribución, que da cuenta de la dispersión del beneficio. Es decir, un sistema presenta un buen nivel en la medida que responde bien en promedio a toda la población y es equitativo en la medida que lo hace igualmente bien con todos.

Para evaluar un Sistema de Salud se cuantifican 5 indicadores, los cuales se enuncian y detallan a continuación:

• **Nivel General de Salud.** Es el objetivo definitorio del sistema e implica lograr que la situación sanitaria de la población, en su totalidad, sea la mejor posible durante todo el ciclo de la vida de la gente, teniendo en cuenta la mortalidad y la discapacidad prematura. Para responder a este elemento, la OMS ha recurrido a la Esperanza de Vida Ajustado por Discapacidad.

• **Distribución de la salud en la población.** Para su medición se ha recurrido a la mortalidad infantil, dato que se haya disponible en todos los países. Sin embargo, para dar cuenta de un modo exacto de la distribución del nivel de salud, sería necesario hacer un desglose de las esperanza de vida según mortalidad en los diferentes grupos etareos y no sólo a nivel del indicador mortalidad infantil, pero la mortalidad en adultos no está disponible en todos los países.

• **Grado general de la capacidad de respuesta.** Este indicador da cuenta de aquellos aspectos de los sistemas de salud no vinculados con las necesidades de salud, se orienta a la satisfacción de los usuarios con el trato brindado por el sistema. Los elementos involucrados en esta valoración se han sistematizados en dos aspectos: respeto al usuario y orientación al cliente. La información se obtiene a partir de encuestas efectuadas a ciudadanos de cada país; en general, se

Tabla 1. Ubicación de Chile en el ranking de 191 países en los indicadores que se señalan. Informe Sobre la Salud en el Mundo. 2000. OMS

Indicador	Ubicación
Nivel General de Salud	32
Distribución de Salud	1
Nivel Capacidad de Respuesta	45
Distribución Capacidad de Respuesta	103
Equidad Contribución Financiera	168
Logros Global de Metas	33
Desempeño Nivel de Salud	23
Desempeño LGM	23

<sup>9</sup> Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS 2000. En el texto nos referiremos a él como "el Informe".

trata de funcionarios de organismos internacionales.

- **Distribución de la capacidad de respuesta.** En este ítem se solicita a los encuestados del ítem anterior que señalen a los grupos más desfavorecidos en cuanto capacidad de respuesta.

- **Distribución de la equidad en la contribución financiera (ECF).** Para la construcción de este indicador se estableció la relación entre la contribución financiera a salud que efectúan las familias y el total de gastos no alimentarios, considerándose como equidad perfecta aquella situación en la cual esta razón es igual en todas las familias.

Los logros en cada indicador se utilizan para clasificar a los países. Además se incorpora un indicador global que busca resumir en una cifra los 5 indicadores anteriores, el Logro Global de Metas (LGM), el que resulta de la ponderación de los indicadores anteriores que puede ser más o menos arbitraria, sin embargo, pondera de un modo importante el nivel y la distribución de salud, y en igualdad de condiciones la capacidad de respuesta y la equidad en la contribución financiera.

La evaluación del desempeño de los Servicios de Salud, parte del supuesto que lo central es evaluar el logro en relación con los recursos. Este indicador no sólo considera las metas de los sistemas sino también el grado de uso de los recursos, busca medir la eficiencia.

### 1.1. ¿En que situación se encuentra Chile según el informe?

Chile se encuentra en una situación bastante positiva en lo que respecta a indicadores sanitarios, lo cual es con-

cordante con el desempeño del nivel de salud (logros sanitarios relacionados con el gasto invertido); presenta una situación intermedia en su capacidad de respuesta, la cual es medida fundamentalmente como una extrapolación de la satisfacción usuaria, asumiendo que ésta es una valoración limitada, puesto que en lo formal no existe una consulta propiamente tal a los usuarios, más bien se trata de la opinión de expertos nacionales que desempeñan funciones en organismos internacionales. Como se desarrolla más adelante la situación de la distribución de la contribución financiera en salud es el punto más débil de la evaluación presentada en el informe.

Como se señala en uno de los párrafos anteriores, para evaluar el nivel de salud es útil incorporar la esperanza de vida considerando la mortalidad de los adultos, sin embargo, es un indicador de difícil construcción ya que no se tiene la información necesaria de todos los países. En la tabla 2 se muestran indicadores de 31 países seleccionados con información del año 2000 donde se agregan datos de PIB per cápita, Gasto en Salud per cápita, Mortalidad en Adultos (hombres y mujeres) entre otros. Dicha tabla fue construida a partir de datos disponibles en el sitio web de la OMS<sup>10</sup>. Con excepción de los indicadores de Equidad de la Contribución Financiera (ECF), Logro Global de Metas (LGM) y Desempeño según Nivel de Salud (DNS) que corresponden a datos del Informe (información de 1997), el resto de los datos es del año 2000. En dicha tabla se observa que la esperanza de vida en Chile, tanto en hombres como en mujeres, después de los niveles mostrados por Cuba, corresponde a uno de los mejores de Latino América.

En la tabla 3 se observa que todos los países que presentan una mortalidad en

adultos (tasa de mortalidad en adultos: N° de fallecidos entre 15 y 59 años por 1000 habitantes) inferior a la de Chile, tienen un PIB superior a los US\$ 20.000, con una gasto per cápita en salud de al menos US\$ 1.500 con excepción de Singapur que curiosamente presenta una ECF bastante baja (Chile tiene un PIB de US\$ 9.623 y su gasto en salud alcanza a US\$ 697). En segundo lugar, existe cierta correlación entre el LGM y todos los otros indicadores (esperanza de vida, mortalidad tanto infantil como adulta) que contrasta fuertemente con el de ECF. Al ordenar la tabla según el desempeño por nivel de salud, Chile queda por sobre países emblemáticos en lo que a modelos sanitarios respecta (Reino Unido, Canadá, Nueva Zelandia).

El hecho de que Chile haya sido considerado como uno de los países con peor distribución del ingreso según un informe del Banco Mundial del año 2003<sup>11</sup>, octavo lugar entre los países con peor distribución del ingreso, concentrando en el 10% de la población el 45,6% del ingreso, hizo prestar poca atención al lugar atribuido por la OMS a la equidad en la contribución financiera, perjudicándolo en el indicador de Logro Global de Metas y desempeño por Logro Global de Metas (lugar 33 y 23 respectivamente). Es más, según el mismo informe, Colombia, el Top One de la Equidad en Contribución Financiera, presenta el quinto lugar entre los países con peor distribución del ingreso, concentrando el 46,1% de la riqueza en el 10% de la población. El análisis de los datos muestra que Chile, con un Nivel de Salud en el lugar número uno, desciende al lugar 23 en Logro Global de Metas y Colombia, con un Nivel de Salud en el lugar 74, se sitúa en el lugar 41 con el Logro Global de Metas, las diferencias están dadas por la ponderación que tiene en el Logro Global de Metas el indicador de ECF.

<sup>10</sup> Ver sitio web Organización Mundial de la Salud: [www.who.int/country/es](http://www.who.int/country/es).

<sup>11</sup> Tomado de World Bank, World Development Report 2003. Selected World Development Indicators. Tabla 2. Pags. 236- 237.

Tabla 2. Análisis de indicadores de selección de países en relación con mortalidad en adultos

País	Pobl. (M)	Tasa Crec. Pobl.	% > 60 a	Tasa Total		EV H	EV M	MI H	MI M	MA H	MA M	PIB		G. Públ. % total	G. Priv. % total	Gasto Salud	ECF	LGM	DNS
				EV H	EV M							Pc U\$	PGB % en salud						
Singapur	4.107	2,9	10,8	1,5	76,5	81,1	4	4	92	54	25.840	3,5	35,7	64,3	913	101	27	14	
Australia	19.338	1,2	16,5	1,8	77,4	82,6	7	5	94	54	26.523	8,3	72,4	27,6	2.213	27	12	39	
Suiza	7.169	0,4	21,7	1,4	77,3	82,8	6	5	95	53	30.161	10,7	55,6	44,4	3.229	39	2	26	
Japón	127.334	0,3	23,8	1,4	77,9	84,7	5	4	97	47	25.901	7,8	76,7	23,3	2.009	9	1	9	
Canadá	31.014	1	16,9	1,6	76,6	81,9	6	5	98	59	27.956	9,1	72	28	2.534	18	7	35	
Nueva Zelanda	3.807	1,1	15,7	2	76,1	80,9	7	6	106	68	20.262	8	78	22	1.623	24	26	80	
Reino Unido	59.541	0,3	20,7	1,6	75,1	79,9	7	6	109	69	24.462	7,3	81	19	1.774	9	9	24	
Alemania	82.006	0,3	23,7	1,3	75,1	81,1	5	4	121	61	25.996	10,6	75,1	24,9	2.754	6	14	41	
España	39.920	0,1	22	1,1	75,3	82,6	5	4	124	48	20.071	7,7	69,9	30,1	1.539	27	19	6	
Francia	59.452	0,4	20,5	1,8	75,6	82,9	5	4	134	60	24.702	9,5	76	24	2.335	27	6	4	
Chile	15.401	1,5	10,4	2,4	73,2	79,5	10	8	139	70	9.623	7,2	42,6	57,4	697	168	33	23	
Cuba	11.236	0,5	14	1,6	74,7	79,2	11	8	142	90	2.712	6,8	89,2	10,8	186	24	40	36	
Estados Unidos	285.925	1,1	16,2	2	74,3	79,5	9	7	144	83	34.637	13	44,3	55,7	4.499	54	15	72	
China	1.292.378	0,9	10	1,8	69,8	72,7	34	40	157	106	3.852	5,3	36,6	63,4	2.05	188	132	61	
México	100.367	1,7	7,1	2,6	71,6	76,7	33	27	179	101	9.007	5,4	46,4	53,6	4.83	144	51	63	
Venezuela	24.631	2,1	6,7	2,8	70,7	76,5	26	21	181	100	5.973	4,7	57,4	42,6	2.80	98	65	68	
Paraguay	5.635	2,6	5,4	3,9	68,3	72,9	37	27	182	126	4.061	7,9	38,3	61,7	3.23	177	73	52	
Argentina	37.487	1,3	13,4	2,5	70,1	77,7	22	17	183	92	12.791	8,6	55	45	1.091	92	49	71	
Uruguay	3.360	0,7	17,2	2,3	70,9	79,2	18	13	183	89	9.261	10,2	46,5	53,5	1.005	35	50	50	
Perú	26.092	1,7	7,3	2,7	66,3	70,9	49	45	210	144	4.985	4,5	59,2	40,8	238	184	115	119	
Ecuador	12.879	2,1	7	2,9	67,6	73,2	36	31	217	134	3.210	2,4	50,4	49,6	78	88	107	96	
Egipto	69.079	1,9	6,3	2	65,3	67,8	46	44	230	160	3.604	3,8	46,1	53,9	138	126	110	43	
Brasil	172.558	1,4	8	2,2	65,7	72,7	47	40	247	134	7.548	8,3	40,8	59,2	631	189	125	78	
Colombia	42.802	1,8	7	2,7	66,7	74,8	26	21	247	115	6.394	9,6	55,8	44,2	616	1	41	51	
Bolivia	8.516	2,4	6,2	4,1	61,1	64,3	84	76	266	212	2.368	2,7	72,4	27,6	158	68	117	142	
El Salvador	6.399	2,1	7,2	3	66,3	72,7	35	32	268	146	4.427	8,8	43	57	388	176	122	37	
India	1.025.095	1,5	7,7	3,1	60	61,7	89	98	291	222	1.461	4,9	17,8	82,2	71	43	121	118	
Nigeria	116.928	2,8	4,8	5,6	50,6	52,6	159	152	419	360	884	2,2	20,8	79,2	20	180	184	175	
Sudáfrica	43.791	1,7	5,8	2,9	47,7	50,3	103	90	596	526	7.555	8,8	42,2	57,8	663	142	151	182	
Haití	8.269	1,6	5,6	4,1	45,6	54,7	118	103	615	397	1.094	4,9	50,7	49,3	54	163	145	139	
Sierra Leona	4.587	1,1	4,7	6,5	32,7	35,9	328	298	676	564	659	4,3	60	40	28	191	191	183	

Fuente: sitio web OMS. (www.who.int/country/es)

Tabla 3. Indicadores de países con PIB similar

	EV H	EV M	MI H	MI M	MA H	MA M	PIB Pc	GPc S	EC F	LG M	DN S	PDI
Argentina	70,1	77,7	22	17	183	92	12.791	1.091	92	49	71	
Chile	73,2	79,5	10	8	139	70	9.623	697	168	33	23	8
Uruguay	70,9	79,2	18	13	183	89	9.261	1.005	35	50	50	
México	71,6	76,7	33	27	179	101	9.007	483	144	51	63	13
Sudáfrica	47,7	50,3	103	90	596	526	7.555	663	142	151	182	7
Brasil	65,7	72,7	47	40	247	134	7.548	631	189	125	78	
Colombia	66,7	74,8	26	21	247	115	6.394	616	1	41	51	5

Glosario: EVH, M: Esperanza de Vida Hombres, Mujeres; MIH, M: Mortalidad Infantil Hombres, Mujeres; MAH, M: Mortalidad Adultos Hombre, Mujeres; ECF: Equidad en la Contribución Financiera; LGM: Logro Global de Metas; DNS: Desempeño según Nivel de Salud; PDI: Peor Distribución del ingreso.

Es más, al seleccionar países con PIB Per Cápita más o menos similar al nuestro (U\$ 9.000 más menos U\$ 3000) y con un gasto Per cápita en salud bastante similar (en torno a los U\$ 600) los resultados que Chile presenta son lejos los mejores indicadores, aún estando entre los países con peor distribución del ingreso, especialmente en lo relacionado con la Mortalidad en Adultos. La Esperanza de Vida para los hombres en Chile es de 73,2 años y para las mujeres de 79,5 años, indicador muy similar presentan países como Cuba y Estados Unidos y se mantiene una notable diferencia con los logros que muestran nuestros países vecinos. Incluso se podría plantear que estos resultados son independientes del nivel de ingreso, presentando Chile indicadores de país bastante más poderoso, contradiciendo al menos en parte a Indur M. Goklany<sup>12</sup>, al menos en el rango de logro de estos países. Indudablemente a niveles de ingreso significativamente menores el efecto deletéreo sobre los indicadores de salud se hace manifiesto.

Este concepto refuerza la idea de que la

organización del Sistema de Salud ha aportado fuertemente al desempeño sanitario sumado al capital social de la población como se señala más adelante.

Y es prudente retomar a Lalonde, en el sentido de que nuestro país le ha dado un importante valor a los determinantes de la salud, por ejemplo, a la Educación Sanitaria de la población, lo cual es consistente con la respuesta de ésta ante la solicitud de cambios de conductas frente a riesgo de cuadros infecciosos masivos (respuesta ante Campañas de Vacunación, respuesta ante Campañas de Prevención del Cólera).

### 1.2. Análisis del indicador equidad en la contribución financiera

Las desigualdades en salud reflejan las diferencias de salud entre grupos, con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de estas. Las inequidades, en cambio, se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas<sup>13</sup>. Hablar de justicia conlleva entrar al ámbito axiológico, lo valórico, la evitabilidad de las desigual-

dades así como conceptos más complejos de justicia distributiva de la salud.

Es conveniente hacer una reflexión respecto al significado de la ECF planteada en el Informe. Es un indicador cuyo objetivo es medir la desigualdad en la contribución financiera de los hogares, especialmente de aquellos en riesgo de empobrecimiento a causa de un nivel elevado de gasto sanitario. En este escenario hay dos posibilidades, o los hogares se empobrecen para obtener el beneficio de salud o se incrementa la mortalidad en el grupo de los adultos que, en general, es el más sensible al abandono social dado que al menos en Chile el grupo de niños está cubierto por políticas sociales. En otras palabras, debiésemos observar una mortalidad en adultos similar al menos a la de países con un PIB per cápita parecido al nuestro, lo cual no ocurre (como se aprecia en la tabla 3).

El problema del indicador propuesto por la OMS es que asume que la máxima equidad en la contribución financiera está dado por una relación homogénea

<sup>12</sup> La Globalización del Bienestar Humano, I. Goklany. En el escrito Goklany plantea que el Bienestar Humano expresado en algunos indicadores tales como los niveles de hambre, las tasas de mortalidad, la mano de obra infantil, la educación, el acceso al agua potable y la expectativa de vida avanzan junto a la riqueza, es decir, están determinados por la riqueza.

<sup>13</sup> Desafío a la falta de Equidad en la Salud, de la ética a la acción. 2002 The Rockefeller Foundation.

entre el gasto sanitario total de los hogares y los ingresos permanentes sobre el nivel de subsistencia donde el gasto sanitario se mide a partir del aporte de cada hogar a través del impuesto a la renta, el IVA, los impuestos sobre el consumo, las contribuciones a la seguridad social, el seguro voluntario y los pagos de bolsillo, pero no considera los retornos o los aportes que efectúa el Estado a través del pago de subsidios.

Mideplan efectúa pago de subsidios monetarios, a la educación y a la salud que en el año 2000 alcanzaron a \$ 81.222 para los hogares en indigencia y a \$ 77.488 para los hogares pobres no indigentes, según datos del Departamento de Estudios Sociales de Mideplan<sup>14</sup>. Si consideramos que la población indigente corresponde al 5,7% de la población total y que los pobres corresponden al 20,6% de la misma, observamos una demostración de acción distributiva por parte del Estado<sup>15</sup>. Entre los subsidios monetarios se consideran pensiones asistenciales, asignación familiar, subsidio al consumo de agua potable y el subsidio de cesantía. En salud, se incluyeron atenciones de salud y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria. En educación las subvenciones escolares y los programas de textos, útiles, salud escolar, salud oral y el Programa de Alimentación Escolar. En el año 2000 el aporte a los hogares indigentes correspondió al 194% sobre el ingreso autónomo promedio y al 64% en el caso de los hogares pobres no indigentes sobre el mismo patrón<sup>16</sup>.

Como se desprende de las líneas anteriores, la calificación tan baja en la equi-

dad de la contribución financiera es al menos algo discutible. Se requieren estudios posteriores a fin de profundizar en esta línea pero por lo pronto con los datos expuestos no se puede desprender una equidad tan baja en lo que a salud respecta, los indicadores sanitarios son demasiado buenos como para coexistir con un comportamiento tan regresivo en lo económico y por otro lado, hay claras acciones distributivas de beneficio sanitario por parte del Estado en los sectores más desposeídos. Se recomienda trabajar en la construcción de indicadores que midan la contribución de la equidad financiera a partir del gasto por grupos en salud y no por el aporte de éstos a salud.

## 2. DESAFÍOS PARA AVANZAR EN EL LOGRO DE LA EQUIDAD EN CHILE

En el caso chileno, la existencia de un modelo de salud basado en una Atención Primaria fuerte y que aspira a constituirse en el pilar del modelo sanitario da cuenta de los buenos resultados alcanzados. Es indudable que la salud en Chile ha sido observada desde una mirada que ha sido capaz de trascender las prestaciones sanitarias, pese al desarrollo de un modelo biomédico que ha tendido a la ultra especialización médica, lo cual puede significar un descenso en los indicadores a futuro.

La inequidad sanitaria de nuestro país no parece tan escandalosa pese a que hay que profundizar en el diseño de seguros más progresivos, sin embargo, los resultados sanitarios no muestran una inequidad tan manifiesta, probable-

mente por la acción distributiva de los subsidios del Estado particularmente los de salud.

La tercera generación de reforma a la salud, que en el caso chileno se halla en trámite, profundiza en el desarrollo de una Atención Primaria fuerte recuperando el rol de equipos médicos de cabecera<sup>17</sup> y prestando especial énfasis a las acciones preventivo promocionales y a la participación de la comunidad en el proceso de hacer salud. Este tipo de políticas apuntan no sólo al incremento de la estructura sanitaria, sino que busca además impactar en los otros determinantes de la salud.

La promoción de la salud en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo. La Región, desgarrada por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, enfrenta el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerles frente. Por consiguiente, el desafío de la promoción de la salud en América latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo<sup>18</sup>.

Desde esta perspectiva, el logro de la

<sup>14</sup> Documento Pobreza e Indigencia e Impacto del Gasto Social en la Calidad de Vida, Informe Ejecutivo. Santiago de Chile, Julio 2001. [www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl).

<sup>15</sup> Encuesta Casen 2000. Mideplan.

<sup>16</sup> En Noviembre del año 2000, el ingreso autónomo promedio de los hogares indigentes era de \$41.889, el de los hogares pobres no indigentes de \$121.319. Mismo documento citado en nota al pie 8.

<sup>17</sup> Transición hacia el Modelo de Atención en Redes. Documento Minsal 2002.

<sup>18</sup> Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Promoción de la Salud y Equidad, Organización Panamericana de la Salud, 1992.

equidad consiste en eliminar diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al derecho de bienestar. Cada sociedad define su bienestar como una particular opción de vivir con dignidad. El papel que le corresponde a la promoción de la salud, para alcanzar este propósito, consiste no solo en identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para aliviar sus efectos, sino en actuar además como un agente de cambio que induzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población<sup>18</sup>.

En ese sentido, la política de salud que ha adoptado Chile en los últimos años muestra los claros lineamientos de trabajo basados en el desarrollo de políticas de prevención primaria en salud y el fomento de la participación social en salud. Lineamientos que son muy nítidos en el funcionamiento del sistema de salud público chileno y pobremente esbozados en el sistema de salud privado chileno. Sin embargo, hay mucho camino por recorrer en lo que al desarrollo de la promoción se refiere.

Chile, es un país de contrastes pero las

cosas se han hecho bien en términos de política sanitaria y desarrollo, y resulta prudente, para nuestra gente, evitar conductas autoflagelantes respecto al desarrollo y desempeño de nuestro modelo de salud. Queda mucho camino por andar e, indudablemente, es necesario desarrollar análisis más serios de inequidad a fin de optimizar estos logros.

#### **AGRADECIMIENTOS**

A Dra. Cecilia Carvacho Cruz que revisó el texto desde la perspectiva del Desarrollo Social y los niveles de salud de las poblaciones.